

11217
251



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA ANAL
EN PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL
DE TERCER GRADO, 5 AÑOS DESPUÉS
DEL EVENTO OBSTÉTRICO**

DR. J. ROBERTO AHUED AHUED

DIRECTOR GENERAL

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGÍA Y

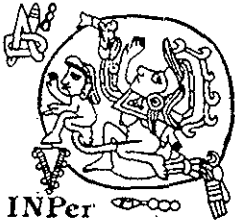
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. ALEJANDRO SALAZAR Y SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS::

DRA. MA. PILAR VELÁSQUEZ SÁNCHEZ



INPer

MÉXICO, D.F.

2002

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



DIRECCION DE ENSEÑANZA

Handwritten signature/initials



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, porque siempre
has manifestado tu amor en mí

INDICE

Introducción	2
Marco Teórico	5
Objetivos Generales	9
Metodología	10
Resultados	23
Discusión	35
Conclusiones	38
Bibliografía	39

INTRODUCCIÓN

La atención de una paciente es para el médico 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 importante tratar de evitar al máximo, las complicaciones que se pueden presentar durante la atención del parto, ya que lamentablemente las secuelas de este, pueden afectar tanto temporal como permanentemente la vida de la mujer.

La incontinencia fecal es un problema que cada vez cobra mayor importancia ya que afecta, según diversos estudios a cerca del 7% de la población femenina adulta ⁽¹⁾, siendo la causa más común el trauma obstétrico. Es ampliamente reconocido que el parto vaginal puede dañar tanto el esfínter anal como los nervios motores del piso pélvico. De ahí que algunos investigadores se han dado a la tarea de evaluar el papel de los desgarros perineales de tercer grado en la génesis de la incontinencia fecal ⁽⁶⁾.

La incontinencia anal se presenta en el 13% de las mujeres que tuvieron partos vaginales. Este hecho es un síntoma vergonzoso y socialmente inaceptable que obliga en muchas ocasiones a estas pacientes a retrasar la búsqueda de ayuda médica convirtiéndose en una aflicción silente.

Las mujeres que sufren ruptura traumática del esfínter anal en el parto vaginal, parecen tener mayor riesgo de incontinencia anal de lo que antes se pensaba. Varios

investigadores han informado que 36 a 63% de las mujeres presentan síntomas de incontinencia después de una reparación primaria del esfínter ⁽¹¹⁾

La incidencia de incontinencia fecal es proporcional a la edad de la mujer y se ha observado que en mujeres mayores existe en la mayoría de los casos el antecedente de trauma obstétrico. Dentro del Instituto hemos observado que el 23% de las mujeres con desgarro perineal obstétrico de tercer grado tienen incontinencia fecal a pesar de haberse realizado una reparación quirúrgica adecuada, la mayor prevalencia se presenta en el puerperio tardío y a los 3 meses ⁽¹⁷⁾ en los siguientes meses disminuye sin implicar cambios significativos, constituyendo un problema higiénico y de pareja importante. Dentro de los estudios reportados en la literatura no es posible dilucidar cuales de los factores presentes en el nacimiento representa mayor riesgo para la presencia de incontinencia ya que las mujeres no recuerdan con certeza los eventos y es poco factible la asociación. Conocemos la incidencia a 1 año de seguimiento y hemos observado que algunas de estas mujeres que presentaron incontinencia aun hoy a 4 años continúan con ella por lo que identificar los factores asociados y el riesgo que representa cada uno de ellos nos permitirá reevaluar conductas, normas además de la posibilidad de un tratamiento temprano preventivo como es la rehabilitación, que ha demostrado ser eficaz en la prevención del daño al piso pélvico.

Con el conocimiento de los factores presentes en el parto será posible identificar los que mayormente se relacionan con la presencia de incontinencia fecal y poder establecer el impacto del desgarro perineal como determinante a largo plazo.

El presente es un estudio transversal observacional, analítico descriptivo realizado dentro del Instituto Nacional de Perinatología. Se revisaron los expedientes

clínicos de las mujeres primigestas con resolución del embarazo por vía vaginal, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 1997. Se evaluaron dos grupos de pacientes: las que sufrieron desgarro perineal de tercer grado y aquellas mujeres primigestas con parto vaginal sin desgarro

Se localizaron vía telefónica y/o telegrama para citarlas a una entrevista médica, durante la cual se evaluó su estado general de salud, enfermedades asociadas, así como antecedentes obstétricos. Se aplicó un cuestionario para identificar la presencia de incontinencia anal incluyendo incontinencia a flatos, heces líquidas o sólidas así como la severidad de la misma y su impacto sobre la calidad de vida. Se excluyeron a aquellas que presentaron embarazos subsecuentes, pacientes a las que se les practicó cirugía anal o con enfermedades sistémicas descompensadas como Lupus y Diabetes Mellitus

Se revisaron durante el periodo de evaluación, un total de 404 pacientes primíparas de las cuales 118 tuvieron un parto eutócico, 195 una distocia y 91 ellas fueron sometidas a operación cesárea sin trabajo de parto. En el grupo de las eutocias se presentaron un total de 2 desgarros perineales de tercer grado, uno completo y otro incompleto. En el grupo de las distocias se presentaron 60 desgarros, 31 incompletos y 29 completos. Del total de pacientes con desgarro 12 presentaron síntomas de incontinencia anal (19.35%)

MARCO TEÓRICO

La conservación de la continencia fecal depende más de la preservación de la anatomía local que la continencia en la parte inferior del aparato urinario

El recto se inicia a nivel del promontorio sacro y se extiende hacia la pelvis, siguiendo la curvatura del hueso hasta yacer paralelo a los músculos del piso pélvico en su parte distal. El recto atraviesa el piso pélvico a nivel del anillo anorrectal y hace un ángulo agudo hacia atrás, clínicamente importante, antes de unirse al conducto anal. El músculo puborrectal es el encargado de formar el ángulo anorrectal. En sentido distal los esfínteres anales interno (músculo liso) y externo (músculo estriado) circundan la luz del ano. El recto y el conducto anal son inervados por nervios autónomos y somáticos, los cuales interactúan estrechamente en la retención y la defecación.

La incontinencia anal que se define como la pérdida involuntaria de heces o flatos, ha ganado pronto reconocimiento como una condición que ocurre con mayor frecuencia de lo que se pensaba. Es más común en multiparas y tiene su mayor incidencia después de los 65 años. Estudios recientes estiman que del 7 al 11% de los adultos sanos admiten padecer incontinencia a gases o heces, sin embargo, estos síntomas son muchas veces ocultados por los pacientes y no reconocidos por los médicos. Los efectos emocionales, psicológicos y sociales, muchas veces son devastadores y desgastantes (1)

La relación del trauma perineal y el piso pélvico no está del todo estudiada algunos reportes han confirmado la asociación de la episiotomía media con desgarro perineal de tercer o cuarto grado, pero los efectos de los factores de la gestación. factores anteparto y las diferentes técnicas durante el intraparto que pueden ocasionar trauma perineal, no son bien conocidos. (8)

Entre las causas de incontinencia anal nos ocupan las de tipo obstétrico como son: Ruptura del esfínter anal, desgarro de tercer grado, y fistula rectovaginal

La causa más común de incontinencia anal en mujeres saludables es el trauma obstétrico (1) Es por todos sabido que el parto vaginal puede dañar el mecanismo anal de continencia, tanto por lesión directa por los músculos del esfínter, como por la afectación de la innervación motora del piso pélvico o ambos. Sultan y colaboradores realizaron un estudio para evaluar el impacto del parto sobre la continencia y encontraron que de 200 mujeres estudiadas. 13% tuvieron urgencia fecal y 30% presentaron daño al esfínter externo reconocido por ultrasonido después de su primer parto. Concluyeron que todas las mujeres con sintomatología tenían daño estructural, y sin evidencia de daño neurológico (19)

La denervación de los músculos pubocoxígeo y del esfínter anal externo ocurre entre el 42 al 80% de los nacimientos vaginales directamente asociados con la multiparidad el tiempo del segundo periodo del trabajo de parto, desgarros del periné y peso al nacimiento (2)

En la mayoría de las mujeres ésta lesión del nervio pudendo retorna a la normalidad dentro de los 2 meses posteriores al nacimiento, con la desaparición de la sintomatología (3) el ultrasonido anal en el posparto ha demostrado defectos ocultos del esfínter anal que se encuentran directamente implicados en la patogénesis de la incontinencia anal aún sin el reporte previo de desgarros del periné (4) El efecto del embarazo y del nacimiento sobre la continencia anal es debido al aumento de presión sobre el esfínter sin embargo, los periodos de seguimiento de estas pacientes son cortos y no se sabe lo que sucede a largo plazo

Kammerer y col reportó un estudio de 15 mujeres con el antecedente de desgarro del esfínter anal comparándose con 15 pacientes control, aplicando un cuestionario de calidad de vida y un examen ultrasonográfico a las 6 semanas y 4 meses posparto; encontrando en el reporte disrupción del esfínter anal externo en un 40% del primer grupo contra un 20% del grupo control y del esfínter anal interno 47% contra un 7% No hubo correlación entre la incontinencia fecal reportada en el cuestionario y la integridad del esfínter, encontrando un 36% contra un 7% en el grupo control (20)

Es sabido que la fortaleza del esfínter anal es mayor en el hombre que en la mujer que reduce con la edad y que decrece después de la ruptura durante el parto vaginal (6) Los estudios elaborados a la fecha revelan sintomatología de incontinencia fecal en el postparto en pacientes con desgarro perineal de tercer grado así como disminución de la presión anal (4,6 7,8) Los periodos de seguimiento a estas pacientes han sido cortos en la mayoría de los casos y solo existe un reporte en la literatura mundial a 5 años y uno a 20 (6)

Por otro lado debemos considerar que las pacientes con este problema muchas veces experimentan aislamiento social y vergüenza por lo que la gran mayoría no busca ayuda médica

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de incontinencia anal en mujeres primíparas que sufrieron desgarro perineal de tercer grado, 5 años después del evento obstétrico en el Instituto Nacional de Perinatología

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer la prevalencia de desgarro perineal de tercer grado en mujeres primigestas
- Establecer el riesgo relativo de incontinencia anal en mujeres con desgarro perineal 5 años después del evento obstétrico
- Identificar la influencia de factores asociados al nacimiento RN macrosómico, periodo expulsivo prolongado, uso de fórceps sobre la presencia de incontinencia fecal
- Identificar la influencia de factores presentes en la mujer que pueden influir en la presencia de incontinencia fecal como estreñimiento y pujo crónico
- Conocer la severidad de la incontinencia y el impacto en la calidad de vida

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio en el Instituto Nacional de Perinatología, de julio del 2002 a diciembre del mismo año.

Se incluyeron a las pacientes primigestas que resolvieron sus embarazos por la vía vaginal en el periodo de enero a diciembre de 1997 y que no tuvieron ningún parto vaginal posterior. Se dividieron en dos grupos: mujeres con desgarro obstétrico de tercer grado y mujeres sin desgarro.

Se tomaron los registros de la base del servicio de Tococirugía. Se analizaron los datos generales: Edad, enfermedades sistémicas, enfermedades obstétricas concomitantes, uso de fórceps, presencia de periodo expulsivo prolongado y peso del recién nacido.

Se citaron telefónicamente y a través de telegrama, invitándolas a participar en el estudio. Durante la cita se realizó interrogatorio cuidadoso buscando la presencia de incontinencia anal, se preguntaron antecedentes de estreñimiento y pujo crónico, presencia de hemorroides y uso de laxantes, se tomó peso y talla para IMC. Se aplicó un cuestionario de severidad y calidad de vida ANEXO 1. En caso de presentar incontinencia anal se ofreció iniciar estudio y tratamiento dentro de la clínica y con gastos a cargo de la paciente.

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, METODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Universo: Todas las mujeres primigestas con resolución vaginal atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología en el tiempo comprendido de enero a diciembre de 1997

Unidades de observación: Todas las pacientes primigestas que hayan resuelto su embarazo por vía vaginal que sufrieron desgarro perineal de tercer grado

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Criterios de inclusión:

- 1 Mujeres primigestas con resolución vaginal atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología de enero a diciembre de 1997, que sufrieron desgarro perineal de tercer grado
- 2 Mujeres primigestas con resolución vaginal atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología de enero a diciembre de 1997 sin desgarro perineal de tercer grado
- 3 Que no hayan tenido parto vaginal posterior
- 4 Mujeres que cuenten con expediente clínico completo dentro del Instituto Nacional de Perinatología
- 5 Que deseen participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- 1 Mujeres que no cuenten con expediente clínico completo
- 2 Pacientes que no deseen participar en el estudio
3. Pacientes con patología anal fistulas, fisuras hemorroides, proctitis y otras enfermedades inflamatorias crónicas de colon y recto
4. Pacientes con patología neurológica en columna lumbo sacra.

Criterios de eliminación.

- 1 Pacientes que hayan tenido uno o más partos vaginales en este periodo de 5 años.
- 2 Pacientes que hayan sido sometidas a cirugía anal

VARIABLES EN ESTUDIO.

Variables Independientes.

- 1 Edad en años, al momento de la resolución
- 2 Tipo de resolución vaginal:
 - Eutocia - Parto normal con feto en presentación cefálica variedad de vértice que culmina sin la necesidad de maniobras especiales
 - Distocia - Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo
- 3 Fórceps - Instrumento aplicable por existir una complicación en el mecanismo del parto, sea en su rotación en su descenso o en ambas
- 4 Expulsivo prolongado - Tiempo de duración del segundo periodo del trabajo de parto; se inicia al completarse la dilatación y termina al expulsarse totalmente el feto. Su duración es de 90 minutos en primíparas y de 60 minutos en multiparas

- 5 Desgarro perineal de III grado - Lesión que abarca el cuerpo perineal con lesión del esfínter rectal y los músculos perineales profundos Si sólo se lesiona el esfínter se les llama incompleto y si el recto se encuentra abierto se les considera completo
6. Macrosomía - Peso del recién nacido de más de 3500 grs
7. Resultado del cuestionario de severidad y calidad de vida
8. Diabetes mellitus - Incluye un grupo heterogéneo de padecimientos que tienen en común la alteración en el metabolismo energético, causado por la deficiencia absoluta o relativa de la acción de la insulina a nivel celular lo que altera la homeostasis de los carbohidratos, grasas y proteínas Tales alteraciones en conjunto originan complicaciones microvasculares específicas enfermedad macrovascular por aterosclerosis acelerada y diversas complicaciones secundarias
- 9 Enfermedades autoinmunes

Lupus Eritematoso Sistémico - Enfermedad inflamatoria crónica autoinmune de causa no determinada que se presenta predominantemente en la mujer en una relación de 10:1, la patogenia comprende el desarrollo de anticuerpos al DNA antólogo lo que lleva al depósito de complejos antígeno-anticuerpo y las respuestas inflamatorias resultantes en las células y los tejidos blancos
- 10 Obesidad
- 11 Incontinencia Anal: Se define como la pérdida involuntaria de heces o flatos hasta un sitio y momento socialmente aceptables

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trató de un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

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

Se realizará una prueba estadística descriptiva para las variables, t student, X², U-Mann Whitney, riesgo relativo y regresión logística

A continuación se presentan los cuestionarios de severidad y calidad de vida, así como la carta de consentimiento informado.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN INCONTINENCIA ANAL

SEÑORA ESTE CUESTIONARIO ES IMPORTANTE PARA SU EVALUACION CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

La escala compuesta de 29 preguntas que evalúan cuatro aspectos de la vida de la paciente Estilo de vida (10), Comportamiento (9) , Depresión/ Autopercepción (7) y Vergüenza (3) demostrando ser estable sobre el tiempo y confiable

I En general, podría usted decir que su salud es :

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Mala	4
Pésima	5

II Para cada una de las preguntas, por favor indique que tan frecuente es su preocupación acerca de la pérdida accidental de sus heces o gases. (si está preocupada por otras razones que no sean la pérdida accidental entonces marque no aplicable N/A)

INCONTINENCIA ANAL; 5 AÑOS DESPUÉS

Debido a la pérdida accidental	Frecuente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	N/A
1 - Temo Salir	1	2	3	4	
2 - Evito visitar amigos	1	2	3	4	
3 - Evito estar fuera de casa toda la noche	1	2	3	4	
4 - Es difícil para mi salir y hacer cosas como ir al mercado, cine o iglesia	1	2	3	4	
5 - Limito la cantidad de mis alimentos antes de salir	1	2	3	4	

Debido a la pérdida accidental	Frecuente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	N/A
6 - Cuando salgo trato de permanecer cerca de un baño tanto como sea posible	1	2	3	4	
7 - Es importante hacer un horario de mis actividades diarias de acuerdo a mi hábito para obrar defecar	1	2	3	4	

INCONTINENCIA ANAL; 5 AÑOS DESPUÉS

8.- Evito viajar	1	2	3	4
9 - Me preocupa conseguir un baño disponible a tiempo	1	2	3	4
10 - Siento que no tengo control sobre mi defecación	1	2	3	4
11 - No puedo sostener por mucho tiempo mi intestino antes de llegar al baño	1	2	3	4
12 - Pierdo heces sin darme cuenta	1	2	3	4
13 - Trato de prevenir los escapes permaneciendo cerca del baño	1	2	3	4

III Debido a la pérdida accidental de heces, indique el grado de acuerdo o desacuerdo de cada una de las siguientes preguntas. (Por otras razones que no sean la pérdida accidental entonces marque no aplicable N/A).

Debido a la pérdida accidental	Frecuente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	N/A
1 - Me siento apenada	1	2	3	4	
2 - No puedo realizar muchas de las cosas	1	2	3	4	
3 - Me preocupa pérdida accidental de heces	1	2	3	4	
4 - Me siento deprimida	1	2	3	4	

5 - Me preocupa que otros me huelan mal	1	2	3	4
6 - No me siento una persona sana	1	2	3	4
7 - Disfruto menos la vida	1	2	3	4
8 - Tengo vida sexual con menor frecuencia de lo que quisiera	1	2	3	4
9 - Me siento diferente a otras personas	1	2	3	4
10 - La posibilidad de escapes está siempre en mi mente	1	2	3	4
11 - Temo tener relaciones sexuales	1	2	3	4
12 - evito viajar por tren o avión	1	2	3	4
12 - Evito salir a comer	1	2	3	4
13 - Cuando salgo a un nuevo lugar, localizo el baño	1	2	3	4

IV Durante el mes pasado, se ha sentido triste, sin ánimo, sin esperanzas o ha tenido muchos problemas que usted cree que nada vale la pena?

Extremadamente frecuente	1
Muy frecuente	2
Un poco	3

Algo-Suficiente para molestar	4
Raro	5
Nunca	6

El rango de escalas es del 1 al 5 1 indicando una baja función en la escala de calidad de vida; La calificación es un promedio de todas las preguntas en la escala N/A no aplica

Escala I	Estado de vida I	1 2 3 4 5 6 7 y III-2 12,13
Escala II	Comportamiento II	6 9 10,11 13 III -4 8 10 14
Escala III	Depresión III	4 6 7 9,11, IV
Escala IV	Vergüenza II	12,III-1 III-5

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

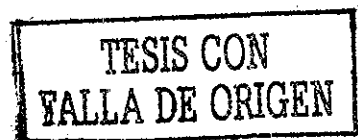
A través de esta carta de Consentimiento Informado se me invita a participar en el proyecto de investigación titulado:

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA ANAL EN PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL DE TERCER GRADO, 5 AÑOS DESPUÉS DEL EVENTO OBSTÉTRICO

Se me ha informado la propuesta para participar en un estudio en el que se pretende investigar si el parto vaginal afecta la función del piso pélvico y se relaciona con incontinencia anal

Mi participación como paciente consiste en lo siguiente: Debo asistir a una visita en donde se me realizará un cuestionario de 21 preguntas que debo contestar completamente, se me realizará una revisión física para identificar si existe cualquier descenso del recto. Esto no tendrá ningún costo para mi persona.

Sé también que en caso de encontrarme alguna alteración sobre el piso pélvico, como incontinencia anal, tendré el acceso para la realización de los estudios convenientes para identificar la causa de la enfermedad y se me indicará el tratamiento ya sea médico o quirúrgico que se requiera hasta mi recuperación o mejoría; los costos de la atención correrán por mi cuenta realizando los trámites normales para mi reingreso cubriendo los costos hasta la identificación de la causa del fracaso según las normas del Instituto Nacional de Perinatología.



Los compromisos que adquiriere al aceptar participar en este estudio son: asistir a la consulta programada puntualmente y someterme a una exploración física

Se me ha informado que puedo hacer cualquier pregunta relacionada con el estudio, antes de decidir mi participación durante el estudio o después del mismo, para lo cual se me proporcionará el teléfono de los investigadores: Dra Ma. del Pilar Velázquez Sánchez, Dr Félix Martínez Moreno o Dr Alejandro Salazar Y Sánchez y Dr Jorge R. Kunhardt R (55-20-99-00 ext 516 Clínica de Urología Ginecológica)

Sé también que si decido no participar en el estudio o retirarme de él esta decisión NO AFECTA EN ABSOLUTO mi atención en esta institución ni tampoco modificará mi derecho a recibir los cuidados que recibiría si estuviera en el estudio

La carta de consentimiento informado me parece clara y deseo participar en este estudio sin ningún tipo de presión bajo mi libre voluntad y bajo la presencia de dos testigos

PACIENTE:

NOMBRE _____

FIRMA: _____

TESTIGO _____ FIRMA _____

TESTIGO _____ FIRMA _____

He comentado este programa con el paciente utilizando un lenguaje claro y comprensible

Considero que la paciente esta satisfecha con la explicación y que le he proporcionado los

detalles en extenso del mismo He obtenido su aceptación sin ninguna forma de presión

INVESTIGADOR _____

FIRMA _____

México D F a _____ de _____ del año 2002

RESULTADOS

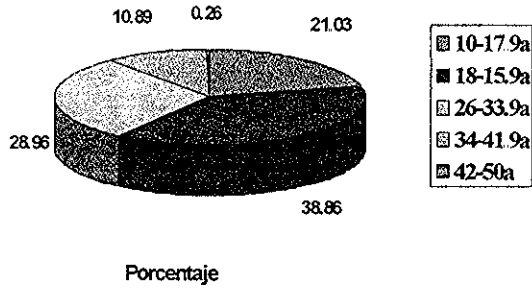
Grupos de edad.

La edad de las pacientes osciló entre 12 a 42 años de edad, se encontraron 85 casos (21.03%) comprendidos en el grupo de edad de 10 a 17.9 años, 157 casos (38.86%) en el grupo de 18 a 25.9 años, 117 casos (28.96%) en el grupo de 26 a 33.9 años, 44 casos (10.89%) en el grupo de 34 a 41.9 años y 1 caso (0.26%) en el grupo de 42 a 50 años, para un total de 404 pacientes, con un promedio de edad de 24.09 y una desviación estándar de 0.75. Moda de 17^a, y mediana de 23^a.

Grupo de edad.

<i>Grupos de edad.</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Porcentaje %</i>
Rango	Número	Porcentaje
10 – 17.9 ^a	85	21.03
18 – 25.9 ^a	157	38.86
26 – 33.9 ^a	117	28.96
34 – 41.9 ^a	44	10.89
42 – 50 ^a	1	0.26
Total	404	100

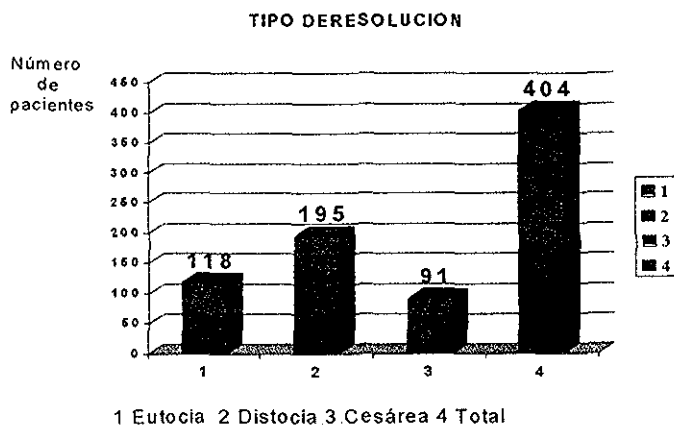
GRUPO DE EDAD.



Tipo de resolución.

Del total de casos estudiados (404). 188 (46.53%) tuvieron resolución por parto eutócico, 195 resolución vaginal distócica y 91 pacientes resolución por vía abdominal

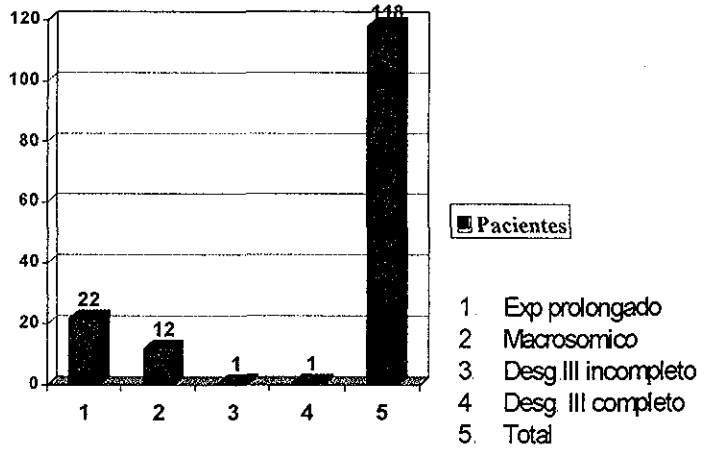
<i>Resolución</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Eutocias</i>	<i>188</i>	<i>46.53</i>
<i>Distocia</i>	<i>195</i>	<i>48.36</i>
<i>Cesárea</i>	<i>91</i>	<i>22.30</i>



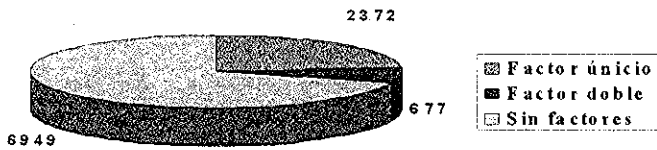
Eutocias.

Del total de casos estudiados 188 (46 53%) tuvieron parto eutocico presentando 22 pacientes expulsivo prolongado (11 7%), 12 pacientes con neonatos macrosómicos (6 38%), 1 paciente presentó desgarro de tercer grado incompleto (0 53%) y otra paciente con desgarro perineal de tercer grado completo (0 53%) 28 pacientes presentaron un factor asociado al nacimiento y 8 pacientes presentaron doble factor asociado

EUTOCIA



EUTOCIA Y FACTORES ASOCIADOS

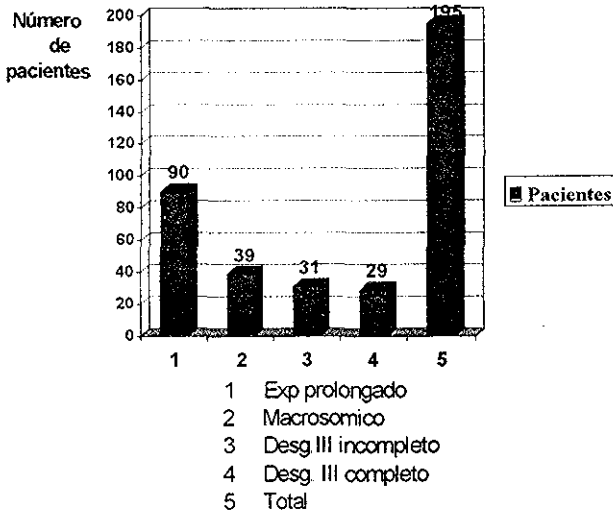


Porcentaje

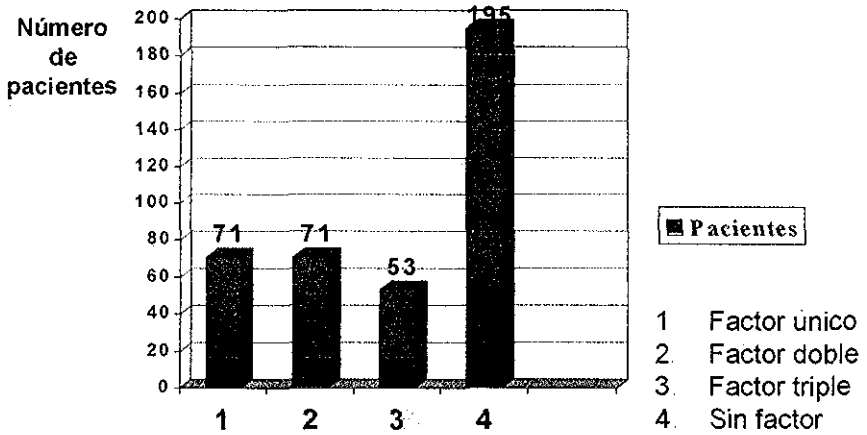
Distocias.

Se reportaron de 404 pacientes 195 con aplicación de fórceps al nacimiento (48.36%), de estos 90 presentaron expulsivo prolongado (46.15%), 39 neonatos macrosómicos (20%) 31 pacientes con desgarro perineal de III grado incompleto (15.89%) y 29 tuvieron desgarro de III grado completo (14.87%) De los factores presentados 71 se presentaron en forma aislada (36.41%) 71 con doble factor (36.41%) y 53 presentaron factores triples (27.17%)

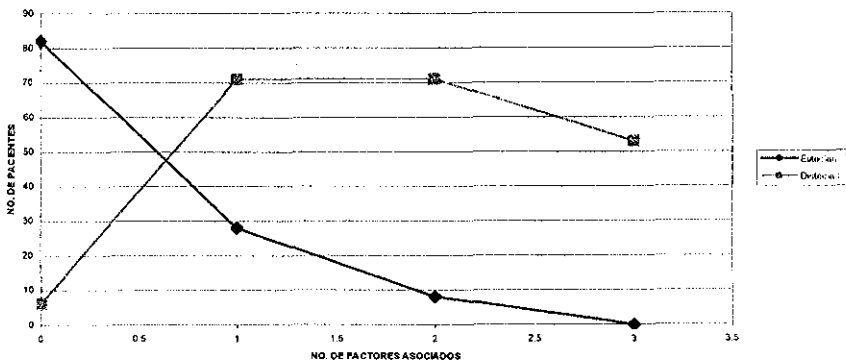
DISTOCIA



DISTOCIA Y FACTORES ASOCIADOS

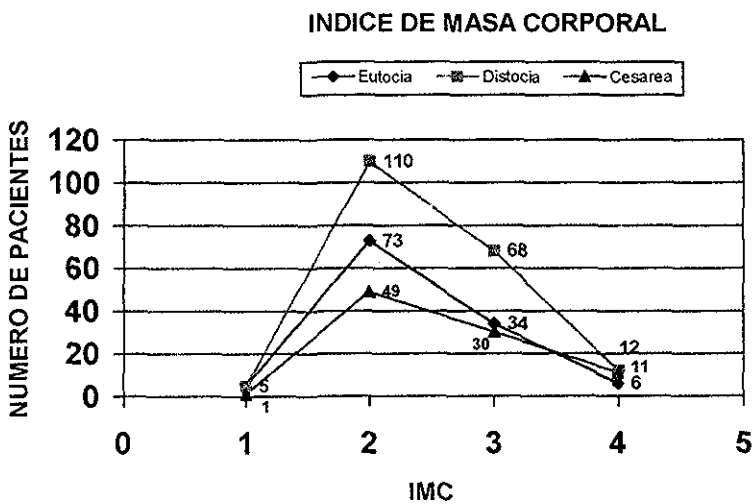


RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE FACTORES ASOCIADOS Y RESOLUCIÓN VAGINAL



Indice de masa corporal.

De las 404 pacientes estudiadas, se observa una distribución homologa en si IMC observando su mayor concentración en el grupo de peso normal.

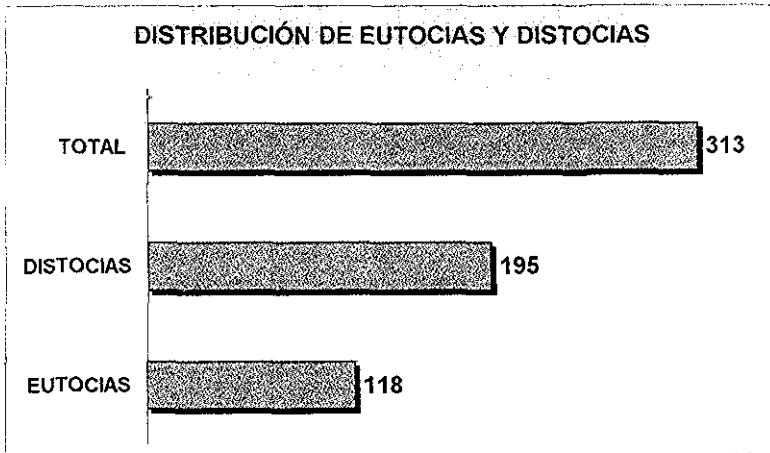


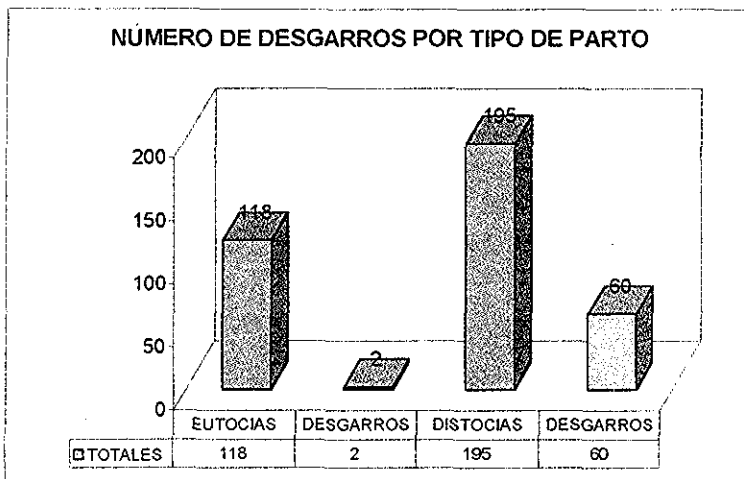
- 1 Bajo peso
- 2 Normal
- 3 Sobrepeso
- 4 Obesidad

DESGARROS PERINEALES

De las 313 pacientes que tuvieron resolución del embarazo por vía vaginal 118 tuvieron un parto eutócico, presentándose desgarro perineal en 2 de ellas (1.6%), uno completo y uno incompleto

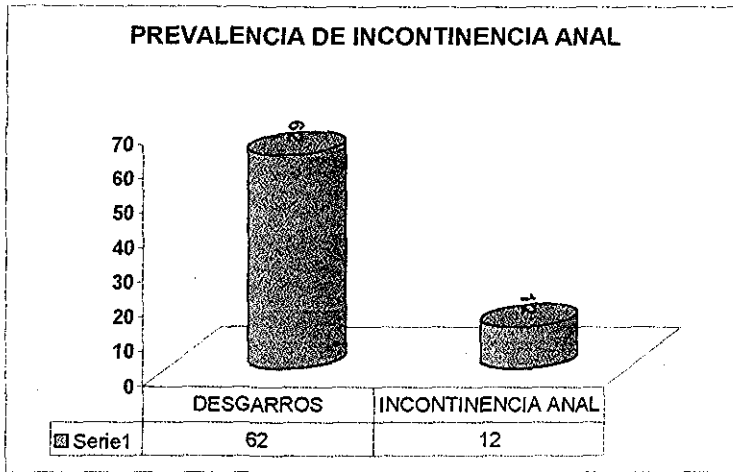
De un total de 195 pacientes que tuvieron un parto distócico, 60 (30.7%) presentaron desgarro perineal, 31 incompletos y 29 completos





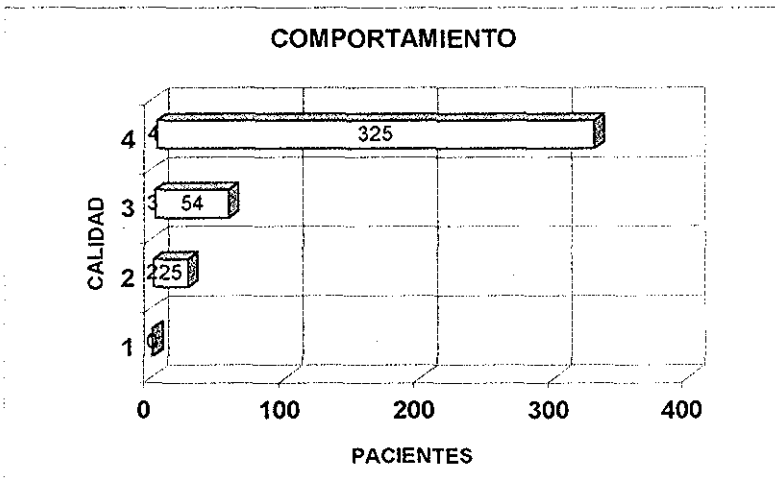
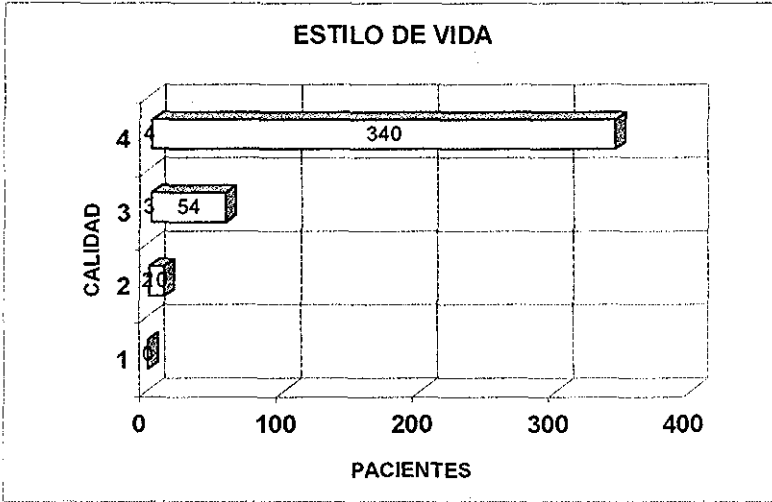
INCONTINENCIA ANAL

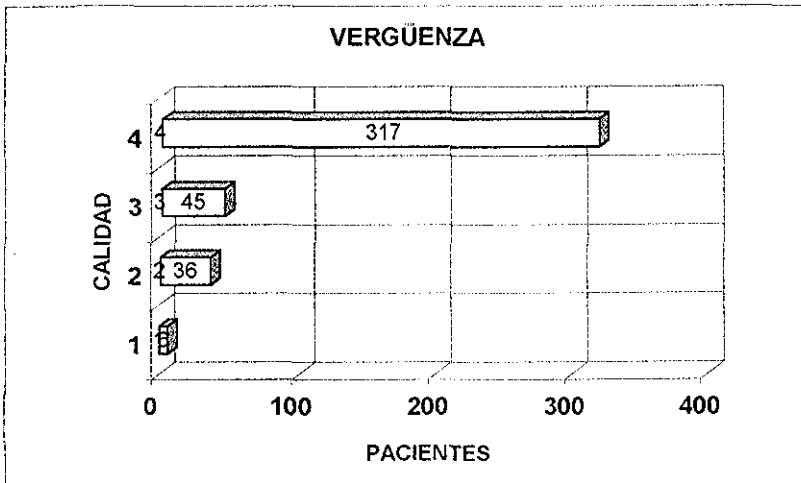
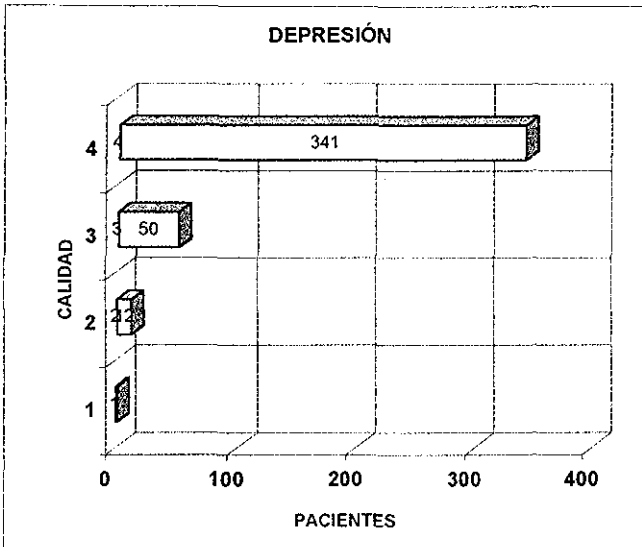
De 62 pacientes que tuvieron desgarro perineal de tercer grado 12 (19.35 %) presentaron síntomas de incontinencia anal después de 5 años del evento obstétrico. Entre los síntomas se incluyeron: incontinencia a flatos, heces líquidas o manchado.



IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de los resultados encontrados respecto al cuestionario de calidad de vida e incontinencia anal llaman la atención los rubros referentes a Comportamiento y Vergüenza entre los cuales encontramos 25 (6 1%) y 42 (10 39%) pacientes respectivamente con mala calidad de vida, a continuación graficamos cada rubro. Los valores cercanos a 3 y 4 reflejan buena calidad de vida y los 1 y 2 lo contrario.





ESTREÑIMIENTO

En este rubro se encontró que de las 404 pacientes estudiadas 233 presentaban estreñimiento (57.6%)

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que las pacientes que sufrieron desgarro perineal de tercer grado en el momento del parto pueden manifestar síntomas de incontinencia anal aún a 5 años del evento obstétrico encontrando alteraciones 12 de las 62 pacientes para un 19.35%

En la literatura mundial existen solo dos reportes de seguimiento a largo plazo de este tipo de pacientes Snooks y colaboradores en un estudio a 5 años (21) encontró en 5 de 14 pacientes (35%) síntomas de incontinencia anal, sin embargo en este estudio se incluyeron pacientes multiparas y algunas de ellas volvieron a embarazarse en el periodo de seguimiento por lo cual los resultados difirieron de los nuestros En relación a este punto, Tetzshner y cols encontraron que el 24% de las pacientes con incontinencia anal tuvieron agravamiento de sus síntomas después de su siguiente parto y 17% de las pacientes que presentaron síntomas transitorios de incontinencia fecal en su primer parto desarrollaron incontinencia persistente después de su segundo evento (15)

ESTREÑIMIENTO

En este rubro se encontró que de las 404 pacientes estudiadas 233 presentaban estreñimiento (57.6%)

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que las pacientes que sufrieron desgarro perineal de tercer grado en el momento del parto pueden manifestar síntomas de incontinencia anal aún a 5 años del evento obstétrico encontrando alteraciones 12 de las 62 pacientes para un 19.35%

En la literatura mundial existen solo dos reportes de seguimiento a largo plazo de este tipo de pacientes Snooks y colaboradores en un estudio a 5 años (21) encontró en 5 de 14 pacientes (35%) síntomas de incontinencia anal, sin embargo en este estudio se incluyeron pacientes multiparas y algunas de ellas volvieron a embarazarse en el periodo de seguimiento por lo cual los resultados difirieron de los nuestros En relación a este punto, Tetzshner y cols encontraron que el 24% de las pacientes con incontinencia anal tuvieron agravamiento de sus síntomas después de su siguiente parto y 17% de las pacientes que presentaron síntomas transitorios de incontinencia fecal en su primer parto desarrollaron incontinencia persistente después de su segundo evento (15)

Del mismo modo Haadem y cols investigaron el impacto del desgarro perineal pero, con un seguimiento a 20 años encontrando que 18 de 41 pacientes (43%) presentaban síntomas de incontinencia anal en los que incluyeron dolor, comezón, fisuras, incontinencia a flatos, heces y manchado de la ropa interior, esto último reportado en 12 pacientes (29%) lo cual habla de una debilidad del esfínter anal.

En cuanto a las teorías referentes a la persistencia de los síntomas, se han hecho numerosos estudios. Snooks encontró en pacientes con desgarros perineales, mediante manometría, que en las pacientes con incontinencia anal, existe una debilidad del esfínter secundario a denervación parcial, estos hallazgos apoyan la hipótesis de que la neuropatía del pudendo después del parto vaginal persiste y puede empeorar con el tiempo (21). Del mismo modo, Haadem y cols estudiaron a 21 pacientes con ruptura del esfínter anal realizándoseles una reparación adecuada se sometieron a perfilometría anal a los 3 días y a los 3 meses y al año del parto, encontrando que las pacientes mostraban debilidad del esfínter en los primeros 3 días del evento obstétrico que mejoraban a los 3 meses pero a partir de ese punto permanecieron sin cambios hasta completar el año de seguimiento donde se observó un gran número de pacientes con incontinencia a gases, lo cual fue el síntoma más común en nuestro estudio (22).

En relación al impacto de la incontinencia anal en la calidad de vida no existen estudios donde se evalúe con detenimiento este aspecto, Haadem (22) menciona en su estudio de 59 pacientes con incontinencia anal que 3 (5%) mostraban problemas psicológicos sin embargo no se estableció el impacto de estos problemas en la vida de la

paciente En nuestro estudio observamos que el 16% de las pacientes tiene afectación de la áreas correspondientes a Vergüenza y comportamiento

Encontramos una fuerte asociación entre uso de fórceps y desgarro perineal, 60 de 198 (30%), en contraste con la prevalencia encontrada en el grupo de las eutocias 2 de 118 para un 1.6%, cifras similares a las encontradas por Velásquez SM (11) Del mismo modo Mac Arthur y cols (7), encontraron una fuerte asociación de la instrumentación del parto e incontinencia anal en su estudio a 3 meses del evento obstétrico, afectando a un 13.6 % de las pacientes examinadas con una Odds Ratio de 1.94 e intervalo de confianza de 1.30-2.89

CONCLUSIONES

Se concluye que la incidencia de desgarros perineales de tercer grado está fuertemente relacionada con el uso de fórceps, con una incidencia del 30% del total de las distocias, por lo que el uso racional de dichos instrumentos, tendrá un gran impacto en la presencia de complicaciones y el subsecuente daño al piso pélvico

Se encontró una prevalencia total de incontinencia total del 19.35% en las pacientes con desgarro perineal de tercer grado

Se estableció una fuerte relación entre el daño anatómico del complejo esfinteriano anal y la incontinencia anal, sin embargo son necesarios mayores estudios, donde se evalúe el papel de la neuropatía del pudendo como factor condicionante de insuficiencia anal mediante estudios de fisiología a largo plazo

El síntoma principal de incontinencia anal fue la incontinencia flatos lo cual traduce debilidad del complejo esfinteriano. Ninguna paciente acusó incontinencia a heces sólidas

Sobre el impacto de la incontinencia anal en la calidad de vida observó una mayor afección en lo relacionado a vergüenza y comportamiento, rubros donde 16% de las pacientes acusaron mala calidad de vida

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Toglia MR, Pathophysiology of anorectal dysfunction, *Obstet and Gynecology Clinics*. 1998; 25: 771-781
2. Tetzschner T, Sorensen M, Jonsson L, Lose G, et al, Delivery and pudendal nerve function, *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997; 76: 324-331.
3. Gill EJ, Hurt GW. Pathophysiology of Pelvic Organ Prolapse, *Obstet a Gynecology Clinics*. 1998; 25: 757-769
4. Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Injury of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984; 3: 546-550
5. Sangalli MR, Floris L, Faltin D, Anal incontinence in women with third or fourth degree perineal tears and subsequent vaginal deliveries. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2000; 40: 244-248
6. Hadeem K, Gudmundsson S. Can Women with intrapartum rupture of anal sphincter still suffer after-effects two decades later?. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1997; 76: 601-603
7. Mac Arthur C, Glazener CM, Wilson PD, et al. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol*. 2001; 108: 678-683
8. Handa VL, Dabielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations, *Obstet Gynecol*. 2001; 98: 225-230
9. Uustal EK, Berg G, Hallbook O, et al. Clinical consequences of anal sphincter rupture during vaginal delivery. *J Am Coll Surg*, 1996, 183: 553-558

**TESIS CON
FALLA DE ORIG**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- 10 Velazquez S M et al, Eficacia de la bioretroalimentación Vs bioretroalimentación y estimulación eléctrica transvaginal fecal después de desgarro perineal obstétrico de tercer grado, (Comentario personal del autor. trabajo aún sin publicar) 2002
- 11 Velazquez SM, Prevalencia de la incontinencia anal en mujeres con desgarro perineal de tercer grado en el Instituto Nacional de perinatología (Comentario personal del autor, trabajo aún sin publicar), 1998
- 12 Benifla JI, Abramowitz L, Sobhani I et al. Postpartum sphincter rupture and anal incontinence: a prospective study with 259 patients,2000; 28: Gynecol Obstet Fétil: 15-22
- 13 Abramowitz L Sobani I, Ganasia R, et al Are sphincter defects de cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. Dis Colon Rectum 2000; 43: 590-596
- 14 Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Anal incontinence after childbirth. CMAJ 2002; 166: 326-330
- 15 Tetzchner T, Sorensen M, Lose G et al, Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. Br J Obstet Gynaecol; 1996; 103: 1034-1040
- 16 Faltin DL, Boulvain M, Irion O, et al, Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. Obstet Gynecol, 2000; 95: 643-647
- 17 Legino LJ, Woods MP, Rayburn WF, McGoogan LS Third and fourth degree perineal tears: 50 year's experience at a university hospital J Reprod Med 1988;33:423-6
- 18 Chaliha C, Sultan AH, Bland JM, Stanton SL. Anal function: Effect of pregnancy and delivery. Am J Obstet Gynecol 2001;185: 427-32

-
19. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN Anal sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993;329:1905-11
 20. Kammerer CN, Wesol AB, Rogers RG, Domínguez CE, Dorin MH. A prospective cohort study of women after primary repair of obstetric anal sphincter laceration. Am J Obstet Gynecol 1999;181(6):1317-23
 21. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5 year follow up, Br J Surg. 1990; 77 (12): 1358-60
 22. Haadem K, Dahlstrom JA, Lingman G. Anal Sphincter function after delivery: a prospective study in women with sphincter rupture and controls. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1990, 35 (1), 7-13