

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



HOSPITAL  
de la **Mujer**



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL DE LA MUJER MORELIA MICHOACÁN

**RELACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES CON  
INCONTINENCIA ANAL EN PACIENTES PRIMÍPARAS  
POSTERIOR A UN PARTO VAGINAL**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**JUAN CARLOS MANZO SEGURA**

**ASESOR DE TESIS**

**MARISOL DE JESÚS NIÑO GARCÍA**

**CO-ASESOR DE TESIS**

**JUAN TINAJERO CORONA**

**MORELIA MICHOACÁN 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **DIRECTORIO**

**SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACÁN**

**DR ELÍAS IBARRA TORRES**

SECRETARIO DE SALUD

**DR. JUAN MANUEL MORENO MAGAÑA**

SUBDIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD, HOSPITAL DE LA MUJER MORELIA MICHOACAN

**DR LUIS FELIPE LEÓN AGUILAR**

DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**DRA OLIVIA ALEIDA CARDOSO NAVARRETE**

DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER, MORELIA, MICHOACÁN

**DR JOSÉ MANUEL ERNESTO MURILLO**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE LA MUJER

**DR JOSÉ RAMÓN CANO MENDOZA**

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA  
MICHOACÁN

**DRA PAULINA HUERTA MOCTEZUMA**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
DE LA MUJER DE MORELIA MICHOACÁN

**DRA MARISOL DE JESÚS NIÑO GARCÍA**

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y ADSCRITA AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICHOACÁN

**DR JUAN TINAJERO CORONA**

SUBESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA Y ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE MORELIA MICHOACÁN

**MAH ALMA ROSA PICAZO CARRANZA**

ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico a dos personas que han sido base fundamental en mi formación como especialista mis padres, gracias por ser parte de este camino y apoyarme en cada paso, a mi esposa e hijo, quienes conocen los desvelos, trabajo y esfuerzo diario de cerca y quien son mi mayor estímulo, para dar el máximo esfuerzo día con día, a toda los médicos que me aportaron un parte de su gran conocimiento en mi posgrado, a todos ellos mi eterno agradecimiento.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos aquellos que formaron parte de mi formación como médico especialista, los que se pusieron en mi camino y sirvieron de escalón para llegar a mi meta, enfermeras, médicos adscritos, cada regaño e instrucción puedo decir que ahora funcionó aunque al inicio de la especialidad no entendía el porqué de tanta insistencia en poner atención al más mínimo detalle al atender a mis pacientes, a las cuales estoy infinitamente agradecido por ser el mejor libro que pudiera estudiar, a todos mis compañeros, por las risas y buenos momentos y también por los malos de los cuáles se aprende aún más, sin olvidar a mis asesores de tesis sin ellos este trabajo no hubiera sido terminado, mis eternas gracias siempre.

## ÍNDICE

### Contenido

DIRECTORIO.....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS .....	4
ÍNDICE .....	5
INDICE DE FIGURAS Total de páginas: 48 .....	7
INDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS.....	8
RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	10
ABREVIATURAS .....	11
GLOSARIO .....	13
INTRODUCCIÓN .....	14
ANTECEDENTES.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	24
HIPÓTESIS.....	25
OBJETIVOS .....	26
Objetivo general: .....	26
Objetivos específicos:.....	26
MATERIAL Y METODOS .....	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	28
METODOLOGÍA.....	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	39

LIMITACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
ANEXOS .....	48
Anexo 1 Operacionalización de variables.....	48
ANEXO 2 Cronograma de actividades .....	49
ANEXO 3 Escala de wexner-cleveland .....	50
APÉNDICE .....	51

## **INDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1 TIPOS DE EPISIOTOMIAS.....	13
FIGURA 2 AMPLIACIÓN OBSTÉTRICA DE LA VULVA PERINÉ, MÚSCULOS PUBOVAGINAL Y PUBORRECTAL.....	14
FIGURA 3 CLASIFICACIÓN DEL DESGARRO PERINEAL SEGÚN LA OMS.....	15



## **INDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS**

TABLA 1: EDAD.....	30
GRAFICA 1: EDAD.....	30
TABLA 2: PESO AL NACER.....	31
GRAFICA 2: PESO AL NACER.....	32
TABLA 3 RELACION EPISIOTOMÍA CON INCONTINENCIA ANAL.....	33
GRAFICA 3: RELACION EPISIOTOMÍA CON INCONTINENCIA ANAL.....	33
TABLA 4: RELACIÓN INCONTINENCIA ANAL CON USO DE FORCEPS.....	34
GRAFICA: 4 RELACIÓN INCONTINENCIA ANAL CON USO DE FORCEPS.....	34
TABLA 5: RELACION TIPO DE FORCEPS CON INCONTINENCIA.....	35
GRAFICA 5: RELACION TIPO DE FORCEPS CON INCONTINENCIA.....	35
TABLA 6: RELACION DESGARRO PERINEAL CON INCONTINENCIA .....	36
GRAFICA 6: RELACION DESGARRO PERINEAL CON INCONTINENCIA .....	36

## RESUMEN

A nivel mundial, por año, alrededor de 140 millones de mujeres tienen un parto. La mayor parte de los embarazos transcurren con normalidad, con bajo riesgo de complicaciones. Sin embargo cuando estas se presentan repercuten en la calidad de vida de la paciente y su entorno. Entre las principales complicaciones, se encuentran los desgarros perineales de tercer y cuarto grado, siendo importante su adecuada reparación y manejo para prevenir secuelas entre las que destacan la incontinencia fecal, considerada una condición que produce efectos devastadores que conducen a una pobre imagen de sí mismo y aislamiento.

Cabe mencionar además que es una patología que se subdiagnostica la mayoría de las veces, pues la paciente no acude a valoración de forma espontánea, repercutiendo en su calidad de vida, por tanto se pretende demostrar la importancia del seguimiento postparto de estas mismas pacientes por medio de instrumentos clínicos y aplicables a la mayoría de pacientes, para lograr su identificación temprana y a si mismo brindarles un tratamiento oportuno.

**El objetivo principal** es evaluar la relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a un parto vaginal. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal, longitudinal, la muestra será 2236 pacientes primigestas atendidas del Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, incluyendo pacientes con desgarros de alto grado y evaluar la relación que existe entre los mismos e incontinencia fecal posterior, el instrumento clínico diagnóstico cuenta con un total de 36 ítems con escala incontinencia fecal Wexner- Cleveland. **Conclusiones:** De acuerdo a nuestros objetivos logramos concluir que en el Hospital de La Mujer de Morelia Michoacán en las pacientes primigestas atendidas durante el periodo de noviembre de 2019 a febrero del 2021, se observó poca relación de las pacientes con desgarros perineales con la presencia de incontinencia anal, con un total de 4.0%, comparado con la literatura donde se menciona una incidencia del 39% posterior a 6 meses de presentar desgarro perineal

**Resultados:** se observó poca relación de las pacientes con desgarros perineales con la presencia de incontinencia anal, con un total de 4.0%, comparado con la literatura donde se menciona una incidencia del 39% posterior a 6 meses de presentar desgarro perineal.

**Palabras clave:** Parto vaginal, Desgarro perineal, Incontinencia fecal, primigestas.

## ABSTRACT

Globally, each year, about 140 million women give birth. Most pregnancies proceed normally, with a low risk of complications. However, when these occur, they affect the quality of life of the patient and her environment. Among the main complications are third and fourth degree perineal tears, their adequate repair and management being important to prevent sequelae, among which fecal incontinence stands out, considered a condition that produces devastating effects that lead to a poor self-image and isolation.

It is also worth mentioning that it is a pathology that is underdiagnosed most of the time, since the patient does not go to evaluation spontaneously, affecting their quality of life, therefore it is intended to demonstrate the importance of postpartum follow-up of these same patients through clinical instruments and applicable to the majority of patients, to achieve their early identification and to provide them with timely treatment.

**The main objective** is to evaluate the relationship of perineal tears with anal incontinence in primiparous patients after a vaginal delivery. **Material and methods:** Quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional, longitudinal study, the sample will be 2236 primiparous patients treated at the Hospital de la Mujer in Morelia, Michoacán, including patients with high-grade tears and to evaluate the relationship between them and subsequent fecal incontinence, the diagnostic clinical instrument has a total of 36 items with the Wexner-Cleveland fecal incontinence scale. **Conclusions:** In accordance with our objectives, we were able to conclude that in the Hospital de La Mujer de Morelia Michoacán, in primiparous patients treated during the period from November 2019 to February 2021, little relationship was observed between patients with perineal tears and the presence of anal incontinence, with a total of 4.0%, compared to the literature where an incidence of 39% is mentioned after 6 months of presenting perineal tear.

**Results:** little relationship was observed between patients with perineal tears and the presence of anal incontinence, with a total of 4.0%, compared to the literature where an incidence of 39% is mentioned after 6 months of presenting perineal tear.

**Key words:** Vaginal delivery, Perineal tear, Fecal incontinence, primiparous.

## ABREVIATURAS

**AINES:** Antinflamatorios no esteroideos.

**AJOG:** Revista Americana de Obstetricia y Ginecología.

**BPD:** Bloqueo peridural.

**EAE:** Esfínter anal externo.

**EAI:** Esfínter anal interno.

**EF:** Exploración física

**HC:** Historia clínica.

**IA:** Incontinencia anal.

**ICI:** Consulta Internacional sobre Incontinencia.

**IF:** Incontinencia fecal.

**IMC:** Índice de masa corporal.

**IU:** Incontinencia urinaria.

**IUE:** Incontinencia urinaria de esfuerzo.

**IUM:** Incontinencia urinaria mixta.

**IUU:** Incontinencia urinaria de urgencia.

**OA:** Occipito anterior.

**OASIS:** Lesiones obstétricas del esfínter anal.

**OMS:** Organización mundial de la salud.

**OP:** Occipito posterior.

**RCOG:** Colegio de Ginecología y Obstetricia de Inglaterra.

**SOGC:** Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia.

## GLOSARIO

**Incontinencia anal:** Paso involuntario de gases o heces líquidas a través del ano en un momento o lugar inadecuados.

**Incontinencia fecal:** Pérdida involuntaria de heces sólidas en un momento inapropiado o inoportuno.

**Incontinencia urinaria de esfuerzo:** Pérdida involuntaria de orina asociada con un aumento en la presión abdominal (toser, estornudar, levantamiento de peso).

**Incontinencia urinaria de urgencia:** Pérdida involuntaria de orina asociada a una sensación de micción de manera urgente. Se asocia con hiperactividad del músculo detrusor y tiene diferentes etiologías.

**Incontinencia urinaria mixta:** Es la queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y también con esfuerzo, ejercicio, estornudo o tos. Coexisten los mecanismos responsables de la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.

**Incontinencia urinaria:** Pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuados, y en cantidad o frecuencia suficiente como para que suponga un problema para la persona que la padece, así como una posible limitación de su actividad y relaciones sociales.

**Desgarro perineal:** Laceración de la piel u otras estructuras de tejido blando que separan la vagina del ano.

**Episiotomía:** Incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo de expulsivo del trabajo de parto. Deber ser practicada sólo por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación.

**Parto instrumentado:** Resolución del embarazo vía vaginal en la que se requiere el uso de materiales para facilitar la extracción del feto, ya sea fórceps o ventosas (vacuum).

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, por año, alrededor de 140 millones de mujeres tienen un parto. La mayor parte de los embarazos transcurren con normalidad, con bajo riesgo de complicaciones. Sin embargo cuando estas se presentan repercuten en la calidad de vida de la paciente y su entorno.

Entre las principales complicaciones, se encuentran los desgarros perineales de tercer y cuarto grado, siendo importante su adecuada reparación y manejo para prevenir secuelas entre las que destacan la incontinencia fecal, considerada una condición que produce efectos devastadores que conducen a una pobre imagen de sí mismo y aislamiento.

Cabe mencionar además que es una patología que se subdiagnostica la mayoría de las veces, pues la paciente no acude a valoración de forma espontánea, repercutiendo en su calidad de vida, por tanto se pretende demostrar la importancia del seguimiento postparto de estas mismas pacientes por medio de instrumentos clínicos y aplicables a la mayoría de pacientes, para lograr su identificación temprana y a si mismo brindarles un tratamiento oportuno. Como objetivo principal tenemos el evaluar la relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a un parto vaginal.

## ANTECEDENTES

Se define como continencia anal a diferentes funciones complejas que involucran factores tanto anatómicos como fisiológicos.(1,2) Por el contrario se le denomina incontinencia anal al paso involuntario de gases o heces líquidas a través del ano en un momento o lugar inadecuados e incontinencia fecal únicamente a la pérdida de heces sólidas.(1,2,3) Esto ocurre más frecuentemente en pacientes de la tercera edad y sobretodo en mujeres, con una incidencia reportada de 1 a 10% en la población adulta,(1) y de 46% en ancianos residentes en asilos;(2) con predominio en el sexo femenino, sin embargo, su incidencia real se desconoce, debido al estigma que genera y a que la paciente no busca atención.(4)

Existen diversas causas de incontinencia anal o fecal: idiopática, congénita, neurogénica o traumática, esta última es la que nos compete pues por lo general es secundaria a procedimientos obstétricos. Aunque también puede deberse a una lesión del nervio pudiendo por compresión de la cabeza fetal o estiramiento del piso pélvico durante el trabajo de parto, en particular en la prolongación de la segunda etapa de éste.(5,6)

Como ya se mencionó la incontinencia anal es un problema común que, sin embargo, se subdiagnostica y que llega a ser incapacitante. Esto es importante pues los reportes en la literatura mencionan que cerca del 28-39%(2,3) de las pacientes sufren cierto grado de incontinencia anal posterior a su primer parto vaginal, (2) siendo el trauma obstétrico la causa más común.(5)

Es importante mencionar que el uso de instrumentos durante el parto, como los fórceps, la realización de episiotomía media, productos macrosómicos y una segunda etapa del trabajo de parto prolongada son factores que aumentan este riesgo.(5-6) La mayor parte de los defectos del esfínter involucran sólo al esfínter anal externo por la realización de la episiotomía,(7) sin embargo, existen casos en los que se pueden presentar desgarros perineales por una mala técnica al momento de atender el parto, el uso de fórceps o un feto muy grande; sin embargo, el trauma perineal severo o desgarrado puede implicar daño tanto a los esfínteres anales como a la mucosa anal.(10)

Los desgarros obstétricos y, en especial, el traumatismo perineal durante el parto, son un problema que perdura desde las épocas más antiguas de la obstetricia.(25)



La episiotomía es una de las técnicas quirúrgicas más realizadas en obstetricia, consiste en el agrandamiento quirúrgico del orificio vaginal al realizar una incisión en el periné durante la última parte de la segunda etapa del trabajo de parto (22). Se clasifica según la ubicación del comienzo de la incisión, la dirección, la longitud y el momento exacto del procedimiento.

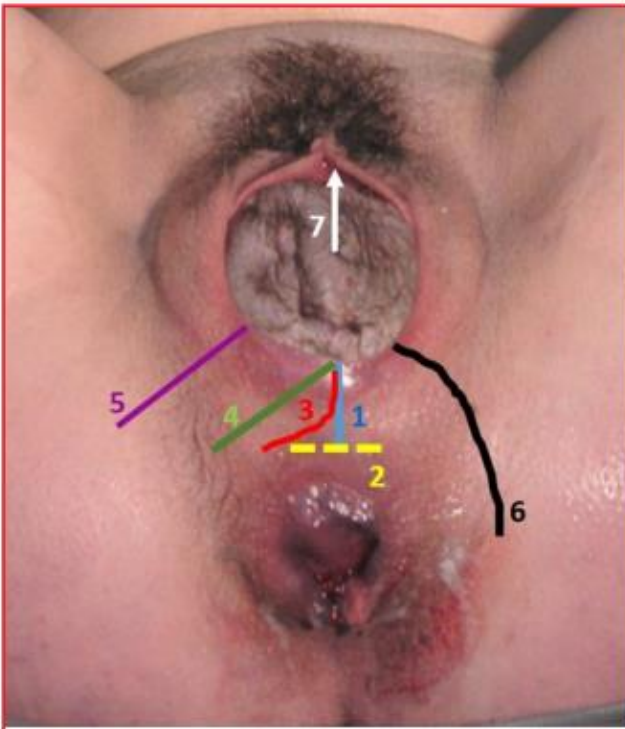
Fue descrita por primera vez en 1742 por Felding Ould. La utilización más liberal de la técnica comenzó a partir de 1870; y en 1895 se propuso como rutina durante el parto, con la teoría de que, a diferencia de los desgarros espontáneos, la episiotomía permitía la restauración del periné en su integridad después de su reconstrucción(22), sin embargo, diversos estudios informan que las tasas más bajas de lesión al esfínter y traumatismo perineal grave se observan con la realización de episiotomía mediolateral que sin episiotomía (OR de 0.2 a 0.8)(10).

La aparición del parto medicalizado a comienzos del siglo XX supuso un auge para este procedimiento, hasta el punto de que se convirtió en casi sistemático en el parto de las primíparas para algunos médicos (25).

Actualmente no existe duda de que el uso restringido de la episiotomía, de cualquier tipo, es preferible en aquellas pacientes que presentan parto espontáneo (10). La frecuencia de la técnica no se conoce con precisión y varía según los países, regiones, escuelas, características sociodemográficas y condiciones obstétricas de las pacientes ( 22). Sin embargo, en los últimos años, se ha observado una reducción en los países occidentales (61% en 1979 en Estados Unidos frente a 24.5% en 2014)(10). Las ventajas son tanto maternas como fetales.

Desde el punto de vista materno, supone que la sección del anillo vulvar y del fascículo puborrectal del músculo elevador del ano, al desconectar el aparato esfinteriano anal del periné anterior, protege el esfínter anal de los desgarros. La reducción de la tensión a nivel del orificio vulvar permite proteger las zonas de menor elasticidad, como las regiones paraclitoriana y parauretral. Además de su carácter protector frente a las lesiones perineales graves, se supone que la episiotomía también previene a largo plazo los trastornos de la estática pélvica.

Desde el punto de vista fetal, la episiotomía se propone para: acortar la fase de expulsión en caso de sospecha de pérdida del bienestar fetal y limitar así el riesgo de asfixia, facilitar las maniobras obstétricas y las extracciones instrumentales y limitar los riesgos de traumatismos fetales, sobre todo en caso de hipotrofia, prematuridad o macrosomía (22,25).



**FIGURA 1**

FIGURA 1. Tipos de episiotomía. 1. media; 2. media modificada. 3. en "J"; 4. mediolateral; 5. lateral; 6. lateral radical (incisión de Schuchardt); 7. anterior.

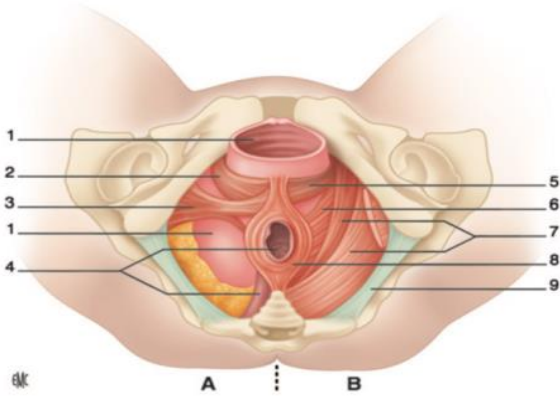
NOTA: Extraída de V K Laine, JW de Leeuw, KM Ismail, DG Tincello. Classification of episiotomy\_towards a standardisation of terminology.BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2012; 522(5) Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364)

Existen diferentes tipos de episiotomía, sin embargo, en la actualidad sólo se realizan dos tipos: línea media y mediolateral (25) Debido a su carácter mutilante, los otros tipos descritos a lo largo de la historia se han abandonado(22).

La episiotomía media se efectúa a lo largo de 4 cm, partiendo de la horquilla vulvar y dirigiéndose en vertical hacia el ano. Las ventajas son que esta sección es fácil de reparar, presenta poca pérdida sanguínea, los resultados anatómicos son buenos a largo plazo y la tasa de dispareunia es baja. Las desventajas son que la sección del rafe medio crea una zona de debilidad medial, con el riesgo de extenderse hacia el ano(22). En el 20% de los casos se afecta el esfínter anal y se observa un aumento en la tasa de fístulas vesicovaginales a largo plazo(25).

La episiotomía mediolateral suele realizarse en el lado derecho. La sección debe partir de la zona media de la horquilla, en sentido lateral siguiendo un ángulo de 45° respecto a la vertical hacia la región isquiática, con una longitud de 6 cm en promedio (para una ampliación suficiente del anillo vulvar). Se secciona de forma progresiva la piel, la vagina, los músculos bulbocavernoso y transversal superficial, así como el músculo puborrectal en su totalidad. Es preferible realizarla en un solo corte. Su

ventaja consiste en que el riesgo de lesión al esfínter anal es menor respecto a la media, sin embargo, mayor dolor postoperatorio y mayor pérdida hemática(25).



**FIGURA 2. Ampliación obstétrica de la vulva, periné, músculos pubovaginal y puborrectal (vista perineal).**

Lado A: músculos elevadores del periné. Lado B: músculos elevadores del diafragma pélvico. 1. Vagina dilatada por la presentación; 2. Músculo bulbocavernoso; 3. Músculo transverso superficial; 4. Conducto anal; 5. Pubovaginal; 6. Puborrectal; 7. Iliococcígeo; 8. Esfínter anal externo; 9. Ligamento sacroespinoso.

**FIGURA 2 :** NOTA: Extraída de V K Laine, JW de Leeuw, KM Ismail, DG Tincello. Classification of episiotomy\_towards a standardisation of terminology.BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2012; 522(5) Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364)

La tasa publicada de lesión del esfínter anal después de una episiotomía mediolateral varía entre el 0.5 - 7% vs el 17 - 19% después de una media. (22)

La reparación del periné después de una episiotomía es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia que de no emplear una técnica adecuada la paciente puede presentar dolor perineal crónico, dispareunia e incontinencia urinaria y fecal como secuelas.7 De no emplearse una adecuada técnica al momento de atender el parto se pueden generar desgarros obstétricos, los cuales comprenden lesiones perineales, vulvares, vaginales y cervicales que, suelen asociarse. Uno de los objetivos del obstetra es evitar estos traumatismos para prevenir tanto dispareunia, retención urinaria e incontinencia anal.(10)

Los desgarros perineales se clasifican en cuatro grados, según la última publicación del Colegio de Ginecología y Obstetricia de Inglaterra (RCOG) y la Organización Mundial de la salud.(10) El desgarro de primer grado es cuando existe lesión únicamente de la piel perineal, el desgarro de segundo grado involucra los músculos del periné, pero sin afectar el esfínter anal, los desgarros de tercer grado afecta el esfínter anal y se subdividen en 3 grupos: 3ª cuando se afecta menos del 50% del esfínter externo, 3b cuando la afección es mayor al 50% del esfínter externo y 3c cuando hay lesión al esfínter interno; y por último los de cuarto grado que se caracterizan por afectar la mucosa rectal.(8)

CLASIFICACIÓN	
<b>GRADO 1</b>	Daño superficial en la vagina o en la piel del periné.
<b>GRADO 2</b>	Daño a los músculos perineales, pero no al esfínter anal.
<b>GRADO 3</b>	Daño al esfínter anal.
<b>3a</b>	<50% EAE
<b>3b</b>	>50% EAE
<b>3c</b>	Daño al EAE + daño al EAI.
<b>GRADO 4</b>	Daño al complejo del esfínter + daño a la mucosa rectal.

FIGURA 3. Clasificación del desgarro perineal según la OMS. OASIS 2015.

Esta clasificación es importante y difiere de las demás pues aporta un valor pronóstico de los desgarros, mencionando que aquellas pacientes con desgarro grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal que los 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a.<sup>10</sup> La reparación de los defectos del esfínter mediante esfinteroplastia presenta resultados favorables en un 70 a 80% de las pacientes.<sup>(3)</sup> Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria.

Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas tras una lesión perineal de 3er o 4to grado, de aquí la importancia de este estudio.<sup>(10)</sup>

Globalmente, el riesgo de recurrencia de una lesión de 3er o 4to grado oscila entre un 3.7-7.5% si la paciente tuvo un desgarro previamente, si no presento lesión la recurrencia va del 0.6-3.2%. <sup>(10)</sup>

Debe recomendarse una cesárea electiva en aquellas mujeres que hayan requerido una cirugía ano-rectal de reparación en un segundo tiempo, aunque se puede contemplar la posibilidad de tener un parto vaginal y plantear posteriormente el estudio y eventual tratamiento. La decisión final debería tomarla la paciente con información detallada y de acuerdo con sus preferencias. <sup>(7)</sup>

Se define como incontinencia urinaria a la pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuados, y en cantidad o frecuencia suficiente como para que suponga un problema para la persona que la padece, así como una posible limitación de su actividad y relaciones sociales. La persona

afectada tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar, pero es incapaz de retener la orina. Puede manifestarse a cualquier edad y en ambos sexos, sin embargo, es más habitual en mujeres mayores de 60 años.

En la población normal, la incidencia en las mujeres de más de 65 años es de >25%, en comparación con alrededor del 15% en los hombres.(14) La incontinencia urinaria puede clasificarse según su clínica, duración e intensidad. Según los volúmenes urinarios puede ser leve < 600 ml/día, moderada 600-900 ml/día y grave > 900 ml/día; según la duración se divide en transitoria que, se refiere a que se presenta en un tiempo limitado y suele ser secundaria y establecida la cual no desaparece antes de las 4 semanas de su aparición tras haber actuado sobre las posibles causas(13). Con base a la sintomatología se clasifica como: incontinencia de esfuerzo, urgencia y mixta.(14) La incontinencia de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca un aumento de la presión abdominal (como, por ejemplo, toser, reír o correr), esta se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por 2 causas no excluyentes: hipermovilidad uretral o deficiencia intrínseca del esfínter.

La incontinencia de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada, o inmediatamente precedida, de “urgencia” miccional, la causa de esta urgencia es la contracción involuntaria del detrusor vesical (hiperactividad del músculo detrusor).

Por último, la incontinencia urinaria mixta (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como a esfuerzo.(13,14) Se estima que la incidencia va del 7-11% en las mujeres 50%. Sin embargo, sólo el 30-45% buscan atención.(14) Entre los factores de riesgo se mencionan el sexo femenino, haberse embarazado y haber tenido un parto vaginal, la edad de la paciente, la menopausia o el estafo hormonal por la deficiencia de estrógenos, la obesidad, el antecedente de tabaquismo, enfermedades concomitantes como la diabetes y el aumento crónico de la presión intrabdominal por tos crónica, asma o cirugía pélvica previa.(13,14)

Es importante mencionar que > 50% de las mujeres embarazadas padecen de algún tipo de incontinencia; la cual puede presentar resolución espontánea después del parto. La persistencia de esta patología por lo general está asociada a traumatismos durante la atención del parto y está su vez se relacionada fuertemente con la presencia de incontinencia fecal.

Existen reportes en pacientes obstétricas que mencionan que en el 15-20% de la población se presentarán ambos tipos de incontinencia.(2,14) A pesar de que la incontinencia tanto anal como urinaria no constituyen un riesgo para la vida, sí conllevan a un impacto importante en la calidad de vida. Esto debido a las implicaciones físicas, psicológicas y sociales(.2,4) Por lo que diferentes sociedades, entre ellas la Internacional Consultation on Incontinent (ICI)(14) refiere que el impacto en las pacientes no sólo debe valorarse a partir de la presencia o no de los síntomas sino también a través de la evaluación del grado de afectación de la calidad de vida.

Así mismo, debería de evaluarse los síntomas asociados, la gravedad de estos y el grado de afección que producen dependiendo de cada paciente

## JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, por año, alrededor de 140 millones de mujeres tienen un parto vaginal. (34). La mayor parte de los embarazos transcurren con normalidad, con bajo riesgo de complicaciones, sin embargo cuando estas se presentan afectan directamente la calidad de la vida, tanto de la paciente, así como de su entorno familiar, al presentarse estas pueden ser leves, graves o llevar a la muerte de la paciente.

Una de las principales complicaciones, de un parto vaginal son los desgarros perineales de tercer y cuarto grado, a nivel mundial la Asociación Internacional de Urología Ginecológica (IUGA) menciona que aproximadamente el 1-3% de las mujeres que paren vaginalmente lo presentan.(35).

De acuerdo a la asociación de Ginecología y Obstetricia Canadiense, en el estudio OASIS (Lesiones obstétricas del esfínter anal), la verdadera prevalencia de la IA (incontinencia anal) relacionada con OASIS puede estar subestimada. Las tasas comunicadas de IA tras la reparación primaria de OASIS oscilan entre el 15 % y el 61 %, con una media del 39 % (36).

En México, de acuerdo a la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia se habla de una incidencia del 6% resaltando la importancia de la identificación postparto de los desgarros perineales así como su adecuada reparación. (37)

Por otra parte, la incontinencia anal es la pérdida involuntaria de flatos, heces líquidas o sólidas que causan un trastorno social o problema higiénico. Es una condición que produce efectos devastadores que conducen a una pobre imagen de sí mismo y aislamiento, la prevalencia en general va del 1-21%, donde numerosos factores de riesgo han sido asociados con el desarrollo de la misma. En pacientes jóvenes, en edad reproductiva el factor de riesgo más común es el parto vaginal con daño resultante a los músculos del periné. (1)

En el hospital de la Mujer la estadística de los partos vaginales en el periodo estudiado en primigestas es de 2236 y de estas pacientes las que presentan complicación los desgarros de tercer y

cuarto grado, acorde a la clasificación de Sultán es de 475 por otra parte no se encuentra registrada la incidencia de incontinencia anal relacionada a esta complicación.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Considerando importante que la población de pacientes primigestas en nuestro medio es la más representativa y que presentar alguna de estas patologías generará una afección de por vida a edades muy tempranas, es entonces, que por medio de este trabajo, se pretende demostrar la relación que existe entre los desgarros perineales y la presencia de incontinencia anal en pacientes primigestas posterior a un parto vaginal con el fin de ofrecer a las pacientes un seguimiento por medio de una encuesta clínica y diagnosticar y tratar cada una de ellas en caso de presentar las complicaciones.



## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Por todo lo anterior mencionado surge la siguiente pregunta de investigación

¿Existe relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a un parto vaginal?

## **HIPÓTESIS**

**Hipótesis de estudio:** existe relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a un parto vaginal.

**Hipótesis nula:** no existe relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a un parto vaginal.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Evaluar la relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a un parto vaginal atendido en el Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán de marzo 2021 a febrero 2022.

### **Objetivos específicos:**

Identificar a las pacientes primíparas con desgarros perineales posterior a un parto vaginal.

Medir la incontinencia anal de las pacientes primíparas con desgarros perineales posterior a un parto vaginal.

Relacionar las pacientes primíparas con desgarro perineal y la presencia de incontinencia anal.

## MATERIAL Y METODOS

### Tipo y clasificación del estudio

Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal longitudinal

### Universo o población.

La población total de pacientes primigestas atendidas por parto vaginal durante el periodo de Marzo 2021 a Febrero 2022 con un total de 195 pacientes.

**Muestra.** 99 pacientes primigestas atendidas del Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, con un nivel de confianza de 95%, margen de error de 5%.

### Fórmula para cálculo de tamaño de la muestra.

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

### Definición de las unidades de observación:

Los expedientes clínicos de las mujeres primigestas atendidas por parto vaginal en el Hospital de La Mujer de Morelia, Michoacán.

### Definición del grupo control:

No aplica

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

**Criterios de inclusión:** Pacientes primigestas a quienes se les atendió su parto en el nosocomio y presentaron desgarro vaginal.

Pacientes que desean participar en el estudio y acepten contestar la encuesta

**Criterios de exclusión:**

Pacientes multigestas

Pacientes que tengan menos de 6 meses transcurridos desde el evento obstétrico.

Pacientes que ya cuenten con diagnóstico de incontinencia fecal previo al parto vaginal.

**Criterios de eliminación:** -Pacientes que no respondan la llamada.

-Pacientes que no deseen participar.

-Pacientes que no completen la entrevista.

**VARIABLES**

**Ver anexo 1**

## **METODOLOGÍA**

Se llevó a cabo una búsqueda en los diarios de parto de la sala de labor del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán” a partir de Marzo 2021 hasta febrero 2022, incluyéndose a las pacientes primigestas que tuvieron parto vaginal en el periodo antes mencionado.

Posteriormente se realizó una base de datos en Excel con las variables necesarias como: nombre de la paciente, edad, registro hospitalario, fecha de parto, edad gestacional al nacimiento, peso del recién nacido, episiotomía, tipo de episiotomía, presencia de desgarro y el grado, uso de fórceps y de qué tipo, uso de analgesia y persona que atendió el parto.

Por medio de trabajo social se obtuvieron los números telefónicos de las pacientes y se procedió a realizar las llamadas telefónicas, siempre y cuando hubieran pasado más de 6 meses del evento obstétrico. Se realizó un informe para cada llamada que contenía un aviso de privacidad en el cual se invitaba a la paciente a participar en el estudio, si accedían se procedía a aplicar el cuestionario de Incontinencia fecal de WEXNER-CLEVELAND, Todos los resultados se vaciaron en la base de datos de Excel ya mencionada para después llevar a cabo el análisis estadístico de la información obtenida.

Una vez autorizado por comité de ética e investigación, se acudió a archivo clínico a solicitar los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión, con apoyo de trabajo social se contactó los teléfonos de las pacientes y se les realizó una llamada telefónica, previa autorización por consentimiento verbal se les aplicó la encuesta Wexner-Cleveland.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó para el procesamiento de los datos el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 26.0), se empleará estadística descriptiva según el tipo de variables para las cuantitativas continuas media, desviación estándar, para las variables discretas o cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para fines de este trabajo el investigador tomó en cuenta lo establecido por la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos de acuerdo los principios éticos y legales señalados en los artículos 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22 y 58. Esta investigación se consideró sin riesgo para los participantes (artículo 17) debido a que fue un diseño descriptivo con aplicación de encuestas vía telefónica.

En esta investigación se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación (artículo 16), se respetó la dignidad de los cuidadores principales y los derechos y el bienestar de los participantes (artículo 13).

Se contó con consentimiento informado vía telefónica respondiendo con un sí al aceptar la encuesta, puesto que al ser un estudio retrospectivo y descriptivo no se requiere la participación de pacientes, únicamente la aprobación por comité de ética médica para la obtención de datos del expediente clínico.

## RESULTADOS

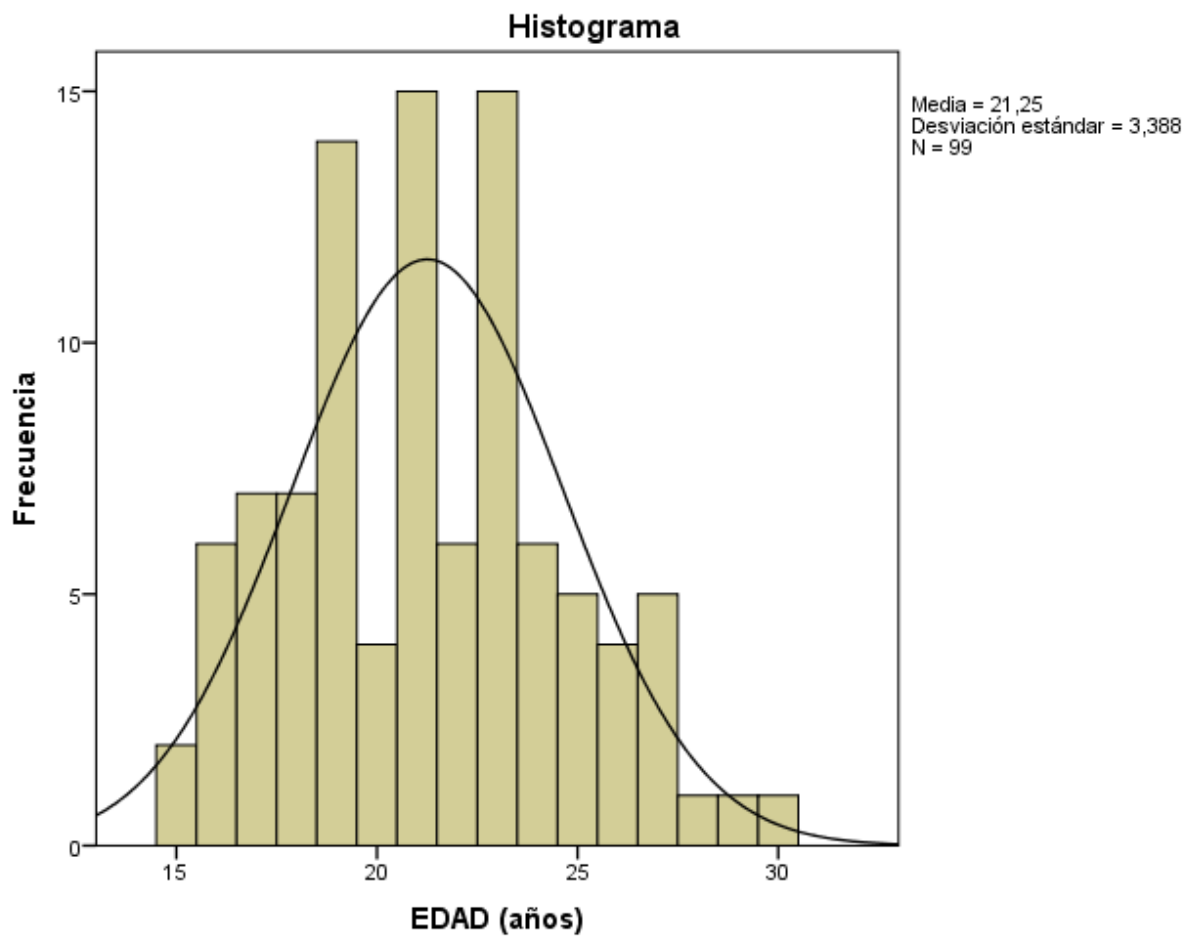
Se obtuvieron un total de 125 expedientes de los cuáles se excluyeron 24 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación sobre la relación entre desgarros perineales e incontinencia anal posterior a un parto vaginal en pacientes primigestas, respecto a la edad encontramos que el 15.2% se encuentran con 21 y 23 años de edad respectivamente, seguido de 19 años con un 14.1%, mientras que la moda fue de 21 años.

**TABLA 1 EDAD**

Estadísticos			EDAD (años)			
EDAD (años)			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
N	Válido	99				
	Perdidos	0				
Media		21,25	15	2	2,0	2,0
Mediana		21,00	16	6	6,1	8,1
Moda		21 <sup>a</sup>	17	7	7,1	15,2
Desviación estándar		3,388	18	7	7,1	22,2
Mínimo		15	19	14	14,1	36,4
Máximo		30	20	4	4,0	40,4
Percentiles	25	19,00	21	15	15,2	55,6
	50	21,00	22	6	6,1	61,6
	75	23,00	23	15	15,2	76,8
			24	6	6,1	82,8
			25	5	5,1	87,9
			26	4	4,0	91,9
			27	5	5,1	97,0
			28	1	1,0	98,0
			29	1	1,0	99,0
			30	1	1,0	100,0
			Total	99	100,0	

a. Existen múltiples modos.  
Se muestra el valor más pequeño.



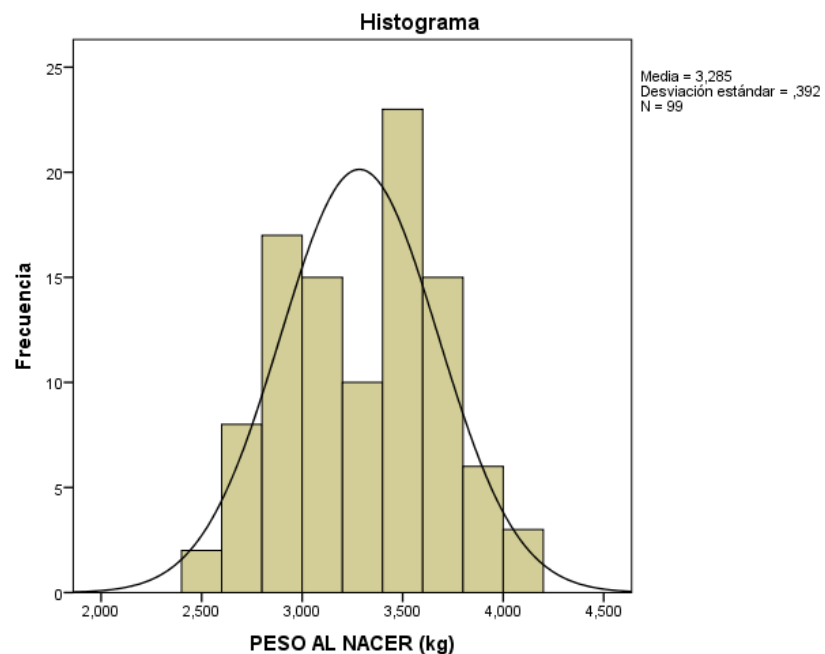


Respecto al peso al nacer se observó que el más frecuente fue 3450grs con un 8.1%, seguido de 3500 grs con un 6.1%, mientras que la moda fue de 3450grs, la media de 3285grs respectivamente.

**TABLA 2 PESO AL NACER**

PESO AL NACER (kg)			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2,450	1	1,0	1,0
2,500	1	1,0	2,0
2,600	3	3,0	5,1
2,650	1	1,0	6,1
2,700	1	1,0	7,1
2,750	2	2,0	9,1
2,760	1	1,0	10,1
2,800	4	4,0	14,1
2,860	1	1,0	15,2
2,870	2	2,0	17,2
2,890	2	2,0	19,2
2,900	5	5,1	24,2
2,980	3	3,0	27,3
3,000	2	2,0	29,3
3,100	5	5,1	34,3
3,125	2	2,0	36,4
3,150	5	5,1	41,4
3,170	1	1,0	42,4
3,200	3	3,0	45,5
3,250	3	3,0	48,5
3,270	1	1,0	49,5
3,300	1	1,0	50,5
3,320	1	1,0	51,5
3,350	1	1,0	52,5
3,400	4	4,0	56,6
3,440	1	1,0	57,6
3,450	8	8,1	65,7
3,480	1	1,0	66,7
3,500	6	6,1	72,7
3,550	3	3,0	75,8
3,600	5	5,1	80,8
3,650	4	4,0	84,8
3,700	3	3,0	87,9
3,750	2	2,0	89,9
3,780	1	1,0	90,9
3,850	1	1,0	91,9
3,900	2	2,0	93,9
3,950	3	3,0	97,0
4,050	1	1,0	98,0
4,100	1	1,0	99,0
4,150	1	1,0	100,0
Total	99	100,0	

Estadísticos		
PESO AL NACER (kg)		
N	Válido	99
	Perdidos	0
Media		3,28475
Mediana		3,30000
Moda		3,450
Desviación estándar		,392236
Mínimo		2,450
Máximo		4,150
Percentiles	25	2,98000
	50	3,30000
	75	3,55000

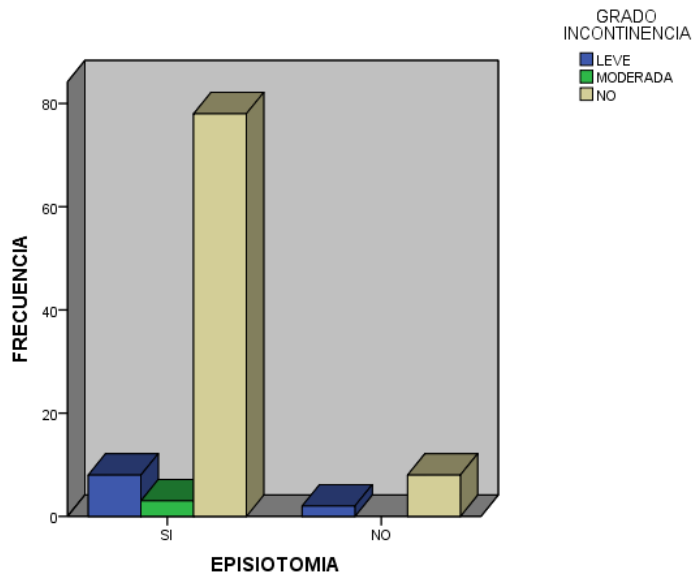


**TABLA 3 RELACION EPISIOTOMÍA CON INCONTINENCIA ANAL**

**Tabla cruzada**

		GRADO INCONTINENCIA			Total	
		LEVE	MODERADA	NO		
EPISIOTOMIA	SI	Frecuencia	8	3	78	89
		% del total	8,1%	3,0%	78,8%	89,9%
	NO	Frecuencia	2		8	10
		% del total	2,0%		8,1%	10,1%
Total		Frecuencia	10	3	86	99
		% del total	10,1%	3,0%	86,9%	100,0%

La Episiotomía se realizó en 89(89.9%) pacientes y en 10(10.1%) pacientes no se realizó, por otra parte, de las 89(89.9%) pacientes que si se les realizó episiotomía 78 (78.8%) no presentaron incontinencia, 3 (3.0% la presentaron en grado moderado y 8(8.1%) la presentaron en forma leve. De las 10 pacientes a las cuales no se realizó episiotomía 8(8.1%) no presentaron incontinencia anal y 2(2.0%) si la presentaron en forma leve, Las cifras no asocian a una significancia estadística. ( $Chi^2 = 1.477$ ,  $gl = 2$ ,  $Sig. = .478$ ).

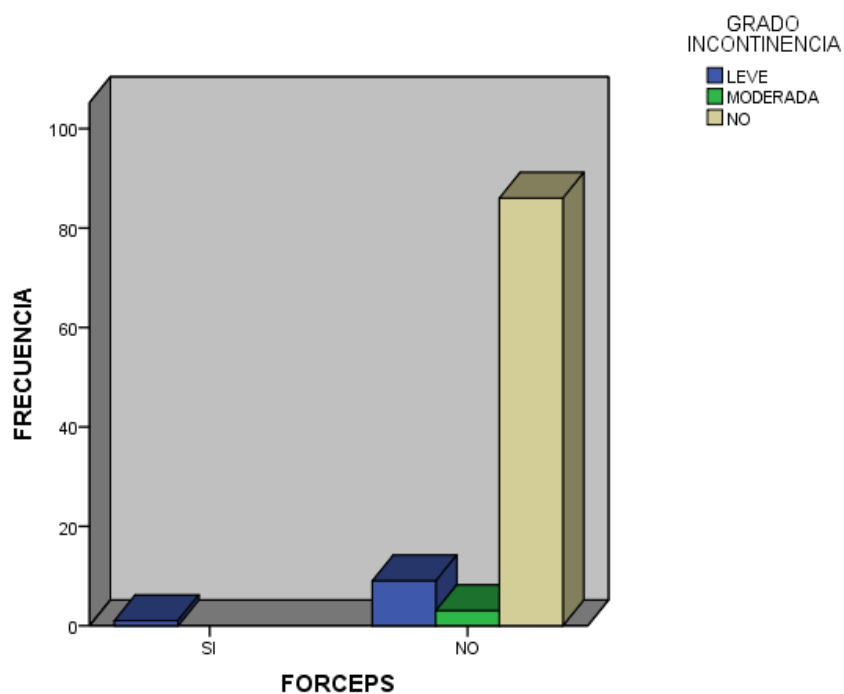


**TABLA 4 RELACIÓN INCONTINENCIA ANAL CON USO DE FORCEPS**

**Tabla cruzada**

		GRADO INCONTINENCIA			Total	
		LEVE	MODERADA	NO		
FORCEPS	SI	Recuento	1		1	
		% del total	1,0%		1,0%	
	NO	Recuento	9	3	86	98
		% del total	9,1%	3,0%	86,9%	99,0%
Total	Recuento	10	3	86	99	
	% del total	10,1%	3,0%	86,9%	100,0%	

El grado de incontinencia únicamente lo manifiesta 1(1.0%) en grado leve cuando han utilizado fórceps, en el 86(86.9%) no se utilizaron fórceps y no declaran algún grado de incontinencia. A pesar de la distribución dicha discrepancia es relevante ( $Chi^2 = 8.991$ ,  $gl = 2$ ,  $Sig. = .011$ ) desde el punto de vista estadístico.

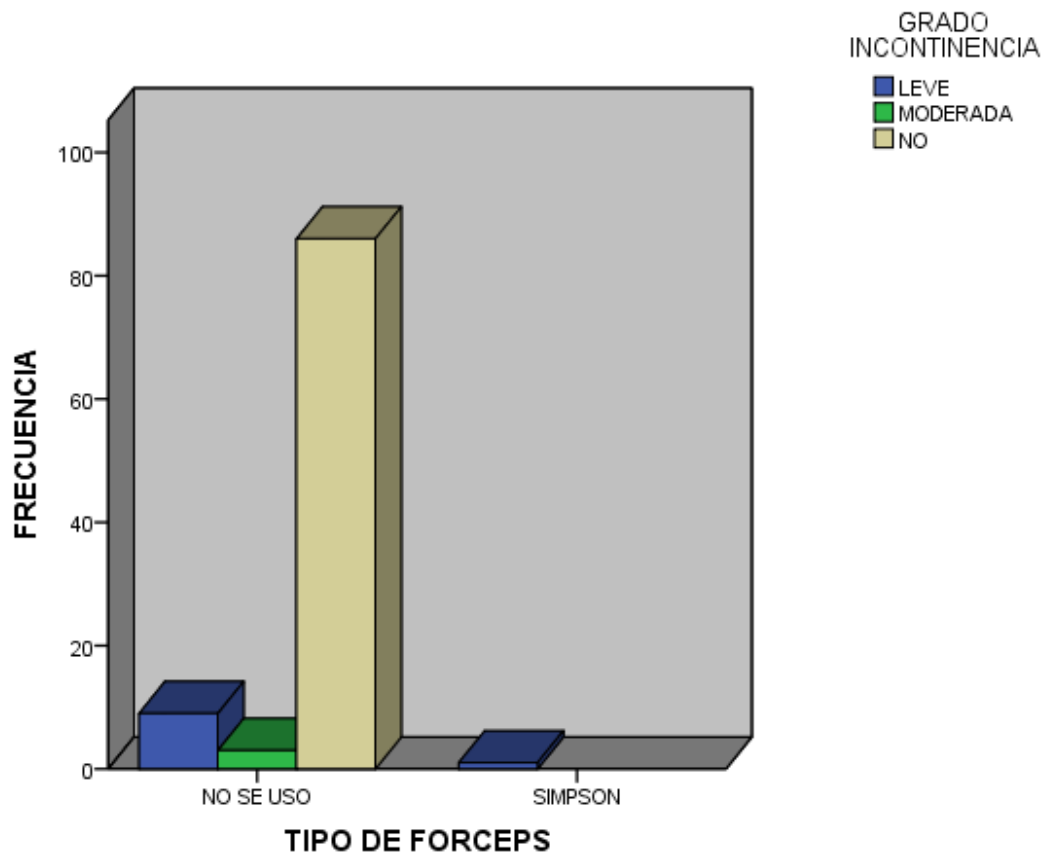


**TABLA 5 RELACION TIPO DE FORCEPS CON INCONTINENCIA**

**Tabla cruzada**

TIPO DE FORCEPS	NO SE USO		GRADO INCONTINENCIA			Total
			LEVE	MODERADA	NO	
		Frecuencia	9	3	86	98
		% del total	9,1%	3,0%	86,9%	99,0%
	SIMPSON	Frecuencia	1			1
		% del total	1,0%			1,0%
Total		Frecuencia	10	3	86	99
		% del total	10,1%	3,0%	86,9%	100,0%

El uso de tipo de fórceps en el grado de incontinencia leve fue 1(1.0%), esta asociación es similar a la anterior por tal motivo aporta los mismos parámetros de relevancia en el estadístico de prueba ( $\chi^2 = 8.991$ ,  $gl = 2$ ,  $Sig. = .011$ ).



**TABLA 6 RELACIÓN DESGARRO PERINEAL CON INCONTINENCIA**

**Tabla cruzada**

		GRADO INCONTINENCIA			Total	
		LEVE	MODERADA	NO		
DESGARRO PERINEAL	SI	Frecuencia	4		14	18
		% del total	4,0%		14,1%	18,2%
	NO	Frecuencia	6	3	72	81
		% del total	6,1%	3,0%	72,7%	81,8%
Total		Frecuencia	10	3	86	99
		% del total	10,1%	3,0%	86,9%	100,0%

En relación a desgarro perineal de alto grado un total de 18(18.2%) de pacientes lo presentaron mientras que 81%(81.8%) no lo presentaron, la incontinencia anal relacionada a desgarro perineal de alto grado en primigestas se presentó en 4(4.0%) cuyo grado de incontinencia es leve, además 14(14%) a pesar del desgarro no tienen grado de incontinencia. Finalmente de las 81(81.8%) pacientes que no presentaron desgarro perineal, 72(72.7%) no presentaron incontinencia, 6(6.1%) la presentaron en forma leve y 3(3.0%) en forma moderada. La asociación no es estadísticamente significativa. ( $Chi^2 = 4.076$ ,  $gl = 2$ ,  $Sig. = .130$ ).

## DISCUSIÓN

De acuerdo a las estadísticas globales la tasa de morbilidad y mortalidad materna en comparación con cifras del siglo pasado, han ido disminuyendo hacia la baja, sin embargo se siguen presentando complicaciones graves que afectan directamente a la calidad de vida de la paciente así como su entorno social y de relación, una de ellas los desgarros perineales los cuales dependen fundamentalmente de una adecuada atención obstétrica realizada con las normas y guías marcadas de acuerdo a cada institución pública, sin embargo cuando estos se presentan tienen serias repercusiones tanto en la calidad de vida como en la función del piso pélvico de la paciente detectando que las que se encuentran en riesgo después del parto son aquellas en quien se lesión el esfínter anal. 10

De acuerdo al estudio Lesiones obstétricas del esfínter anal este tipo de lesiones se presentan en un 0.25 a un 7.3% del total de los partos vaginales 10, puede ser secundario a una mala técnica de atención del parto o que no se contó con una atención dirigida del parto y este nació de manera espontánea, tal es el caso de los partos fortuitos, o atendidos en los hogares de las pacientes. De acuerdo a la organización mundial de la salud, reportan una incidencia muy parecida con un total de 4 al 6.6% de todos los partos vaginales.6

Respecto a los factores de riesgo podemos decir que existen diversos algunos modificables y otros no modificables tales como son la edad, el uso de episiotomía, peso del recién nacido al nacimiento, uso de fórceps, productos macrosómicos, la raza, la paridad entre otros.27 Es por ello que decidimos tomar estos factores como variables tanto sociodemográficas así como dependientes e independientes y observar la relación que existe entre estas y la presencia de incontinencia anal, siendo relevante informar que la edad no aumenta el riesgo y que se presentan los partos vaginales en edad tempranas acercándose a una edad de 21 años como la más frecuente en nuestro estudio.

Por otra parte hablando del peso al nacer, encontramos una asociación entre productos macrosómicos y la presencia tanto de desgarro perineal como incontinencia fecal, coincidiendo con



diversos estudios entre ellos uno publicado por la AJOG en 2018 27, quienes reportan un OR de 1.71 para pesos mayores a 3500 como riesgo.

Dentro de nuestro estudio se observó que el realizar parto instrumentado con fórceps, se asocia con el mayor porcentaje tanto de desgarro vaginal como de presentar incontinencia anal, en donde la única paciente en quien se utilizó fórceps presentó tanto desgarro como incontinencia siendo estadísticamente significativo, comparado con la literatura donde se habla de presencia de incontinencia anal asociado a parto instrumentado en un 59%. 30

La episiotomía como factor de riesgo se observó que en nuestro estudio se sobreutiliza en la mayoría de partos presentándose en un total de 89.9% de las pacientes, no siguiendo las guías actuales de utilizar el uso restringido de la episiotomía 10, sin embargo se presentó con más frecuencia tanto desgarro perineal así como incontinencia anal en las pacientes en quienes no se utilizó episiotomía.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros objetivos logramos concluir que en el Hospital de La Mujer de Morelia Michoacán en las pacientes primigestas atendidas durante el periodo de noviembre de 2019 a febrero del 2021, se observó poca relación de las pacientes con desgarros perineales con la presencia de incontinencia anal, con un total de 4.0%, comparado con la literatura donde se menciona una incidencia del 39% posterior a 6 meses de presentar desgarro perineal.

Esto puede relacionarse a que en este hospital la mayoría de los partos en primigestas vía vaginal son supervisados por un residente de mayor jerarquía ya sea residente de tercer grado y cuarto grado o bien el médico adscrito encargado del servicio, llevando una adecuada reparación del esfínter anal acorde a las guías OASIS, además de que se imparte un curso anual de capacitación para reparación de este tipo de lesiones lo cual podría influir directamente en el bajo porcentaje de incontinencia anal en nuestro hospital posterior a un desgarro perineal. Esto podría dar pie a futuras investigaciones acerca de que tanto influye el grado académico de quien atiende el parto vaginal y la presencia de complicaciones.

Por otra parte sabemos que la presencia de desgarro perineal es un factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia anal posterior, sin embargo pudimos detectar en nuestro estudio que el uso de parto instrumentado por medio de fórceps Simpson fue el factor de riesgo más determinante y que se asocia directamente con un alto porcentaje, tanto de desgarro así como de incontinencia anal, por lo cual se pudiera sugerir el evitar su utilización ya que repercute directamente con la presencia de este tipo de complicaciones.

Otra conclusión importante es realizar hincapié en el seguimiento de estas pacientes ya que incluso pueden presentar la incontinencia anal como complicación a largo plazo, tomando en cuenta que se puede presentar aun a lo largo del tiempo pudiendo incrementar la tasa de incidencia si lo cuestionamos de manera intencionada, siendo importante su seguimiento por la consulta externa, en este caso se tuvo que obtener por medio de llamadas telefónicas, pero sería importante aplicar la encuesta a los 6 meses posterior al evento obstétrico por medio de una cita agendada, para de esta manera se pueda ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno en caso de que se requiera.

También se concluye que es de suma importancia llevar un plan de seguimiento ya que la mayoría de pacientes no acuden a revisión posterior a presentar esta complicación por distintas circunstancias, pudiendo encontrar por medio de la aplicación de la encuesta utilizada en este estudio una herramienta diagnóstica para detectar a tiempo esta complicación, así como la importancia de un adecuado adiestramiento en la reparación de los diferentes tipos de desgarros y la actualización en la información relacionada a los mismos.

## LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones para el estudio fue que se tuvieron que obtener las encuestas vía telefónica ya que al ser nuestro hospital un centro de referencia estatal la mayoría no cuentan con un seguimiento por nuestra parte posterior a presentar una complicación ya que acuden a su centro o unidad de salud de su comunidad para continuar con el control posterior al parto, por tanto podría abrirse el camino a seguir un modelo o protocolo a estas pacientes para ofrecerles un diagnóstico oportuno y tratamiento en caso de requerirlo en tiempo y forma.

Otro factor que no fue estudiado es la técnica de reparación del desgarro, si tomamos en cuenta que la mayoría de los partos son atendidos por el residente de primer año de la especialidad de ginecología y obstetricia, o por el médico interno se pudiera evaluar en primera instancia si es que los alumnos conocen adecuadamente la técnica y la saben llevar a cabo correctamente y, en segundo lugar, estudiar si una mala técnica es factor de riesgo para presentar incontinencia anal y problemas de satisfacción sexual. Lo cual nos abre las puertas a posibles investigaciones futuras para observar si esto tiene relevancia sobre la presencia o no de incontinencia anal.

Otra limitación que se presentó fue que la mayoría de pacientes tienen a tomar estos temas con pudor o pena, por tanto puede ser que tengamos un grado de sesgo a la hora de interpretar las encuestas vía telefónica por lo cual concluimos que pudieran utilizarse en forma presencial lo cual podría atraer nuevos resultados en una futura investigación.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boreham MK, Richter HE, Kenton KS, Nager CW, Gregory WT, Aronson MP, et al. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1637-42.
2. Wenzel C, Rondini C, Troncoso R, et al. Prevalencia de incontinencia fecal en pacientes ginecológicas y uroginecológicas. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2009; 74(6): 354 – 359.
3. Martínez Hernández P, Godínez Guerrero MA, Rivas Larrauri E, Herrera Huterer D, Barrón vega R. Incontinencia anal causada por un traumatismo obstétrico. Experiencia con la técnica de esfinteroplastia por superposición. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:418-23.
4. Zetterström JP, López a, Anzén B, Dolk a, Norman M, Mellgren a. Anal incontinence after vaginal delivery: a prospective study in primiparous women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(4):324-330. doi:10.1111/j.1471- 0528.1999.tb08269.x.
5. Hirayama F, Koyanagi A, Mori R, Zhang J, Souza JP, Gülmezoglu AM. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: A multi-country study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2012;119(3):340-347. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03210.x.
6. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: Time trends and risk factors. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2013;120(12):1516-1525. doi:10.1111/1471-0528.12363.
7. Edozien LC, Gurol-Urganci I, Cromwell DA, et al. Impact of third- and fourth-degree perineal tears at first birth on subsequent pregnancy outcomes: A cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121(13):1695-1703. doi:10.1111/1471-0528.12886.
- 8.. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.
9. J.M. Jorge,S.D. Wexner. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 36 (1993), pp. 77-97.
10. Harvey MA, Pierce M, Walter JE, et al. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2015;37(12):1131-1148. doi:10.1016/S1701-2163(16)30081-0.

11. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale Quality of Life Instrument for Patients with Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(1):9-16.
12. Minguez M, Garrigues V, Soria MJ, Andreu M, Mearin F, Clave P. Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(4):490-499. doi:10.1007/s10350-006-0514-5.
13. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2016; 35:137-168.
14. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Urology* 2016; 61(1) 37-49.
15. Espuña-M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del ICIQ-IU SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 288-292.
16. Kolberg Tennfjord M, Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction - Secondary analysis of a randomised trial. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(4):634-642. doi:10.1111/1471-0528.13823.
17. Price NJS, Avery K, Brookes ST, Abrams P. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: the ICIQ-VS. *BJOG* 2006;113:700-12.
18. Martínez-Espinoza CJ, Flores-Carreras O, García de Alba JE, VelázquezCastellanos PI, González-Ruiz MI. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex*; 2006; 74:300-5.
19. Ampt AJ, Roberts CL, Morris JM, Ford JB. The impact of first birth obstetric anal sphincter injury on the subsequent birth: a population-based linkage study. *BMC Pregnancy and childbirth*; 2015 15:31.
20. Zizzi PT, Fernández K, Leister N, Da Silva C, González ML. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. (2017) <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016209903214>.
21. Vasconsellos de Oliverira SM, et al. Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. (2018) <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.292821>
22. García Núñez L, Soto González M. Efectos de la episiotomía sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal. Una revisión bibliográfica. *Clin Invest Gin Obst*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2017.10.002>

23. Onyebuchi-Ugwu E, et al. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 44, No. 7: 1252–1258, July 2018. DOI:10.1111/jog.13640
24. Peguero A, Masoller N, Hernández S, Figueras F, et al. Parto instrumentado. *Protocolos Medicina Maternofetal, Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona.* Actualización 2018.
25. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. *EMC - Ginecología-Obstetricia* 2014;50(2):1-17.
26. Weeb S, et al. Impact of subsequent birth and delivery mode for women with previous OASIS: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*, 2016. DOI 10.1007/s00192-016-3226-y
27. Ramm O, et al. Risk Factors for the Development of Obstetric Anal Sphincter Injuries in Modern Obstetric Practice. *Obstet Gynecol*, 2018;0:1–7 DOI: 10.1097/AOG.0000000000002444
28. Lindholm ES, Altman D. Risk of obstetric anal sphincter lacerations among obese women. *BJOG* 2013; 120:1110–5.
29. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
30. Rodríguez R, et al. Incontinencia fecal postparto. Revisión de conjunto. *CIR ESP.* 2015; 93(6):359–367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.002>
31. de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115:104-8.
32. Siddighi S, Kleeman SD, Baggish MS, Rooney CM, Pauls RN, Karram MM. Effects of an educational workshop on performance of fourth-degree perineal laceration repair. *Obstet Gynecol* 2007;109(2 Pt 1):289–94.
33. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Saske A. Long-term anal incontinence after obstetric anal sphincter injury—does grade of tear matter? *Am J Obstet Gynecol* 2018;218:x.ex-x.ex.
- 34.- <https://scielo.org.mx/pdf/gom/v89n6/0300-9041-gom-89-06-438.pdf>
35. [https://www.yourpelvicfloor.org/media/Spanish\\_Third\\_and\\_Fourth\\_Degree\\_Perineal\\_Tears.pdf](https://www.yourpelvicfloor.org/media/Spanish_Third_and_Fourth_Degree_Perineal_Tears.pdf)
- 36.- <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PIIS1701216316300810.pdf>
37. López-Talavera V, Rivas-Penilla L, Ramírez-Isarraraz C, Rodríguez-Colorado S, Granados-Martínez V, Gorbea-Chávez V. Uretroplastia y esfinteroplastia anal posterior a un traumatismo obstétrico. *Ginecol Obstet Mex* 2022; 90 (2): 174-179.



## ANEXOS

### Anexo 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición	Indicadores o ítems
<b>Variables sociodemográfica</b>					
<b>Edad</b>	Años cumplidos	continua	13-44	Años	N/A
<b>Episiotomía</b>	Realizar corte en periné	categórica	0=No 1=Si	N/A	Medio lateral o media
<b>Uso de fórceps</b>	Parto instrumentado	categórica	0=No 1=Si	N/A	Fórceps Simpson
<b>Peso fetal al nacimiento</b>	Peso del recién nacido al momento del parto	continua	1000-5000grs	Gramos	N/A
<b>Variable Independiente</b>					
<b>Desgarro perineal</b>	Perdida de la continuidad en el tejido perineal de acuerdo con la clasificación de la OMS grado 3 y 4	Categórica	0= No 1= Sí	N/A	Grado 1: Desgarro mucosa vaginal Grado 2 :Desgarros de musculos del periné, pero sin daño al esfínter anal. Grado 3: Desgarro del musculo esfínter anal externo: Grado 3a: menos del 50% Esfínter anal externo. Grado 3b: mas del 50% esfínter anal externo Grado 3c: daño al Esfínter anal externo e interno. Grado 4: Daño al complejo del esfínter+ daño a la mucosa rectal
<b>Variable Dependiente</b>					
<b>Incontinencia Anal</b>	Presencia de incontinencia anal y su grado de severidad de acuerdo a la escala Wexner-Cleveland	Categórica	0:Continencia perfecta >1= Completa	N/A	ESCALA DE WEXNER CLEVELAND 0:Continencia perfecta 20 ó más : Incontinencia <b>completa</b> .

## ANEXO 2 Cronograma de actividades

Actividades	Mes	Agos/ Sept/ Oct.	Nov	Dic	Ener	Feb	Mar	Abril	Mayo
1. Elaboración protocolo									
2. Evaluación y dictamen de la Comisión de Investigación y Bioética de la unidad de Salud									
3. Colecta de datos a los cuidadores primarios que cumplen con los criterios de inclusión									
4. Elaboración de base de datos y captura de la información									
5. Análisis de los datos									
6. Elaboración de reporte de investigación									
7. Presentación de resultados									
8. Divulgación de la investigación									

### ANEXO 3 Escala de wexner-cleveland

#### CLEVELAND CLINIC INCONTINENCE SCORE (CCIS)

Incontinencia	Gases	Deposiciones líquidas	Deposiciones sólidas	Uso de pañales
Ocasionalmente	1	4	7	1
> de 1 por semana	2	5	8	2
Diariamente	3	6	9	3

Índice de incontinencia (suma del puntaje de la tabla):

CCIS 0: continencia perfecta.

CCIS 1-7: incontinencia leve (buena continencia).

CCIS 8-14: incontinencia moderada.

CCIS 15-20: incontinencia severa.

CCIS 21: Incontinencia completa.

#### CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA FECAL DE WEXNER - CLEVELAND: 0

continencia perfecta, 1-7 IF leve, 8-14 IF moderada, 15-19 IF severa y 20 IF completa.

Tipo	Nunca	Frecuencia*			
		Rara	Algunas veces	Generalmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de protectores	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

\*0 = perfecta, 20 = incontinencia total.

Nunca = 0

Rara vez = menos de una vez al mes.

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

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

Siempre = más de una vez al día.

## APÉNDICE



2021 - 2027

SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN  
HOSPITAL DE LA MUJER  
DIRECCIÓN

MEMORÁNDUM NO. 002221

Asunto: Autorización de protocolo de  
Investigación

Morelia, Mich., a

10 MAR 2023

**C. Juan Carlos Manzo Segura**  
**Investigador Principal**  
**Presente**

Por este conducto nos permitimos informarle que una vez que su protocolo de investigación con número de registro HM/CEI/CI/PIA/2305 y titulado; **Relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a parto vaginal de 1 de noviembre de 2019 al 28 de febrero de 2021** fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Hospital de la Mujer se emite la siguiente:

**Autorización de ejecución de protocolo de Investigación**

Le reiteramos el compromiso que adquiere de cumplir con las obligaciones respectivas, establecidas por dicho Comités, durante el desarrollo y conclusión de su proyecto de investigación

**ATENTAMENTE**  
**LA DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER**



**DRA. OLIVIA ALEIDA CARDOSO NAVARRETE**

**Secretaría**  
**de Salud**

GOBIERNO DE MICHOACÁN  
C.C.P Minutario

OACN/JRC/VGAT / eag.  
F\_CEL\_13



SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACÁN  
HOSPITAL DE LA MUJER  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



Morelia Mich. A 9 de marzo de 2023

Asunto: Dictamen de evaluación de protocolo

**C. Juan Carlos Manzo Segura**  
**Investigador Principal**  
**Presente**

Por este conducto nos permitimos informarle que el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Hospital de la Mujer han evaluado su protocolo de investigación titulado; **Relación de los desgarros perineales con incontinencia anal en pacientes primíparas posterior a parto vaginal de 1 de noviembre de 2019 a 28 de febrero de 2021** y como resultado de evaluación de los documentos presentados se emite el siguiente:

**Dictamen de Aprobación**

El presente documento tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha de su emisión y el investigador principal se compromete a cumplir con las obligaciones respectivas durante el desarrollo y conclusión de su proyecto de investigación.

Atentamente:

Presidente del Comité de Ética en Investigación

Dr. José Rodríguez Cruz

Atentamente:

Presidenta del Comité de Investigación

Dra. Verónica Guadalupe Alfaro Téllez



Gobierno del Estado  
de Michoacán de Ocampo

Dependencia SECRETARIA DE SALUD

Sub - dependencia HOSPITAL DE LA MUJER

Oficina ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

No. de oficio 090/2023/004466

Expediente

Asunto: ASUNTO. Terminación/aceptación de tesis

Morelia, Mich. 14 JUNIO 2023

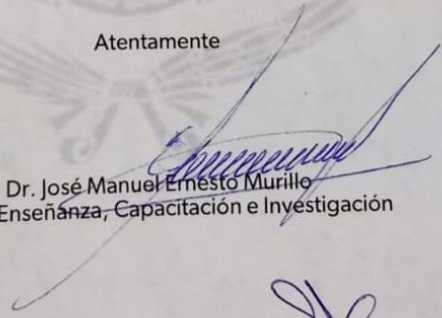
**C: JUAN CARLOS MANZO SEGURA**  
RESIDENTE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTE

Una vez atendidas las observaciones a la última revisión Metodológica y Estadística, basada en la guía para la elaboración de Tesis de este nosocomio, a través de la Coordinación de Investigación del Departamento de Enseñanza, Capacitación e Investigación y bajo la asesoría de la **DRA. MARISOL DE JESÚS NIÑO GARCÍA** y como coasesor el **DR. JUAN TINAJERO CORONA** no existe objeción alguna para que Continúe sus trámites correspondientes para la programación en tiempo y forma de su titulación oportuna, basada en la Tesis: RELACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES CON INCONTINENCIA ANAL EN PACIENTES PRIMIPARAS POSTERIOR A UN PARTO VAGINAL

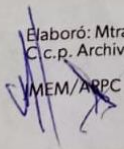
Es importante señalarle que la impresión de tesis deberá cumplir estrictamente los requisitos de la Universidad Nacional Autónoma de México, debiendo entregar los impresos a la Coordinación de Investigación en tiempo y forma.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

  
Dr. José Manuel Ernesto Murillo  
Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación

Elaboró: Mtra. Alma Rosa Picazo Carranza, Coordinadora de Investigación del Hospital de la Mujer  
C.c.p. Archivo y minuta del Dpto. de Enseñanza e Investigación.

  
MEM/ARPC

"El contenido del presente documento es responsabilidad directa del titular del Área Administrativa que lo genera, en apego a sus atribuciones"

Al contestar este oficio, citense los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho.