

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N SIGLO XXI

SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

TÍTULO:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA
FECAL SECUNDARIA A ESFINTEROTOMÍA LATERAL
INTERNA POR FISURA ANAL CRÓNICA.
UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.**

TESIS QUE PRESENTA:

DR. JOSUÉ ENRÍQUEZ MARÍN

PARA OBTENER EL DIPLOMA

DE LA ESPECIALIDAD EN:

COLOPROCTOLOGÍA

ASESORES:

DR. JOSÉ LUIS ROCHA RAMÍREZ

DR. JOAQUÍN ANTONIO GUZMAN SÁNCHEZ



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.

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR

DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ

DIRECTOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN
COLOPROCTOLOGIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR

JOAQUÍN ANTONIO GUZMAN SÁNCHEZ

ASESOR METODOLÓGICO.
MÉDICO ADSCRITO SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3601

FECHA 22/06/2009

Estimado José Luis Rocha Ramírez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL SECUNDARIA A ESFINTEROTOMÍA LATERAL INTERNA POR FISURA ANAL CRÓNICA. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-3601-94

Atentamente

Dr(a). Mario Madrazo Navarro
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 3601

IMSS

AGRADECIMIENTOS.

A Julieta, por tu constancia en mi hombro, por tu fé incondicional, por el amor
en nosotros.

A mi Madre y mi hermana Ruth, por las bases de todo, por impulsarme siempre
a creer.

A mis amigos, por ser compañeros de viaje.

Al Doctor Joaquín Antonio Guzmán Sánchez, por su desinteresada ayuda en
este proyecto.

Al Dr. José Luis Rocha Ramírez, Doctor Moisés Rojas Illanes y Dr. Walter
Javier Parrado Montaña, por proponer cada día la pasión, el crecimiento, y el
amor a la Cirugía.

ÍNDICE.

PORTADA	1
RÚBRICAS	2
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE	5
RESUMEN	6
HOJA DE DATOS	7
ANTECEDENTES	8
JUSTIFICACIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
HIPÓTESIS	12
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXO I: ÍNDICE DE SEVERIDAD DE INCONTINENCIA FECAL	31
ANEXO II: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE INCONTINENCIA ANAL	32
ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO	36

RESUMEN

Introducción: La incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna como tratamiento para la fisura anal crónica es una complicación con prevalencia variable. Aunque la incontinencia anal es una complicación que se puede presentar después de Esfinterotomía Lateral Interna (ELI), hay pocos estudios que evalúan la calidad de vida en estos pacientes.

Objetivo: Determinar si la incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna para fisura anal crónica repercute en la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: Estudio retrolectivo, descriptivo, transversal, incluyendo pacientes operados de esfinterotomía lateral interna en Servicio de Colon y Recto del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital General de Zona No. 32 y Hospital Central Militar de 2003 a 2009. Se identificaron los pacientes incontinentes con el Índice de Severidad para Incontinencia Fecal (FISI), y se evaluaron cuatro escalas de calidad de vida: Estilo de Vida, Conducta, depresión/autopercepción y vergüenza, del Cuestionario de Calidad de Vida de Incontinencia Anal: 1 para la calidad más baja de vida y 4 para la mejor calidad de las cuatro escalas. Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media, desviación estándar y rango para variables numéricas.

Resultados: 150 pacientes, 108 (%) mujeres y 42 (%) hombres. 9 (6%) pacientes con incontinencia y 141 (94%) sin incontinencia. El Índice de Severidad de Incontinencia Fecal no fue mayor a 29 puntos. Los nueve pacientes incontinentes tuvieron buena calidad de vida para las cuatro escalas evaluadas (valores cercanos a 4).

Conclusiones: La incontinencia fecal secundaria a ELI es baja. Cuando se presenta no repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

I. ANTECEDENTES.

La fisura anal se define como la solución de continuidad longitudinal de la piel del conducto anal distal inducida por trauma en el epitelio escamoso. Típicamente se extiende del margen anal en dirección proximal hacia la línea pectínea. Es más frecuente en la línea media posterior, aunque puede ocurrir en la anterior, siendo esta más frecuente en mujeres (en relación 10:1). Se clasifica en aguda y crónica. El criterio para considerarla crónica es la duración mayor de 6 semanas o que presente la triada de Brodie (colgajo centinela, úlcera anal y papila hipertrofica)¹.

El manejo quirúrgico de la fisura anal crónica es curativo, realizando esfinterotomía lateral interna y fisurectomía, con índices de recurrencia que van del 1 al 3%. Eisenhammer en 1951 publicó la técnica de esfinterotomía en el sector posterior del conducto anal ². En el año 1969 Notaras modificó esta técnica realizando la esfinterotomía interna en el sector lateral ³.

La técnica de esfinterotomía lateral interna puede ser abierta o cerrada. Una revisión sistemática de Cochrane ha concluido que estas dos técnicas de esfinterotomía son las mejores para tratar la fisura anal crónica ⁴. La principal complicación de ambas es la incontinencia fecal, que se reporta del 0-50%⁵. Sin embargo, se ha reportado que la severidad de la misma tiende a disminuir con el paso del tiempo: a 5 años del posoperatorio, 6 % reporta incontinencia a flatos, 8% a líquidos y 1% a materia fecal forme ⁶. En México hay un estudio que reporta 17% de incontinencia fecal en pacientes con esfinterotomía lateral interna por fisura anal crónica al mes del posquirúrgico y 6.5% a los tres meses en una muestra de 228 pacientes ⁷.

Con el fin de disminuir al mínimo esta complicación, se han propuesto diversos tratamientos farmacológicos dirigidos a relajar el tono del esfínter anal interno para evitar la cirugía, con resultados variables: aplicación de toxina botulínica, trinitrato de glicerol (óxido nítrico), bloqueadores de los canales de calcio con una recurrencia hasta del 50%, siendo más alta que en la esfinterotomía lateral interna ⁵.

Una revisión sistemática de Cochrane de terapia no quirúrgica ha concluido que los índices de curación son mejores a placebo pero menos efectivos que el manejo quirúrgico y alto índice de recurrencia ⁸.

En 2000 Rockwood y colaboradores publicaron un cuestionario de calidad de vida diseñado específicamente para incontinencia fecal, el cual fue validado y titulado como “Escala de Calidad de Vida para Incontinencia Fecal”; consiste en 29 reactivos que evalúan cuatro escalas de salud: estilo de vida (10 preguntas), comportamiento (9 preguntas), depresión /percepción de uno mismo (7 preguntas) y vergüenza (3 preguntas). Se establece un rango del 1 a 5 para cada reactivo. El 1 indica un estado bajo de calidad de vida. Este cuestionario es recomendado por la Asociación Americana de Cirujanos de Colon y Recto⁹. Ha sido ampliamente utilizado para evaluar los cambios en la calidad de vida en pacientes con incontinencia sujetos a distintos tipos de tratamiento: manejo con calor controlado por radiofrecuencia ¹⁰, inyección de sustancias para incrementar el volumen en el esfínter anal interno (microesferas) ¹¹, esfínter anal artificial ^{12,13}, esfinteroplastía por superposición¹⁴, neuroestimulación¹⁵, y cáncer rectal de tercio inferior¹⁶.

La Escala fue validada recientemente para la lengua española utilizando el cuestionario validado para Calidad de Vida Short- Form 36 (SF/36). La versión final se titula: Cuestionario de Calidad de Vida de Incontinencia Anal (CCVIA), aprobado por el Grupo Español de Motilidad Digestiva¹⁷.

En la búsqueda electrónica de las bases de datos Ovid, Cochrane, PubMed, y MdConsult, con palabras clave: esfinterotomía lateral interna, incontinencia fecal y calidad de vida se encontraron dos estudios que evalúan la calidad de vida de los pacientes con incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna por fisura anal crónica^{18, 19}.

También ha sido evaluada la severidad de la incontinencia fecal mediante diferentes escalas. La más utilizada es el Índice de Severidad de Incontinencia Fecal (FISI), publicado y validado por Rockwood en 1999, y que comprende 4 tipos de fuga: gas, moco, evacuaciones líquidas y sólidas. Con intervalos de frecuencia de: una a tres veces por mes, una vez por semana, dos veces por semana, una vez al día, y dos veces por día²⁰.

II. JUSTIFICACIÓN.

La incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna en el tratamiento de la fisura anal crónica y su repercusión en la calidad de vida, nunca ha sido evaluada en nuestro país y servicio.

Al realizar este estudio, se valorará el impacto de la incontinencia fecal por esfinterotomía lateral interna en la calidad de vida de nuestros pacientes.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La esfinterotomía lateral interna con fisurectomía es el tratamiento más utilizado en nuestro medio para la fisura anal crónica. Se ha determinado la incidencia de incontinencia fecal como complicación de este procedimiento en numerosos estudios, utilizando instrumentos de evaluación que no permiten conocer la satisfacción del paciente. En nuestros Centros Hospitalarios no conocemos la incidencia de incontinencia fecal y su repercusión en la calidad de vida. Por tal motivo el siguiente proyecto tiene la finalidad responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿La incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna para fisura anal crónica disminuye la calidad de vida del paciente?

IV. HIPÓTESIS:

La incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna para fisura anal crónica no afecta la calidad de vida.

V. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

1. Determinar si la incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna empleada para fisura anal crónica repercute en la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el estilo de vida de estos pacientes.
2. Determinar la conducta.
3. Evaluar la depresión y autopercepción.
4. Evaluar el grado de vergüenza.

VI. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS:

- 1. Fecha De Inicio y conclusión.** 1 De Enero a 31 de Julio de 2009
- 2. Ámbito:** Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades. CMN Siglo XXI. Servicio de Cirugía de Colon y Recto Hospital Central Militar. Servicio de Proctología. Hospital General de Zona No. 32.

3. Diseño del estudio:

Estudio retrolectivo, descriptivo, transversal.

4. Universo de trabajo:

Fueron objeto de estudio los pacientes intervenidos quirúrgicamente de esfinterotomía lateral interna y fisurectomía con diagnóstico de fisura anal crónica en los servicios descritos de 2003 a 2009.

5. Selección de la muestra:

a) Tamaño: Se calculó una muestra de 150 individuos posoperados de esfinterotomía lateral interna, considerando un estimado de incontinencia de 10%, basado en la incidencia de incontinencia fecal reportada en la literatura mundial, que va del 0 al 50%. Intervalo de confianza 95% con tolerancia del 5%.

b) Criterios de selección:

i. Criterios de inclusión:

- Pacientes intervenidos en el Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda CMN Siglo XXI, Hospital Central Militar y Hospital General de Zona No. 32, de 2003 a 2009 de esfinterotomía lateral interna y fisurectomía con diagnóstico de fisura anal crónica y que cumplieran 2 meses de posoperatorio.
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 61 al momento de la intervención quirúrgica.

ii. Criterios de no inclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no puedan ser localizados.
- Pacientes que hallan fallecido.
- Pacientes a los que al ser intervenidos de esfinterotomía lateral interna se haya practicado otro procedimiento por patología anorrectal concurrente.
- Pacientes sometidos a procedimientos anorrectales por otra causa posterior al procedimiento que es objeto del estudio.
- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Pacientes que manifiesten algún grado de incontinencia previo a la intervención quirúrgica.

6. Descripción de las variables:

Variable independiente:

Esfinterotomía lateral interna.

Variables dependientes:

Incontinencia fecal.

Calidad de vida.

Tiempo de posquirúrgico.

Definición de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Incontinencia fecal	Es la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la expulsión de gases o heces por el ano.	Se consideró variable categórica: pacientes con incontinencia fecal para pacientes con FISÍ > 0. Pacientes sin incontinencia fecal con FISÍ = 0. (Índice de Severidad de incontinencia Fecal de Rockwood).
Calidad de vida	Consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del «sentirse bien». En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la enfermedad o con los efectos del tratamiento	Cuestionario de Calidad de Vida para Incontinencia Anal. El Cuestionario de Calidad de Vida para Incontinencia fecal (FIQL) consiste en 29 reactivos que evalúa cuatro escalas de salud: estilo de vida (10 preguntas), comportamiento (9 preguntas), depresión /percepción de uno mismo (7 preguntas) y vergüenza (3 preguntas). Se establece un rango del 1 a 5 para cada ítem. El 1 indica un estado

		<p>funcional bajo de calidad de vida. La puntuación de cada apartado se calcula como la media de los ítems que conforman cada apartado (suma de todos los puntos de cada ítem dividido por el número de ítems). La respuesta no procede se considera como valor perdido.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estilo de vida: Q2a, Q2b, Q2c, Q2d, Q2e, Q2g, Q2h, Q3b, Q3l, Q3m. 2. Conducta: los ítems Q2, Q2f, Q2i, Q2j, Q2k, Q2m, Q3c, Q3h, Q3j, Q3n. 3. Depresión, autopercepción: Q1 (se codifica al revés), Q3d, Q3f, Q3g, Q3i, Q3k, Q4. 4. Vergüenza: Q2l, Q3a, Q3e.
Tiempo de posquirúrgico	Tiempo que ha transcurrido desde el momento de la intervención quirúrgica al momento del estudio. Se incluyeron en el estudio a pacientes con más de 2 meses de posoperatorio, que es el tiempo en que han cicatrizado las heridas y se ha resuelto el proceso	Se midió en meses.

	inflamatorio	
--	--------------	--

El índice de severidad de Incontinencia Fecal (FISI) por sus siglas en Inglés: Fecal Incontinent Severity Index) ha sido empleado en varios estudios que evalúan la severidad de la Incontinencia Fecal, incluyendo los estudios publicados que evalúan calidad de vida en pacientes que son objeto de nuestro estudio. Se empleó como variable categórica: pacientes con incontinencia, resultado > a cero. Sin incontinencia si el resultado fue igual a 0. El rango de resultados de FISI va del 0 al 61.

Índice de severidad de Incontinencia Fecal										
	Dos o mas veces Por día		Una vez al día		Dos o más veces Por semana		Una vez por semana		Una a tres veces Por mes	
	Paciente	Cirujano	Paciente	Cirujano	Paciente	Cirujano	Paciente	Cirujano	Paciente	Cirujano
Gas	12/5.7	9/4.7	11/4.6	8/4.5	8/3.9	6/4.6	6/3.2	4/4.9	4/3.3	2/3.9
Moco	12/5.6	11/3.8	10/4.6	9/3.2	7/3.8	7/2.1	5/3.1	7/3.7	3/3.0	5/4.6
Líquido	19/1.9	18/3.6	17/2.4	16/2.8	13/3.3	14/2.7	10/3.7	13/3.0	8/4.1	10/4.1
Sólido	18/2.7	19/3.8	16/2.4	17/3.4	13/2.1	16/3.2	10/2.7	14/2.9	8/3.1	11/3.7

7. Procedimientos:

MÉTODO.

Se revisaron las libretas de programación quirúrgica, registro de procedimientos quirúrgicos, de los años en estudio en las distintas sedes y se captaron a los pacientes con diagnóstico de fisura anal crónica programados para esfinterotomía lateral interna y fisurectomía. Se acudió al expediente clínico, a fin de descartar criterios de no inclusión. Se contactó a los pacientes vía telefónica o se citaron en la Consulta Externa y se aplicó el FISI; en caso de reportar índice de severidad de incontinencia >0 se les aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida de Incontinencia Fecal. Estas actividades

fueron realizadas por médicos adscritos al servicio, que no intervinieron en el procedimiento quirúrgico.

8. Análisis estadístico:

Se empleó estadística descriptiva: Medidas de tendencia central. Para variables categóricas se emplearon frecuencias y porcentajes. Para variables numéricas se empleó media, desviación estándar y rango.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización de este Protocolo y realización del Trabajo de Investigación se requiere de hoja de consentimiento informado y aceptación del Comité de Ética de Investigación del Hospital de Especialidades “ Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional SIGLO XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur y en concordancia con la Ley General de Salud Título V, capítulo único, Artículo 100 y 102, de los Estados Unidos Mexicanos, así como el reglamento en materia de Investigación dentro del IMSS.

En base al reglamento de Investigación en Salud vigente este estudio se considera de **riesgo bajo**, que no implica modificación en la aplicación de los recursos de salud ni en las medidas terapéuticas, y que además está de acuerdo con los lineamientos de Helsinki.

VIII. RESULTADOS.

En un periodo de 6 años, de Enero de 2003 a Mayo de 2009 fueron intervenidos 195 pacientes de esfinterotomía lateral interna por fisura anal crónica en los tres centros hospitalarios, sólo se aplicó el cuestionario de Índice de Severidad de Incontinencia fecal a 150 pacientes que cumplían los criterios de inclusión; de los cuales 108 (72%) fueron mujeres y 42 (28 %) hombres. Con edad promedio de 42. 73., con un rango de 18 a 60 años.

Figura 1.

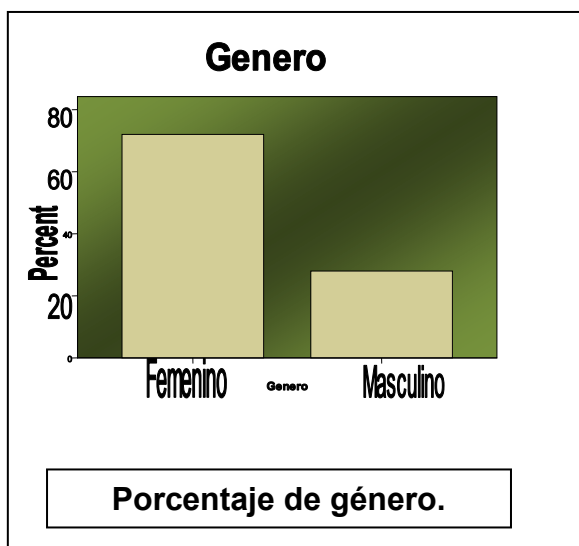


Figura 2.

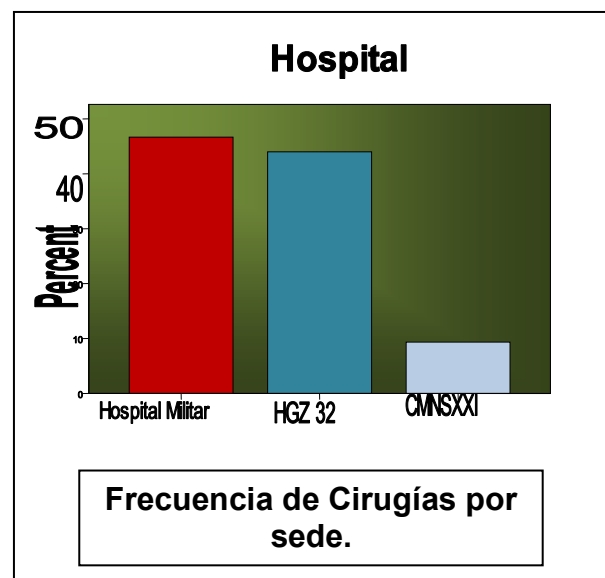
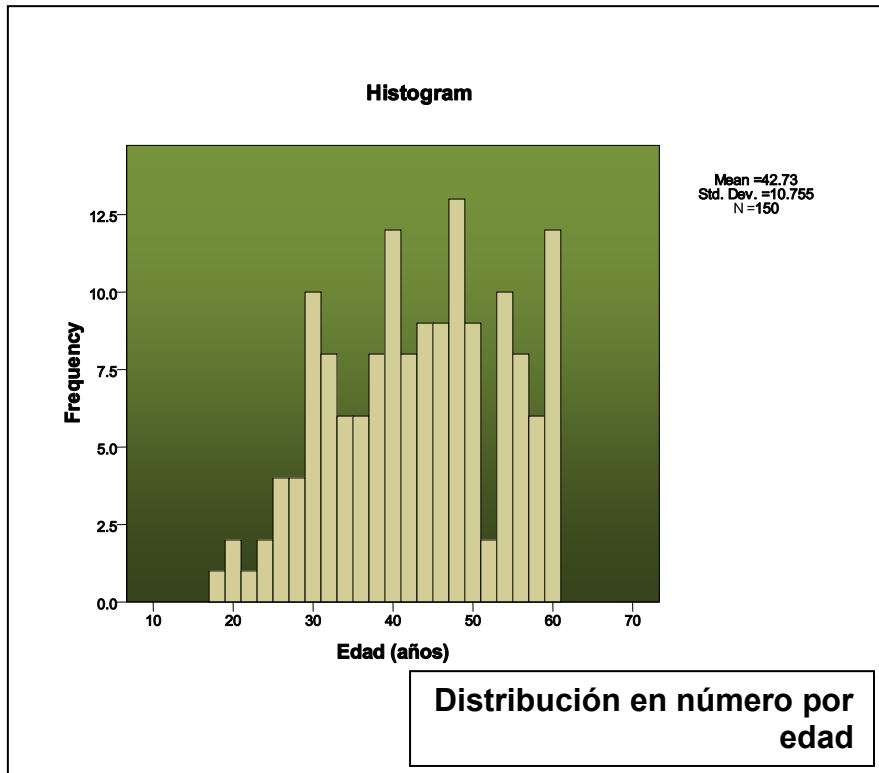


Figura 3.



El tiempo de seguimiento fue desde 2 hasta 77 meses, con promedio de 39.99 meses.

Cuadro 1

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación Estándar
Edad (años)	150	52	18	60	42.73	11.040
Tiempo de posquirúrgico (meses)	150	75	2	77	39.99	25.267

Resultados de Calidad de Vida para Incontinencia Fecal por paciente e Índice de Severidad de Incontinencia Fecal.

Paciente	FISI	Estilo de Vida	Conducta	Depresión/ Autopercepción	Vergüenza
1	17	3.00	2.11	3.43	2.33
2	4	3.90	3.50	4.17	3.67
3	14	3.60	3.67	3.71	3.67
4	21	3.70	3.75	4.00	4.00
5	12	3.50	3.67	3.71	3.67
6	11	3.70	3.75	4.17	4.00
7	11	4.00	4.00	4.00	4.00
8	29	3.70	3.67	2.71	3.33
9	10	2.80	2.50	2.33	3.33

Cuadro 2

Ciento cuarenta y un (94 %) pacientes tuvieron un Índice de Severidad de Incontinencia Fecal de cero (sin incontinencia) y nueve(6 %) pacientes mayor a cero (con incontinencia), a estos últimos se les aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida para Incontinencia Fecal,. Los valores para FISI van desde 4 hasta 29 puntos.

Los valores más bajos obtenidos fueron: *paciente 1*, en las escalas de conducta: con valor de 2.11, y vergüenza: de 2.33. *Paciente 8*, depresión/ autopercepción: 2,7. y *paciente 9*, conducta 2 y depresión/ autopercepción 2.33.

El promedio de calidad de vida fue cercana a 4 en las cuatro escalas, siendo la más baja de 3.4 para conducta.



Figura 4

Conducta

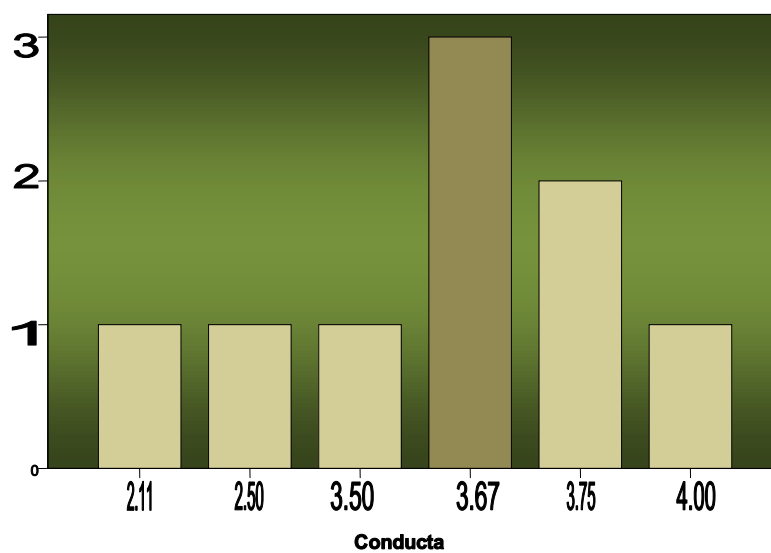


Figura 5

En la escala Conducta 3 pacientes fueron calificados con 3.67, 2 con 3.75 y el resto de los pacientes (4) calificaron con 2.11, 2.5. 3.5 y 4.

Los mínimos de cada escala oscilaron entre 2.11 y 2.8. y los máximos entre 4 y 4.17. (cuadro 3). El promedio osciló entre 3.4 y 3.58, sin encontrar gran diferencia.

	Estilo de vida	Conducta	Depresión / Autopercepción	Verguenza
N	9	9	9	9
Promedio	3.5444	3.4012	3.5820	3.5556
Desviación estándar	.39721	.64222	.65228	.52705
Mínimo	2.80	2.11	2.33	2.33
Máximo	4.00	4.00	4.17	4.00

Cuadro 3

IX. DISCUSIÓN.

Empleamos el Índice de Severidad de Incontinencia Fecal por ser un instrumento de medición con alta sensibilidad para Incontinencia y su fácil aplicación. El valor más alto registrado fue de 29 puntos de FISI, similar a lo reportado por Hyman y cols. (2004) que fue de 24 puntos para pacientes operados de esfinterotomía lateral interna ¹⁸.

La definición de incontinencia fecal, severidad y los métodos diagnósticos utilizados a lo largo del tiempo han evaluado las alteraciones funcionales de esta complicación ⁴. Sin embargo, el impacto de estas alteraciones en la calidad de vida es más importante para evaluar los resultados funcionales.

En nuestro estudio observamos que los pacientes con incontinencia fecal gozan de buena calidad de vida en las cuatro escalas, que también coincide con Hyman y cols. ¹⁸. Montes y cols¹⁹. reportaron mejoría en la calidad de vida de pacientes con fisura anal crónica luego de esfinterotomía lateral interna y no observaron deterioro de la misma con seguimiento a doce meses usando el Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal.

La incidencia de incontinencia fecal en nuestra serie fue baja (6%) comparado con lo reportado en la literatura (0-50%) ⁵. El FISI no rebasó los 29 puntos. Es necesario conocer si estos resultados son reproducibles y con muestra mayor, ya que por el número de pacientes incontinentes no fue posible hacer correlación entre el Índice de Severidad de Incontinencia Fecal y la Calidad de vida. Bordeianou encontró a este respecto una correlación moderada en las cuatro escalas de calidad de vida y el Índice de Severidad de Incontinencia Fecal en su evaluación de 502 pacientes con incontinencia con diversas etiologías,

manteniendo un FISI promedio de 36. Con el escaso número de estudios que existen es temprano concluir que existe o no correlación de la Severidad de la Incontinencia y la Calidad de Vida ²¹.

Consideramos que uno de los factores para que la incontinencia fecal no repercuta en la calidad de vida en nuestra serie puede ser la baja severidad de la misma. Esto podría deberse a que el procedimiento se practica por especialistas en Cirugía anorrectal con apego a la técnica quirúrgica, empleando técnica abierta y técnica cerrada en los tres centros. No se evaluó incontinencia versus edad, género, tiempo de posquirúrgico, centro hospitalario, por el bajo número de pacientes incontinentes en nuestra serie.

En nuestros centros hospitalarios no se practica esfinterotomía lateral interna en pacientes que presentan algún grado de incontinencia cuando se diagnostica fisura anal crónica, lo que es raro, debido a que la fisura anal crónica se acompaña de hipertonia del esfínter y aumento de la Presión Anal Máxima de Reposo.

X. CONCLUSIÓN.

La incontinencia fecal secundaria a ELI es baja. Cuando se presenta no repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

XI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Metcalf AM. Anal fissure. Surg Clin Am. 2002. 82; 1291-1297.
2. Eisenhammer S. The Surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. S Afr Med J 1951; 25: 486-9.
3. Notaras MJ. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure-a new technique. Proc R Soc Med 1969; 62:713-5.
4. Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. The Cochrane Library Issue 1. Chichester (UK): John Wiley and sons; 2009.
5. Chong PC, Bartolo DC. Hemorrhoids and fissure in ano. Gastroenterology Clin N Am. 2008; 627-644.
6. Nyam DC, Pemberton JH. Long term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. Diseases of the Colon and Rectum. 1999; 42, 1306-1310.
7. Charúa GL, Sánchez MJ, Avendaño EO. Incontinencia fecal secundaria a esfinterotomía lateral interna parcial como parte del tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica. Cirujano General; 28, 3: 170-176.
8. Nelson R. Nonsurgical therapy for anal fissure. The Cochrane Library, issue 1. Chichester (UK): John Wiley and sons; 2004.
9. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JM. Fecal incontinence quality of life scale. Quality of life instrument for patients with fecal incontinence. Diseases of the Colon and Rectum, 2000. 43:9-17.
10. Takahashi T, García-Osogobio S, Valdovinos MA. Extended two-year results of radio-frequency energy delivery for the treatment of fecal

- incontinence (the Secca procedure). *Disease of the Colon and Rectum*. 2003; 12: 1606-16.
11. Davis K, Kumar D, Poloniecki J. Preliminary evaluation of an injectable anal sphincter bulking agent (Durasphere) in the management of fecal incontinence. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18:237-43.
 12. Devesa JM, Rey A, Hervas PL. Artificial anal sphincter: complications and functional results of a large personal series. *Dis Colon Rectum* 2002;9:1154-63.
 13. Wong WD, Congliosi SM, Spencer MP. The safety and efficacy of the artificial bowel sphincter for fecal incontinence: results from a multicenter cohort study. *Dis Colon Rectum* 2002; 9: 1139-53.
 14. Halverson AL, Hull TL. Long term outcome of overlapping anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum* 2000; 6: 813-20.
 15. Matzel KE, Stadelmaier U, Bittorf B, Hohenfellner M. Bilateral sacral spinal nerve stimulation for fecal incontinence after low anterior resection. *Int J Colorectal Dis* 2002; 17:430-44.
 16. Comparison of Functional results and quality of life between intersphincteric resection and conventional coloanal anastomosis for low rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:832-838.
 17. Minguez M, Garrigues V, Soria MJ. Adaptation to Spanish Language and Validation of the Fecal Incontinence Quality of Life Scale. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2006; 49:490-499.
 18. Hyman N. Incontinence after lateral internal sphincterotomy: a prospective study and quality of life assessment. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2004; 47:35-38

19. Mentis BB, Tezcaner T, Yilmaz U et al. Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life. *Diseases of the Colon and Rectum* 2006; 49: 1045-51.
20. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Patient and Surgeon Ranking of the Severity of Symptoms Associated with fecal Incontinence. *Diseases of the Colon and Rectum* 1999; 42:1525-1532.
21. Bordeianou, Rockwood, Baxter, Lowry. Incontinence severity correlate with quality of life? Prospective analysis of 502 consecutive patients. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. *Colorectal Disease*. 2007 10, 273–279 273

ANEXO II. Cuestionario de Calidad de Vida de Incontinencia Anal

Instrucciones.

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud, y las limitaciones que le produce su forma de contener las heces o gases en sus actividades habituales en el último mes. Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor no dude en preguntar.

Aclaraciones:

Incontinencia anal es la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la expulsión de gases o heces por el ano. Es decir que a una persona cuando se le escapan (sin poder evitarlo) los gases o las heces por el ano se considera que tiene una incontinencia anal.

No deje ninguna pregunta sin responder. Marque una sola respuesta.

Tache con una cruz la respuesta que considere adecuada a su situación.

Q1: 1) En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Bien
- Regular
- Mal

Q2-Q3: A continuación encontrará un listado de situaciones y de comportamientos que se pueden relacionar con un episodio de incontinencia anal. Por favor indique con qué frecuencia le ocurren en relación a la posibilidad de que usted tenga un episodio de incontinencia anal. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida no procede.

DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA ANAL

Q2:

a. Tengo miedo (temor) a salir fuera de casa

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

b. Evito hacer visitas a mis amigos

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

c. Evito pasar la noche fuera de casa

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

--	--	--	--	--

d. Me resulta difícil salir de casa para ir a algunos sitios, como al cine o la iglesia.

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

e. Si tengo que salir de casa reduzco la cantidad de comida

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

f. Cuando estoy fuera de casa intento estar siempre lo más cerca posible de un retrete público

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

g. Para mi es fundamental organizar las actividades diarias en función de cuándo y cuántas veces necesite ir al retrete

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

h. Evito viajar

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

i Me preocupa no ser capaz de llegar al retrete a tiempo

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

j. Me parece que no soy capaz de controlar mi defecación

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

k. Soy incapaz de aguantar las heces hasta llegar al retrete

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

l. Se me escapan las heces sin darme cuenta

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
--------------	-----------------	------------	-------	------------

veces	veces			

m. Intento prevenir los episodios de incontinencia situándome cerca de un cuarto de baño

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

Q3:

a. Me siento avergonzado/a

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

b. No hago muchas de las cosas que me gustaría hacer

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

c. Estoy preocupado porque se me escapan las heces

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

d. Me siento deprimido

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

e. Me preocupa que otras personas puedan oler mis heces

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

f. Siento que no soy una persona sana

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

g. Disfruto menos de la vida

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

h. Tengo menos relaciones sexuales de las que desearía

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

i. Me siento diferente del resto de la gente

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

j. En mi cabeza está siempre la posibilidad de tener un episodio de incontinencia

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

k. Tengo miedo al acto sexual

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

l. Evito hacer viajes en transportes públicos (tren, avión, autobús, metro, etc)

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

m. Evito comer fuera de casa

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

n. Cuando voy a un lugar nuevo intento siempre saber donde está el retrete

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

Q4: 29 ¿Durante el mes pasado, se ha sentido usted tan triste, desanimado, desesperanzado que le parecería que la vida no tenía sentido?

Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede

- Siempre, hasta el punto de abandonarlo todo
- Muchas veces
- Pocas veces
- Alguna vez, pero suficiente para sentirme molesto
- Muy poco
- Nunca

ANEXO III.
HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
www.cis.gob.mx

Iniciales del paciente:

No de afiliación IMSS:

Fecha:

Unidad de Medicina familiar:

Conciente de la necesidad de procedimientos diagnósticos, autorizo voluntariamente al Dr. José Luis Rocha Ramírez Médicos No Familiar con la especialidad de Proctología, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur, y Dr. Josué Enríquez Marín, Médico Residente de Cirugía de Colon y Recto, adscrito al Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, CMN Siglo XXI, para que se me efectúe el cuestionario “Índice de Severidad de Incontinencia Fecal” y “Cuestionario de Calidad de Vida de Incontinencia Anal (CCVIA)”, en la realización de un Trabajo de Investigación con el título de **“CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL SECUNDARIA A ESFINTEROTOMÍA LATERAL INTERNA POR FISURA ANAL CRÓNICA. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO”**, así como ser sometido a exploración física para determinar la evolución clínica de mi padecimiento, en la inteligencia de que dicha revisión física no pone en peligro mi salud. No desconozco el compromiso que adquiero para cumplir y llevar a buen término esta Investigación.

El propósito y naturaleza del estudio me han sido satisfactoriamente explicados. Mis inquietudes y preguntas han sido discutidas con el médico o médicos encargados del estudio y considero dentro de las posibilidades el mayor margen de seguridad, aunque no una absoluta garantía de los resultados que se obtengan de acuerdo con las circunstancias.

CERTIFICO QUE HE LEIDO. ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO

Nombre y Firma del Paciente

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____