

11217
34



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

24

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

INCIDENCIA DE INCONTINENCIA FECAL EN
PACIENTES CON DESGARROS PERINEALES DE
TERCER GRADO EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGIA.

[Signature]
DR. SAMUEL KARCHMER K.
PROFESOR TITULAR

[Signature]
DR. ERNESTO CASTELAZO MORALES
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
JULIO CESAR CHANONA FLORES

TUTOR: DRA. MARIA DEL PILAR VELAZQUEZ SANCHEZ.
ASESOR ESTADISTICO: DR. CARLOS A. VILLANUEVA DIAZ.
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



INPer

MEXICO, D. F.



DIRECCION DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]
258874

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios por haberme permitido concluir una parte de mis metas y concederme salud y bienestar interior.

A mis padres que con sus sabios consejos me condujeron por el camino de bien e inculcaron una educación que nunca defraudaré

A mis hermanas que siempre me apoyaron en todos los momentos difíciles y supieron decir las “palabras indicadas” de aliento.

A mis tíos y primos por su confianza, palabras de apoyo y afecto que siempre dijeron al momento de partir.

A mis sobrinos que son el más grande tesoro que Dios me brindó y me permitió compartir con mis hermanas.

A la familia González Betancourt por el apoyo incondicional en todo momento y brindarme la dicha de no sentir soledad a pesar de no estar con los míos.

A TI AMOR POR TODO LO QUE SIGNIFICAS PARA MI; POR SER LA COMPAÑERA, AMIGA, ESCRITORA, E INIGUALABLE SER. LORENA.

A mis maestros que con el desinterés nato de vocación supieron brindarme una educación de cual estoy realmente orgulloso.

A mi distinguido maestro Dr. Samuel Karchmer K. que con su sabiduría en sus palabras y consejos llenos de mensajes supo despertar el interés en el conocimiento.

Al maestro y amigo Dr. José Roberto Ahued Ahued por sus recomendaciones y su apoyo siempre verdadero.

A mi tutor de tesis Dra. Ma. del Pilar Velázquez Sánchez que con las “palabras más sinceras” supo orientar y apoyarme en éste estudio para su conclusión. SINCERAMENTE LE QUEDO ETERNAMENTE AGRADECIDO.

A mi compañero , amigo y hermano que Dios no me concedió tener Dr. Dario C. Montes de Oca Domínguez por haber contribuído enormemente en la realizacion de este trabajo.

Al Instituto Nacional de Perinatología por mi formación integral en ésta especialidad que hoy concluyo.

INDICE

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	5
OBJETIVOS	11
MATERIALES Y METODOS	13
RESULTADOS	23
DISCUSION	32
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION

La atención de una paciente es para él medico su principal fundamento, más aún, para el ginecoobstetra en donde su atención no se fija en una sola persona, sino en la finalidad del bienestar del binomio madre-hijo.

Por lo anteriormente señalado, es de suma importancia el evitar todo tipo de complicaciones durante la atención del parto, ya que de lo contrario; como lamentablemente puede ocurrir, pueden presentarse secuelas que afectarían temporal o permanentemente la vida de una persona.

El objetivo de esta investigación fue la de captar a toda paciente que se atendió de parto vaginal en el Instituto Nacional de Perinatología durante el periodo comprendido del 15 de Octubre de 1997 al 15 de Octubre de 1998, y que al momento de la resolución del mismo hallan presentado un desgarro perineal de tercer grado (completo o incompleto), para conocer la incidencia de incontinencia fecal en estas pacientes mediante un seguimiento clínico.

Durante este periodo se identificaron 1050 resoluciones vaginales, de éstas, 605 fueron eutocias y 445 partos instrumentados, se presentaron 152 pacientes con un desgarro perineal de tercer grado, identificándose como factores de riesgo para la presentación de incontinencia fecal: la instrumentación del parto, macrosomia fetal,

un periodo expulsivo prolongado, la episiotomia media y el desgarro perineal por sí mismo.

La presentación de incontinencia fecal depende de la interacción de diversos mecanismos como la falta integridad anatómica y/o neurológica, consistencia y volumen fecal, tránsito intestinal, distensibilidad rectal, sensibilidad y reflejo anorrectal (10,19,20).

La incontinencia fecal se puede definir como la incapacidad que se presenta para diferir la eliminación de material fecal o heces hasta un momento y lugar socialmente aceptables(10,25).

Debido a que en México no es conocida la incidencia de incontinencia fecal y la frecuencia con que un daño anatómico y/o neurológico contribuye en la paciente obstétrica a la presentación de la misma; posterior a la atención del parto vaginal, se realizó esta investigación para conocer la incidencia e identificar los factores asociados cuando dicha secuela se encuentra presente.

MARCO TEORICO

Se ha descrito que una de las lesiones más frecuentes ocasionadas durante la resolución del embarazo por parto vaginal son los desgarros perineales que involucran al esfínter anal externo o interno, provocando así incontinencia fecal; principalmente cuando dicha atención se realiza mediante la aplicación de fórceps, atención de un recién nacido macrosómico o de un parto con periodo expulsivo prolongado en donde se ha descrito que puede existir una elongación del nervio pudiendo causando así incontinencia fecal aún cuando anatómicamente exista integridad (10,19,20).

La incidencia reportada en la literatura de pacientes con los antecedentes anteriormente señalados de incontinencia fecal ya sea en forma de flatos, heces líquidas o sólidas es de aproximadamente entre 8 - 20% (6,11,18). Sin embargo, estos reportes no demuestran datos concluyentes, y en nuestro país no existen reportes al respecto, por lo que es muy importante el estudio de esta secuela ocasionada en la atención de un parto debido a la magnitud, trascendencia y el impacto socioeconómico y psicológico que puede ocasionar a la paciente que lo presenta (1,2,6,10).

La incontinencia fecal se define como: la incapacidad para diferir la eliminación de materia fecal o heces hasta un momento y lugar socialmente aceptables (10,25).

La continencia fecal normal depende de la interacción de diversos mecanismos como la integridad anatómica, neurológica, consistencia y volumen fecal, tránsito intestinal, distensibilidad rectal, sensibilidad y reflejo anorrectal (10,19,20). Interviniendo en forma importante el esfínter anal interno manteniendo la presión basal continua, y el esfínter anal externo el cual incrementa la presión de cierre por intervalos de tiempo voluntariamente, lográndose así, un estado continente (10,23,24).

Se ha considerado al daño anatómico, como el causal más frecuente de incontinencia, el cual no siempre es identificado durante la atención del parto pudiendo pasar inadvertido, explicándose esto por dos mecanismos distintos:

- A). Disrupción mecánica de las fibras musculares (8,9,11,14).
- B). Daño a la inervación del músculo estriado y probablemente músculo liso (12,15,16).

Cualquier anomalía en alguno de éstos mecanismos o en la combinación de los mismos puede favorecer a la presencia de un estado incontinente (10).

El esfínter anal interno está compuesto por una gruesa capa circular de musculatura lisa en la pared distal del recto, con un control autónomo de hasta un 80%, el esfínter anal externo es voluntario compuesto de musculatura esquelética, al igual que

los músculos puborrectales los cuales dependen de una inervación principalmente del nervio pudendo (10,23).

Se han señalado como factores de riesgo para la presentación de incontinencia fecal el desgarro perineal de tercer grado (completo e incompleto), parto instrumentado, recién nacido macrosómico, episiotomía media, prolongación del segundo período del trabajo de parto (expulsivo) y lesión en la inervación del piso pélvico siendo el esfínter anal externo el que con mayor frecuencia se lesiona (1-5,7,17,22).

Con el objeto de conocer la incidencia de lesiones al esfínter anal provocadas por desgarros perineales de tercer grado (completo o incompleto), durante la atención del parto vaginal en el Instituto Nacional de Perinatología se realizó éste estudio con un diseño observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo de las pacientes que presentaron ésta complicación, evaluando mediante seguimiento clínico durante el periodo de un año la aparición de incontinencia fecal. Trazándose una meta de definir los factores relacionados con la aparición de ésta entidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de incontinencia fecal asociada a desgarros perineales de tercer grado en el Instituto Nacional de Perinatología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar si un desgarro perineal de tercer grado es condicionante a la presentación de incontinencia fecal.

Evaluar si la instrumentación en la resolución del embarazo incrementa el riesgo de incontinencia fecal.

Considerar a la macrosomía fetal (≥ 4000 grs.) como riesgo de presentación de desgarro perineal que conllevaría a la presentación de incontinencia fecal.

Evaluar si el tiempo del segundo período del trabajo de parto puede influir a la presentación de incontinencia fecal.

Determinar si la realización de episiotomía media favorece a la presentación de desgarro perineal con el consecuente riesgo de incontinencia fecal.

Evaluar mediante seguimiento clínico los diferentes tipos de presentación de incontinencia fecal en el puerperio (inmediato, mediato y tardío), a tres y seis meses.

MATERIALES Y METODOS

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó un estudio durante el período comprendido del 15 de octubre de 1997 al 15 de octubre de 1998, realizándose un corte al 15 de mayo de 1998; a toda paciente que presentó desgarro perineal de tercer grado durante la atención del parto.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la realización de éste estudio:

Criterios de Inclusión:

- Toda paciente que haya presentado desgarro perineal de tercer grado durante la atención del parto.
- Que acepten participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Patología anal previa.
- Antecedente de enfermedad intestinal inflamatoria.
- Antecedentes de radiación pélvica o cirugía radical.
- Patología neurológica a nivel de columna lumbosacra.
- Incontinencia fecal previa al evento obstétrico.
- Antecedente de cirugía vaginal previa.
- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes que utilicen medicamentos laxantes.

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Criterios de Eliminación:

- Que no completen el seguimiento.
- Que durante el estudio presenten alguna patología neurológica a nivel lumbosacro.
- Que durante el periodo de estudio presenten enfermedad intestinal que modifique el tránsito intestinal de manera crónica o permanente.

Variables en estudio:

A). Variables socio-demográficas.

- Edad.
- Paridad.
- Semanas de gestación.
- Constipación crónica.

B). Manejo de Parto.

- Duración total del trabajo de parto.
- Duración de la segunda parte del trabajo de parto.
- Peso del recién nacido.
- Tipo de episiotomía: media o medio lateral.
- Tipo de parto: eutócico o distócico.
- Uso de fórceps: tipo, altura de aplicación.

- Material de sutura utilizado para suturar:
 - Mucosa rectal.
 - Esfínter anal.
 - Vagina.
- Uso de antibióticos en el puerperio.
- Uso de laxantes en el puerperio.
- Infección en la episiotomía.
- Dehiscencia de episiotomía.

C). Incontinencia a flatos.

D). Incontinencia a heces líquidas.

E). Incontinencia a heces sólidas.

F). Tiempo de aparición clínica:

- Puerperio inmediato.
- Puerperio mediato.
- Puerperio tardío.
- 3 meses.
- 6 meses.
- 12 meses.

G). Gravedad:

- Requiere protección.
- No requiere protección.
- Sin afección social.
- Con afección social.

H). Intensidad:

- Ocasional.
- Continua.

I). Urgencia Fecal.

J) Manchado Fecal.

K) Constipación.

Diseño del estudio: Observacional, longitudinal, descriptivo, prospectivo.

El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central (media), rango, cálculo de porcentajes y distribución de frecuencias.

Para identificar a las pacientes que durante la atención del parto presentaron un desgarro perineal de tercer grado (completo o incompleto), se realizó una visita diaria hospitalaria, y mediante una hoja de captura se registró la edad de la paciente, paridad, duración del trabajo de parto y segundo período del mismo, peso del recién nacido, tipo de resolución, desgarro perineal, episiotomía, material

de sutura utilizada en episiorrafia y datos de infección o dehiscencia de la misma, así como estreñimiento crónico.

La evaluación clínica comprendió un seguimiento durante el puerperio (inmediato, mediano y tardío) a los tres, seis y doce meses; incluyéndose en los resultados de ésta tesis únicamente al total de pacientes que completaron un seguimiento hasta los seis meses del estudio, realizándose un interrogatorio sobre incontinencia a flatos, heces líquidas, sólidas, manchado, frecuencia, urgencia, tenesmo y estreñimiento. Buscando intencionadamente a la exploración física la integridad anatómica y reflejos clitorídeo y bulbocavernoso, tacto vaginal y rectal corroborándose la fuerza de contracción del esfínter anal externo y grosor del tabique rectovaginal.

La hoja de recolección de datos se presenta a continuación:

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS DEL PROTOCOLO 09081

Nombre de la paciente:

Teléfono:

Expediente:

REGISTRO

Edad: G: P: C: A:

Duración trabajo de parto Latente: Activo: Expulsivo

Pujo existente en expulsión.

Peso R. N.: Fecha: Hora:

Resolución:(Eutocia – Distocia)

Fórceps: (Tipo)

Indicación:

Altura: (Bajo, Medio-Bajo, Medio)

Tipo de Episiotomía:

Tipo de Desgarro:

Mat. de Sutura: M. Rectal: Esfinter: Vagina: Periné:

Laxante:

Episiotomía: Infección: Dehiscencia:

Consignar DATOS DE INCONTINENCIA A FLATOS, H. LIQUIDAS, SOLIDAS. MENCIONANDO SI NECESITA PROTECCION Y SI PRESENTA AFECCION SOCIAL.

Puerperio Inmediato: _____

Puerperio Mediato: _____

Puerperio Tardío: _____

3 Meses: _____

6 Meses: _____

12 Meses: _____

OBSERVACIONES: (falta de integridad anatómica, tabique rectovaginal adelgazado, desgarro de la fascia), (presencia de dispareunia o alteración anatómica perineal en episiotomía medio.lateral).

RESULTADOS

En el período comprendido del 15 de octubre de 1997 al 15 de octubre de 1998, se incluyeron al estudio 152 pacientes que presentaron un desgarro perineal de tercer grado (completo o incompleto), de un total de 1050 resoluciones vaginales, de las cuales 605 fueron partos eutócicos y 445 partos instrumentados. De éstas, se incluyeron para el estudio 91 pacientes que presentaron desgarro perineal y que completaron un seguimiento de seis meses (hasta el 15 de mayo de 1998), habiéndose resuelto hasta ésta fecha un total de 291 partos vaginales; eliminándose 21 pacientes de las mismas por no tener un seguimiento adecuado: inasistencia a la consulta externa o por no poder localizarse vía telefónica. 70 pacientes completaron el seguimiento a seis meses; con una edad promedio de 26 años (rango de 13 a 46 años), una edad gestacional de 38.6 (rango 32 - 42 SDG); 49 primíparas, con un peso del recién

nacido de 3123 grs. (DE 504.27) (rango de 1770 - 4340grs.), y recién nacidos macrosómicos 2.

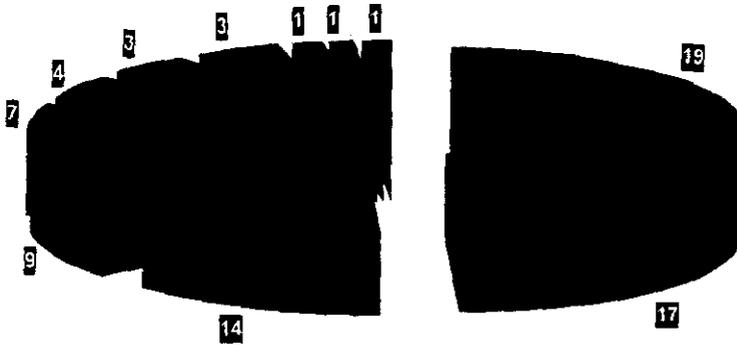
El total de partos atendidos en el Instituto Nacional de Perinatología y la frecuencia de desgarros perineales de tercer grados se expondrán en la tabla número 1.

Desgarros Perineales de 3°. Grado	Partos	Eutocias	Distocias	Exp. Prolongado
	291	163	127	
	91 (31%)	12	79	17

Tabla No. 1

Las principales indicaciones del parto instrumentado y los tipos de fórceps utilizados en la atención del mismo se expondrán en las gráficas 1 y 2.

INCIDENCIA DE INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES CON DESGARROS PERINEALES DE TERCER GRADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



19 Falta de Pujo

17 Expulsivo Prolongado

14 Profilácticos

9 Occ. Sacra

7 Occ. Trans. Der. Persistente

4 Occ. Trans. Izq. Persistente

3 Electivos

3 Baja Reserva Fetal

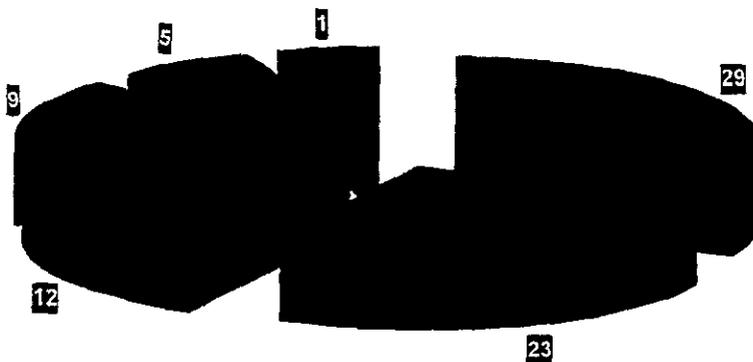
1 Occ. Post. Derecha

1 Sufrimiento Fetal Agudo

1 Pretérmino

Gráfica No. 1

Principales Indicaciones del Fórceps



29 Simpson de Lee

23 Salinas

12 Salas

9 Kjielland

5 Hawsk Dennen

1 Elliot

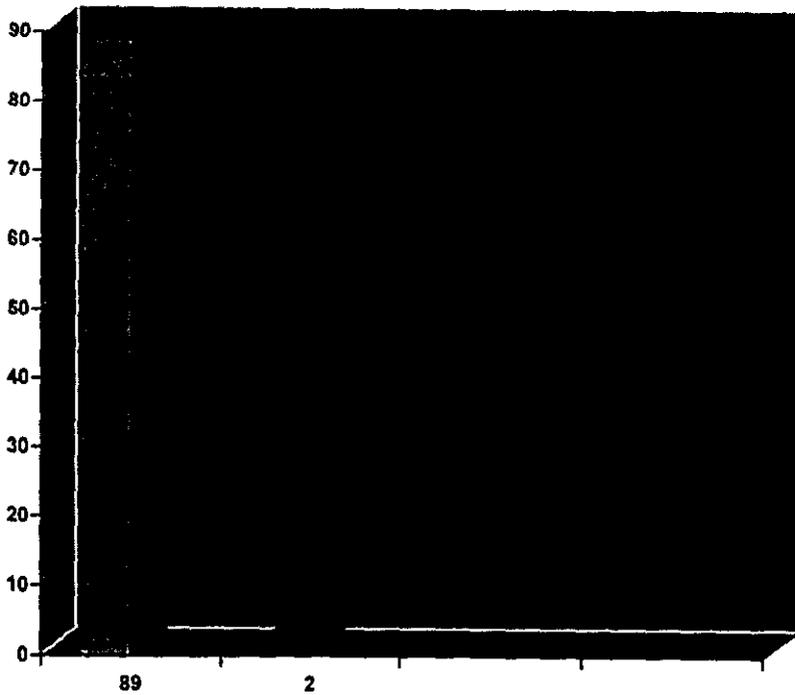
Gráfica No. 2
Tipos de Fórceps

La esfinteroplastia se realizo en 79 casos con catgut crómico del 1 (CC1), punto en "U", y en 12 casos se llevo a cabo con vicryl del 1; y en los casos de tercer grado completo se reparo con puntos simples submucosos de recto con CC "000", puntos simples en facia perirrectal con CC "000". La episorrafia se suturo en forma habitual con CC "00" puntos surgete continuos a mucosa vaginal y CC "000" puntos surgete subdémico en piel perineal.

La distribuci3n de episiotomias y desgarros perineales de tercer grado se pueden observar en las gráficas 3 y 4

La esfinteroplastía se realizó en 79 casos con catgut crómico del 1 (CC1), punto en "U", y en 12 casos se llevó a cabo con vicryl del 1; y en los casos de tercer grado completo se reparo con puntos simples submucosos de recto con CC "000", puntos simples en facia perirrectal con CC "000". La episorrafia se suturó en forma habitual con CC "00" puntos surgete continuos a mucosa vaginal y CC "000" puntos surgete subdérmico en piel perineal.

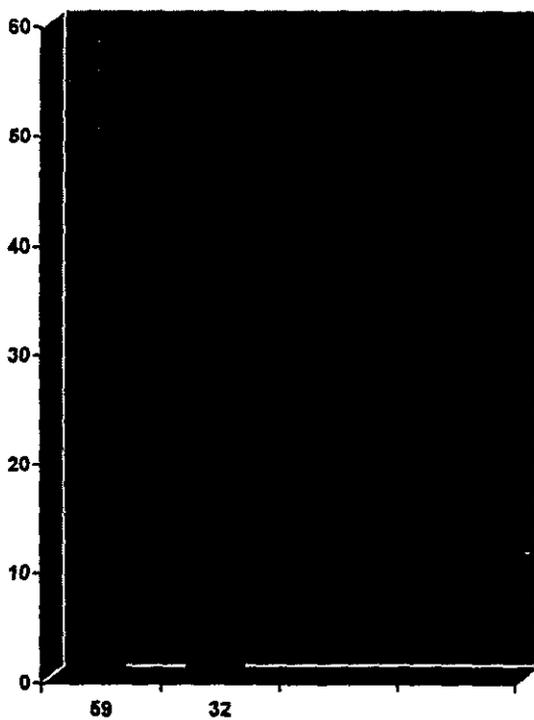
La distribución de episiotomias y desgarros perineales de tercer grado se pueden observar en las gráficas 3 y 4



Gráfica No. 3

Tipos de Episiotomía

- Episiotomía Media (98%)
- Episiotomía Media-Latera (2%)



Gráfica No. 4

Desgarro Perineal de Tercer Grado

 Desgarro Incompleto (65%)

 Desgarro Completo (35%)

El total de pacientes afectadas con desgarro perineal que presentaron algún grado de incontinencia fecal y el tiempo de la presentación se pueden observar en la tabla número 2.

Grado de Incontinencia	Flatos	Heces Líquidas	Heces Sólidas	Manchado	Urg. Fecal	Estreñimiento
P. Inmediato	21(23)	3(3.2)	1(1.09)	1 (1.09)	8(8.7)	2(2.1)
P. Mediato	23(25.2)	4(4.3)	1(1.09)	1(1.09)	13(14.2)	
P. Tardío	2(23)	1(1.09)	1(1.09)	6 (6.5)	8(8.7)	2(2.1)
3 Meses	12(13.1)	2(2.1)	1(1.09)	8 (8.7)	5(5.4)	4(4.3)
6 Meses	9(9.8)	3(3.2)		14 (15.3)	9(9.8)	1(1.09)

Tabla No. 2(los porcentajes se refieren entre paréntesis)

Se encontró el esfínter adelgazado y disminución de la fuerza de contracción en seis pacientes y no existieron datos de infección o dehiscencia de episiotomía. Hasta el momento ninguna paciente ha necesitado intervención quirúrgica anti-incontinencia fecal.

En el caso de la paciente que presentó incontinencia a heces sólidas y líquidas durante la etapa del puerperio y tres meses se mantuvo bajo vigilancia estrecha y medidas higiénico - dietéticas, por haberse encontrado a la exploración física una integridad anatómica del esfínter anal y del tabique recto - vaginal, con una evolución favorable en la actualidad en donde presenta a los 6 meses únicamente incontinencia a flatos.

DISCUSION

Los desgarros perineales de tercer grado se asocian a un incremento en la morbilidad a corto y largo plazo aún cuando la reparación se realice de inmediato y de forma adecuada (1-6). La frecuencia en reportes es de aproximadamente 6% sin episiotomía (7,21), 1-2% con episiotomía media - lateral (1,3,5), y 17-25% con episiotomía media (3,5,7). La frecuencia en éste estudio fue de 31% para los desgarros perineales de tercer grado, donde en el 98% se realizaron episiotomias medias y solo en 2% episiotomía media - lateral.

La mayoría de los desgarros se presentaron durante la atención de un parto distócico en el 87%, y solo un 13% se relacionó al parto eutócico, lo que nos puede explicar la importancia de una indicación apropiada para la utilización de fórceps en un hospital escuela, la cual debe ser supervisada por personal de experiencia a fin de disminuir la incidencia global de desgarros perineales.

El periodo expulsivo prolongado por sí solo ocasiona una compresión cefálica del nervio pudiendo, anteriormente se ha demostrado una elongación del mismo durante el parto de 10 – 12%, el cual puede ser de una mayor magnitud cuando se utilizan fórceps, incrementándose el tiempo de latencia en la transmisión del estímulo nervioso, y debido a que el nervio pudendo inerva al esfínter anal éste puede alterar su funcionamiento, manifestándose clínicamente en algún grado de incontinencia fecal, cuando esto se presenta el

origen tiende a ser temporal debido a que existe *reinervación* durante el primer año (20,23). En este estudio 17 pacientes con periodo expulsivo prolongado que presentaron desgarro perineal tuvieron mayor incidencia de incontinencia a flatos, la gravedad de la incontinencia no fue mayor que en el resto de las pacientes; sin embargo sí duradera ya que persistió la sintomatología hasta los 6 meses y tuvieron mayor incidencia de manchados y urgencia fecal lo que sostiene que probablemente el daño de fondo durante la atención obstétrica fue al esfínter interno y/o elongación del nervio pudendo por el pujo insistente durante el segundo periodo del trabajo de parto.

El grado de incontinencia evaluado en éste estudio, fue notablemente mayor en la incontinencia a flatos durante el puerperio con una disminución mínima a través del tiempo de estudio,

observamos una incidencia de 23-25% durante el puerperio, de 13% a los 3 meses y finalmente de 9.8% a los seis meses del estudio (21 pacientes en puerperio inmediato, 23 en el puerperio mediano, 21 en el puerperio tardío, 12 a los tres meses y 9 a los seis meses), probablemente ésta manifestación sea debida a la alteración en la inervación que anteriormente se señaló, y se incrementa aún más cuando se realiza una instrumentación del parto.

En cuanto a la incontinencia fecal a heces líquidas 4 pacientes presentaron este problema, de las cuales 3 persistieron con pérdida con evacuaciones líquidas hasta los 6 meses sin requerir protección ni causar problema social sin embargo estas mujeres presentaron además urgencia fecal y la pérdida lo que sin ser problema importante sí repercute en su desarrollo personal.

Con respecto a la incontinencia fecal a heces sólidas sólo una paciente presentó esta complicación(1.09%), la cual persistió hasta los tres meses muy probablemente por un daño importante a la inervación del pudendo ya que a la exploración física se encontró una integridad anatómica; fue notorio que la pérdida de heces fecales fue total sin tono en el esfínter y con uso de protección continua hasta el término del puerperio lo que representó problema social e higiénico para la paciente, a pesar de que solo se presentó esta eventualidad en un caso nuestra casuística es escasa (91pacientes) probablemente si este estudio se extendiera la incidencia de esta complicación podría incrementarse.

El manchado es una manifestación que se presentó a la inversa que la incontinencia a flatos ya que su aparición se presentó en 7 pacientes durante el puerperio (1 puerperio mediato y 6 en el tardío),

en 8 a los tres meses y en 14 a los seis meses lo que refleja un incremento progresivo, si bien la incidencia de incontinencia disminuye la de manchados se incrementa probablemente por daño al esfínter anal interno, que durante la reparación inmediata del desgarro perineal puede ser inadvertida tratándose así de un daño neurológico o funcional más que anatómico

La urgencia y el tenesmo fecal se observó más frecuentemente en el puerperio en las pacientes que presentaron un desgarro perineal de tercer grado completo relacionándose esto por la presencia del material de sutura en tejido submucoso a nivel rectal, ya que ésta podía palpase durante la exploración física sobretodo durante el puerperio tardío y se apreció un incremento en el grosor del esfínter anal externo por una probable reacción inflamatoria que condiciona el material de sutura (catgut crómico). De la misma manera que el

manchado la presencia de urgencia fecal mostró un incremento progresivo hasta los 3 meses y en adelante se mantuvo estable si bien no es problema de salud si representa problema social e incomodidad para la paciente.

El 53% de la población en estudio fueron primíparas, y el 2% macrosómicos, por lo que se supera el porcentaje de presentación reportado en la literatura (Shiono) de 8.3% para primíparas y se iguala el porcentaje a recién nacidos macrosómicos, sin ser significativo por tratarse solamente de dos recién nacidos. El que la mayoría de las mujeres fueran primíparas justifica la indicación de instrumentar el parto ya que, se sabe que son este tipo de pacientes quienes con más frecuencia presentan un trabajo de parto con periodo expulsivo prolongado o bien una distocia de contracción que condiciona este mismo evento.

La presencia de un periodo expulsivo prolongado favoreció mayor incontinencia, urgencia y manchados que el tiempo de duración total del parto, de manera conjunta con pujo insistente durante este periodo; lo que lleva a concluir que probablemente existió daño a la inervación del suelo pélvico lo que condicionó la mayor frecuencia de manchados y urgencia en el seguimiento a largo plazo a pesar de observarse una disminución en el grado de incontinencia fecal. Debemos de considerar en base a estos resultados preliminares que un periodo expulsivo de más de 1 hora en las pacientes primigestas condiciona la presentación de urgencia, manchado e incontinencia fecal en el seguimiento a largo plazo, por lo que vale la pena considerar el no permitir un tiempo prolongado de permanencia de la cabeza fetal comprimiendo el piso pélvico, que conlleva a la elongación de la fascia endopélvica y el nervio pudendo con el consecuente daño a las estructuras de sostén y el esfínter anal interno aún con integridad anatómica; ya que de las 19

pacientes con periodo expulsivo prolongado 4 no se instrumentaron, fueron eutocias y presentaron los síntomas a largo plazo de forma persistente, lo que si bien no excluye la posibilidad de que el instrumentar el parto elonge el piso pélvico si habla a favor de que es la compresión de la cabeza fetal y el pujo insistente más que el uso de fórceps lo que produce el daño anatómico y/o neurológico.

Se observó además la presentación de estreñimiento o constipación de manera persistente durante el seguimiento esto condicionado probablemente por la reacción inflamatoria y el dolor que causó contractura del suelo pélvico y condicionó el inadecuado vaciado del ámpula rectal, ya que este síntoma se presentó en pacientes que tenían incontinencia fecal a flatos y heces líquidas y aunque algunas pacientes refirieron estreñimiento crónico previo al

evento obstétrico esto no tuvo una relación con la presentación de
datos de incontinencia fecal.

CONCLUSIONES

Se concluye que las pacientes con resolución vaginal del embarazo tienen una incidencia de desgarro perineal de tercer grado de 31% en el presente estudio. En estas pacientes con desgarro perineal de tercer grado durante la atención de parto vaginal se encontró una incidencia global de incontinencia fecal de 22.4%, la cual es mayor que lo reportado en la literatura desglosando por etapas de estudio en el puerperio inmediato se encontró incidencia de 27.2%, en el puerperio mediato 30.5%, en el puerperio tardío 25.1%, a los tres meses 16.2% y 13% a los seis meses de seguimiento.

Los factores asociados a esta entidad son: episiotomía media, parto instrumentado, primípara, pujo insistente durante el periodo expulsivo y prolongación de esta fase del trabajo de parto, de igual manera observamos la presentación de urgencia fecal relacionada con la presencia de material de sutura orgánico como es el catgut, lo que produce reacción inflamatoria y consecuentemente este síntoma que persiste durante todo el periodo de seguimiento, y los manchados de materia fecal sin percepción de la paciente relacionados a daño del esfínter interno probablemente neurológico por el pujo insistente y/o elongación del nervio pudiendo, siendo éstos dos últimos síntomas no referidos en la literatura y muy importantes datos clínicos que no deben pasar inadvertidos, por la frecuencia en que fueron encontrados en este estudio.

La presencia de macrosomía en el recién nacido fue mínima ya que sólo se presentó en dos pacientes y no podemos relacionarla de manera directa con la presentación de incontinencia fecal.

El grado de afectación social fue mínimo ya que solo 1 paciente requirió de protección por incontinencia a heces líquidas hasta los 3 meses de seguimiento, en el resto de los casos los síntomas eran socialmente compatibles; sin embargo, estos si eran molestos para la paciente en su vida privada y personal, sobretodo, por la incontinencia fecal a flatos, el manchado y la urgencia.

Se debe reconsiderar el tiempo establecido de periodo expulsivo en todas las pacientes, en especial en las primíparas (1 ½ hrs.), ya que observamos que este factor tiene un peso importante en la presentación de incontinencia fecal y síntomas asociados.

De igual manera el uso racional e indicado del fórceps que como se demostró en este estudio, fue el principal factor para la presentación de desgarro perineal de tercer grado.

El seguimiento de las pacientes que presentan esta complicación debe ser mayor por los datos presentados en este estudio, y éste deberá extenderse para obtener datos concluyentes y probablemente

normarlo como rutina en el seguimiento habitual de las pacientes
con factores de riesgo.

BIBLIOGRAFIA

1. Anthony S. Buitendijk SE, Zondervan KT, Van Rijssel EJC, Verkerk PH. Episiotomies and The Occurrence of severe Perineal Lacerations. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 1064-7.
2. Bek KM, Laurberg S. Risk of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99:724-26.
3. Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and Third Degree Tears. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 820-3.
4. Crawford LA, Quint EH, Peal ML DeLancey JOL. Incontinence following rupture of the anal sphincter during delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 82:527-31.
5. Coats PM, Chan KK, Wilkins M, Beard RJ. A comparison between midline and mediolateral episiotomies. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87: 408-12.

6. Fornell EK, Berg G, Hallböök O, Matthiesen LS, Sjö Dahl R. Clinical consequences of anal sphincter rupture during vaginal delivery. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 553-8.
7. Gass MS, Dunn C, Stys SJ. Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. *J Reprod Med* 1986; 31:240-4.
8. Haadem K, Dahlstrom JA, Ling L, Ohrlander S. Anal sphincter function after delivery rupture. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 53-6.
9. Hordnes K, Bergsjö P. Severe Lacerations after Childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 413-22.
10. Madoff RD, Williams GJ, Caushaj PF. Fecal Incontinence. *N Engl J Med* 1992; 326 (15) 1002-1007.
11. Nygaard IE, Rao SC, Dawson JD. Anal Incontinence After Anal Sphincter Disruption: A 30 year Retrospective Cohort Study. *Obstet and Gynecol* 1997; 89: 896-901.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

12. Pemberton JH, Kelly KA. Achieving Enteric Continence: Principles and applications. Mayo Clinic Proc 1986; 61: 586-99.
13. Sangalli MR, Marti MC. Results of sphincter repair in postobstetric fecal incontinence. J Am Coll Surg 1994; 179:583-6.
14. Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good?. Obstet Gynecol 1990; 75: 765-70.
15. Snooks SJ, Setchell M, Swash M, Henry MM, Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in Childbirth. Lancet 1984; 2: 546-50.
16. Snooks SJ, Swash M, Henry MM, Setchell M. Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. Br J Surg 1985; 72 : Suppl: S15-S17.
17. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CL. Anal-Sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993; 329: 1905-11.

18. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CL. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308:887-91.
19. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 22-8.
20. Tetzschner T, Sorensen M, Rasmussen O, Lose G, Christiansen J. Pudendal nerve damage increases the risk of fecal incontinence in women with anal sphincter rupture after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 434-40.
21. Thacker SB, Bante HD. Benefits and risk of episiotomy: An interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38:322-38.
22. Thorp JM, Bowes WA, Brame RG, Cefalo R. Selected use of midline episiotomy: effect on perineal trauma. *Obstet Gynecol* 1987; 70 (2):260-62.

23. Wall LL. Músculos del piso pélvico. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 4: 857-70.
24. Weaver A, Fenner DE, Kriegshauser JS, Lee HH, Beart RW, Cornella JL. Anatomic and Physiologic Measurements of the Internal and External Anal Sphincters in Normal Females. *Obstet Gynecol* 1998; 91:369-74.
25. Williams JG, Madoff RD, Caushaj PF. Current Concepts: Fecal Incontinence. *N Engl J Med.* 1992; 326: 1002-7.