



HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

TESIS

**INCONTINENCIA ANAL EN PACIENTES PRIMIPARAS
CON DESGARROS ESPONTANEOS, EPISIOTOMIA Y/O
USO DE FORCEPS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN
EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES**

PRESENTA

FERNANDO GARCIA ALONSO

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

ASESORES:

DRA. MARTHA HERNÁNDEZ MUÑOZ

DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA

Aguascalientes, Ags. Febrero de 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

FERNANDO GARCÍA ALONSO
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:

“INCONTINENCIA ANAL EN PACIENTES PRIMÍPARAS CON DESGARROS ESPONTÁNEOS, EPISIOTOMÍA Y/O USO DE FÓRCEPS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO 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., 3 de Febrero de 2015.



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

**“INCONTINENCIA ANAL EN PACIENTES PRIMIPARAS CON
DESGARROS ESPONTANEOS, EPISIOTOMIA Y/O USO DE
FORCEPS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL DE LA
MUJER DE AGUASCALIENTES”
CARTA DE APROBACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS**



**DR JOSE ARMANDO ROBLES AVILA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER**



**DR DANIEL ELY BRAVO AGUIRRE
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE LA MUJER**



**DRA MARTHA HERNANDEZ MUÑOZ
ASESOR CLÍNICO**



**DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA
ASESOR METODOLOGICO ISSEA**



| | |
|---------------|---|
| 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, 21 de Noviembre de 2014

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

“Incontinencia Anal en Pacientes Primíparas con Desgarros Espontáneos, Episiotomía Y/O uso de Forcers a un año de Seguimiento en Pacientes del Hospital De La Mujer De Aguascalientes”

Otorgando el dictamen de **“Aceptado”** número de registro: 2ISSEA-72/14

Investigador (s) de proyecto: **Fernando García Alonso**

Asesores:

Dra. Martha Hernández Muñoz, Dr. Francisco Javier Serna Vela

Lugar de desarrollo de la Investigación:

Hospital de la Mujer Aguascalientes

Tipo 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, MCM
Secretario Técnico
C.c.p.- Archivo.



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



AGRADECIMIENTOS

Al pilar más fuerte que me ha sostenido siempre, que me ha brindado la guía, la rectitud y la fuerza para mantenerme en pie, para seguir adelante siempre y no rendirme nunca; a mi maestra, mi amiga, a mi Madre. Señora María del Pilar Alonso Barrios, lo hicimos, juntos como siempre, gracias mami por todo el amor que me has dado...TE AMO.

A mi ídolo, mi modelo y mi confidente, Gabriela García Alonso gracias por enseñarme a volar, te admiro y te amo hermanita, gracias por hacerme llegar hasta aquí de tu mano junto con Dios...eres mi angelito de la guarda.

A mi familia Alonso, siempre presente con sus palabras de ánimo. Me recargaron la pila cuando estaba a punto de apagarme.

Luis Miguel Rostro, mil gracias por tu apoyo incondicional, siempre junto a mi...hasta la victoria siempre!!!

Doctora Martha Hernández Muñoz, gran maestra, excelente mujer y ejemplo de madre. Mi amiga, mi consejera y mi tutora en esta especialidad. Gracias por abrirme las puertas de la ginecología con la sonrisa que la caracteriza, por enseñarme que la verdad y el conocimiento son las mejores herramientas con las que uno sale a trabajar en la vida, es mi ejemplo a seguir de especialista; pero sobre todo gracias por abrirme las puertas de su vida, por enseñarme además de la ginecología, las cosas más importantes, las que salen del corazón. Mi admiración y respeto por siempre.

Doctor Leopoldo Cesar Serrano Díaz y Doctora Hilda Vázquez Delfín, mis apaiiiiiitooooos. Gracias por todas sus lecciones, por enseñarme a valorar la vida desde el vientre de una madre, me han hecho muy fuerte, más de lo que creía que era. Gracias por su amor.

Doctor Miguel Ángel Carrillo Romero, gracias por su entereza, por ser fuerte, por abrazar a la vida y aceptarla con todo y sus adversidades, gracias por mostrarme que no existen barreras, que la grandeza de la gente se mide por su capacidad para resolver los problemas que hay en la vida y de aceptar los que no nos es posible cambiar. Me dejó oírlo y aprender de usted...es GRANDE Dr. Carrillo. Gracias por enseñarme el valor de vivir.

Dr. Armado Robles Ávila y Dr. Roberto Rubalcava, gracias por el apoyo incondicional, los regaños, los consejos y sobre todo por la confianza que me brindaron durante mi estancia de residente. Quedo al servicio de ustedes maestros.

Agradezco infinitamente a todos mis maestros y amigos en la especialidad Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre, Dr. Felipe de Jesús Valle Razo, Dra. Alejandra Romero, Dr. Roberto Franco, Dr. Luis Antonio Chávez Barba, Dr. Chávez Guerra, Dr. Arturo Guerra, Dra. Ana Espino Villanueva, Dr. Carlos David Marín, Dr. Alejandro Pérez Astudillo, Dra. Martha Sandoval, Dr. Julio Macías, Dra. Patricia Negrete, Dra. Ramona Romo, Dr. Eduardo Moreno, Dra. Irma Toledo, Dr. Moisés Aguilar Tafoya, Dr. Ezequiel Sotelo Félix...GRACIAS POR ESTAR AQUÍ.

DEDICATORIA

A ti abuelita Elena Barrios de Alonso, por tomarme de la mano y no soltarme nunca, por estar allí iluminando mis momentos de oscuridad, por levantarme cada vez que caía y darme la fuerza para seguir avanzando. Hasta allá arriba te ofrezco esta etapa de mi vida...ya tienes nieto doctor que saca bebes abuelita!



INDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| ÍNDICE GENERAL..... | 1 |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | 3 |
| ÍNDICE DE GRÁFICAS..... | 4 |
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| Antecedentes históricos..... | 9 |
| Fisiopatología..... | 10 |
| Marco normativo..... | 15 |
| Definición del problema..... | 15 |
| JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 18 |
| PREGUNTA..... | 20 |
| HIPOTESIS..... | 20 |
| Hipótesis Nula..... | 20 |
| Hipótesis Alterna..... | 20 |
| OBJETIVOS..... | 21 |
| Objetivos generales..... | 21 |
| Objetivos específicos..... | 21 |

| | |
|--|----|
| MATERIAL Y METODOS..... | 22 |
| Criterios de inclusión..... | 22 |
| Criterios de exclusión..... | 22 |
| Criterios de eliminación..... | 22 |
| Variables..... | 22 |
| Selección de la muestra..... | 22 |
| OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES..... | 23 |
| ANALISIS ESTADISTICO..... | 25 |
| CONSIDERACIONES ETICAS..... | 25 |
| RECURSOS PARA EL ESTUDIO..... | 26 |
| Recursos Humanos..... | 26 |
| Recursos Materiales..... | 26 |
| Recursos Financieros..... | 26 |
| RESULTADOS..... | 27 |
| DISCUSIÓN..... | 39 |
| CONCLUSIONES..... | 41 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 43 |
| ANEXOS..... | 45 |

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE EPISIOTOMIA.....11

TABLA 2 CLASIFICACION DE DESGARROS.....13

TABLA 3 EDAD, TALLA, PESO, PESO DE NEONATO.....24

TABLA 4 EJERCICIO.....25

TABLA 5 EPISIOTOMIA.....26

TABLA 6 EPISIOTOMIA MEDIA.....27

TABLA 7 EPISIOTOMIA MEDIA LATERAL.....28

TABLA 8 DESGARRO.....29

TABLA 9 USO DE FÓRCEPS.....30

TABLA 10 MACROSOMÍA.....31

TABLA 11 CALIDAD DE VIDA.....32

TABLA 12 COMPORTAMIENTO.....32

TABLA 13 PROPIOCEPCIÓN.....32

TABLA 14 VERGÜENZA.....33

TABLA 15 NO REQUIERE TRATAMIENTO.....33

TABLA 16 MACROSOMIA/USO DE FÓRCEPS.....34

TABLA 17 DESGARRO/USO DE FÓRCEPS.....34

TABLA 18 EPISIOTOMIA MEDIA LATERAL/USO DE FÓRCEPS.....34

TABLA 19 VERGÜENZA/USO DE FÓRCEPS.....35

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRAFICA 1 EJERCICIO..... | 25 |
| GRAFICA 2 EPISIOTOMÍA..... | 26 |
| GRAFICA 3 EPISIOTOMIA MEDIA..... | 27 |
| GRAFICA 4 EPISIOTOMIA MEDIA LATERAL..... | 28 |
| GRAFICA 5 DESGARRO..... | 29 |
| GRAFICA 6 USO DE FORCEPS..... | 30 |
| GRAFICA 7 MACROSOMIA..... | 31 |

RESUMEN

TITULO

Incontinencia anal en pacientes primíparas con desgarros espontáneos, episiotomía y/o uso de fórceps a un año de seguimiento en el hospital de la mujer de Aguascalientes.

ANTECEDENTES

La incontinencia anal posparto es una disfunción del piso pélvico que se define como la presencia de escape involuntaria a gases, heces líquidas, sólidas o manchado fecal, posteriores a los 6 meses de la atención del parto por la vía vaginal. En la ciudad de México se reporta una frecuencia del 8.3% relacionado a la utilización de fórceps y la realización de episiotomía media. En nuestro hospital no se ha registrado incidencia alguna de este tipo de padecimiento.

OBJETIVO

Establecer la incidencia de incontinencia anal posparto vaginal en pacientes primíparas con desgarros espontáneos, episiotomía y/o uso de fórceps a un año de seguimiento en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo en pacientes primíparas con desgarros espontáneos, episiotomía y/o uso de fórceps, durante el mes de noviembre de 2013, a un año de seguimiento en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

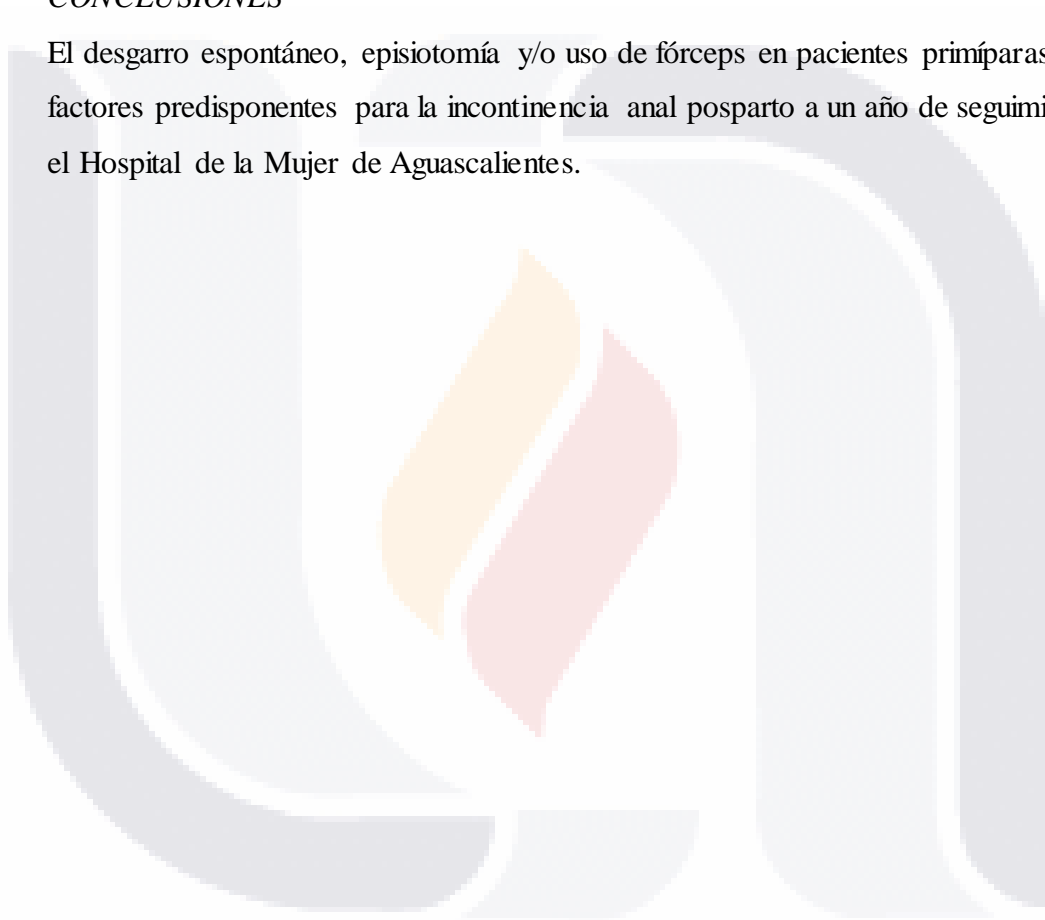
RESULTADOS

Se obtiene que la edad promedio de pacientes es de 19 años, de las cuales solo el 11.9% realiza algún tipo de ejercicio, al 90.5% se le realizó episiotomía correspondiendo el 26.2% a la episiotomía media y el 64.2% a la episiotomía media lateral. Solo el 9.5%

presentó desgarro de 2° y 3er grado. El 11.9% de las paciente requirió la aplicación de fórceps y el 4.8% de los neonatos entró en la definición de macrosomía fetal. No se encontraron alteraciones en la calidad de vida, propiocepción, comportamiento social y no hay evidencia de algún estado de vergüenza ante situaciones secundaria a la incontinencia anal.

CONCLUSIONES

El desgarro espontáneo, episiotomía y/o uso de fórceps en pacientes primíparas no son factores predisponentes para la incontinencia anal posparto a un año de seguimiento en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.



ABSTRACT

TITLE

Anal incontinence in primiparous patients with spontaneous tears, episiotomy and / or forceps to one year of follow up in the Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

BACKGROUND

Postpartum anal incontinence is pelvic floor dysfunction is defined as the presence of involuntary gases, liquid, solid or stained fecal, after 6 months of care at birth vaginally feces escape. Mexico City in a frequency of 8.3 % related to the use of forceps and episiotomy conducting reported. In our hospital has not been any of this type of disease incidence.

OBJECTIVE

Establish the incidence of postpartum anal incontinence vaginal forceps, episiotomy, lateral half or spontaneous tear in primiparous patient.

MATERIAL AND METHODS

An observational , descriptive , longitudinal, prospective primipara was conducted in patients with episiotomy , lateral half , forceps and / or tearing of the vaginal canal during the month of November 2013, one year follow-up in the Hospital Women of Aguascalientes.

RESULTS

It is obtained that the average age of patients is 19 years , of which only 11.9 % do some kind of exercise, 90.5 % underwent episiotomy 26.2 % corresponding to the

episiotomy and 64.2 % above the average lateral episiotomy . Only 9.5 % had torn 2nd and 3rd grade . 11.9 % of the patients required the application of forceps and 4.8 % of infants entered the definition of fetal macrosomia. No alterations in the quality of life , proprioception , social behavior and found no evidence of a state of embarrassment at school situations anal incontinence.

CONCLUSIONS

The application of forceps, using the average lateral episiotomy or vaginal tearing and until third grade are no predisposing factors for postpartum anal incontinence at one year follow up in the Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

INTRODUCCIÓN

Se sospecha que los traumatismos obstétricos predisponen a la paciente a una disfunción subsiguiente del piso pélvico; pero algunos datos indican que los efectos a largo plazo del parto quirúrgico vaginal sobre la incontinencia rectal son más complejos. Se cree que a mayor grado de traumatismo perineal más posibilidad de anomalías residuales del esfínter (1).

La incontinencia anal es una condición comúnmente subestimada debido a la estigmatización social y es caracterizada por una falta de continencia a flatos, heces sólidas o líquidas en público, generando un problema social e higiénico (1,2).

Este trastorno daña la autoimagen causando aislamiento social y afectando la calidad de vida de la paciente.

En Estados Unidos se encuentra una prevalencia del 28%, la cual se incrementa con la edad llegando incluso hasta un 46% (2).

En el área obstétrica la causa más común de incontinencia anal es la lesión del esfínter anal secundario a parto vaginal, encontrándose hasta un 11% aproximadamente. Cabe destacar que los defectos del esfínter anal en el posparto ha sido reportado del 76 al 82% (3).

El reporte de prevalencia de incontinencia fecal varía entre 2 y 3%, el cual se incrementa a un 17% de acuerdo a mayor edad y se presenta en un 46 a 54% en personas ancianas. Las personas que llegan a desarrollar este tipo de padecimientos en edad temprana, se encuentra relacionado a trauma durante el parto (3).

ANTECEDENTES HISTORICOS

En las escrituras de Hipócrates que datan del siglo V a. C. se describe por primera vez una descripción de la atención del parto normal, Sorano de Efeso (98-138 d.C.) describió la asistencia prenatal, parto y el tratamiento de la presentación anómala mediante versión interna y la extracción de nalgas. En 1668 Maureceau publica en su

libro *Traité des Maladies des Femmes Grosses* la sutura del periné después del parto limpiándolo con vino tinto y aplicando después tres o cuatro puntos (5).

Fue en el año de 1741 en Dublín, Irlanda, cuando el Sir Fielding Ould realizó la primer episiotomía, publicada posteriormente en su *Treatise of midwifery in three parts*.

En el siglo XIX Michaelis, Tarnier y Crede recomendaban la sección del periné en sus partos y en el siglo XX De Lee y Pomeroy recomiendan esta práctica en forma sistemática (5).

Entre los años 1975 y 1983, Haire Arms, Kitzinger, Thaker y Banta, realizaron estudios que han demostrado que la realización de la episiotomía no protege contra la relajación pélvica y la hemorragia fetal intracraneal. Más bien se observó que se incrementó el porcentaje de infección perineal, pérdida sanguínea, dolor durante la recuperación, daño a la función sexual (5).

En 1980 el uso de episiotomía en Estados Unidos se mantenía por encima del 40%, para el 2010 se encontró por debajo de 10%, esto debido a que se encontró mayor riesgo de laceración severa del piso pélvico, incluso mucho mayor a la presentación de desgarros de tercer y cuarto grado (5).

FISIOPATOLOGIA

La continencia anal depende de varios factores entre los que se encuentran: anatómicas, neurológicas y fisiológicas. Los músculos que apoyan la continencia incluye el puborectal el cual es inervado por ramas del nervio sacro; músculos del piso pélvico y esfínter interno, inervados por los sacros 2,3 y 4 y lumbar 5; y externo, inervado por el nervio pudendo. La contracción del musculo puborectal produce una contracción hacia la porción ventral, generando una angulación aproximada de 85 y 110 grados, lo cual es esencial para una oclusión rectal de manera fisiológica generando la continencia a sólidos. Cuando se realiza una defecación de manera voluntaria, el musculo puborectal

se relaja disminuyendo dicha angulación hasta 15 grados, favoreciendo así el paso de materia fecal.

El esfínter anal interno es un músculo involuntario que se mantiene contraído cuando el recto se encuentra vacío. Cuando ocurre una distensión del recto, se despierta un reflejo inhibitorio que relaja dicho esfínter y favorece el paso de materia fecal hacia el esfínter anal externo, el cual dependiendo de la consistencia y de la situación social en la que se encuentre la paciente se relajará. El músculo puborectal y el esfínter anal externo presentan 2 tipos de fibras musculares: Tipo I que son las más predominantes y que generan el tono basal sostenido; y las tipo II que son fibras de respuesta rápida a la contracción al incrementarse de forma abrupta la presión intraabdominal, lo que le da la cualidad de prevención de la incontinencia en situaciones de urgencia fecal (4). Cuando la urgencia de defecar se presenta en un tiempo inconveniente, se desarrolla un mecanismo de feedback que genera una contracción del esfínter anal externo y una relajación del recto, favoreciendo el incremento de la capacidad de este último.

El desarrollo de incontinencia anal requiere de la disfunción de múltiples componentes de los mecanismos de continencia (3).

La disrupción anatómica del complejo esfinteriano por evento obstétrico traumático es el que se encuentra asociado a la incontinencia fecal posparto, aunado en la mayoría de los casos de denervación del piso pélvico. Los factores de riesgo para la laceración del esfínter anal son: primiparidad, macrosomía fetal, uso de fórceps y la episiotomía.

Los desgarros vaginales de tercer y cuarto grado incrementan el riesgo de incontinencia anal con una incidencia entre 0.5 y 5.9% correspondiente, y se encuentran defectos ocultos del esfínter anal en un 28 a 35% en mujeres primíparas y un 44% en múltiparas, de las cuales un tercio de estas pacientes presentan por lo regular síntomas de incontinencia anal (3).

La causa principal de daño al esfínter anal es la episiotomía (3).

La episiotomía es en la actualidad la operación obstétrica que se realiza con más frecuencia y se realiza como coadyuvante de la cirugía obstétrica (fórceps, vacuum) y en determinadas indicaciones maternas y fetales.

El objetivo es triple: por un lado abreviar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal; en segundo lugar evitar el posible desgarro perineal (solamente con la protección manual del periné se producirá un desgarro perineal en el 40% de las multíparas y hasta el 60% de las primigestas) y por último prevenir el prolapso genital y la incontinencia urinaria (6).

EPISIOTOMÍA: etimológicamente *epseión*: pubis y *temno*: yo corto. También denominada colpoperineotomía, es un procedimiento que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto, además de prevenir laceraciones espontáneas y favorecer la relajación del piso pélvico (5,6).

Las indicaciones de la episiotomía pueden clasificarse en tres grandes grupos:

Coadyuvante obstétrico en determinadas intervenciones obstétricas como fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, distocia de hombros y ayuda manual en el parto de nalgas, se produce una amplia y rápida distensión vagino-perineal. Por esta razón, la episiotomía es una técnica coadyuvante, que evita el posible daño tisular del canal blando, al tiempo que facilita la rápida y fácil extracción fetal.

Situaciones de origen fetal. En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto. La última resistencia que puede oponerse a la salida fetal es el plano perineal. La episiotomía, al eliminar la resistencia perineal evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran la macrosomía fetal, el expulsivo prolongado, las presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior, la sospecha o confirmación de hipoxia fetal en expulsivo, el feto pretérmino o crecimiento intrauterino retardado y la presentación podálica.

De origen materno. Las indicaciones maternas pueden agruparse en indicaciones vitales (periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia

materna, desgarro perineal inminente, etc.) y preventivas. La práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en sus beneficios, esto es evitar los desgarros perineales y la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión, y por lo tanto el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo (6).

Es así como la episiotomía tiene diferentes tipos de incisión, de las que resaltan 2, la episiotomía media y media lateral:

La incisión mediana se inicia en la horquilla vulvar posterior y en dirección medial corta el rafé medio extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo.

La episiotomía medio-lateral, se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (a la derecha o a la Izquierda, de acuerdo a la destreza del operador), en ángulo de 45° en relación con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano.

Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen.

La episiotomía media presenta más ventajas que la episiotomía medio-lateral, a excepción de la posibilidad de producción de desgarros complicados (esfínter del ano, pared rectal). Esta incidencia se cifra en el 8%. Otros autores, aportan cifras más elevadas, 9% en multíparas y 20% en primíparas. Es preciso recordar que estos desgarros no están exentos de morbilidad. En casos de primiparidad, expulsivo prolongado, occipito-posterior, aplicación de fórceps, vacuum, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados (6).

| Ventajas e inconvenientes de la episiotomía media | |
|--|------------------------------------|
| Ventajas | Inconvenientes |
| Fácil de realizar | Desgarro del esfínter anal y recto |
| No incide lazadas musculares | |
| Fácil de reparar. Buena cicatrización | |
| Escaso dolor puerperal y dispareunia | |
| Buen resultado anatómico | |

Tabla 1.

Fuente: Sesmero y cols.

El momento de realizar la episiotomía es un factor principal a la hora de valorar los potenciales beneficios de esta técnica. Si la episiotomía se realiza de forma muy tardía, prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión músculo-nerviosa ya se habrá producido, invalidando muy probablemente los posibles efectos beneficiosos de la cirugía.

Al contrario, si la episiotomía se realiza de forma muy precoz, la hemorragia puede ser considerable. En un parto eutócico se estima que el momento más oportuno para realizar la episiotomía es cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulvar, en un diámetro de 3-4 cm. Con un criterio práctico, el momento idóneo es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa contráctil (6).

Sin embargo, la realización sistemática es hoy un tema de controversia, al no haberse comprobado clínicamente sus potenciales efectos beneficiosos para la madre (prevención de desgarros complicados, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia anal, prolapso genital). Llegó a convertirse en el procedimiento quirúrgico más comúnmente practicado e introducido sin una evidencia científica sólida que justificara su efectividad.

Los efectos negativos maternos derivados de la expulsión fetal (elongación neuromuscular, denervación perineal), se correlacionan más estrechamente con el peso fetal, duración del periodo expulsivo que con la práctica de la episiotomía o con la presencia de desgarros perineales. Tal vez la explicación de estos hallazgos resida en el momento en el que se realiza la episiotomía. Así, si la episiotomía se realiza tarde,

cuando ya se ha producido la elongación perineal, es muy probable que no observemos sus posibles efectos preventivos. Ledo et al, indican en un estudio aleatorio controlado a los 3 meses del parto que investiga la utilidad de la episiotomía, observaron que no existían beneficios respecto al dolor perineal, perineometría electromiográfica, clínica urinaria-fecal y función sexual (6).

MARCO NORMATIVO

La guía de práctica clínica IMSS 052-08 edición 2009 menciona que el uso de la episiotomía deberá de ser selectiva y no sistémica, lo que la asocia a un menor traumatismo perineal posterior y a menos complicaciones de cicatrización (7).

La norma oficial mexicana 007 Atención de la mujer embarazada, parto y puerperio, manifiesta que la episiotomía deberá ser realizada solo por personal médico y bajo conocimiento de la técnica de reparación adecuada y bajo consentimiento informado (8).

La Organización Mundial de la Salud en una revisión Cochrane en el 2007, indica que el uso de la episiotomía restrictiva se asocia a un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior con un riesgo relativo de 0.88 y menos complicaciones de cicatrización con un riesgo relativo de 0.69; y se asocia a un riesgo relativo mayor para traumatismo perineal anterior con un riesgo relativo de 1.79 (9).

DEFINICION DEL PROBLEMA

La incontinencia anal se define como la pérdida de la capacidad de contención a flatos, heces sólidas o líquidas en público, generando un problema social e higiénico (1,2)

Las disfunciones del piso pélvico es una de las complicaciones tardías que constituyen una de las principales causas de morbilidad en mujeres, con una incidencia de incontinencia fecal que representa aproximadamente del 2 al 10%, siendo la causa principal el embarazo, aunque existen múltiples factores que lesionan de forma indirecta el piso pélvico.

Los factores de riesgo para lesiones del esfínter anal del tipo obstétrico incluyen: nuliparidad, macrosomía fetal ($\geq 4,000\text{gr}$), inducción del trabajo de parto, segundo periodo del trabajo de parto prolongado, analgesia epidural, parto instrumentado, variedad occipito posterior, episiotomía media (10).

Los desgarros del esfínter anal es responsable del 90% de los estados de incontinencia anal a flatos y heces fecales, de los cuales el 15% es ocasionado por la práctica de la episiotomía media, con un escaso diagnóstico del 0.5 al 3% (11).

De acuerdo al tipo de uso de episiotomía se incrementa el riesgo de daño en el esfínter anal por desgarro, con un 15.6% en episiotomía media y un 3.5% en paciente con episiotomía media lateral.

El Royal Collage of Obstetric and Ginecology, estos desgarros se clasifican de acuerdo a la siguiente tabla:

| | | | |
|----------|---|----|--------------------------------------|
| 1° grado | Lesión de piel perineal | | |
| 2° grado | Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal | | |
| 3° grado | Lesión del esfínter anal | 3a | Lesión del esfínter externo <50% |
| | | 3b | Lesión del esfínter externo >50% |
| | | 3c | Lesión de esfínter externo e interno |
| 4° grado | Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal | | |

Tabla 2. Fuente: Royal Collage of Obstetric and Ginecology

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior a los desgarros tipo 3b (11).

De esta manera, los objetivos que se pretende alcanzar durante la evaluación de una paciente que tiene incontinencia anal son:

- Determinar la severidad del problema y el impacto en la calidad de vida
- Excluir alguna enfermedad tratable subyacente
- Identificar los factores de riesgo que contribuyeron a su desarrollo y la forma en que se manejó cada uno de ellos.

Es importante una historia clínica detallada, que incluya número de embarazos y su forma de resolución, peso de los productos, presencia de desgarros o uso de episiotomía y duración del trabajo de parto; y el cómo describe la paciente su incontinencia anal, enfocándose en hábitos dietéticos, actividades diarias y ejercicios. Para esto se han implementado dos cuestionarios validados y ampliamente utilización para el estudio: The fecal Incontinence Severity Measure (18) el Fecal Incontinence Quality of Life Instrument (19).

De forma clínica es importante recalcar tres aspectos importantes de evaluación: la apariencia del ano, la función sensitiva y la función del esfínter. El tacto rectal, en ausencia de manometría o ultrasonografía, puede revelar disfunción motora al momento de pedirle a la paciente que relaje y apriete el ano en múltiples ocasiones.

El tratamiento de la incontinencia anal se clasifica en dos rubros: el tratamiento no medico con modificaciones en la dieta disminuyendo la ingesta de irritantes, cítricos, especias, café y evitar la ingesta de alcohol. Medicamente se recomienda el uso de Loperamida a dosis de 4mg diarios con dosis máxima de 16mg día, o difenoxilato a dosis de 5mg vía oral cada 6 hrs con dosis máxima de 60mg día.

El tratamiento quirúrgico se basa en la reparación del esfínter anal con superposición del esfínter anal .

JUSTIFICACION Y PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

La sociedad aguascalentense de acuerdo al censo de población y vivienda INEGI 2010, se encuentra contabilizada en 1,184,996 habitantes, de los cuales el 19.24 % habita en zonas rurales y 80.8 % en zonas urbanas. La media de edad se encuentra entre los 21 y 24 años. El 78.5% cuentan con derechohabiencia, siendo el IMSS con un 57% y la SSA con un 32.6% las de mayor predominio.

Del total de mujeres en el estado, el 31.6% se encuentra en edad reproductiva, es decir, entre los 15 y 39 años, con un promedio de hijos nacidos vivos de 1.8.

Es importante recalcar que del total de mujeres en el estado 35.4% se encuentran en estado civil de soltería, 8.5% en unión libre y 44.7% casadas (14).

El Hospital de La Mujer de Aguascalientes es una institución de concentración de pacientes de tipo obstétrico, con un total de 5,301 atenciones obstétricas en el periodo abarcado del 01 de enero al 30 de junio de 2013, de los cuales 3,193 fueron partos eutócicos, 112 partos distócicos (es decir que requirieron el uso de fórceps). Con una edad promedio de 18.9 años de edad. Es importante mencionar que en la mayoría de ellas se les realizó episiotomía.

Aguascalientes se encuentra con una población en edad fértil que incrementa en un número importante el número de embarazos por año, generando así la más alta incidencia de atenciones obstétricas en el Hospital de la Mujer, incrementándose proporcionalmente el uso de la episiotomía como método de ampliación del canal del parto.

Esta situación recae entonces en el punto de factor de riesgo que se requiere para la incontinencia anal. Esto se refleja a través de la consulta de ginecología en la cual por interrogatorio, se encuentran casos frecuentes de incontinencia anal a gases y a sólidos, con historia de partos distócicos, productos macrosómico y principalmente uso de episiotomía.

Por el momento no se cuenta con un registro específico de número de pacientes con dicha repercusión, la cual genere la suficiente evidencia para poder modificar el patrón de conducta a seguir en la atención asistida del trabajo de parto.

La incontinencia anal afecta la vida de la paciente generando inseguridad para realizar actividades que requieran desde grandes hasta pequeños esfuerzos, provocando el aislamiento social e incluso la inestabilidad emocional por no poder realizar las tareas que normalmente ejercía. Es de vital importancia la generación de estadísticas de morbilidad de estas pacientes, con la finalidad de encontrar la técnica de ampliación más adecuada y con menos riesgo de incontinencia anal.

El INPer en el año 2011, realizó un estudio de casos y controles para evaluar los factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico, concluyendo que la episiotomía en general y la aplicación de fórceps, son un factor de riesgo importante para la lesión anal y en consecuencia incontinencia anal. Dicho estudio utilizó el interrogatorio en base a fuga de gases y/o heces fecales.

Por el momento, no se encuentran en el estado estudios comparativos que demuestren las ventajas de una atención del parto sin el uso de episiotomía como método preventivo de incontinencia fecal, ni una adecuada estadística de morbilidad de incontinencia fecal en las pacientes aguascalentenses.

Se cuenta con el apoyo de los médicos adscritos y residentes que colaboraran con la exploración clínica y el interrogatorio de seguimiento que se requerirá a cada una de las pacientes a un año de seguimiento Posevento obstétrico.

PREGUNTA

¿Realmente influye el uso de fórceps y la episiotomía para la secuela de incontinencia anal posparto vaginal a un año de seguimiento?

HIPOTESIS

NULA: La episiotomía y/o el uso de fórceps no son un factor de riesgo para incontinencia anal a un año de seguimiento.

ALTERNA: La episiotomía y/o el uso de fórceps es un factor de riesgo para incontinencia anal a un año de seguimiento.

OBJETIVOS

GENERALES:

Establecer la incidencia de incontinencia anal posparto vaginal en pacientes primíparas con desgarros espontáneos, episiotomía y/o uso de fórceps.

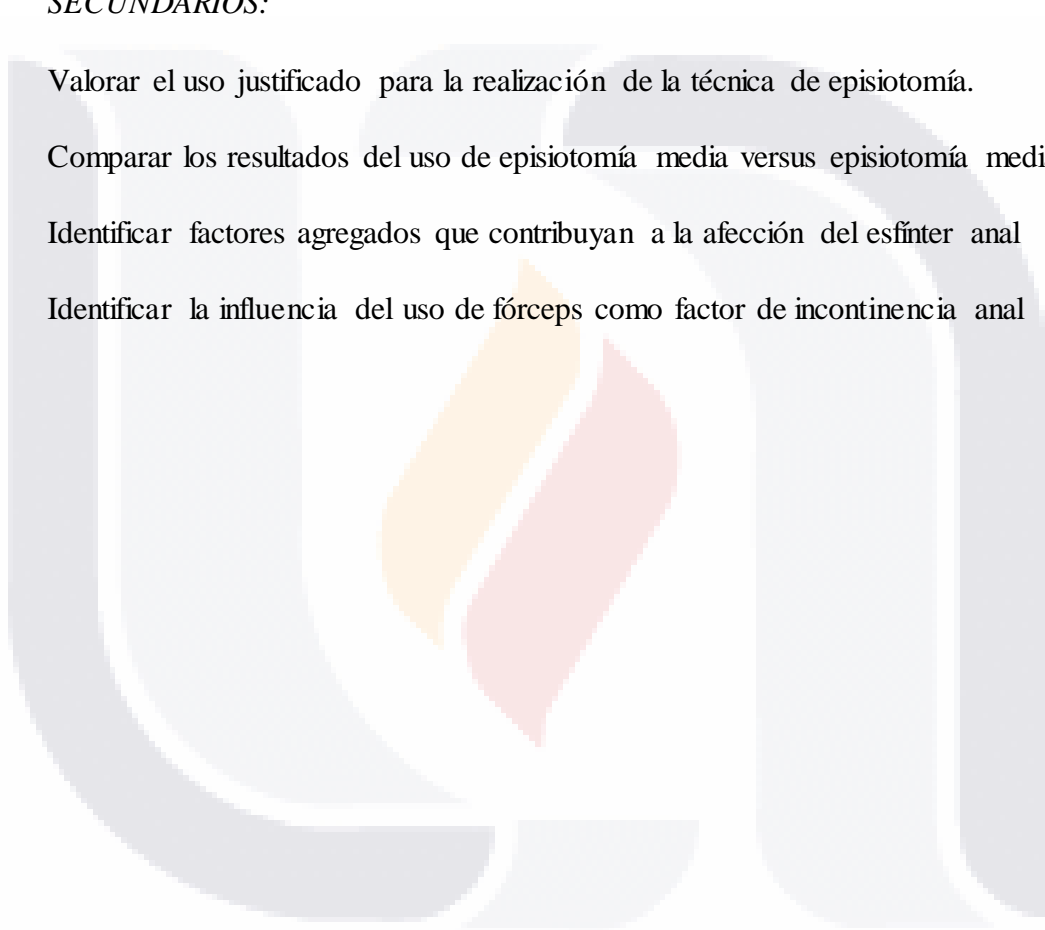
SECUNDARIOS:

Valorar el uso justificado para la realización de la técnica de episiotomía.

Comparar los resultados del uso de episiotomía media versus episiotomía media lateral

Identificar factores agregados que contribuyan a la afección del esfínter anal

Identificar la influencia del uso de fórceps como factor de incontinencia anal



MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo en pacientes primigestas con episiotomía media, media lateral, uso de fórceps y/o desgarro de canal vaginal, durante el mes de noviembre de 2013, a un año de seguimiento en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Paciente primigesta sana con embarazo de término y parto vía vaginal.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes con desproporción cefalopelvica

Productos con peso mayor a 4kg

Segundo periodo del trabajo de parto prolongado

Multiparidad

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Paciente que no asista a valoraciones posteriores

Paciente con cuestionario incompleto

VARIABLES

Independiente: Episiotomía media, episiotomía media lateral, desgarro canal vaginal, parto instrumentado.

Dependiente: incontinencia anal a un año de seguimiento.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se estudiaran 42 pacientes en muestreo no probabilístico por conveniencia

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION | ESCALA DE MEDICION | UNIDADES |
|---------------------------|---|---|------------------|
| EDAD | Tiempo que ha vivido una persona | Años | Numérica |
| PESO | Unidad de volumen de un cuerpo | Kilogramos | Numérica |
| TALLA | Estatura o altura de la persona | Metros | Numérica |
| EJERCICIO | Conjunto de movimientos corporales que se realiza para mantener o mejorar la forma física | Si/No | 1/0 |
| EPISIOTOMIA MEDIA | Ampliación media del canal del parto | Si/No | 1/0 |
| EPISIOTOMIA MEDIA LATERAL | Ampliación media lateral del canal del parto | Si/No | 1/0 |
| DESGARRO | Rotura o rompimiento | Si/No | 1/0 |
| FORCEPS | Instrumento en forma de tenaza para la extracción de productos en partos difíciles | Si/No | 1/0 |
| PESO DEL PRODUCTO | Unidad de volumen del cuerpo de un recién nacido | gramos | numérico |
| CALIDAD DE VIDA | Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. | Malo Regular Bueno Excelente | 1 2 3 4 |
| COMPORTAMIENTO | Conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación. | Todo el tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca | 1 2 3 4 |
| PROPIOCEPCION | Visualización de la persona sobre sí misma | Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca | 1 2 3 4 |
| VERGÜENZA | Turbación del ánimo, ocasionada por alguna falta cometida, o por | Totalmente Casi siempre Casi nunca | 1 2 3 |

| | | | |
|------------------------|--|-------|-----|
| | alguna acción deshonrosa y humillante, propia o ajena. | Nunca | 4 |
| TRATAMIENTO QUIRURGICO | | Si/No | 1/0 |



ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, así como frecuencias simples y porcentajes para las variables cualitativas.

CONSIDERACIONES ETICAS

En las investigaciones de tipo experimental con humanos, es necesario el consentimiento informado por escrito, indicando los procedimientos a los que serán expuestos de acuerdo a las normas éticas y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud y con la declaración de Helsinki en 1964, enmendada Tokio en 1975.

Los interrogatorios validados en la actualidad para la incontinencia anal, Fecal Incontinence Quality of Life y el Fecal Incontinence Severity Measure, se realizaron bajo el acuerdo de las pacientes seleccionadas, así como también se respetó y reservó sus derechos éticos de manera que no se difundan los datos personales en este estudio.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

- *RECURSOS HUMANOS*

- Médico Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la mujer de Aguascalientes.
- Asesores del Proyecto
- Personal del servicio de archivo clínico y estadística

- *RECURSOS MATERIALES*

- 42 encuestas impresas en 2 hojas y media tamaño carta cada una
- 1 impresora
- 1 computadora
- 1 memoria USB de 16 Gb
- 5 plumas color negro punto mediano
- Sistema estadístico
- Censo de pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer de parto vaginal y primigestas en el mes de noviembre de 2013
- 42 expedientes clínicos de las pacientes seleccionadas para el estudio

- *RECURSOS FINANCIEROS*

- Los propios de los investigadores y del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes

RESULTADOS

Se obtuvieron 42 encuestas mediante su aplicación directa a 42 pacientes primigestas que fueron atendidas de parto pélvico en el mes de noviembre de 2013 en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes.

La edad promedio de las pacientes fue de 19 años, con una talla media de 1.6 metros y un peso de 74.1 kilos. En la tabla siguiente se pueden observar que el peso máximo para el recién nacido se encuentra en 3,800 gramos con un mínimo encontrado de 875 gramos.

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|------------------------|----|--------|--------|---------|------------|
| EDAD | 42 | 15 | 29 | 19.00 | 3.044 |
| TALLA | 42 | 1.49 | 1.71 | 1.6050 | .05636 |
| PESO | 42 | 60 | 98 | 74.14 | 9.341 |
| PESO PRODUCTO | 42 | 875 | 3800 | 2968.10 | 465.526 |
| N válido (según lista) | 42 | | | | |

Tabla 3.

Fuente: Expediente clínico

Del total de la muestra obtenida, una de las variables presentes fue el ejercicio, en el cual el 11.9% de las pacientes realizaban alguna clase de actividad física, mientras el 88.1% se encuentra inactivo.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 0 | 37 | 88.1 | 88.1 | 88.1 |
| 1 | 5 | 11.9 | 11.9 | 100.0 |
| Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 4.

Fuente: expediente clínico

Es importante visualizar en el siguiente gráfico de pastel, que aproximadamente una de cada 10 mujeres en las condiciones de estudio realizan ejercicio.

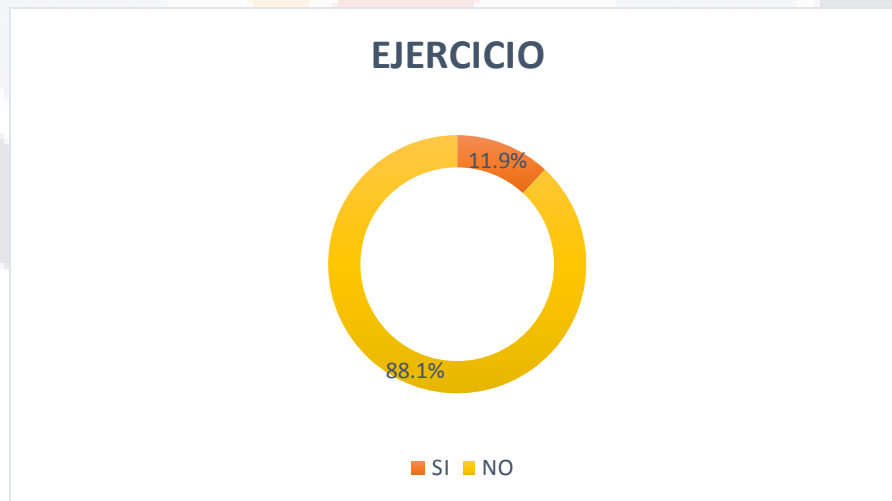


Gráfico 1.

Fuente: Expediente clínico

En el total de las pacientes de estudio, a nueve de cada 10 mujeres se le realizó algún tipo de episiotomía.

| EPISIOTOMIA | | | | | |
|-------------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 0 | 4 | 9.5 | 9.5 | 9.5 |
| | 1 | 38 | 90.5 | 90.5 | 100.0 |
| | Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 5.

Fuente: Expediente clínico

La siguiente grafica muestra claramente el predominio por el uso de la ampliación quirúrgica del canal del parto. Siendo la mayoría de este procedimiento otorgado a la episiotomía media lateral.

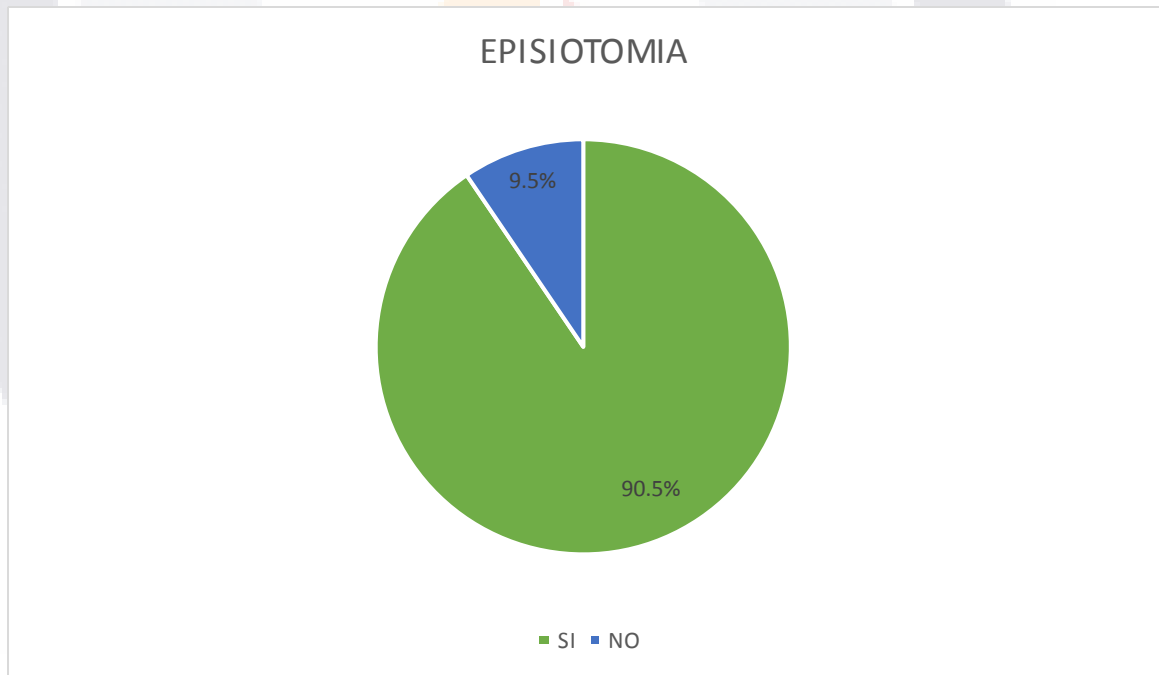


Grafico 2.

Fuente: Expediente clínica

La episiotomía media, fue realizada en 11 de las 42 pacientes, la cual por bibliografía se encuentra en mayor riesgo de generar incontinencia anal posterior al parto.

MEDIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 0 | 31 | 73.8 | 73.8 | 73.8 |
| | 1 | 11 | 26.2 | 26.2 | 100.0 |
| | Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 6.

Fuente: Expediente clínico

En la siguiente grafica se muestra que el total de episiotomía media realizada es en aproximadamente 2 de cada 10 pacientes.

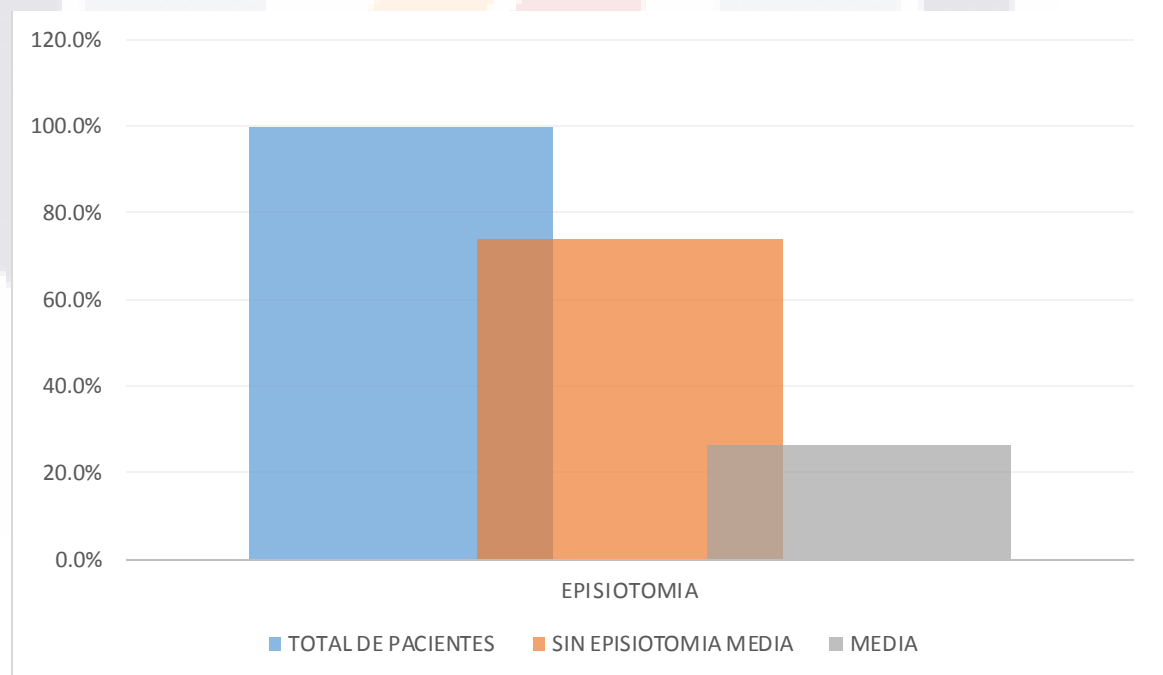


Grafico 3.

Fuente: Expediente clínico

De las pacientes que se les realizó episiotomía media lateral, fue el mayor número de la muestra representando casi el 65% del grueso total, como figura en la siguiente tabla.

| LATERAL | | | | | |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 0 | 15 | 35.7 | 35.7 | 35.7 |
| | 1 | 27 | 64.3 | 64.3 | 100.0 |
| | Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 7.

Fuente: expediente clínico

Mostrando en la siguiente grafica que 6 de cada 10 personas que fueron atendidas, se realizó episiotomía media lateral.

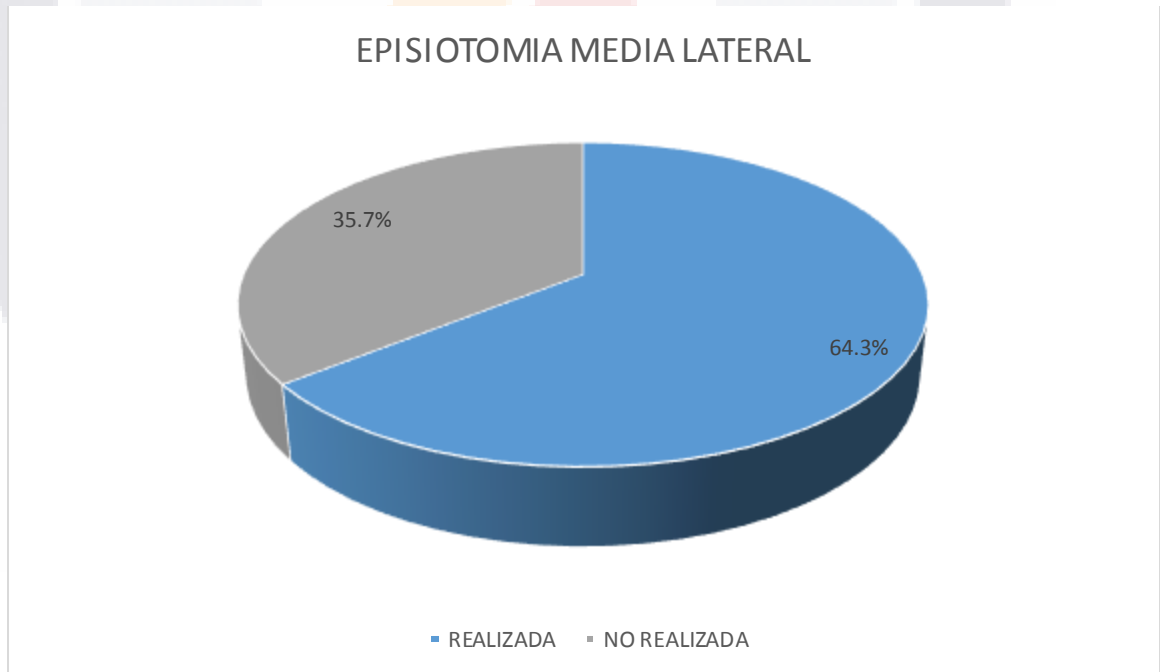


Grafico 4.

Fuente: Expediente clínico

El desgarro del canal vaginal secundario a la técnica de colocación del fórceps o por el paso del producto a través del canal del parto se encontró en una de cada 10 pacientes del grupo seleccionado.

| DESGARRO | | | | | |
|----------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 0 | 38 | 90.5 | 90.5 | 90.5 |
| | 1 | 4 | 9.5 | 9.5 | 100.0 |
| | Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 6.

Fuente: Expediente clínico

De una forma gráfica encontramos que el 9.5% de total de las pacientes presentó desgarro hasta de tercer grado.

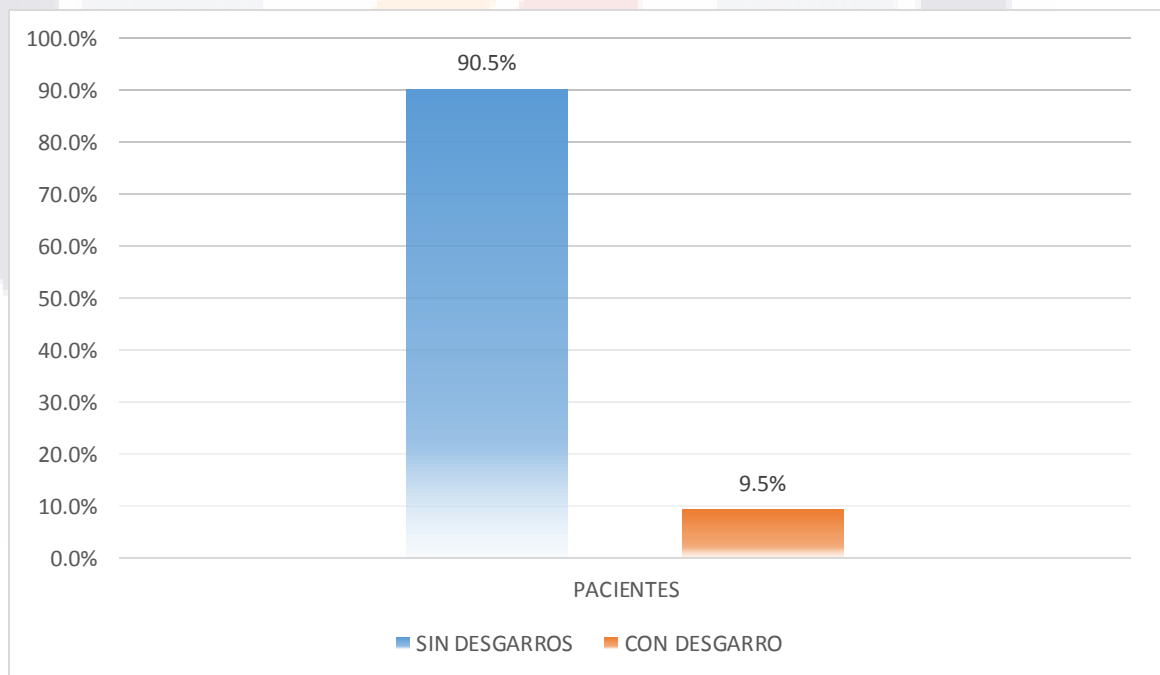


Grafico 5.

Fuente: Expediente clínico

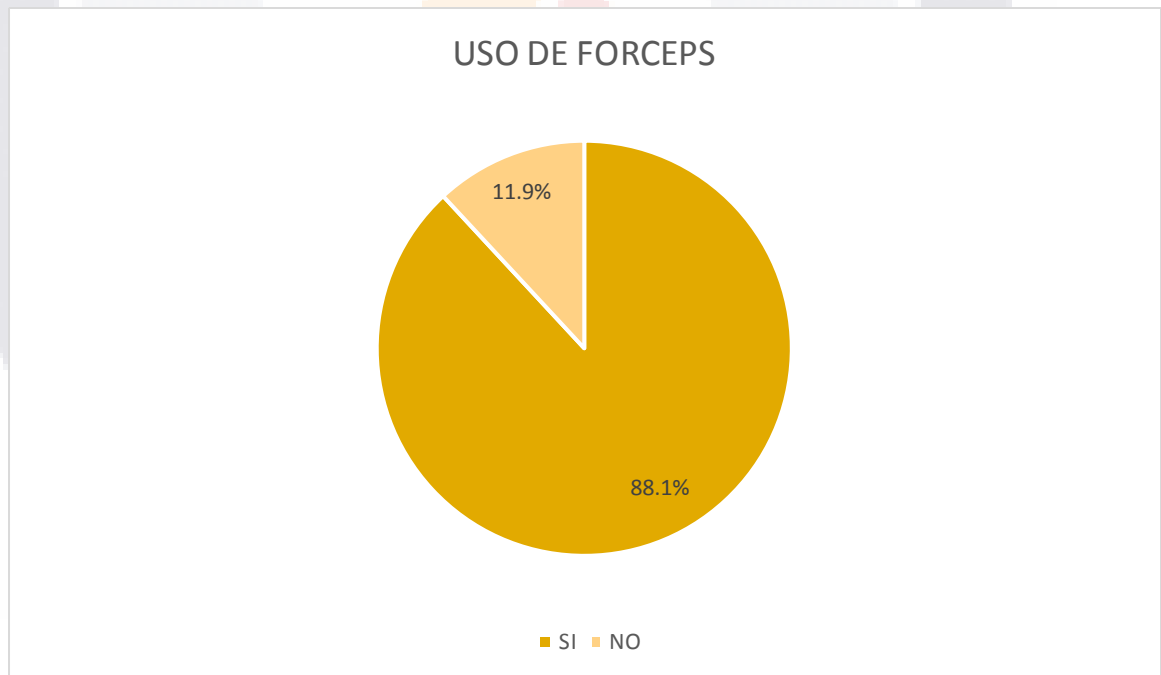
Solo 5 pacientes del grupo de selección fueron candidatas a la utilización de fórceps, a las cuales en su totalidad se les realizó episiotomía.

| FORCEPS | | | | | |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 0 | 37 | 88.1 | 88.1 | 88.1 |
| | 1 | 5 | 11.9 | 11.9 | 100.0 |
| | Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 9.

Fuente: Expediente clínico

Es importante recalcar en la siguiente grafica el porcentaje que esto representa en el muestreo de 42 pacientes.



Grafica 6.

Fuente: Expediente clínico

Dentro de las variables estudiadas, es de importancia la de establecer cuantos de los recién nacidos obtuvieron la clasificación de macrosomía, encontrándose solo dos de los 42 casos estudiados.

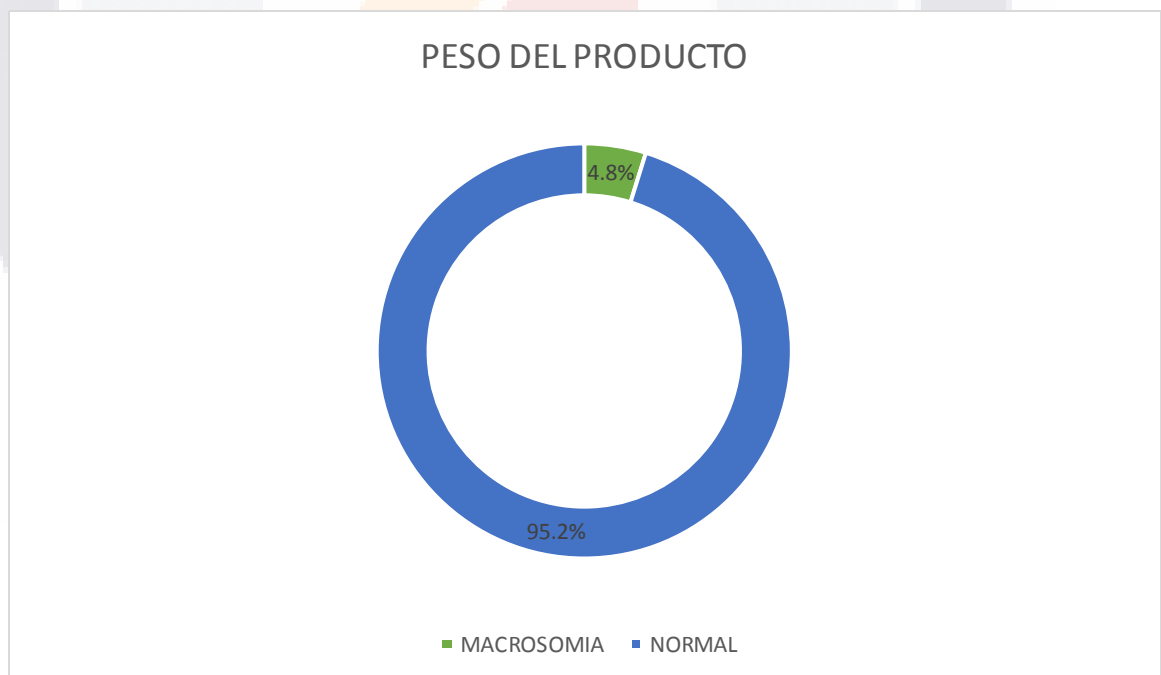
MACROSOMIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 0 | 40 | 95.2 | 95.2 | 95.2 |
| | 1 | 2 | 4.8 | 4.8 | 100.0 |
| | Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 10.

Fuente: Expediente clínico

En la siguiente grafica podemos observar que el porcentaje del total de la población en estudio que presenta macrosomía se presentó en uno de cada 20, es decir, el equivalente a poco más de 4% de las 42 pacientes.



Grafica 7.

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a la evaluación realizada a través del interrogatorio Fecal Incontinence Quality of Life Instrument, se obtuvo que el total de las pacientes se encuentra sin afección en su calidad de vida, por lo que no se observa variación en el resultado de la siguiente tabla.

CALIDAD DE VIDA

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 4 | 42 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Tabla 11. Fuente: Encuesta Fecal Incontinence Quality of Life Instrument

Así mismo se observa que el comportamiento de la paciente ante situaciones que podría incomodar su vida social debido a la incontinencia anal no se ve modificada, sino al contrario, las 42 pacientes demostraron tener un comportamiento normal sin preocupaciones.

COMPORTAMIENTO

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 4 | 42 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Tabla 12. Fuente: Encuesta Fecal Incontinence Quality of Life Instrument

En la encuesta antes mencionada, también se evaluó la percepción que tienen las pacientes de sí mismas ante la presentación de datos de incontinencia anal en caso de existir, teniendo como resultado que el 100% de las pacientes tiene una adecuada propiocepción lo cual coincide con su calidad de vida.

PROPIOCEPCION

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 4 | 42 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Tabla 13. Fuente: Encuesta Fecal Incontinence Quality of Life Instrument

En la escala de sentimiento de vergüenza de la paciente se encuentra una variación entre el número de pacientes que no se sienten avergonzadas a comparación de las que en algún momento lo ha sentido pero que ha respondido que casi nunca lo han llegado a sentir. Como se observa en la siguiente tabla solo 3 de las 42 pacientes refirieron casi nunca sentirse avergonzadas a pesar de no referir ninguna sintomatología de incontinencia anal.

| VERGÜENZA | | | | | |
|-----------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 3.6 | 3 | 7.1 | 7.1 | 7.1 |
| | 4.0 | 39 | 92.9 | 92.9 | 100.0 |
| | Total | 42 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 14. Fuente: Encuesta Fecal Incontinence Quality of Life Instrument

También se realizó el cuestionario de Fecal Incontinence Severity Measure, en el cual se evaluó de acuerdo a la sintomatología si se requería de tratamiento médico o quirúrgico, mostrando que ninguna de las pacientes presentó sintomatología, por lo que el 100% no requirió tratamiento alguno.

| NO REQUIERE TRATAMIENTO MEDICO/QUIRURGICO | | | | | |
|---|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 0 | 42 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Tabla 15. Fuente: Fecal Incontinence Severity Measure

Se realizó un comparativo de los 5 productos a los que se les aplicó fórceps, de los cuales 2 entran en la definición operacional de macrosomía, en comparativa a los 3 neonatos que requirieron fórceps y que no entraron en la definición operacional de macrosomía, con significancia estadística ($p = .012$) por chi cuadrada.

MACROSOMIA Y USO DE FORCEPS

| | | MACROSOMIA | | Total |
|---------|---|------------|---|-------|
| | | 0 | 1 | |
| FORCEPS | 0 | 37 | 0 | 37 |
| | 1 | 3 | 2 | 5 |
| Total | | 40 | 2 | 42 |

Tabla 16.

P= .012

El siguiente cuadro muestra la comparación realizada entre desgarros obtenidos por la aplicación de fórceps versus sin la aplicación de fórceps, encontrando que 1 de las 5 pacientes que requirieron fórceps tuvo desgarro de segundo grado y tres de las 37 pacientes de parto sin aplicación de fórceps sufrieron desgarro de hasta 3er. grado sin obtener resultado significativo.

| | | DESGARRO | | Total |
|---------|---|----------|---|-------|
| | | 0 | 1 | |
| FORCEPS | 0 | 34 | 3 | 37 |
| | 1 | 4 | 1 | 5 |
| Total | | 38 | 4 | 42 |

Tabla 17.

Fuente: Expediente clínico

De las 5 pacientes con aplicación de fórceps, al 100% se le realizó episiotomía media lateral, en comparativa al 59.4% de las 37 pacientes de atención del parto sin aplicación de fórceps, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

| | | LATERAL | | Total |
|---------|---|---------|----|-------|
| | | 0 | 1 | |
| FORCEPS | 0 | 15 | 22 | 37 |
| | 1 | 0 | 5 | 5 |
| Total | | 15 | 27 | 42 |

Tabla 18.

Fuente: Expediente clínico

En el comparativo realizado entre pacientes que refieren alguna variación en la sensación de vergüenza, observamos que 2 de las 5 pacientes de aplicación de fórceps en algún momento presentaron variaciones en el estado de vergüenza catalogado como “casi nunca”, a diferencia de las 37 pacientes sin aplicación de fórceps en donde solo una presentó variaciones en el estado de vergüenza. Esto genera una significancia estadística ($p = .033$) por prueba de chi cuadrada.

| | | VERGÜENZA | | Total |
|---------|---|-----------|-----|-------|
| | | 3.6 | 4.0 | |
| FORCEPS | 0 | 1 | 36 | 37 |
| | 1 | 2 | 3 | 5 |
| Total | | 3 | 39 | 42 |

Tabla 19.

$P = .033$

DISCUSION

La incontinencia anal secundaria al proceso de la atención del parto, es en la actualidad un problema a plazo mediano (mayor a 6 meses) que origina en las pacientes inestabilidad emocional y pérdida de las relaciones sociales por los efectos que este padecimiento provoca.

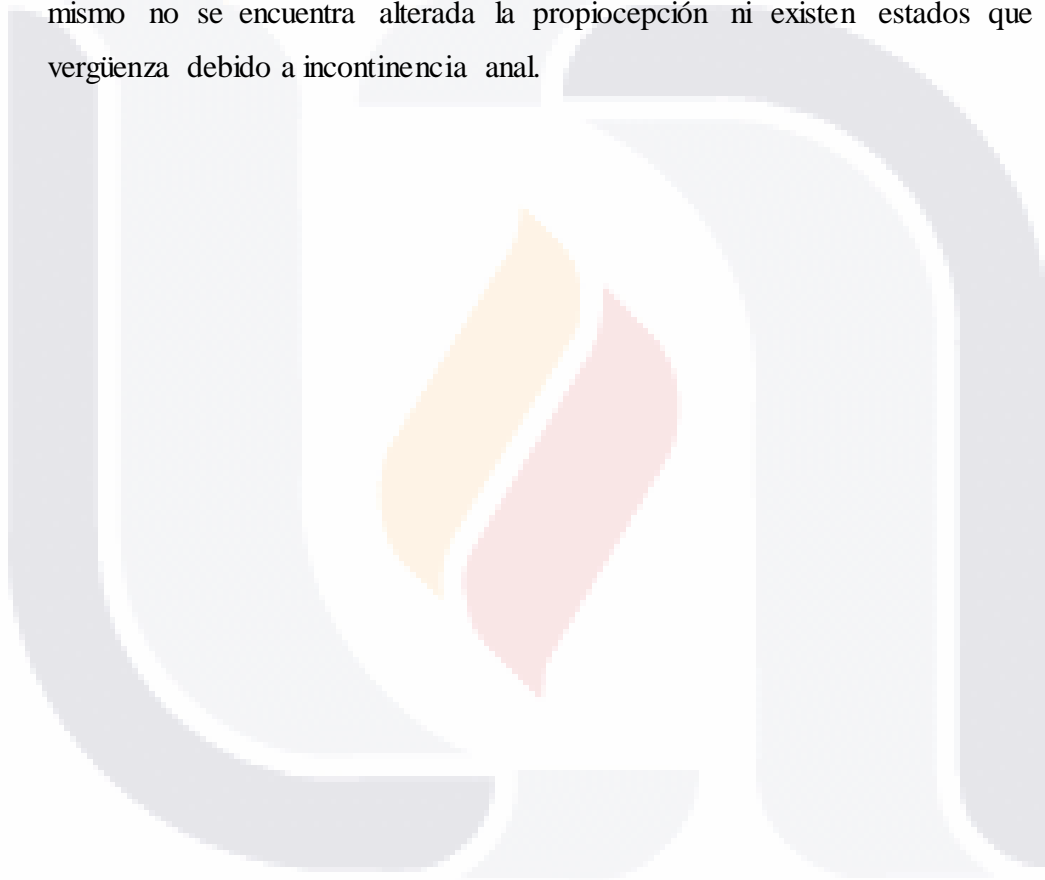
Se han realizado estudios a nivel mundial y también en la ciudad de México por parte del Instituto Nacional de Perinatología en donde se ha encontrado asociación entre la presencia de productos macrosómicos, madres primigestas, parto instrumentado, utilización de episiotomía media y desgarros de tercer grado como factores de riesgo para la incontinencia anal ^{6,10,11,12,15,16}. Sin embargo en nuestro estudio realizado a pacientes primigestas no se encontró relación alguna entre esta condición y la evidencia de signos y síntomas de incontinencia anal a un año de seguimiento.

Casey y colaboradores¹⁷ en su estudio reporta la asociación entre el uso de fórceps y el incremento en la sintomatología de incontinencia anal, sin embargo no se encontró evidencia ni relación en nuestro estudio, incluso a pesar de la utilización de episiotomía media y la presencia de desgarro. Consideremos que el 11.9% de las pacientes seleccionadas son de uso de fórceps, el 9.5% presentó desgarro hasta de tercer grado y 26.2% se realizó episiotomía media, sin presentar ningún tipo de dato de incontinencia anal. Probablemente la edad materna joven es un factor protector de incontinencia anal posparto, debido a la elasticidad y pronta regresión en la que se encuentran sus tejidos, otorgando mayor resistencia y conservando la integridad del piso pélvico.

Para el estudio de la sintomatología y las complicaciones sociales que el padecimiento implica se utilizó el mismo método de evaluación utilizado por Gorbea y cols.¹² en la que resuelven que el 8.3% de su estudio presentó incontinencia anal, el 52.2% utilizó fórceps y 86.2% se les realizó episiotomía de predominio media. No encontraron relación de la edad de la madre ni el peso del recién nacido con la incontinencia, al

igual que los resultados arrojados en nuestro estudio. Aunque ellos obtuvieron significancia con el desgarro de tercer grado en primera instancia y el uso de fórceps, nosotros no encontramos relación alguna entre el parto instrumentado, la episiotomía y el desgarro.

El interrogatorio reporto que las pacientes se encuentran con buena calidad de vida, sin repercusión a nivel social ni cambios en el comportamiento por miedo a incidentes, así mismo no se encuentra alterada la propiocepción ni existen estados que generen vergüenza debido a incontinencia anal.



CONCLUSIONES

En este estudio se acepta la hipótesis nula de que el fórceps y la episiotomía no resultaron ser un factor de riesgo para la incontinencia anal posparto a un año de seguimiento.

El parto con fórceps en pacientes primigestas no incrementa el riesgo de incontinencia anal a un año de seguimiento.

La ampliación del canal del parto a través de episiotomía media y media lateral en pacientes primigestas, no incrementa el riesgo de incontinencia anal a un año de seguimiento.

El desgarro de segundo y tercer grado del canal del parto en pacientes primigestas, no incrementa el riesgo de incontinencia anal a un año de seguimiento.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA EL HOSPITAL

Se recomienda continuar con la capacitación del personal para el uso adecuado y la aplicación correcta del fórceps.

Continuar realizando la ampliación del canal del parto a través de la episiotomía en la paciente que lo requiera.

Mantener la capacitación del personal médico en la correcta reparación de desgarros de segundo y tercer grado, así como el manejo y seguimiento de los mismos para su adecuada recuperación.

RECOMENDACIONES PARA EL PERSONAL MEDICO

Se recomienda dar seguimiento a los casos en los que se aplica fórceps y/o presentan desgarros de segundo y tercer grado a un año.

Se recomienda la capacitación y práctica constante en la aplicación correcta del fórceps.

Continuar con la realización de episiotomía en los casos necesarios.

Capacitarse en la reparación de los desgarros de segundo y tercer grado.

RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACION

Se recomienda un estudio de seguimiento a 5 años posteriores al parto vía vaginal establecer incidencia de incontinencia anal.

BIOGRAFIA

1. Danforth. Tratado de Obstetricia y ginecología. McGraw Hill, 9ª Edición 2005. 23: 464.
2. Williams. Ginecología. McGraw Hill. 2008. 25: 556-558.
3. Christine D. Hannaway. Fecal Incontinence. Elsevier. Obstetric and Gynecology clinics of North America. 2008.
4. Ostergads. Urogynecology and pelvic floor Disfunction. 6ª Edición 2012. Cap. 20.
5. Félix Báez Carlos Armando. Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. McGraw Hill, 2006:15:193-205.
6. Miguel Sesmero, José Ramón. Episiotomía: criterio obstétrico actual. Hospital universitario Marqués de Valdecilla, Santander 2010.
7. Guía de Práctica Clínica. IMSS 052-08. Edición 2009.
8. Norma Oficial Mexicana. Atención a la mujer embarazada, parto, puerperio y del recién nacido.
9. OMS. Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane Carrli G., Belizan J., 2007.
10. NIH-PA. Pelvic floor disorders after childbirth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. Obstet Gynecol. Febrero 2012; 119: 233-239.
11. Gorbea Chávez Viridiana, Dra. Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico. Medigraphic. Enero-marzo 2011: Vol. 25 No. 1:23-28.
12. Hannaway Christine, Hull Trace. Fecal Incontinence. Obstet Gynecol Clin N Am 35 (2008) 249-269.
13. Rodriguez Wong. Manometría anorectal. Rev Hosp Jua Mex 2006; 73(1): 28-32.
14. Censo de Población y Vivienda Aguascalientes. INEGI 2010.
15. Eason E, Labrecque M, Macoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. Can Med Assoc J 2002; 166: 326-30.

16. Barbieri Robert, MD. Stop performing median episiotomy. OBGmaganament. Abril 2012, vol. 24 No. 4.
17. Casey BM, Schaffer JI, Bloom SL, Heartwll SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetrics antecedents for postpartum pelvis floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 1655-62.
18. The fecal Incontinence Severity Measure
19. Fecal Incontinence Quality of Life Instrument



ANEXOS

ANEXO A: Interrogatorio traducido Fecal Intontinence Quality of Life Instrument..46

ANEXO B: Interrogatorio traducido Fecal Incontinence Severity of Wexner.....50



ANEXO A

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN INCONTINENCIA FECAL

ESCALA 1: En general, podría decir que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Pobre

ESCALA 2: De cada una de los siguientes apartados, por favor indique que tan frecuente le representa un problema la incontinencia anal:

| | TODO EL TIEMPO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NINGUNA |
|---|----------------|---------------|-------------|---------|
| MIEDO DE SALIR DE CASA | | | | |
| EVITA VISITAR AMIGOS | | | | |
| EVITA ESTAR LEJOS DE CASA | | | | |
| SE LE DIFICULTA SALIR AL CINE O A LA IGLESIA, ETC | | | | |
| COME MENOS EN CASO DE TENER QUE SALIR | | | | |
| SIEMPRE QUE ESTOY FUERA DE CASA TRATO DE LO MAS CERCANO | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| POSIBLE A UN BAÑO | | | | |
| PLANEO MIS ACTIVIDADES DE ACUERDO A MI PATRON DE EVACUACIONES | | | | |
| EVITO VIAJAR | | | | |
| LE PREOCUPA NO LLEGAR A UN BAÑO A TIEMPO | | | | |
| SIENTE QUE NO TIENE CONTROL DE SUS EVACUACIONES | | | | |
| NO SE PUEDE AGUANTAR LO SUFICIENTE PARA LLEGAR AL BAÑO | | | | |
| EVACUA SIN DARSE CUENTA | | | | |
| INTENTA PREVENIR ACCIDENTES ESTANDO CERCA DE UN BAÑO | | | | |

ESCALA 3: Indique la frecuencia con cada uno de los siguientes apartados:

| | | | | |
|--|---------|--------------|------------|-------|
| | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | CASI NUNCA | NUNCA |
|--|---------|--------------|------------|-------|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| SE SIENTE AVERGONZADA | | | | |
| NO PUEDE HACER MUCHAS DE LAS COSAS QUE QUISIERA HACER | | | | |
| ME PREOCUPAN LAS EVACUACIONES ACCIDENTALES | | | | |
| SE SIENTE DEPRIMIDA | | | | |
| ME PREOCUPA QUE LOS DEMAS SE BURLEN DE MI | | | | |
| SIENTO QUE NO SOY UNA PERSONA SANA | | | | |
| DISFRUTO MENOS LA VIDA | | | | |
| TENGO RELACIONES SEXUALES MENOS FRECUENTE DE LO QUE QUISIERA | | | | |
| ME SIENTO DIFERENTE A LOS DEMAS | | | | |
| LA POSIBILIDAD DE EVACUACIONES ACCIDENTALES | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| ESTA SIEMPRE EN MI MENTE | | | | |
| TENGO MIEGO DE TENER RELACIONES SEXUALES | | | | |
| EVITO VIAJAR EN AUTOBUS | | | | |
| EVITO COMER FUERA DE CASA | | | | |
| SIEMPRE QUE SALGO UBICO DONDE ESTA EL BAÑO | | | | |

ESCALA 4: ¿Durante el mes pasado, se ha sentido triste, desalentada, desesperanzada, o ha tenido tantos problemas que se ha preguntado si hay algo que valga la pena?

1. Exactamente así
2. Muchas veces
3. Constantemente
4. Algunas veces
5. Muy pocas veces
6. No

ANEXO B

MEDICION DE SEVERIDAD DE INCONTINENCIA FECAL

NUMERO DE PACIENTE:

ENCIERRE EN UN CIRCULO QUE TAN FRECUENTEMENTE PRESENTA INCONTINENCIA A LOS SIGUIENTES RUBROS:

| | NUNCA | RARA VEZ | A VECES | REGULARMENTE | SIEMPRE |
|---------------------------------|-------|----------|---------|--------------|---------|
| SOLIDOS | | | | | |
| LIQUIDOS | | | | | |
| GAS | | | | | |
| USO DE PROTECTOR | | | | | |
| ALTERA SU ESTILO DE VIDA | | | | | |