



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA

TESIS

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
INCONTINENCIA ANAL POSTPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES

PRESENTA

Ana Patricia Guzmán Ángeles

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TUTOR:

DR. DANIEL ELY BRAVO AGUIRRE

COMITÉ TUTORIAL:

DR. JAVIER GÓNGORA ORTEGA: ASESOR METODOLÓGICO

DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA: ASESOR METODOLÓGICO

Aguascalientes, Ags. Enero del 2014.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

ANA PATRICIA GUZMÁN ÁNGELES
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCONTINENCIA ANAL
POSTPARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE
AGUASCALIENTES"**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., 28 de Enero de 2014.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

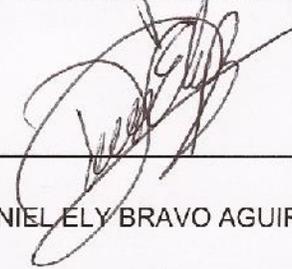
c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

CARTA DE ACEPTACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



DR. JOSÉ ARMANDO ROBLES ÁVILA

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER



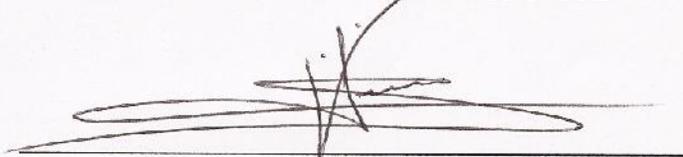
DR. DANIEL ELY BRAVO AGUIRRE

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE LA MUJER



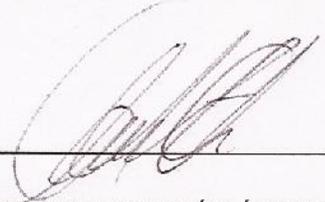
DR. JAVIER GÓNGORA ORTEGA

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS-ISSEA



DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA. MCM

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS-ISSEA



DRA. ANA PATRICIA GUZMÁN ÁNGELES

AUTOR



**PROGRESO
para
todos**

GOBIERNO DE AGUASCALIENTES

DEPENDENCIA:	INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.
SECCIÓN:	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN.
Nº DE OFICIO:	5000-
EXPEDIENTE:	5000/

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

Aguascalientes, Ags, 30 de Diciembre de 2013

A quien corresponda:

El comité estatal de investigación en salud, basado en los estatutos contenidos en el manual de investigación en salud, ha tenido a bien revisar el protocolo de investigación intitulado **“Prevalencia y factores de riesgo asociados a la incontinencia anal posparto en pacientes primiparas en el hospital de la mujer de Aguascalientes”**

Otorgando el Dictamen de **“ACEPTADO”** número de registro: **ZISSEA-13/34**

Investigador (s) de proyecto:
Dra. Ana Patricia Guzmán Ángeles

Investigador principal (es) y Asesor (es) del proyecto:
Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre, Dr Javier Góngora Ortega

Lugar de desarrollo de la Investigación
Hospital de la Mujer

Clasificación:
Trabajo de Investigación: Tesis de Especialidad Médica

Esperando que este proyecto de investigación redunde en beneficio a nuestra población, nos ponemos a sus órdenes.

ATENTAMENTE


Dr. Javier Góngora Ortega
Secretario Técnico

C.c.p.- Archivo.



**UNIDAD
DE INVESTIGACION
EN SALUD**



www.aguascalientes.gob.mx
Margil de Jesús No. 1501 Fracc. Las Arboledas,
Aguascalientes, Ags.C.P. 20020 | Tel: 910 79 00 |



Secretaría de
SALUD
ISSEA



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres María Dolores y Vicente, mi hermano Felipe Octavio, mi cuñada Sandra y mi sobrino Tavito, con todo mi cariño y mi amor porque hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento: mi tía Rocío, mi tía Elvira, mis primos Daniela, Fernanda y Emiliano, mi tío Cesar, a mis amigas Jenny, Gaby y Edith, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

A mis todos y cada uno de mis maestros que sin duda, han hecho de mi lo que ahora soy, con mención especial a la Dra. Hilda Vázquez, una gran mujer que siempre estuvo ahí, no solo como maestra, sino como mi amiga, mi confidente y por apoyarme en todos los aspectos, en los momentos más difíciles, al Dr. Leopoldo Serrano por mantenerse siempre al pie del cañón, por adoptarme y ser mi tutor, mi ejemplo, mi guía y por estar a mi lado siempre, el Dr. Bravo por sus consejos y cuidados, a la Dra. Ortiz, la Dra. Hernández, Dr. Hinojosa, Dr. Vázquez, Dr. Marín, Dra. Tovar, Dr. Contreras, a todos ellos porque influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

A Marco, que junto a él me he vuelto mejor persona y que camina de la mano conmigo en este momento y que juntos de ahora en adelante, Dios mediante, podremos enfrentar los retos que nos vaya poniendo la vida como pareja y como equipo de trabajo.

A mis compañeros residentes que mano a mano fuimos recorriendo este camino, siempre unidos a pesar de los diversos obstáculos y dificultades a las que nos enfrentamos, en especial a Velia.

ÍNDICE GENERAL

Índice general.....	1
Índice de tablas	3
Resumen	4
Abstract	5
1. Marco teórico	6
a. Definición	
b. Etiología e incidencia	
c. Causas de incontinencia fecal	
d. Diagnóstico	
i. Escala de evaluación de severidad de la incontinencia anal	
ii. Exámenes en la evaluación de la incontinencia anal	
• Colonoscopia	
• Manometría anorectal	
• Defecografía	
• Tiempo de latencia del pudendo	
• Endosonografía anal	
2. Metodología	
a. Justificación y planteamiento del problema	19
b. Pregunta de investigación	20
c. Objetivo general	20
d. Objetivos específicos	20
e. Tipo de estudio	21
f. Población de estudio	21
g. Descripción de variables	21
h. Selección de la muestra	24
i. Tamaño de la muestra	
ii. Tipo de muestra	
i. Criterios de selección	25

i. Criterios de inclusión	
ii. Criterios de exclusión	
iii. Criterios de eliminación	
j. Recolección de la información	25
i. Instrumento	
ii. Logística	
iii. Proceso de información	
k. Análisis estadístico	26
l. Consideraciones éticas	26
m. Recursos para el estudio	27
i. Humanos	
ii. Materiales	
iii. Financieros	
3. Resultados	28
4. Discusión	43
Conclusiones	46
Sugerencias	47
Bibliografía	48
Anexos	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población general	28
Tabla 2. Tipo de parto	28
Tabla 3. Desgarro	29
Tabla 4. Médico que atendió el parto.....	30
Tabla 5. Síntomas de incontinencia antes del parto.....	31
Tabla 6. Estreñimiento antes del parto	31
Tabla 7. Fuga de gases antes del parto	32
Tabla 8. Síntomas de incontinencia posterior al parto.....	32
Tabla 9. Estreñimiento posterior al parto	33
Tabla 10. Dolor anal posterior al parto	33
Tabla 11. Fuga de gases posterior al parto	34
Tabla 12. Tipo de parto e incontinencia	34
Tabla 13. Episiotomía e incontinencia	35
Tabla 14. Desgarro e incontinencia	35
Tabla 15. Estreñimiento previo al parto e incontinencia	36
Tabla 16. Fuga de gases previo al parto e incontinencia.....	36
Tabla 17. Estreñimiento posterior al parto e incontinencia	37
Tabla 18. Dolor anal posterior al parto e incontinencia.....	37
Tabla 19. Fuga de gases posterior al parto e incontinencia.....	38
Tabla 20. Tipo de parto e incontinencia	38
Tabla 21. Episiotomía e incontinencia	39
Tabla 22. Desgarro del esfínter anal e incontinencia	40
Tabla 23. Estreñimiento previo al parto e incontinencia.....	40
Tabla 24. Fuga de gases previo al parto e incontinencia.....	41
Tabla 25. Estreñimiento posterior al parto e incontinencia.....	41
Tabla 26. Dolor anal posterior al parto e incontinencia.....	42
Tabla 27. Fuga de gases posterior al parto e incontinencia	42

RESUMEN

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCONTINENCIA ANAL POSTPARTO EN PACIENTES PRIMIPARAS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES

Resumen: Incontinencia anal es la pérdida de la capacidad para controlar expulsión de gases y materias fecales. Representa un problema que invalida al enfermo; llevándolo a la pérdida de su potencial de desarrollo físico y mental y, con ello, al aislamiento familiar y social. En México, se desconoce la incidencia exacta.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la incontinencia anal y los factores de riesgo asociados en pacientes primigestas y determinar los síntomas que presentaron antes y después del parto.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, analítico y transversal; de 93 pacientes primíparas atendidas en el Hospital de la Mujer. Se recabaron datos de las madres y los fetos, así como características del parto. Se realizaron encuestas telefónicas para determinar los síntomas de incontinencia anal. Se calculó la prevalencia de incontinencia anal y los factores de riesgo asociados.

Resultados: De las 93 pacientes 13.9% fueron diagnosticadas con incontinencia anal, 5.4% presentaron desgarro del esfínter anal, 3.2% refirió fuga de gases previamente y 5.4% posteriormente al parto, 5.4% refirió estreñimiento antes y 20.4% después del parto, 7.5% refirió dolor anal posterior al parto.

Conclusiones: La prevalencia de la incontinencia anal en pacientes primíparas en el Hospital de la Mujer es de 13.9%. Los principales síntomas antes del parto fueron estreñimiento y fuga de gases, posterior al parto se agregó dolor anal. Siendo el parto el principal factor de riesgo para incontinencia anal, aumentando en aquellas pacientes con sintomatología previa al mismo, y complicaciones atribuibles al evento obstétrico.

ABSTRACT

PREVALENCE AND RISK FACTORS POSTPARTUM ASSOCIATED TO FECAL INCONTINENCY BETWEEN PRIMIGRAVIDAE PATIENTS INSIDE HOSPITAL DE LA MUJER, AGUASCALIENTES.

Abstract: Fecal Incontinent is known as capacities lose to control the expulsion of gas and material feces. It represents a problem that disables a person by taking from him or her, the ability of developing both, mind and body; isolating him or her from society and family. The precise incidence in Mexico is unknown.

Objectives: Knowing the prevalence of fecal incontinency and the risk factors that are associated to primigravidae patients, and determine the symptoms presented before and after partum.

Materials and methods: Retrospective study, observational, descriptive, analytic and transversal of 93 primigravidae patients from Hospital de la Mujer. Data from mothers and fetus were collected, as well as delivery characteristics. Telephone surveys were taken to find out about the possible symptoms associated to fecal incontinency. Prevalence and risk factors postpartum associated to fecal incontinency were calculated.

Results: From 93 patients, 13.9% were diagnosed with fecal incontinency, 5.4% presented anus sphincter tear, 3.2% mentioned gas leaking before delivery and 5.4% after delivery; 5.4% mentioned constipation before giving birth and 20.4% after giving birth; 7.5% mentioned anal pain before partum.

Conclusions: The prevalence of fecal incontinence between primigravidae patients at Hospital de la Mujer is 13.9%. The main symptoms before delivery were constipation and gas leaking, and after delivery anal pain was mentioned. Being the fact that giving birth is a risk to develop fecal incontinency, it increases among patients who show previous symptoms and complications during the obstetric event.

1. MARCO TEORICO

A) DEFINICIÓN

La incontinencia anal se define por la pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materias fecales. Representa un serio problema que invalida física y socialmente al enfermo. La posibilidad de una inesperada evacuación en cualquier momento o circunstancia, le obliga a permanecer constantemente cerca de un sanitario, las alteraciones emocionales que sufren estos enfermos los llevan a la pérdida de su potencial de desarrollo físico y mental y, con frecuencia, al aislamiento familiar y social (Guindic, L.C., y Cruces, T.N., 2006).

La literatura mundial menciona que la lesión del esfínter anal o del componente nervioso durante el parto vaginal, es la principal causa de incontinencia fecal, pero también dice que la incidencia de las lesiones ocultas, que solo se pueden detectar por ultrasonido rectal, se desconoce y por lo tanto la magnitud real del problema (Fonseca M. José, 1998).

B) ETIOLOGÍA E INCIDENCIA

En México, no se cuenta con estadísticas confiables, y por ello se desconoce cuál es la incidencia exacta en la población general. En países desarrollados, la presencia de incontinencia fecal en la población general es de 1.7 por 1,000 mujeres entre quince y sesenta y cinco años de edad (Guindic, L.C., y Cruces, T.N., 2006).

En otro estudio, se reveló una incidencia de 2.2% en la población general; de ella 36% sufría incontinencia a sólidos, 54% a heces líquidas y 60% a gases; 63% fueron mujeres (Grau, J., *et al*, 2010). En la Unidad de Coloproctología del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, representa el 2% de la consulta de especialidad (Guindic, L.C., y Cruces, T.N., 2006).

La incontinencia anal es una disfunción frecuente del piso pélvico, que constituye uno de los principales problemas de salud de la mujer. Aproximadamente de 2 a 10% de las mujeres adultas reportan algún tipo de incontinencia anal. El parto vaginal constituye la principal causa de disfunción; sin embargo, aun se desconocen muchos aspectos del daño obstétrico sobre el piso pélvico (Gorbea Chávez, V., *et al*, 2011).

La lesión de los esfínteres anales muestra gran asociación con la presencia de incontinencia anal. Thacker y Banta realizaron una revisión de la literatura de los últimos cien años e informaron una tasa de ruptura del esfínter anal entre 0 a 24% durante el parto vaginal (Aronson y Raymond, 2006).

La etiología de la incontinencia anal es compleja, los desgarros de tipo esfinteriano son los responsables de 90% de la incontinencia anal postparto, estos se diagnostican en 0.5 a 3%; sin embargo, esta incidencia aumenta hasta un 15% con la práctica de episiotomía media. La incidencia de incontinencia anal ha sido reportada hasta en 23% en primíparas, 9 a 12 meses después de un desgarro de tercer grado durante el parto. Por otra parte, se ha reportado que la incontinencia anal a flatos es seis veces más frecuente en mujeres que tuvieron lesión del esfínter anal durante el parto (Gorbea Chávez, V., *et al*, 2011).

Ibañez Garikano, *et al*; encontraron en 2007 que la prevalencia de la incontinencia anal a los seis meses del parto fue de 6% en mujeres primíparas. Todas las mujeres con IA tenían escapes involuntarios de gases.

Un estudio realizado por Eason, en un grupo de pacientes que presentaron lesión del esfínter anal postparto, reveló que la macrosomía (peso > 4 kg), la

episiotomía y la incontinencia urinaria pregestación, fueron factores predictivos para incontinencia fecal (2002).

En cuanto al parto, se debe tomar en cuenta la evolución del mismo: si fue prolongado o distócico, instrumentado, si existió variedad de posición occipito-posterior persistente y prolongación de la episiotomía (Fonseca M. José, 1998 y Fowler, G., 2010). Un IMC alto se correlaciona con macrosomía fetal y con ello, un mayor riesgo de partos distócicos y de laceración perineal y por tanto, lo que resulta en una mayor frecuencia de las rupturas del esfínter anal (Schmidtke, A., *et al*, 2012).

En cuanto al parto instrumentado, ocho de cada diez mujeres, luego del uso de fórceps, presentan defectos sonográficos del esfínter anal (Gorbea Chávez, V., *et al*, 2011).

Un factor predisponente de lesiones ocultas del esfínter anal es la episiotomía, la que se ha relacionado directamente con el desarrollo de incontinencia anal (Smith, L.A., *et al*, 2013). Algunos estudios señalan una relación entre los síntomas de incontinencia anal y nacimiento de niños con un peso mayor o igual a 4 kg. (Gorbea Chávez, V., *et al*, 2011 y Fowler, G., 2010).

De los estudios realizados por Sultán y cols., se encontró que 35% de las pacientes primigestas, atendidas por parto vaginal, presentaron lesión de esfínter externo o interno, dichas lesiones encontradas por ultrasonido. El mismo autor encontró que 13% de las pacientes primíparas presentan sintomatología manifiesta por incontinencia fecal, principalmente a gases o urgencia fecal. Sultán y cols. muestran que 81% de las primigestas atendidas con fórceps presentan lesión del esfínter (Fonseca M. José, 1998).

Además, en otro estudio realizado en 2006, se cuestiona la eficacia de las maniobras destinadas a proteger el periné y el mecanismo del esfínter en un parto normal o instrumentado, tomando en cuenta el nivel de preparación de quien atendía el parto encontrando lo siguiente: Dos partos (3%) fueron atendidos por un especialista, veinticuatro (40%) por un residente de tercer año, veinticinco (42%) por un residente de segundo año y nueve (15%) por un residente de primer año. La comparación entre quien atendió el parto, mostró diferencias notables entre los casos de lesión a esfínteres e incontinencia. Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela debido a que, la diferencia en el número de casos atendidos, no permite una comparación razonable más que en los residentes de tercer y segundo año. En éstos, se observa un mayor índice de incontinencia entre las pacientes atendidas por el residente de menor jerarquía, así como un mayor número de lesiones al esfínter, aunque no mostraron significancia estadística (Melmonte Montes, C., *et al*, 2006).

Se presentó lesión del canal de parto identificada durante el parto en cuarenta y cinco pacientes (75%), distribuidas de la siguiente manera: Trece (22%) de primer grado, veincinco (42%) de segundo grado, una (2%) de tercer grado y seis (10%) de cuarto grado. Así también, algunas características generales de las pacientes y los recién nacidos que se muestran en la siguiente tabla (Melmonte Montes, C., *et al*, 2006).

Características generales de las pacientes y los recién nacidos.

	Media	Rango	Desviación estándar
Edad materna (años)	23	17-33	3.40
Talla materna (cm)	154	146-163	3.99
Peso materno (kg)	64	48-81	7.07
Edad gestacional (semanas)	39	37-41	0.94
Peso RN (g)	3,035	2,300-4,310	344.40
Talla RN (cm)	50	44-57	1.99
Perímetro cefálico RN (cm)	34	30-37	1.48
Duración del primer periodo de parto (horas)	12	4-27	5.44
Duración del segundo periodo de parto (minutos)	32	4-170	34.55

RN = recién nacido

C) CAUSAS DE INCONTINENCIA FECAL

PISO DE LA PELVIS ANORMAL

Malformaciones anorrectales congénitas

Lesión obstétrica:

- Laceraciones perineales de tercero o cuarto grado

- Dehiscencia de la episiotomía

- Parto con fórceps

Procedimientos operatorios:

- Colpoperineorrafia

- Vulvectomy

- Histerectomía difícil

- Drenaje de un absceso pelviano a través de una colpotomía

- Excresis de una glándula de Bartholino

- Hemorroidectomía

Traumatismos:

- Empalamiento

- Fractura de pelvis

- Cuerpo extraño

- Coito anal

Enfermedad intestinal inflamatoria:

- Enfermedad de Crohn

- Tuberculosis

- Enfermedad granulomatosa venérea

- Colitis ulcerosa

- Diverticulitis

- Absceso perirrectal

Neoplasias:

- Carcinoma de cuello uterino

- Carcinoma de vagina

Carcinoma de vulva

Carcinoma de recto

Denervación del piso de la pelvis (incontinencia neurógena idiopática):

Parto vaginal

Esfuerzos crónicos para eliminar la materia fecal

Prolapso rectal

Envejecimiento

PISO DE LA PELVIS NORMAL

Estados diarréicos:

Diarrea infecciosa

Enfermedad intestinal inflamatoria

Síndrome del intestino corto

Abuso de laxantes

Enteritis actínica

Rebosamiento:

Impacto

Encopresis

Neoplasias rectales

Enfermedades neurológicas:

Anomalías congénitas

Esclerosis múltiple

Demencia, accidente cerebrovascular, tabes dorsal

Neuropatía

Neoplasias de cerebro, medula espinal, cola de caballo

Lesiones del cerebro, la medula espinal, la cola de caballo.

D) DIAGNÓSTICO

Es frecuente la asociación de esta patología con otras alteraciones anatómicas y/o funcionales de la esfera ginecológica, lo que explica la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su manejo. Para poder detectar estas patologías, es fundamental un alto índice de sospecha y una anamnesis dirigida a otros síntomas agregados.

Resulta muy importante realizar una anamnesis detallada respecto a la incontinencia anal, especificar la fecha de inicio, duración, intensidad de los síntomas, variabilidad en el tiempo, probables factores desencadenantes; historia obstétrica, incluyendo número de partos, uso de fórceps, radiación pélvica, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas, fármacos, etc.

El examen físico debe necesariamente incluir una inspección del área perianal y un examen de tacto rectal. Una adecuada inspección evaluará la presencia de fístulas, prolapso hemorroidal o rectal y dermatitis perianal, la cual sugerirá una incontinencia anal crónica. La sensación perianal puede ser evaluada con el reflejo anocutáneo, su ausencia sugerirá un daño neurológico. El tacto rectal permitirá evaluar la presión del canal anal, descartar patología anal como impactación fecal, masas y disfunción del músculo puborectal. Se ha comparado el tacto rectal con la manometría anorrectal, demostrando que el examen físico es sensible y específico en la identificación de la disinergia y el tono normal, siendo de esta manera tan segura como la manometría en la evaluación de la presión de reposo y contracción del canal, en manos de especialistas con experiencia (WAINSTEIN, C., *et al*, 2013). Como esta patología es a veces difícil de abordar por parte del paciente, es importante el uso de cuestionarios.

PREGUNTA	RESPUESTA
¿Cuántas veces evacua en una semana?	Número de veces
¿Utiliza algún tratamiento para el estreñimiento?	Si No
¿Tiene dolor anal?	Si No
¿Se le escapan las heces o gases?	No Gases Heces líquidas Heces sólidas
¿Mancha la ropa interior?	Si No
¿Utiliza productos o medicamentos astringentes?	Si No

Figura 1. Cuestionario para identificar mujeres sintomáticas para incontinencia anal.

i. ESCALA DE EVALUACIÓN DE SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA ANAL

En la actualidad existen múltiples escalas de severidad de incontinencia. Su utilidad se basa en objetivar el grado de incontinencia y poder comparar posteriormente el resultado de los tratamientos. Actualmente, la escala más usada es la escala de Jorge-Wexner, en la cual se incluye la frecuencia de los episodios de incontinencia, su relación con el tipo de deposiciones, incontinencia a gases y la necesidad de uso de protectores. Asimismo, se incluye un ítem en relación al compromiso de calidad de vida producido por esta patología (Wainstein, C., *et al*, 2013).

SCORE DE INCONTINENCIA DE WEXNER					
TIPO	Nunca	Rara	Algunas veces	Generalmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

Figura 1. Walnstein, Claudio. Incontinencia fecal en adultos: Un problema desafiante, Clínica las Condes, 2013.

Nunca: 0.

Rara vez: menos de una vez al mes.

Algunas veces: menos de una vez por semana, pero más de una vez al mes.

Generalmente: menos de una vez al día, más de una vez por semana.

Siempre: más de una vez al día.

0: continencia perfecta.

20: incontinencia total

ii. EXÁMENES EN LA EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA ANAL

La historia clínica y el examen físico detectan un factor asociado a la incontinencia anal sólo en 11% de los pacientes, mientras los exámenes

complementarios pueden revelar anormalidad en 66% de los pacientes. Además estos test pueden cambiar la estrategia terapéutica hasta en 76% de los casos (Wainstein, C., *et al*, 2013).

Colonoscopia:

La colonoscopia es necesaria en el estudio de todo paciente con diarrea crónica con el fin de descartar, asociado a estudio histopatológico; la presencia de una neoplasia, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis microscópica, enterocolitis eosinofílica u otras colitis. Sin embargo, en pacientes con una historia de incontinencia anal de larga evolución sin diarrea, este exámen no es necesario si no es indicado por otras razones como es la pesquisa del cáncer colorectal (Wainstein, C., *et al*, 2013).

Manometría anorectal:

La manometría anorectal permite la evaluación de la presión del esfínter y los reflejos rectoanales. Una presión de reposo disminuida se correlaciona con una anormalidad del esfínter anal interno y una presión de contracción voluntaria reducida con un defecto del esfínter anal externo. Se ha descrito que la evaluación de la presión de contracción máxima posee la mayor sensibilidad y especificidad para discriminar pacientes con incontinencia. La tos permite evaluar la capacidad de contracción del esfínter anal externo.

En la práctica, la indicación de manometría anorectal en pacientes con IF estaría justificada sólo en pacientes con síntomas de incontinencia de urgencia o con sospecha de alteración de la distensibilidad rectal (Wainstein, C., *et al*, 2013).

Defecografía:

En la defecografía convencional, aproximadamente 150ml. de medio de contraste, es introducido por el recto para posteriormente pedirle al paciente que contraiga la musculatura pelviana y que realice maniobras de pujo y evacuación

rectal. Dada la poca concordancia que existe entre los observadores al evaluar las diferentes mediciones, algunos han sugerido realizar un estudio por resonancia magnética (Defeco RM).

Esta modalidad de estudio es la única que permite evaluar los esfínteres y las estructuras del piso pelviano en un tiempo real, sin exposición a la radiación (Wainstein, C., *et al*, 2013).

Tiempo de latencia del pudendo:

La latencia terminal del nervio pudendo mide la integridad funcional de la porción terminal del mismo y ayuda a distinguir si un esfínter débil, lo es debido a lesión del nervio o a factores musculares intrínsecos. Un prolongado tiempo de latencia del nervio sugiere neuropatía del pudendo, trauma obstétrico o quirúrgico; descenso perineal excesivo o incontinencia anal idiopática. Un tiempo de latencia terminal del nervio pudendo normal, no excluye la neuropatía. Esta técnica es operador dependiente y posee una pobre correlación con los síntomas clínicos y hallazgos histológicos. Por esta razón, habitualmente, no es usado en la práctica clínica (Wainstein, C., *et al*, 2013).

Endosonografía anal:

Actualmente, este estudio se considera indispensable para el estudio de la incontinencia anal. La aparición del estudio por imágenes con ecografía endorrectal significó un cambio cualitativo importante en la coloproctología de los últimos veinte años. Este tipo de estudios, ha ganado popularidad por ser mínimamente invasivo, indoloro, y costo/efectivo si se compara con otros estudios por imágenes (CT y RM). La endosonografía además es habitualmente realizada por un coloproctólogo y puede ser parte del examen físico en la consulta (Wainstein, C., *et al*, 2013).

El examen se basa en la visualización de las estructuras anatómicas anorrectales a través de las imágenes generadas por un transductor endoanal que gira en 360°, permitiendo evaluar las distintas estructuras, con mayor o menor profundidad y detalle.

El estudio de la incontinencia anal con endosonografía implica la visualización del aparato esfinteriano, permitiendo evaluar su integridad anatómica y la presencia de defectos o disrupciones a nivel de los diferentes músculos que lo componen. Su uso está indicado para definir el grupo de pacientes con indicación de tratamiento quirúrgico, con antecedentes de trauma obstétrico y con antecedentes de cirugías previas. Asimismo, se plantea su uso en pacientes con incontinencia anal “oculta”, como los señalados anteriormente, que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos que pudiesen comprometer la continencia anal (Wainstein, C., *et al*, 2013).

Por último, la endosonografía anal está indicada en aquellos pacientes que han sido sometidos a una esfinteroplastia y en quienes reaparece la incontinencia anal, de manera que se puede evaluar la integridad anatómica lograda con la cirugía.

La endosonografía anal permite evaluar y diagnosticar los defectos de cada uno de los componentes del aparato esfinteriano, encontrándose prácticamente 100% de sensibilidad y especificidad en el tipo de defecto y 81% de acuerdo a interobservadores.

La endosonografía 3D, permite realizar una reconstrucción volumétrica de los tejidos, guardando en la memoria del sistema un “cubo” tridimensional de imágenes, con lo cual es posible reconstruir la anatomía y reevaluar las imágenes en tiempo real las veces que sea necesario, lo cual permite un acuerdo entre interobservadores cercano a 100% (Wainstein, C., *et al*, 2013).

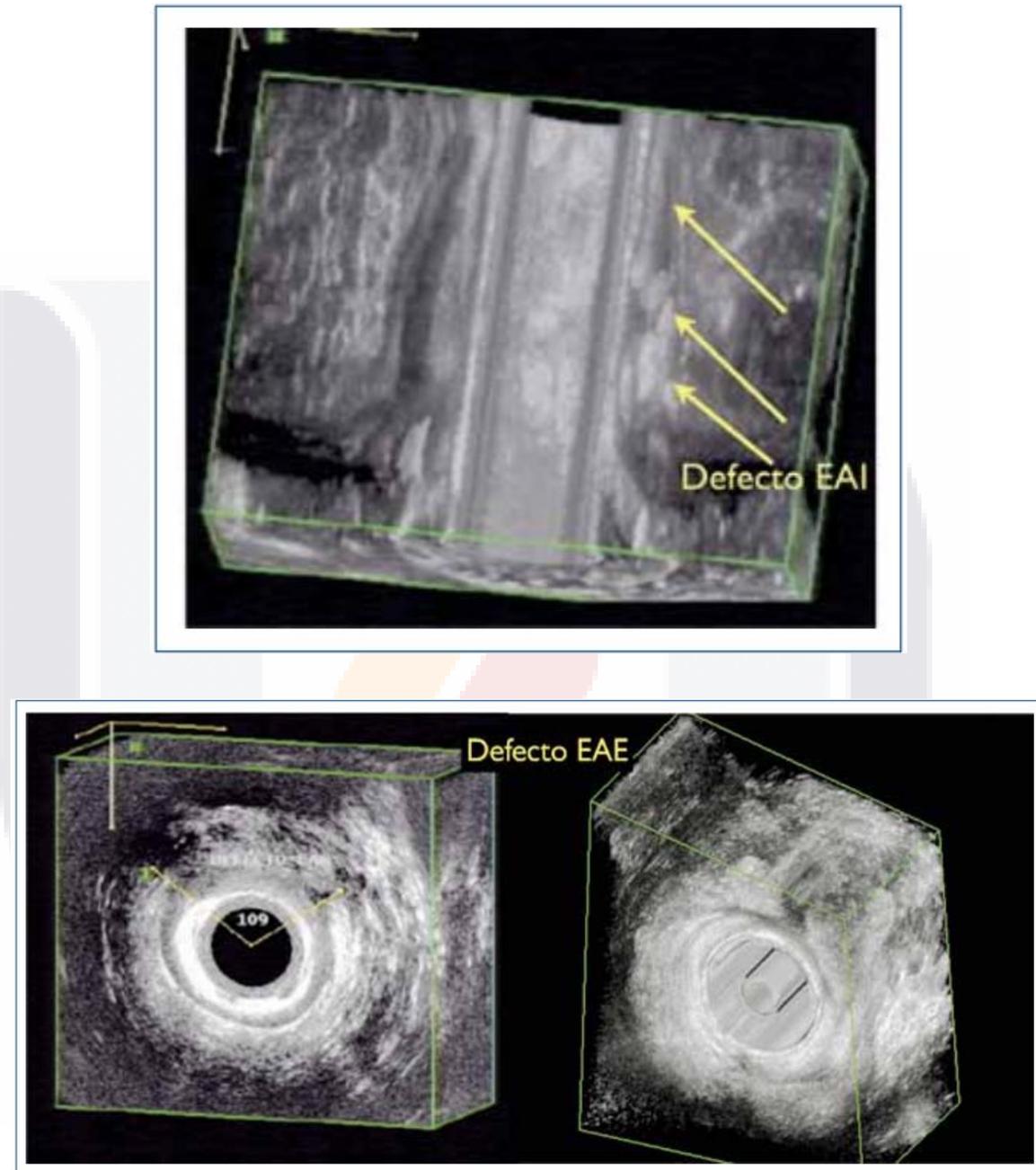


Figura 2. Endosonografía 3D.

2. METODOLOGIA

A) JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El impacto psicosocial de la incontinencia anal puede ser devastador porque reduce de manera importante la calidad de vida y genera problemas emocionales. Al mismo tiempo, representa un problema económico para la paciente y el sistema de salud, ya que de no ser detectado a tiempo, se tienen que llevar a cabo tratamientos correctivos que en su mayoría son quirúrgicos. Éstos representan gastos en estudios, hospitalización, tiempo quirúrgico, medicamentos, etc. Sin embargo, si se logran identificar los factores de riesgo principales, se tiene la oportunidad de prevenir las lesiones del esfínter anal en las pacientes que se atienden a diario.

Por todo lo anterior, en el Hospital de la Mujer, es importante determinar la prevalencia de la incontinencia anal (IA) para heces y gases; así como los factores asociados propios del parto, del feto y de la madre. Es necesario ejercer medidas de prevención o corrección, de acuerdo a cada caso detectado específicamente, y que desafortunadamente en la actualidad no se llevan a cabo, ya que no se cuenta con una consulta que evalúa la evolución del puerperio, ni con ultrasonido endoanal para detectar lesiones ocultas del esfínter anal.

No debe olvidarse que, de acuerdo a la literatura, 35% de las pacientes primigestas atendidas por parto vaginal presentan lesión del esfínter anal, y en aquellas atendidas por parto instrumentado, aumenta la incidencia hasta 81 %. No se debe subestimar este padecimiento y es obligado dar seguimiento a las pacientes antes, durante y posterior al evento obstétrico. Se debe identificar los factores de riesgo y poder establecer un control evolutivo de aquellas que, en algún momento, presenten algún tipo de sintomatología y con ello mejorar la calidad de atención en el Hospital de la Mujer.

Se debe tomar en cuenta dentro del estudio, factores de riesgo específicos para el tipo de población que se maneja: edad, paridad de la paciente, índice de masa corporal, síntomas de incontinencia anal previa a la interrupción del embarazo, peso del producto, circunferencia cefálica, incidentes durante la atención del parto, parto instrumentado y quién atendió el parto. Todos ellos influyen en la presencia del esfínter anal y en su mayoría, son factores que pueden ser modificables o que pueden verse influenciados por el nivel de conocimiento del personal médico que está a cargo de las pacientes.

B) PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y los factores relacionados a la incontinencia anal, en mujeres primíparas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes?

C) OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de la incontinencia anal (IA) y los factores de riesgo asociados a la lesión anal postparto en pacientes primigestas atendidas en el Hospital de la Mujer del 1º de marzo al 31 de mayo de 2013.

D) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los síntomas de la incontinencia anal (IA) en pacientes primigestas, previos al embarazo.
- Determinar los síntomas de la incontinencia anal (IA) en pacientes primigestas, posteriores al embarazo.
- Analizar los factores de riesgo de las pacientes primíparas entre los diferentes síntomas previos durante o después del parto.

E) TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, observacional, descriptivo, analítico y transversal de pacientes primíparas atendidas en el Hospital de la Mujer.

F) POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes primíparas atendidas en el Hospital de la Mujer en el periodo de marzo a mayo de 2013.

G) DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	CARACTERÍSTICAS	INDICADORES	PREGUNTA
MADRE					
EDAD	TIEMPO QUE HA VIVIDO UNA PERSONA	CUANTITATIVA ORDINAL	DISCONTINUA	AÑOS	¿CUÁNTOS AÑOS TIENE?
PARIDAD	NÚMERO DE HIJOS QUE UNA MUJER HA TENIDO POR PARTO O CESÁREA	CUANTITATIVA ORDINAL	DISCONTINUA	NÚMEROS	¿CUÁNTOS HIJOS TIENE?
PESO	ES UNA MEDIDA DE LA FUERZA GRAVITATORIA QUE ACTÚA SOBRE UN OBJETO	CUANTITATIVA ORDINAL	DISCONTINUA	KILOGRAMOS	¿CUÁNTOS KILOS PESA?
IMC	ESTIMA EL PESO IDEAL DE UNA PERSONA EN FUNCIÓN DE SU PESO Y TAMAÑO	CUANTITATIVA ORDINAL	DISCONTINUA	CENTÍMETROS Y KILOGRAMOS	¿CUÁNTO MIDE Y CUÁNTO PESA?
SÍNTOMAS ANTES, DURANTE O PREVIOS	ES UN AVISO ÚTIL DE QUE LA SALUD PUEDE	CUALITATIVA NOMINAL	DISCONTINUA	ESTRENIMIENTO DOLOR ANAL FUGA DE SÓLIDOS	¿ES ESTRIBIDO? ¿ALGUNA VEZ HA

AL EMBARAZO	ESTAR AMENAZADA SEA POR ALGO PSÍQUICO, FÍSICO, SOCIAL O COMBINACIÓN DE LAS MISMAS			FUGA DE LÍQUIDOS FUGA DE GASES USO DE PROTECTORES ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA	PRESENTADO DOLOR ANAL? ¿ALGUNA VEZ HA PRESENTADO FUGA DE SÓLIDOS? ¿ALGUNA VEZ HA PRESENTADO FUGA DE LÍQUIDOS? ¿ALGUNA VEZ HA PRESENTADO FUGA DE GASES? ¿DEBE USAR PROTECTORES PARA EVITAR MANCHAS? ¿LA INCONTINENCIA ANAL LE IMPIDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS?
EVENTO					
TIPO DE PARTO	ES LA EXPULSIÓN DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN Y SUS ANEXOS A TRAVÉS DEL CANAL VAGINAL	CUALITATIVA NOMINAL	DISCONTINUA	EUTOCICO, DISTOCICO	¿FUE UN PARTO COMPLICADO?
MÉDICO	ES UN PROFESIONAL QUE PRACTICA LA MEDICINA Y QUE INTENTA MANTENER Y RECUPERAR LA SALUD HUMANA MEDIANTE EL ESTUDIO, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN DEL PACIENTE	CUALITATIVA NOMINAL	DISCONTINUA	MIP R1 R2 R3 R4 ESPECIALISTA	¿QUIÉN ATENDIO EL PARTO?

DESGARRO PERINEAL	DESGARRO QUE SE PRODUCE EN LAS PARTES BLANDAS DEL CANAL DEL PARTO, AFECTANDO AL PERINÉ (RAFE MEDIO Y MUSCULATURA DEL PERINÉ, ASÍ COMO VAGINA).	CUALITATIVA ORDINAL	CONTINUA	GRADOS	¿TUVO ALGÚN DESGARRO DURANTE EL PARTO?
EPISIOTOMÍA	SECCIÓN QUE SE REALIZA EN EL PERINÉ EN EL MOMENTO DEL PARTO PARA FACILITAR LA EXPULSIÓN DEL PRODUCTO Y EVITAR LOS DESGARROS.	CUALITATIVA NOMINAL	DISCONTINUA	MEDIA LATERAL	¿QUÉ TIPO DE EPISIOTOMÍA LE REALIZARON?
DURACIÓN DEL 1ER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO	SE INICIA CON LA PRIMERA CONTRACCIÓN UTERINA VERDADERA Y TERMINA CON LA DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETOS.	CUALITATIVA NOMINAL	DISCONTINUA	HORAS	¿CUÁNTAS HORAS DURÓ EL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO?
DURACIÓN DEL 2DO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO	COMPRENDE DESDE LA DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETOS DEL CUELLO UTERINO, HASTA LA EXPULSIÓN DEL PRODUCTO	CUALITATIVA NOMINAL	DISCONTINUA	MINUTOS	¿CUÁNTAS HORAS DURÓ EL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO?

PRODUCTO					
PESO	ES LA MEDIDA DE LA FUERZA QUE EJERCE LA GRAVEDAD SOBRE UN CUERPO DETERMINADO	CUANTITATIVA ORDINAL	DISCONTINUA	KILOGRAMOS	¿CUÁNTO PESÓ EL PRODUCTO?
CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA	ES EL RESULTADO QUE ARROJA EL MEDIR LA CABEZA DEL PRODUCTO EN SU PORCIÓN MAS ANCHA	CUANTITATIVA ORDINAL	DISCONTINUA	CENTÍMETROS	¿CUÁNTOS CENTÍMETROS MIDió EL PERÍMETRO CEFÁLICO DEL PRODUCTO?

H) SELECCIÓN DE LA MUESTRA

i. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará a todas las pacientes que hayan presentado su primer parto en el Hospital de la Mujer durante el periodo comprendido del 1º de marzo al 31 de mayo de 2013.

ii. TIPO DE MUESTRA

Este tipo de estudio no requiere muestreo, ya que se tomarán en cuenta todos los casos de mujeres primíparas.

I) CRITERIOS DE SELECCIÓN

i. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que ingresen al Hospital de la Mujer con resolución del embarazo vía vaginal por primera vez.
- Cualquier edad gestacional.
- Cualquier edad de la paciente.

ii. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con partos previos.

iii. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no aceptaron responder al cuestionario aplicado.
- Pacientes que no fueron localizadas para aplicación del cuestionario.

J) RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

i. INSTRUMENTO

- Hoja de recolección de datos.
- Censo de pacientes primíparas atendidas en el Hospital de la Mujer durante el periodo del 1º de marzo al 31 de mayo de 2013.
- Expediente clínico de las pacientes.
- Llamadas telefónicas para localización de las pacientes y aplicación de encuestas.

ii. LOGÍSTICA

El médico residente de cuarto grado, deberá revisar el censo de pacientes primíparas atendidas en el Hospital de la Mujer en el periodo de tiempo del 1º de marzo al 31 de mayo de 2013. Una vez detectados los expedientes de estas

pacientes, serán localizadas mediante llamada telefónica y se les aplicará el cuestionario para la recopilación de datos.

iii. PROCESO DE INFORMACIÓN

Una vez que se determine la población de estudio, se elaborará una tabla que incluya los factores de riesgo que se tomarán en cuenta como variables de estudio.

K) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva, utilizando para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión. Para variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. En cuanto estadística inferencial (analítica) se realizaron cruces de variables con chi-cuadrada para variables cualitativas.

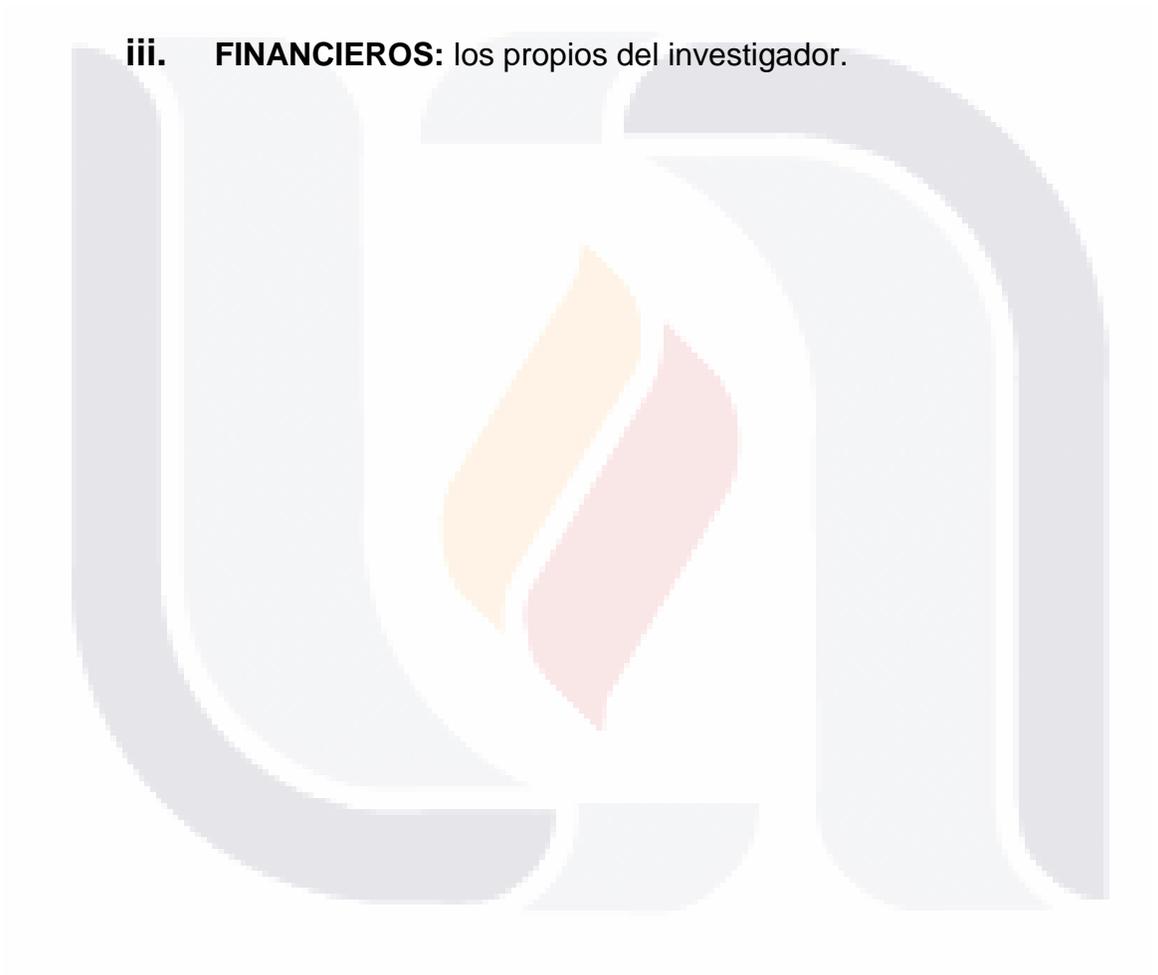
L) CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En las investigaciones en las que participan seres humanos, es indispensable el consentimiento informado; es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con normas éticas, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, con la declaración de Helsinki de 1964 y con la enmienda de Tokio de 1975.

Al consultar los expedientes clínicos, no se puso en duda de la capacidad y ética profesional de los médicos implicados en la atención de los pacientes incluidos, así como también se respetó al centro asistencial en el cual laboran. Se reservaron posiciones ideológicas que alteren o atenten contra el prestigio del funcionamiento institucional prestadora de servicios de salud a nivel público.

M) RECURSOS PARA EL ESTUDIO

- i. **HUMANOS:** investigador principal, asesores clínico y de investigación.
- ii. **MATERIALES:** plumas, calculadoras, computadoras, memorias USB, libros, revistas, impresoras, hojas.
- iii. **FINANCIEROS:** los propios del investigador.



3. RESULTADOS

En el presente estudio se presenta una población total de 93 pacientes, algunas de las características generales obtenidas de las mismas y de los recién nacidos, como se muestra en las siguientes tablas.

Tabla 1. Población general.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50 (Mediana)	75
EDAD	93	19.05	3.146	14	33	17.00	18.00	20.00
*IMC	93	25.97	4.096	19	41	23.40	24.90	28.70
GESTAS	93	1.10	.297	1	2	1.00	1.00	1.00
1ER PTDP HRS	93	11.68	5.072	3	25	8.00	10.00	14.50
2DO PTDP MIN	93	44.78	25.579	10	130	27.00	36.00	54.50
*PESO	93	3040.33	396.725	1910	4150	2775.00	3050.00	3290.00
PRODUCTO								
CIRC CEF	93	34.05	1.377	30	38	33.00	34.00	35.00

*Distribución Normal

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Se atendieron únicamente 3.2 % de partos distócicos.

Tabla 2. Tipo de parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EUTOCICO	90	96.8	96.8	96.8
DISTOCICO	3	3.2	3.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Se observó que, de las 93 pacientes atendidas, solo cinco (5.4%) de ellas presentaron desgarro del esfínter anal, siendo más común el de tercer grado, equivalente a 3.2 %.

Tabla 3. Desgarro.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIN DESGARRO	88	94.6	94.6	94.6
DESGARRO DE PRIMER GRADO	1	1.1	1.1	95.7
DESGARRO DE TERCER GRADO	3	3.2	3.2	98.9
DESGARRO DE CUARTO GRADO	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION



La distribución de médicos que atendieron los partos, de acuerdo a su jerarquía, se dió de la siguiente manera: ocho de cada diez partos fueron atendidos por residentes de primer y segundo grado.

Tabla 4. Médico que atendió el parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESTUDIANTE DE MEDICINA	2	2.2	2.2	2.2
MÉDICO INTERNO DE PREGRADO	13	14.0	14.0	16.1
RESIDENTE DE PRIMER GRADO	59	63.4	63.4	79.6
RESIDENTE DE SEGUNDO GRADO	15	16.1	16.1	95.7
RESIDENTE DE TERCER GRADO	3	3.2	3.2	98.9
RESIDENTE DE CUARTO GRADO	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Solo siete pacientes refirieron presentar algún síntoma de incontinencia anal previos al parto.

Tabla 5. Síntomas de incontinencia antes del parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO PRESENTARON SÍNTOMAS	86	92.5	92.5	92.5
SÍ PRESENTARON SÍNTOMAS	7	7.5	7.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Solo 5.4 % presentaron estreñimiento previo al parto

Tabla 6. Estreñimiento antes del parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NUNCA	88	94.6	94.6	94.6
RARA VEZ	1	1.1	1.1	95.7
ALGUNAS VECES	3	3.2	3.2	98.9
SIEMPRE	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Solo 3.2 % presentaron fuga de gases previos al parto.

Tabla 7. Fuga de gases antes del parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NUNCA	90	96.8	96.8	96.8
ALGUNAS VECES	3	3.2	3.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Por otro lado, ninguna paciente refirió síntomas como dolor anal, manchado, fuga de sólidos, fuga de líquidos, uso de protectores o alteración en el estilo de vida previos al parto.

Se observó que veinte pacientes (21.5%) refirieron presentar algún síntoma de incontinencia anal o exacerbación de uno o varios síntomas, posterior al parto.

Tabla 8. Síntomas del incontinencia posterior al parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO PRESENTARON SÍNTOMAS	73	78.5	78.5	78.5
SÍ PRESENTARON SÍNTOMAS	20	21.5	21.5	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Diecinueve pacientes (20.4 %) presentaron estreñimiento posterior al parto.

Tabla 9. Estreñimiento posterior al parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NUNCA	74	79.6	79.6	79.6
RARA VEZ	4	4.3	4.3	83.9
ALGUNAS VECES	9	9.7	9.7	93.5
GENERALMENTE	4	4.3	4.3	97.8
SIEMPRE	2	2.2	2.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Siete pacientes (7.5 %) presentaban dolor anal, posterior al parto.

Tabla 10. Dolor anal posterior al parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NUNCA	86	92.5	92.5	92.5
RARA VEZ	2	2.2	2.2	94.6
ALGUNAS VECES	4	4.3	4.3	98.9
SIEMPRE	1	1.1	1.1	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Cinco pacientes (5.4 %) presentaban fuga de gases posterior al parto.

Tabla 11. Fuga de gases posterior al parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NUNCA	88	94.6	94.6	94.6
RARA VEZ	2	2.2	2.2	96.8
ALGUNAS VECES	3	3.2	3.2	100.0
Total	93	100.0	100.0	

. FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

Ninguna paciente refirió síntomas como manchado, fuga de sólidos, fuga de líquidos, uso de protectores ni alteración en el estilo de vida posterior al parto.

Se encontró que, de las siete pacientes que presentaron síntomas de incontinencia previo al parto, solo una tuvo relación con un parto distócico.

Tabla 12. Tipo de parto e incontinencia.

		TIPO DE PARTO E INCONTINENCIA E INCONTINENCIA		Total
		EUTOCICO	DISTOCICO	
Incontinencia	NO	84	2	86
	SI	6	1	7
Total		90	3	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.085

Se encontró que cuatro de las siete pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal previo al parto, se les realizó episiotomía medio lateral.

Tabla 13. Episiotomía e incontinencia..

		EPISIOTOMÍA E INCONTINENCIA			Total
		SIN EPISIOTOMÍA	EPISIOTOMÍA MEDIA	EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL	
Incontinencia	NO	2	43	41	86
	SI	0	3	4	7
Total		2	46	45	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.840

De las siete pacientes con síntomas de incontinencia anal previo al parto, ninguna presentó desgarró del esfínter anal.

Tabla 14. Desgarro e incontinencia..

		DESGARRO E INCONTINENCIA				Total
		SIN DESGARRO	DESGARRO DE PRIMER GRADO	DESGARRO DE TERCER GRADO	DESGARRO DE CUARTO GRADO	
Incontinencia	NO	81	1	3	1	86
	SI	7	0	0	0	7
Total		88	1	3	1	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.934

De las siete pacientes con síntomas de incontinencia anal previo al parto, 100% refirieron estreñimiento.

Tabla 15. Estreñimiento previo al parto e incontinencia..

		ESTREÑIMIENTO PREVIO AL PARTO E INCONTINENCIA				Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	
Incontinencia	NO	86	0	0	0	86
	SI	2	1	3	1	7
Total		88	1	3	1	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

De las siete pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal previo al parto, tres refirieron haber presentado fuga de gases en alguna ocasión.

Tabla 16. Fuga de gases previo al parto e incontinencia..

		FUGA DE GASES PREVIO AL PARTO E INCONTINENCIA		Total
		NUNCA	ALGUNAS VECES	
Incontinencia	NO	86	0	86
	SI	4	3	7
Total		90	3	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

De las siete pacientes con síntomas de incontinencia anal previo al parto, todas refirieron estreñimiento posterior al parto.

Tabla 17. Estreñimiento posterior al parto e incontinencia..

		ESTREÑIMIENTO POSTERIOR AL PARTO E INCONTINENCIA					Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	GENERALMENTE	SIEMPRE	
Incontinencia	NO	74	1	6	4	1	86
	SI	0	3	3	0	1	7
Total		74	4	9	4	2	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

De las siete pacientes que presentaron síntomas de incontinencia previo al parto, una refirió haber presentado dolor anal rara vez posterior al parto.

Tabla 18. Dolor anal posterior al parto e incontinencia..

		DOLOR ANAL POSTERIOR AL PARTO E INCONTINENCIA				Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	
Incontinencia	NO	80	1	4	1	86
	SI	6	1	0	0	7
Total		86	2	4	1	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.131

De las siete pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal previo al parto, tres refirieron fuga de gases posterior al parto.

Tabla 19. Fuga de gases posterior al parto e incontinencia..

		FUGA DE GASES POSTERIOR AL PARTO E INCONTINENCIA			Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	
Incontinencia	NO	84	1	1	86
	SI	4	1	2	7
Total		88	2	3	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

De las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, solo dos se asocian a un parto distócico.

Tabla 20. Tipo de parto e incontinencia..

		TIPO DE PARTO E INCONTINENCIA		Total
		EUTOCICO	DISTOCICO	
IA POSTPARTO	NO	72	1	73
	SI	18	2	20
Total		90	3	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.053

A las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, se les realizó episiotomía y se encontró la misma relación entre la media y la medio lateral.

Tabla 21. Episiotomía e incontinencia..

		EPISIOTOMÍA E INCONTINENCIA			Total
		SIN EPISIOTOMÍA	EPISIOTOMÍA MEDIA	EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL	
IA POSTPARTO	NO	2	36	35	73
	SI	0	10	10	20
Total		2	46	45	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.755

En comparación con las pacientes que presentaron síntomas previos al parto, se tiene una diferencia, en donde trece (13.9%) pacientes se vieron afectadas por el evento obstétrico; de las cuales, sólo dos (2.1%) de las siete pacientes con datos de incontinencia previos al parto, presentaron exacerbación de los síntomas con el evento obstétrico (comparar con bibliografía en discusión).

En las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, solo una se asoció a desgarro del esfínter anal de tercer grado.

Tabla 22. Desgarro de esfínter anal e incontinencia..

		DESGARRO DEL ESFINTER ANAL E INCONTINENCIA				Total
		SIN DESGARRO	DESGARRO DE PRIMER GRADO	DESGARRO DE TERCER GRADO	DESGARRO DE CUARTO GRADO	
IA	NO	69	1	2	1	73
POSTPARTO	SI	19	0	1	0	20
Total		88	1	3	1	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.850

De las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, cinco refirieron estreñimiento previo al parto, siendo estadísticamente significativo.

Tabla 23. Estreñimiento previo al parto e incontinencia..

		ESTREÑIMIENTO PREVIO AL PARTO E INCONTINENCIA				Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	
IA POSTPARTO	NO	73	0	0	0	73
	SI	15	1	3	1	20
Total		88	1	3	1	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

De las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, tres refirieron fuga de gases previo al parto. Encontrando diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 24. Fuga de gases previo al parto e incontinencia..

		FUGA DE GASES PREVIO AL PARTO E INCONTINENCIA		Total
		NUNCA	ALGUNAS VECES	
IA POSTPARTO	NO	73	0	73
	SI	17	3	20
Total		90	3	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.001

De las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, todas refirieron estreñimiento, mostrándose estadísticamente significativo.

Tabla 25. Estreñimiento posterior al parto e incontinencia..

		ESTREÑIMIENTO POSTERIOR AL PARTO E INCONTINENCIA					Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	GENERALMENTE	SIEMPRE	
IA POSTPARTO	NO	71	0	1	1	0	73
	SI	3	4	8	3	2	20
Total		74	4	9	4	2	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

De las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, siete refirieron dolor anal, mostrándose estadísticamente significativo.

Tabla 26. Dolor anal posterior al parto e incontinencia..

		DOLOR ANAL POSTERIOR AL PARTO E INCONTINENCIA				Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	
IA POSTPARTO	NO	72	0	1	0	73
	SI	14	2	3	1	20
Total		86	2	4	1	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

De las veinte pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, cinco refirieron fuga de gases, mostrando diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 27. Fuga de gases posterior al parto e incontinencia..

		FUGA DE GASES POSTERIOR AL PARTO E INCONTINENCIA			Total
		NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	
IA POSTPARTO	NO	73	0	0	73
	SI	15	2	3	20
Total		88	2	3	93

FUENTE: ENCUESTA DE INVESTIGACION

p=0.000

4. DISCUSIÓN

En México se desconoce la incidencia exacta de la incontinencia anal, ya que no se cuenta con estudios completos y estadísticas confiables, pero no por eso deja de ser un problema con gran impacto psicosocial en las pacientes que lo presentan ya que representa una alteración en el estilo de vida.

Por lo anterior, se llevó a cabo éste estudio, en donde se evaluaron a noventa y tres pacientes primíparas del Hospital de la Mujer, atendidas en el periodo de marzo a mayo de 2013.

Un estudio de Ibañez Garikano, mostró una prevalencia de incontinencia de 6% a los seis meses del parto en primíparas (2007). Por otro lado, Sultán y cols. encontraron que de 35% de pacientes primíparas con lesión oculta del esfínter anal interno, solo 13 % presentaron algún tipo de sintomatología (Fonseca M. José, 1998). Lo anterior concuerda con la prevalencia encontrada, ya que corresponde a 13.9 % de las pacientes estudiadas, de las cuales dos, ya presentaban síntomas previos y no fueron estrictamente provocados por el parto, lo cual pudiera explicar que se encuentra por encima de la media.

Thacker y Banta informaron una tasa de ruptura del esfínter anal entre 0 a 24% durante el parto vaginal (Aronson y Raymond, 2006). Entre las pacientes estudiadas en el Hospital de la Mujer, se presentó 5.4% de desgarró, predominando el de tercer grado B. Gorbea y cols., mencionan que los desgarró del esfínter anal son los responsables de 90% de la incontinencia anal postparto (2011). De las pacientes estudiadas se presentaron cuatro casos de desgarró que involucra el esfínter anal, de ellas, solo una presentó síntomas. Ésta diferencia se deba quizás a que no a todas las pacientes con síntomas se les ha realizado un ultrasonido endoanal. Lo anterior se resolvería si se enfrentaran casos de lesiones ocultas del esfínter anal ya que, como menciona la bibliografía, solo se diagnostican entre 0.5 a 3% (Gobeia, 2011). Al contrario de lo que menciona la literatura antes citada sobre el incremento de la incidencia hasta 15% con la

práctica de episiotomía media, en este estudio no se encontraron diferencias entre las pacientes que presentaban sintomatología, respecto a la episiotomía media vs medio lateral.

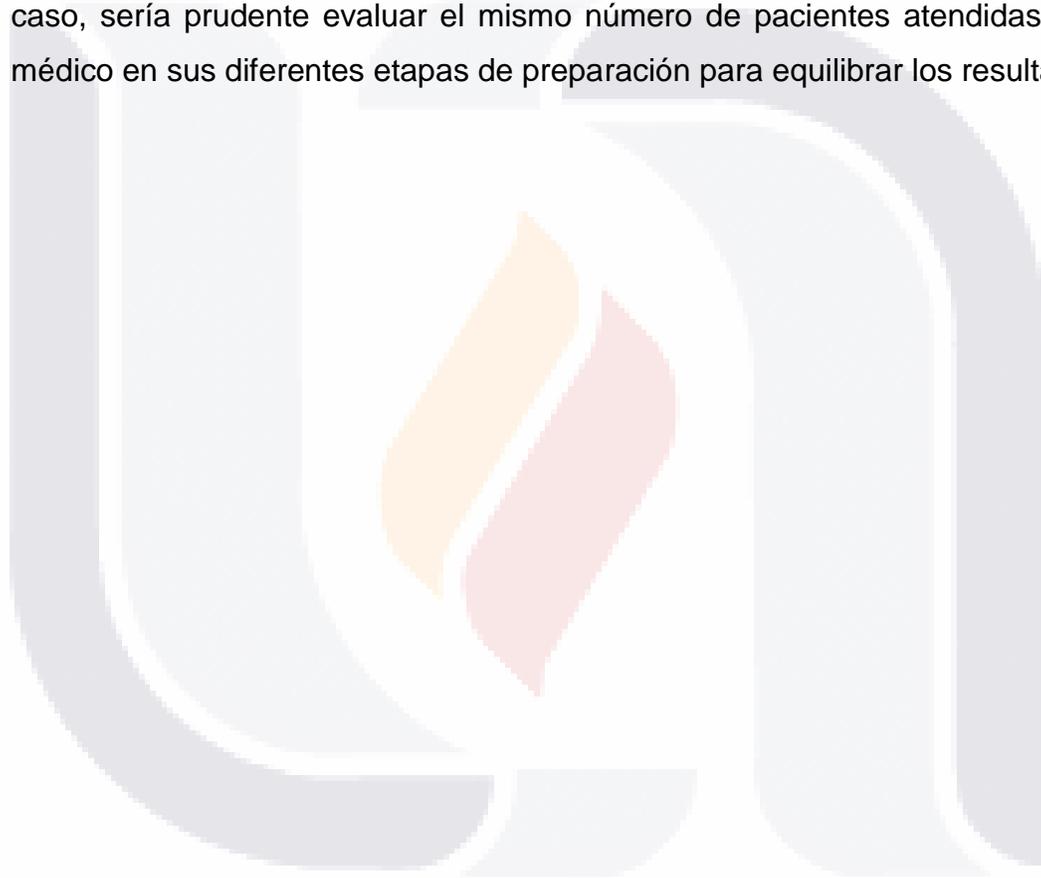
La incidencia de incontinencia anal ha sido reportada hasta en 23% en primíparas, de nueve a doce meses después de un desgarro de tercer grado durante el parto, siendo la fuga de gases seis veces más frecuente en mujeres que tuvieron lesión del esfínter anal (Gobea 2011). Si se toma en cuenta que de las pacientes estudiadas, cuatro presentaron lesión del esfínter anal y sólo una de ellas presentó síntomas a los nueve meses del parto (25%), se encuentra cierta correspondencia con lo que indica la literatura.

Ibañez Garikano (2007), encontraron que todas las mujeres con incontinencia anal tenían escapes involuntarios de gases. Mientras que en este estudio trece pacientes con síntomas de incontinencia anal postparto, refirieron fuga de gases, lo cual corresponde a 23%.

Un estudio realizado por Eason (2002) en un grupo de pacientes que presentó lesión del esfínter anal postparto, reveló que la macrosomía (peso > 4 kg) fue un factor de incontinencia anal. En ésta investigación no se encontró significancia, ya que solo se presentó un caso de macrosomía y la madre no refirió ningún síntoma de incontinencia anal.

En cuanto al parto, se debe tomar en cuenta la evolución del mismo (Fonseca, 1998), de las pacientes que presentaron síntomas de incontinencia anal postparto, se encontró un tiempo medio del primer periodo de trabajo de parto de 9.5 horas (el mínimo de 3 hrs. y el máximo de 20 hrs.) y un segundo periodo de trabajo de parto de 37.6 minutos (el mínimo de 11 min. y el máximo de 75 min.).

Además en otro estudio realizado por Belmontes, *et al* (2006) se cuestiona la técnica de atención del parto, tomando en cuenta el nivel de preparación de quien atendía el parto. Se encontraron diferencias notables entre los casos de lesión a esfínteres e incontinencia, entre aquellos atendidos por el médico de menor jerarquía. Sin embargo, en el presente estudio, esto no tiene significancia estadística debido a que, la mayoría de las pacientes, fueron atendidas por los residentes de primer grado, lo cual aumenta la incidencia en su jerarquía. En ese caso, sería prudente evaluar el mismo número de pacientes atendidas por cada médico en sus diferentes etapas de preparación para equilibrar los resultados.

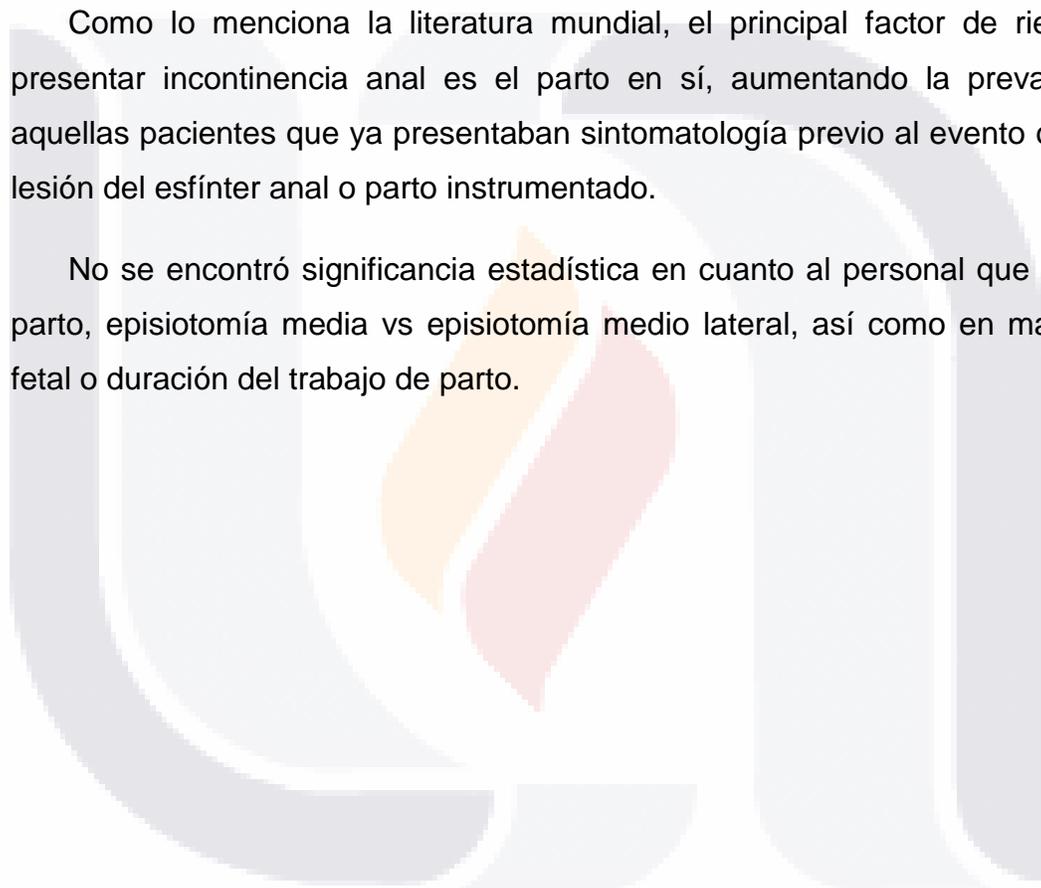


CONCLUSIONES

La prevalencia de la incontinencia anal en pacientes primíparas en el Hospital de la Mujer es de 13.9%. Los principales síntomas de incontinencia anal que las pacientes refirieron antes del parto fueron estreñimiento y fuga de gases. Por otro lado, y posterior al parto, persistieron estos mismos síntomas como predominantes de la incontinencia anal, así como en menor porcentaje, el dolor anal.

Como lo menciona la literatura mundial, el principal factor de riesgo para presentar incontinencia anal es el parto en sí, aumentando la prevalencia en aquellas pacientes que ya presentaban sintomatología previo al evento obstétrico, lesión del esfínter anal o parto instrumentado.

No se encontró significancia estadística en cuanto al personal que atendió el parto, episiotomía media vs episiotomía medio lateral, así como en macrosomía fetal o duración del trabajo de parto.



SUGERENCIAS

Es importante identificar en todas las pacientes atendidas por parto en el Hospital de la Mujer -independientemente del número de gestación y partos- los factores de riesgo para incontinencia anal antes del evento obstétrico.

En todas las pacientes que presenten sintomatología de incontinencia anal antes del parto, darles seguimiento de seis a doce meses, según su evolución, y realizar un ultrasonido endoanal, para determinar la integridad del esfínter anal.

Contar, necesariamente, con el equipo de ultrasonido (transductor) para evaluar a las pacientes con factores de riesgo de incontinencia anal. Lo ideal sería realizar un estudio de ultrasonido endoanal a todas las pacientes atendidas por parto para determinar las lesiones ocultas del esfínter anal.

Otorgar signos de alarma a todas las pacientes que sean atendidas por parto para que no dejen pasar desapercibidos los síntomas y sepan que no es normal presentarlos.

Contar con personal altamente capacitado y supervisar a los de menor jerarquía durante la atención de los partos, para con ello disminuir, con una adecuada técnica, los factores de riesgo asociados a incontinencia anal.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDREWS, V., SULTAN, A.H., THAKAR, R., y JONES, P.W. (2006). "Occult anal sphincter injuries: myth or reality?" *BJOG: An international journal of obstetrics and gynecology*, 113(2), 195–200.
- ARONSON y RAYMOND. (2006) "Incontinencia anal y fístulas rectovaginales". Te Linde. *Ginecología Quirúrgica*. 9ª edición. México: Panamericana; p. 1205-1242.
- BELMONTE MONTES, C., CERVERA SERVÍN, J.A., y GARCÍA VÁZQUEZ, J.L. (2006). *Artemisa*. "Incontinencia fecal por lesiones ocultas del mecanismo de esfínter anal y factores asociados en pacientes primíparas sin episiotomía media de rutina", (6), 449–455.
- EASON E, LABRECQUE M, et al. "Incontinencia anal posterior al parto". *Canadian Medical Association Journal* 166(3):326-330, Feb 2002.
- FONSECA M. JOSÉ. "Determinación de incontinencia fecal por lesiones ocultas del esfínter anal durante el parto vaginal con episiotomía media en primigestas". *Rev Sanid Milit Mex*. 1998; 52(6) Nov-Dic 355-358.
- FOWLER, G., (2010). "Risk factors for and management of obstetric anal sphincter injury". *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 20(8), 229–234. doi:10.1016/j.ogrm.2010.07.006.
- GORBEA CHÁVEZ, V., HERNÁNDEZ CONTRERAS, R.C., RODRÍGUEZ COLORADO, S., VELÁZQUEZ SÁNCHEZ, M.P., y KUNHARDT RASCH, I.I.J. (2011). *Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico*.
- GRAU, J., LACIMA, G., ROURA, P., ROVIRA, R., ESTOPIÑÁ, N., CAYUELA, E., y ESPUÑA, M. (2010). "Incontinencia anal postparto y control evolutivo hasta los doce meses". *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53(1), 18–23. doi:10.1016/j.pog.2009.04.001.
- GUINDIC, L. C., y CRUCES, T. N. (2006). *Artemisa*, "Incontinencia fecal", 69(1), 36–45.

IBAÑEZ GARIKANO, L.; ARRUE GABILONDO, M.; MURGIONDO HURTADO DE SARACHO, A.; PAREDES GOENAGA, J.; GARCÍA ADANEZ, J.; DIEZ ITZA, I. *Disfunciones del suelo pélvico en primíparas. Influencia de la vía de parto*. Hospital Donostia; gipuzkoa. 2007.

LARRAURI, E.R., y HUTERER, H. (2006). Artículo original: “Incontinencia anal causada por un traumatismo obstétrico. Experiencia con la técnica de esfinteroplastia por superposición”, 14, 418–423.

MUÑOZ DUYOS, A., MONTERO, J., NAVARRO, A., DEL RÍO, C., GARCÍA DOMINGO, M.I., y MARCO, C. (2004). “Incontinencia fecal: neurofisiología y neuromodulación”. *Cirugía Española*, 76(2), 65–70. doi:10.1016/S0009-739X(04)72362-3.

SCHMIDTKE, A., ANNE, S., y STAFF, C. (2012). Obstetric anal sphincter ruptures : Risk factors, *Clinical outcome and prophylaxis*, 1–18.

SMITH, L. A., PRICE, N., SIMONITE, V., y BURNS, E. E. (2013). “Incidence of and risk factors for perineal trauma : a prospective observational study”. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1. doi:10.1186/1471-2393-13-59.

WAINSTEIN, C., QUERA, R., QUIJADA, I., PELVIANO, P., CONDES, L., y CONDES, L. (2013). “Incontinencia fecal en el adulto : Un desafío permanente”, 24(2), 249–261.



ANEXOS

A) HOJA DE CAPTURA DE DATOS PARA TESIS.

FOJO: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

MADRE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 TELEFONO: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____
 GESTAS: _____ ABORTOS: _____

EVENTO OBSTETRICO

FECHA DEL PARTO: _____

DURACION DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO: _____ HORAS

DURACION DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO: _____ MINUTOS

TIPO DE PARTO:

EUTOCICO SI NO ESPECIFICAR: _____

EPISIOTOMIA:

NO SI → MEDIA MEDIO LATERAL

DESGARRO:

NO SI → 1ER 2DO 3ER 4TO

SINTOMAS PREVIOS AL PARTO:

NO SI → ESTREÑIMIENTO DOLOR ANAL MANCHADO FUGA DE SOLIDOS

FUGA DE GASES USO DE PROTECTORES ALTERA EL ESTILO DE VIDA

ESPECIALISTA R4 R3 R2 R1 MIP ESTUDIANTE

SINTOMAS POSTERIORES AL PARTO:

NO SI → ESTREÑIMIENTO DOLOR ANAL MANCHADO FUGA DE SOLIDOS

FUGA DE GASES USO DE PROTECTORES ALTERA EL ESTILO DE VIDA

ESPECIALISTA R4 R3 R2 R1 MIP ESTUDIANTE

MEDICO QUE ATENDIO EL PARTO:

ESPECIALISTA R4 R3 R2 R1 MIP ESTUDIANTE

PRODUCTO

PESO DEL PRODUCTO: _____ GRAMOS

PERIMETRO CEFALICO: _____ CENTIMETROS

B) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD		JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	P	X	X	X				
	R	X	X	X				
AUTORIZACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN LOCAL					X			
TRABAJO DE CAMPO	P				X			
	R				X			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	P					X		
	R					X		
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	P						X	
	R						X	
ESCRITURA PARA PRESENTACIÓN	P							X
	R							X
PUBLICACIÓN	P							X
	R							X

P: PROGRAMADO

R: REALIZADO