



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 4  
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**“Incidencia de incontinencia fecal en pacientes primíparas posterior a evento obstétrico complicado con desgarró perineal de tercer y cuarto grado.”**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**DRA. VERÓNICA FERNÁNDEZ HUERTA**

TUTOR:

**DRA. EDNA CORTÉS FUENTES**

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 4

MÉXICO, D.F. FEBRERO 2014

---



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD**  
**HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 4**  
**“LUIS CASTELAZO AYALA”**

---

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez  
Director General

---

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer  
Director de Educación e Investigación en Salud

---

Dra. Edna Cortés Fuentes  
Asesor de Tesis

---

## RESUMEN

**Antecedentes:** La incontinencia anal es una condición que afecta a millones de mujeres en el mundo después de un evento obstétrico. El cual se incrementa al producirse lesión al esfínter anal, los primeros síntomas relacionados con incontinencia fecal se presentan en promedio en los primeros tres meses posteriores al parto, sin embargo los diversos estudios demuestran que a cuatro años los síntomas tienden a aumentar y otro porcentaje de pacientes que no presentó previamente datos de incontinencia fecal lo pueden presentar durante ese periodo de tiempo. Más del 85% de las pacientes presentan alguna forma de trauma del piso pélvico durante el parto. Sin embargo la prevalencia depende de las variaciones en la práctica obstétrica, incluyendo el uso y tipo de episiotomía. La incontinencia fecal tiene un impacto negativo en la calidad de vida, se ha relacionado que la presencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, aumenta el riesgo al doble de presentar incontinencia fecal en un promedio de 4 a 12 meses postparto, se ha relacionado también a otros factores como a la aplicación de fórceps, realización de episiotomía, técnica inadecuada en la reparación de los desgarros y feto macrosómico. La incontinencia fecal posterior a un evento obstétrico complicado con desgarros perineales de tercer y cuarto grado se reporta de 3 a 7%.

**Justificación:** No se tienen reportes exactos del porcentaje de incontinencia fecal en pacientes en edad reproductiva secundaria a eventos obstétricos, complicados con desgarros perineales de tercer o cuarto grado, lo cual nos servirá para futuros estudios comparativos entre las diferentes técnicas y materiales utilizados para la reparación de los desgarros perineales, y valorar la técnica adecuada para disminuir la frecuencia de complicaciones que afectan de forma directa el entorno social e higiénico de las pacientes con incontinencia fecal.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de pacientes con incontinencia fecal posterior a un evento obstétrico complicado con desgarro de tercer y cuarto grado perineal atendido en el hospital de ginecología y obstetricia Numero 4. En el año 2011 - 2012.

**Material y Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico en el hospital de ginecología y obstetricia No.4, de las pacientes primigestas que presentaron desgarro perineal de tercer y cuarto grado, en el periodo comprendido de julio del 2011 a junio del 2012. En cada paciente se revisó el expediente clínico en búsqueda de las variables determinadas en la hoja de recolección de datos. Posteriormente se realizó el análisis estadístico de las mismas.

---

**Resultados:** La incidencia de incontinencia fecal fue de 38.7%, en sus diferentes grados de acuerdo a la sociedad norteamericana de continencia fecal. No se encontró pacientes con incontinencia a sólidos, incontinencia a gases correspondió a 35.4%, e incontinencia a líquidos 3.2%. El porcentaje de incontinencia fecal en pacientes con desgarro de cuarto grado fue de 88.8%, 30.1% en pacientes con desgarro de tercer grado. Se realizó episiotomía media a 67.7% de las cuales 47.6% presentaron algún grado de incontinencia fecal y se realizó episiotomía media lateral a 32.25% de las cuales 20% presentaron incontinencia fecal. El 50% de los expedientes analizados no se especifica la técnica realizada, No se realiza reparación del esfínter anal interno, en ninguna de las pacientes que presentaron desgarro de tercer grado C y cuarto grado.

**Discusión:** La mayoría de las investigaciones publicadas reporta la presencia de la sintomatología en los primeros 2 años del trauma al piso pélvico. En México no se cuenta con publicaciones que reporten este problema. La incidencia de incontinencia fecal encontrada en el presente estudio, en pacientes con desgarros perineales de tercer y cuarto grado fue de 38.7%. De estas el 3.2% presentó incontinencia a líquidos y el 35.4 % presentó incontinencia a gases; esta incidencia es relativamente mayor con respecto a la publicada en los estudios de Sultan que reporta una incidencia de incontinencia fecal en pacientes con desgarros perineales de 3 a 9%. Se identificó un alto riesgo de desgarro perineal e incontinencia fecal en pacientes que se les practico episiotomía media; recordemos que estudios previos y el colegio americano de ginecología y obstetricia, no recomiendan la práctica de la episiotomía media. Otros factores relacionados con aumento en el riesgo de incontinencia fecal, que se identificaron fue: la técnica inadecuada en la reparación de los desgarros y ausencia de reparación del esfínter anal interno, el uso de fórceps, la edad materna mayor a 35 años, obesidad materna y macrosomía fetal.

**Conclusión:** La incidencia de incontinencia fecal en pacientes con desgarros perineales de tercer y cuarto grado primigestas, en el hospital de ginecología y obstetricia N. 4, durante el período de 2011 a 2012 fue alta de 38.7%, comparada con los estudios analizados.

*A Joel Cruz porque aun siendo un niño eres  
ejemplo de fortaleza y felicidad. Porque la  
medicina y la vida tiene sentido  
gracias a tí. Te amo.*

*“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien  
amar y alguna cosa que esperar”.*

**Thomas Chalmers**

---



## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres por amarme tanto, por enseñarme a sentir la vida y ser inmensamente feliz, por la dicha de verlos sonreír y estar a mi lado. Porque siempre han estado ahí para apoyarme en cada momento y educarme con valores y principios, han dejado de lado sus propios sueños e intereses para que cumpliera los míos. Gracias papás porque han sido capaces de mirar más allá, por animarnos a continuar y ofrecer a sus hijas todo lo mejor. Esto y muchas otras cualidades los convierte en los mejores padres. Los amo mucho.*

*A Pili, Moni y Leti mis compañeras de vida, mis mejores amigas, mis confidentes, mi razón de seguir adelante y continuar con mis proyectos. Agradezco todo lo que me han enseñado, el amor que me brindan, su paciencia, sus risas, todo lo que compartimos en cada una de las aventuras que hemos realizado, hacen que cada día sea maravilloso. Son mujeres admirables y el mejor ejemplo. Las amo y dedico este logro a ustedes, porque me mostraron el camino de este sueño.*

*A toda mi familia abuelos, tíos, sobrinos, primos, cuñados y a los que ya no están presentes físicamente. Gracias por su cariño, compañía, paciencia y apoyo. No hay algo más valioso en este mundo que la familia.*

*A Julio por acompañarme y vivir esta experiencia de vida con todo lo que implica. Tú sabes que sin ti esto no habría sido posible, porque dejas todo y me acompañas. Por el amor que me demuestras cada día, por tus consejos, tus risas y tus malos momentos. Por enseñarme que las dificultades no son más que una oportunidad para seguir creciendo. Por todos los sueños que nos faltan por cumplir. Te amo.*



*Agradezco a la Dra. Edna Cortés Fuentes, por la confianza para la realización de este proyecto, por el apoyo tan valioso que me brindo y la paciencia en cada momento. Gracias por transmitir esa pasión con la que vive la uroginecología.*

*Un agradecimiento especial al Dr. Jorge Pérez Romero, por en el apoyo en la realización de este trabajo, por sus comentarios enriquecedores y por todo lo que han significado sus aportes tanto personales como profesionales en mi vida*

*A mis amigos, colegas y compañeros de este sueño Susy, Idún, Ale, Gaby, Rosita, Eder, Miguel y Marlene, porque ustedes mejor que nadie sabe el compromiso y esfuerzo que realizamos para cumplir este objetivo. Juntos fue mucho más fácil y divertido. Gracias por las risas y aventuras compartidas, por ser quienes son y forman parte de mi vida. Felicidades a todos y muy orgullosa de ustedes.*

*Finalmente quiero agradecer a todos mis maestros de este gran hospital Luis Castelazo Ayala, ustedes construyen el mejor hospital de Ginecología y Obstetricia del país. Gracias por su paciencia, apoyo y conocimientos transmitidos en estos 4 años de formación. Nuestra especialidad conlleva mucho compromiso, responsabilidad y gran satisfacción. Todos los días somos partícipes del milagro más hermoso el nacimiento de un nuevo ser humano.*

*Dedico este trabajo a todos y cada uno de los médicos de las nuevas generaciones que directa o indirectamente deseen conocer esta investigación para fundamentar y ajustarlos a sus propios estudios, de esa manera estaré satisfecha del esfuerzo hecho.*



## ÍNDICE

Introducción.....	2
Justificación .....	11
Objetivos .....	12
Metodología .....	13
Análisis estadístico .....	15
Aspectos éticos .....	16
Resultados.....	17
Discusión.....	19
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	23
Anexos.....	26

# **“Incidencia de incontinencia fecal en pacientes primíparas posterior a evento obstétrico complicado con desgarro perineal de tercer y cuarto grado.”**

## **INTRODUCCIÓN**

La anatomía del piso pélvico, el recto y el canal anal es un complejo y sorprendente campo dinámico con nuevos descubrimientos y controversias.

El perineo corresponde a la salida de la pelvis. En su pared anterior, está limitado por el arco pubiano, posteriormente por el coxis, y lateralmente por la rama isquiopúbica, tuberosidades isquiáticas y ligamentos sacro tuberosos. El límite profundo del perineo es la superficie inferior del diafragma pélvico y el límite superficial es la piel. El perineo puede ser dividido en dos triángulos a través una línea transversal entre las tuberosidades isquiáticas. El triángulo anterior, que contiene los órganos urogenitales y el triángulo posterior, que contiene la terminación del canal anal, se conoce como el triángulo anal.

El recto está conectado al sacro a lo largo de foramen sacro anterior por el tejido fibroso conectado que incluye los nervios sacros. Los nervios pélvicos espláncnicos provienen de la rama anterior del segundo a cuartos nervios sacros y unen los plexos pélvicos sobre la pared rectal. La fascia de Waldeyer (fascia recto sacra) es avascular, se extiende de la superficie sacra anterior a la región posterior de la unión anorectal. Los ligamentos laterales rectales son la condensación de la fascia alrededor de los vasos medios rectales y se extienden del recto a la pared posterolateral pélvica en el nivel de la tercera vértebra sacra. El esfínter anal interno (EAI) tiene 3 cm de longitud y esta adyacente a las válvulas anales y la línea pectínea, que marca la unión del endodermo y las zonas ectodérmicas del canal anal. El surco interesfinteriano anal (la línea blanca) marca la unión entre el EAI y la parte subcutánea del esfínter externo anal (EAE).El esfínter anal interno

esta inervado sólo por nervios autónomos, ramas del plexo hipogástrico y fibras parasimpáticas de los segmentos de S2-S4 de la médula espinal a través de los nervios espláncnicos. La parte profunda del EAE forma una banda gruesa anular alrededor de la parte superior del EAI. Sus fibras más profundas se mezclan con el puborectalis anterior al canal anal. La parte superficial del EAE rodea la parte inferior del EAI. Es conectado anteriormente al cuerpo perineal y posteriormente al coxis a través del rafe medio.

El puborectalis forma un cabestrillo alrededor de la parte posterior y profunda del EAE. Esto tira del canal anal adelante para formar el ángulo anorectal. Durante la defecación, el puborectalis normalmente se relaja, el ángulo anorectal se hace menos agudo y facilita el paso de excrementos en el canal anal. El ángulo anorectal se consideraba anteriormente como parte importante en el mantenimiento de la continencia fecal. El daño directo al nervio pudiendo se asocia con el trauma obstétrico a los esfínteres anales. Esto ha sido valorado tanto clínicamente como por fluoroscopia. (1).

El complejo de los esfínteres anales incluye el esfínter anal interno y el externo separado por una membrana longitudinal que juntas conforma una unidad simple, son distintos en estructura y función. El esfínter anal externo es subdividido en tres partes: subcutáneo, superficial y profundo. El esfínter anal interno es una delgada continuación del músculo circular del intestino y termina 6 a 8 mm abajo del margen entre la unión de la capa superficial y subcutánea del esfínter anal externo. Tiene una apariencia nacarada. Es inervada a través de los nervios simpáticos y parasimpáticos que inervan el recto. Es responsable por si solo del 50 al 85% de la continencia anal.

La incontinencia anal es una condición que afecta a millones mujeres en el mundo después de un evento obstétrico. El cual se incrementa al producirse lesión al esfínter anal, los primeros síntomas relacionados con incontinencia fecal se presentan en promedio en los primeros tres meses posteriores al parto, sin

embargo los diversos estudios demuestran que a cuatro años los síntomas tienden a aumentar y otro porcentaje de pacientes que no presentó previamente datos de incontinencia fecal lo pueden presentar durante ese periodo de tiempo. (2)

Más del 85% de las pacientes presentan alguna forma de trauma del piso pélvico durante el parto. Sin embargo la prevalencia depende de las variaciones en la práctica obstétrica, incluyendo el uso y tipo de episiotomía (3).

La realización de episiotomía, varía no sólo entre países, sino también entre los médicos dentro de hospitales. En Países Bajos, la tarifa de episiotomía es el 8 % comparado al 14 % en Inglaterra, el 50 % en los EE.UU. y el 99 % en países de Europa del Este. En México se estima una frecuencia del 80%. Se conoce que la realización de episiotomía media incrementa el riesgo de presentar lesión al esfínter anal. (4)

Se considera que el nacimiento por parto es un factor de riesgo bien establecido para presentar incontinencia fecal en comparación con el nacimiento vía cesárea; el mecanismo no está bien establecido sin embargo de acuerdo a las diversas publicaciones el factor predisponente que se asocia en la mayoría de los casos es la presencia de desgarros del esfínter anal. (5)

La incontinencia fecal es definida como los episodios recurrentes de pérdida involuntaria de flatulencias o heces fecales. (Instituto Nacional de Salud Conferencia de investigación de los desórdenes del piso pélvico), se considera una condición con impacto psicológico y social. La incidencia de incontinencia fecal en la población general se estima entre 2.2 al 7%. La incontinencia fecal afecta a una gran proporción de población de la tercera edad con un rango del 15 al 47 %. Se considera como una condición vergonzosa e incapacitante que causa morbilidad significativa principalmente en las mujeres. Provoca afección social, psicológica, ocupacional, doméstica, física y sexual en la vida de las pacientes en todas las edades. (6).

El nacimiento por parto se considera dentro de las principales causas de desarrollo de incontinencia fecal en las mujeres. Sin embargo, la incidencia real posterior al parto es desconocida ya que la mayoría de las pacientes que lo presentan no lo reportan a su médico y en los centros hospitalarios, generalmente no se realiza un seguimiento adecuado de las pacientes que presentaron desgarros perineales con lesión al esfínter anal posterior a su reparación (7). De acuerdo a algunos estudios se estima que afecta a 9% de las mujeres en los primeros 3 meses del puerperio. Solo el 14 % de las pacientes que presentan incontinencia fecal postparto acuden a valoración médica (8).

La incontinencia fecal tiene un impacto negativo en la calidad de vida, se ha relacionado que la presencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado de acuerdo a la clasificación de desgarros establecida por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, aumenta el riesgo al doble de presentar incontinencia fecal en un promedio de 4 a 12 meses postparto, el mecanismo establecido es que provoca daño de la inervación por lesión del esfínter anal durante el parto. Se ha asociado este daño en la inervación también a otros factores como a la aplicación de fórceps, realización de episiotomía y feto macrosómico. Hay otros factores asociados con esta condición como son: edad materna avanzada mayor a 35 años, segundo periodo de trabajo de parto prolongado, uso de analgesia epidural y un índice de masa corporal elevado mayor a 30. (9)

Aunque el primer parto se considera como principal responsable del daño mecánico al esfínter anal, los partos subsecuentes son asociados con daño acumulativo del nervio pudiendo y subsecuente deterioro de los síntomas de incontinencia fecal. Así como los reportes indican mayor incidencia de incontinencia fecal en multíparas en comparación con primíparas. (10).

Como se ha comentado previamente el factor de riesgo establecido en la mayoría de los estudios que se relaciona con la incontinencia fecal es la presencia de

trauma al piso pélvico con presencia de desgarros de tercer y cuarto grado; por lo que es importante en este estudio conocer la clasificación actual, así como la técnica de reparación y material de sutura recomendado, en orden de disminuir el riesgo de incontinencia fecal.

Para estandarizar la clasificación del trauma perineal, Sultán propuso la siguiente clasificación la cual ha sido aceptada internacionalmente.

Clasificación de desgarros perineales.

Primer grado	Lesión de mucosa vaginal y piel perineal.
Segundo grado	Lesión de los músculos perineales sin incluir al esfínter anal. Bulboesponjoso y transverso perineal
Tercer grado	Lesión en el esfínter anal : 3a menor a 50% del esfínter anal externo 3b Mas del 50% del esfínter anal externo 3c Lesión al esfínter anal interno
Cuarto grado	Lesión a la mucosa rectal

Es posible tener un desgarro del esfínter anal, la cual no es identificada adecuadamente. En tales circunstancias o situaciones cuando el clínico es dudoso, se debe reportar la clasificación más alta. Por ejemplo, si hay incertidumbre entre un 3a y 3b, se deberá reportar un 3b. (11).

Para la reparación adecuada de los desgarros perineales se debe tener en cuenta realizar una adecuada exploración manual de los músculos y mucosa anal, tener

una adecuada exposición de tejidos con la paciente en posición de litotomía, luz suficiente, anestesia ya sea local o regional. Se debe realizar una exploración vaginal y de la mucosa anal para descartar lesión de la misma; ya que, en algunas ocasiones se ha identificado lesión de la mucosa anal con esfínteres anales intactos. La lesión del esfínter anal produce una contracción que provoca retracción del músculo por lo que se debe identificar adecuadamente para tener una reparación adecuada. Como se mencionó anteriormente el esfínter anal interno es el principal musculo encargado de la continencia fecal se debe reparar por separado. (12).

Es de relevante importancia realizar una identificación adecuada de las lesiones perineales en el postparto y revisadas por un médico con experiencia para evitar lesiones ocultas; ya que en el la literatura reportada por Sultan, se describe hasta 33% de mujeres con lesiones perineales mayores no identificadas en el postparto. La no identificación de los desgarros perineales provoca un aumento en la incidencia de incontinencia anal. De acuerdo a este estudio se aplicó una nueva clasificación (la cual se menciona en el cuadro 1) y reparación de los desgarros perineales teniendo como resultado disminución de la frecuencia de incontinencia fecal de 8.7% en el grupo control a 3.1% en el grupo experimental.

La morbilidad relacionada con los desgarros perineales constituye un problema de salud pública por la morbilidad que provoca. El en Reino Unido se estima que aproximadamente 44% de las pacientes en puerperio presentan dolor perineal a los 10 días postparto, 10% persisten con dolor a los 18 meses del evento obstétrico , 23% presentan dispareunia en promedio hasta los 3 meses postparto, 10% presentan incontinencia fecal y 19% presentan incontinencia urinaria. Se realizó una revisión de la literatura en esta área y se observó que, el incremento en la morbilidad tiene relación directa con la presencia de episiotomía y tipo de incisión, extensión de la lesión perineal, material y técnica de sutura en la reparación de los tejidos. (13).

Las técnicas de reparación y materiales que se utilizan para la reparación de los desgarros varían entre los diferentes centros hospitalarios y en una encuesta realizada en Europa en diversos centros hospitalarios, se concluyó que solo 20% de los residentes y médicos adscritos al servicio de tóco cirugía se sentían satisfechos con sus conocimientos en la reparación de desgarros, la mayoría tenía nulo conocimiento al responder preguntas de anatomía y clasificación de los desgarros perineales. En un estudio realizado en centros hospitalarios de los EUA, se reportó que 60% de los residentes de ginecología y obstetricia no habían recibido un curso o entrenamiento para la realización y reparación de episiotomía así como, no habían tenido entrenamiento en la reparación de desgarros perineales; sin embargo la mayoría había reparado por lo menos un desgarró de tercer y cuarto grado durante su residencia. Por lo que de acuerdo a estos resultados los sistemas de salud se han enfocado en dar un entrenamiento especial a todos los residentes de ginecología y obstetricia en anatomía, clasificación y reparación de desgarros perineales. (14).

A través de los años se han utilizado diferentes suturas y técnicas de reparación con el fin de realizar una adecuada hemostasia, favorecer la cicatrización y disminuir el riesgo de infección. Se debe elegir un material de sutura que cause la mínima reacción tisular y absorción rápida. De acuerdo a los últimos estudios realizados, la sutura recomendada para la reparación de los desgarros de primer y segundo grado es con poliglactina 910 (vicryl absorción rápida) el cual es un material sintético de absorción rápida que ha demostrado disminuir el riesgo de dehiscencia e infección, su absorción es a través de hidrólisis por lo que no hay reacción inflamatoria y da mejor tensión a los tejidos. Se sugiere técnica continua y en la piel del periné, se recomienda suturar con técnica subdérmica. Posterior al evento obstétrico se debe dar seguimiento a las pacientes y recomendar técnicas de asepsia y ejercicios de los músculos del periné para disminuir la morbilidad. (15).

En la reparación de desgarros de tercer y cuarto grado inicialmente se debe identificar adecuadamente los tejidos. Anteriormente se realizaba reparación del esfínter anal externo, con técnica de traslape o termino terminal en un solo paso. Como se mencionó en la descripción de la anatomía, el esfínter anal interno es el principal responsable de la continencia fecal; por lo que actualmente se debe suturar por separado. El tipo de episiotomía utilizado se relaciona con la presencia de desgarros de tercer y cuarto grado; episiotomía medio lateral frecuencia del 1.7% a 2.9 % en pacientes primíparas comparado con episiotomía media de 12% a 19%.

El esfínter anal externo se debe reparar con técnica de traslape ya que, ha demostrado disminuir; el riesgo de incontinencia fecal, dispareunia, síntomas de disfunción fecal e infección. Se debe tener una anestesia adecuada para permitir la relajación muscular. Siempre realizar exploración de la mucosa rectal para identificación adecuada y de esta forma disminuir el riesgo de fistulas.

El desgarro de cuarto grado se debe reparar con la siguiente técnica: la mucosa rectal con vicryl 3/0, con puntos simples separados y los nudos hacia la luz anal; ya que disminuye el material extraño en los tejidos y por lo tanto el riesgo de infección. (16).

En el desgarro 3 c se debe identificar el esfínter anal interno, el cual se encuentra justo por debajo del esfínter externo, es una delgada capa de tejido color nacarado se toma con pinza allis y se debe reparar con vicryl 3/0, con técnica termino terminal o técnica de traslape solo que esta última puede resultar difícil por la pequeña cantidad de tejido y provocar mayores desgarros del tejido.

Los desgarros 3a y 3b se debe reparar con vicryl 3/0 con técnica de traslape, tomar el musculo con pinza allis e incluir todo el grosor y longitud del musculo para tener una adecuada tensión de los tejidos. Cuando el desgarro es menor del 50%

del esfínter anal externo (3a) se puede utilizar técnica termino terminal para la reparación.

Se recomienda la administración de antibióticos en los desgarros de tercer y cuarto grado, para disminuir el riesgo de infección. Se puede utilizar antibiótico de amplio espectro como cefuroxima 1.5 gr y metronidazol 500 mg durante la reparación, y continuar de 5 a 7 días posteriores al parto por vía oral. Utilizar laxante intestinal para disminuir el riesgo de constipación por lo menos 7 días postparto. Se recomienda hospitalización 48 horas en estas pacientes y asegurar una defecación adecuada previa a su egreso hospitalario.

El seguimiento de las pacientes con desgarros de tercer y cuarto grado debe continuar en el centro hospitalario donde se atendió el parto, durante 6 a 8 semanas posteriores. Realizar durante ese tiempo una exploración adecuada y un cuestionario para identificación oportuna de pacientes con disfunción defecatoria. Las pacientes con presencia de incontinencia fecal, se debe realizar manometría y endosonografía para dar un tratamiento oportuno con ejercicios de los músculos perineales o incluso dar estimulación eléctrica.

Como conclusión, se conoce que los desgarros perineales ocurre en 8 a 20 % de todos los nacimientos de pacientes primíparas; el cual aumenta de acuerdo a la técnica de episiotomía realizada por lo que, de acuerdo a los diversos estudios analizados, actualmente se recomienda episiotomía solo en casos seleccionados y en caso de requerir esta técnica se debe realizar incisión medio lateral. Es importante, para disminuir la morbilidad asociada a la presencia de desgarros perineales dar un entrenamiento adecuado a todos los encargados de la reparación de los mismos; incluyendo el conocimiento y comprensión correcta de la anatomía, clasificación y técnica de reparación de los desgarros perineales, ya descritos anteriormente. (3 y 17).

## **JUSTIFICACIÓN**

No se tienen reportes exactos del porcentaje de incontinencia fecal en pacientes en edad reproductiva secundaria a eventos obstétricos, complicados con desgarros perineales de tercer o cuarto grado, lo cual nos servirá para futuros estudios comparativos entre las diferentes técnicas y materiales utilizados para la reparación de los desgarros perineales, y valorar la técnica adecuada para disminuir la frecuencia de complicaciones que afectan de forma directa el entorno social e higiénico de las pacientes con incontinencia fecal.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la incidencia de pacientes con incontinencia fecal posterior a un evento obstétrico complicado con desgarro de tercer y cuarto grado perineal, atendido en el hospital de ginecología y obstetricia Numero 4. En el año 2011 - 2012.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado en las pacientes primíparas en la UMAE de Ginecología y Obstétrica No. 4 en el año 2011 - 2012.
- Determinar la frecuencia de incontinencia fecal a gases y heces liquidas y solidas en los primeros años posteriores al evento obstétrico complicado.
- Evaluar la técnica y material utilizado para la reparación de los desgarros de tercer y cuarto grado en el hospital de Ginecología y Obstétrica Número 4.

## **METODOLOGÍA**

El presente trabajo fue autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud con el Número de Registro Institucional:

***R- 20133606-13***

DISEÑO del estudio: Observacional, descriptivo, transversal y analítico.

### **DEFINICION DEL UNIVERSO**

Pacientes primíparas complicadas con desgarro perineal de tercer y cuarto grado atendidas en la UMAE de Ginecología y Obstetricia No. 4. Luis Castelazo Ayala. En el periodo comprendido de julio del 2011 a junio del 2012.

### **CRITERIOS DE:**

#### **INCLUSION:**

Pacientes primíparas con desgarro de tercer o cuarto grado.

#### **EXCLUSION:**

Pacientes con parto previo.

Antecedente de cirugía hemorroidal.

Antecedente previo al embarazo de incontinencia fecal.

Enfermedad de la colágena

### **METODOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

Registro de pacientes de postparto complicado con desgarro perineal de tercer y cuarto grado en la unidad tocoquirúrgica del hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4. En el periodo comprendido de julio del 2011 a junio del 2012.

## VARIABLES

Variable Independiente: Parto complicado con desgarro perineal de tercer y cuarto grado

Variable dependiente: Incidencia de incontinencia fecal.

Resto de variables analizadas:

Edad

Índice de masa corporal

Peso del recién nacido

Tipo de episiotomía

Tiempo del periodo expulsivo

Uso de fórceps

Uso de analgesia obstétrica

Grado de desgarro perineal

Reparación del esfínter anal interno

Técnica y material de sutura utilizado en la reparación de los desgarros

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y porcentajes.

- Recursos.

### RECURSOS HUMANOS:

Investigador principal: Dra. Verónica Fernández Huerta

Investigador responsable: Dra. Edna Cortes Fuentes.

Asesor metodológico. Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Personal del área de biblioteca

Personal de archivo clínico.

Pacientes de la UMAE Ginecología y obstetricia n. 4.

### RECURSOS MATERIALES

Hoja de captura de datos

Expediente clínico

### RECURSOS FINANCIEROS

Propios de la unidad hospitalaria

Propios del investigador responsable

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Cada una de las pacientes firmó hoja de consentimiento informado para la realización del cuestionario. Cumple con los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki y los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, así como las recomendaciones de las Guías de la Buena Práctica Clínica.

De acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, título segundo “De los Aspectos Éticos de la investigación en seres humanos”, capítulo I “Disposiciones Comunes”, artículo 17 sección I de dicha ley, la investigación actual se considera como “Investigación sin riesgo” para las pacientes, puesto que solo se realizó un cuestionario y el resto de los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos.

## RESULTADOS

Se obtuvieron 97 registros de pacientes, con parto complicado con desgarro perineal de tercer y cuarto grado, en el periodo comprendido de julio del 2011 a junio del 2012. Se descartaron 35 pacientes; 17 por no localizarlas en el número de teléfono registrado para la realización del cuestionario, 10 pacientes no acudieron a la cita confirmada y 8 por no localizar el expediente en el archivo clínico. Nuestro universo de trabajo corresponde a 62 pacientes a las cuales se aplicó el cuestionario y revisión de expedientes clínicos. Se analizaron las siguientes variables: edad, índice de masa corporal, peso del recién nacido, tipo de episiotomía, diámetro biparietal del recién nacido, tiempo promedio del segundo periodo de trabajo de parto, aplicación de fórceps, tipo de desgarro de acuerdo a la clasificación actual, reparación del esfínter anal interno en los casos correspondientes, técnica y material de sutura que utilizó para la reparación de los desgarros y tipo de incontinencia fecal de acuerdo a la escala de Manchester.

De las 62 pacientes que se analizaron, presentaron incontinencia fecal 24 (38.7%), en sus diferentes grados de acuerdo a la sociedad norteamericana de continencia fecal. No se encontró pacientes con incontinencia a sólidos, incontinencia a gases correspondió a 22 (35.4%) pacientes, e incontinencia a líquidos 2 pacientes (3.2%). Se aplicó bloqueo peridural a 59 (95.1%) de las pacientes. De las 62 pacientes que se registraron 9 (14.5%) presentaron desgarro de cuarto grado y 53 (85.5%) presentaron desgarro de tercer grado; 3A 17 pacientes (27.4%), 3B 13 pacientes (21%), 3C 11 pacientes (17.7%) Y no especificado 12 pacientes (19.4%). El porcentaje de incontinencia fecal en pacientes con desgarro de cuarto grado 8 de 9 pacientes (88.8%), en pacientes con desgarro de tercer grado 16 (30.1%) presentaron incontinencia fecal. Se realizó episiotomía media a 42 (67.7%) de las cuales 20 (47.6%) presentaron algún grado de incontinencia fecal, se realizó episiotomía media lateral a 20 (32.25%) de las cuales 4 (20%) presentaron incontinencia fecal. De las 6 pacientes que se aplicó fórceps 3 (50%)

presento incontinencia fecal. De acuerdo al índice de masa corporal 15 (24.1%) se encontraban en peso adecuado y de estas pacientes 3(20%) presentaron algún grado de incontinencia, 43 pacientes (69.3%) presentaron sobrepeso de las cuales 19 (44.1%) presentaron incontinencia fecal, 4 pacientes presentaron obesidad (6.5%) de las cuales 2 (50%) presentaron incontinencia fecal.

De acuerdo a la técnica de reparación de los desgarros perineales el 50% de los expedientes analizados no se especifica la técnica realizada, en 28 (45.2 %) se utiliza la técnica termino - terminal y en 3 (4.8%) pacientes se utiliza la técnica de traslape. En cuanto al material de sutura utilizado se reporta vicryl en 52 (83.9%) pacientes, crómico 7 (11.3%) y material no especificado en pacientes (4.8%). No se realiza reparación del esfínter anal interno, en ninguna de las pacientes que presentaron desgarro de tercer grado C y cuarto grado.

En cuanto a los grupos de edad se presentó algún grado de desgarro perineal en 8 (12.9%) pacientes mayores a 35 años de edad de las cuales 4 (50%) presentaron incontinencia fecal. En cuanto a la presencia de macrosomía fetal se presentó en 5 (8.1%) de las pacientes analizadas, de las cuales 3 (60%) presentaron incontinencia fetal. Se presentó segundo periodo de trabajo de parto mayor a 2 horas en 4 (6.5%) pacientes de las cuales 2 (50%) presentaron incontinencia fecal.

## DISCUSIÓN

La incontinencia fecal es un problema de salud pública que afecta a nuestra población, con un impacto en la calidad de vida de las pacientes. No se tienen registros exactos de su frecuencia ya que la mayoría de las pacientes no acuden a valoración por ser un problema vergonzoso para ellas. Se considera a los desgarros perineales durante el parto, como principal factor de riesgo para desarrollar incontinencia fecal. La mayoría de las investigaciones publicadas reporta la presencia de la sintomatología en los primeros 2 años del trauma al piso pélvico. En México no se cuenta con publicaciones que reporten este problema. La incidencia de incontinencia fecal encontrada en el presente estudio, en pacientes con desgarros perineales de tercer y cuarto grado fue de 38.7%. De estas el 3.2% presentó incontinencia a líquidos y el 35.4 % presentó incontinencia a gases; esta incidencia es relativamente mayor con respecto a la publicada en los estudios de Sultan que reporta una incidencia de incontinencia fecal en pacientes con desgarros perineales de 3 a 9%. Esta diferencia es significativa, aunque no encontramos estudios donde se correlacione los desgarros perineales con incontinencia fecal, solo en pacientes primigestas. Una paciente reporto presentar incontinencia a heces solidas a los 2 meses postparto sin embargo fue atendida en medio particular y aún se encuentra en tratamiento con electroestimulación, actualmente presenta incontinencia a gases.

Se identificó un alto riesgo de desgarro perineal e incontinencia fecal en pacientes que se les practico episiotomía media; recordemos que estudios previos y el colegio americano de ginecología y obstetricia, no recomiendan la práctica de la episiotomía media. Otros factores relacionados con aumento en el riesgo de

incontinencia fecal, que se identificaron fue: el uso de fórceps, la edad materna mayor a 35 años, obesidad materna y macrosomía fetal.

El esfínter anal interno es el principal responsable de la continencia fecal, cuando hay lesión y no se realiza una reparación adecuada de este esfínter se tiene un riesgo relativo mayor de presentar incontinencia fecal. De acuerdo al análisis de los expedientes, no se menciona la reparación del esfínter anal interno en las pacientes que presentaron desgarró de tercer grado C y cuarto grado; comparando con la incidencia de incontinencia fecal reportada en otros estudios analizados, en los que si se realizó reparación del esfínter anal interno, la nuestra es muy alta.

Se han hecho estudios en varios hospitales norteamericanos y en Europa acerca del conocimiento de los Médicos en esta área y se reporta que aproximadamente el 80% de los egresados no tienen el conocimiento de la anatomía del piso pélvico y la técnica adecuada de la reparación de los desgarró y sin embargo todos habían reparado por lo menos 2 desgarró de tercer y cuarto grado durante su residencia. En nuestro estudio encontramos, que el 50% de los expedientes analizados no se menciona la técnica de reparación del desgarró y en 90% no se utiliza el material adecuado de sutura. Por lo tanto derivado de estos resultados es imprescindible realizar un entrenamiento adecuado a los médicos gineco-obstetras para disminuir la incidencia de los resultados obtenidos en este estudio.

Las limitaciones de este estudio son: el tamaño de la muestra, no se dio seguimiento a ninguna de las pacientes analizadas en este estudio, por lo que no tenemos el conocimiento de la historia natural de la incontinencia fecal que presentaron nuestras pacientes, y consideramos que es necesario realizar futuras investigaciones considerando estos puntos.

Es un estudio que sirve de base para realizar estudios comparativos, posterior a dar un entrenamiento sobre el conocimiento adecuado de la anatomía del piso pélvico y la identificación y reparación de los desgarró perineales de tercer y

cuarto grado, a los médicos gineco-obstetras de nuestro hospital. De acuerdo a estos resultados, es importante dar un seguimiento a todas las pacientes que presenta un parto complicado con desgarro perineal de tercer y cuarto grado para dar un tratamiento oportuno en caso de presentar sintomatología de incontinencia fecal, ya que como lo mencionamos al inicio es un problema con un impacto en la calidad de vida de las pacientes.

## CONCLUSIONES

- La incidencia de incontinencia fecal en pacientes con desgarros perineales de tercer y cuarto grado primigestas, en el hospital de ginecología y obstetricia N. 4, durante el período de 2011 a 2012 fue de 38.7%.
- No se encontraron casos de incontinencia fecal a sólidos en este estudio, la incontinencia a líquidos fue de 3.2% e incontinencia a gases fue de 35.4%.
- En el 50% de los expedientes analizados no se menciona la técnica de reparación del desgarro y en el 90% se reporta el uso de un material inadecuado de sutura.
- Es imprescindible realizar un entrenamiento adecuado en el manejo de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado a los médicos gineco-obstetras, haciendo énfasis en la reparación del esfínter anal interno, para disminuir la incidencia de incontinencia fecal.
- A pesar del relativamente pequeño tamaño de la muestra y de la falta de seguimiento, considero que esta investigación hace evidente los principales errores en la reparación de los desgarros perineales, los cuales deben ser corregidos; sin embargo también da pauta a que se realicen más estudios de esta patología, con mayores muestras y en diversas unidades hospitalarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dharmesh S. Kapoor Æ Ranee Thakar Æ Abdul H. Sultan. Combined urinary and faecal incontinence. *International Urogynecology Journal* 2005.
2. Vasanth A, Shelmeridine S. Anal and urinary incontinence 4 years after a vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. July 2012.
3. Sultan A. Thakar R. Fenner D. Perineal and anal sphincter trauma, diagnosis and clinical management. Springer-Verlag London Limited 2007.
4. Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26(2):305– 25.
5. Evers EC, Blomquist JL, McDermott KC, et al. Obstetrical anal sphincter laceration and anal incontinence 5-10 years after childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:425.e1-6.
6. G. J. Bugga\*, E. S. Kiffb, G. Hoskera. A new condition-specific health-related quality of life questionnaire for the assessment of women with anal incontinence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* October 2001, Vol. 108, pp. 1057–1067.
7. Guise J, Morris C, Osterweil P, Incidence of Postpartum Fecal Incontinence. *Obstet Gynecol*. Guise et al Guise et al. VOL. 109, NO. 2, PART 1, FEBRUARY 2007.

8. Diane Borello-France, PT, PhD, Kathryn L. Burgio, PhD, Holly E. Richter, PhD, MD, Halina Zyczynski. Fecal and Urinary Incontinence in Primiparous Women. *Obstet Gynecol* 2006; 108:863–72.
9. Stephanie J. Brown, PhD, Deirdre Gartland. Fecal Incontinence during the First 12 Months Postpartum. *Obstet Gynecol* 2012; 119:240–9.
10. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn I. Fecal Incontinence after High-Risk Delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. VOL. 102, NO. 6, DECEMBER 2008.
11. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Obstetric perineal tears: an audit of training. *J Obstet Gynaecol* 1995;15:19–23.
12. Thakar R, Sultan AH, Fernando R, Monga A, Stanton S. Can workshops on obstetric anal sphincter rupture change practice? *Int Urogynecol J* 2001; 12:S5.
13. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Kettle C. Can hands-on perineal repair courses affect clinical practice? *Br J Midwifery* 2005; 13(9).
14. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG* 2006; 113(2):195–200.
15. McLennan MT, Melick CF, Clancy SL, Artal R. Episiotomy and perineal repair. An evaluation of resident education and experience. *J Reprod Med* 2002; 47(12):1025–30.

16. Stepp KJ, Siddiqui NY, Emery SP, Barber MD. Textbook recommendations for preventing and treating perineal injury at vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 107(2):361–6.

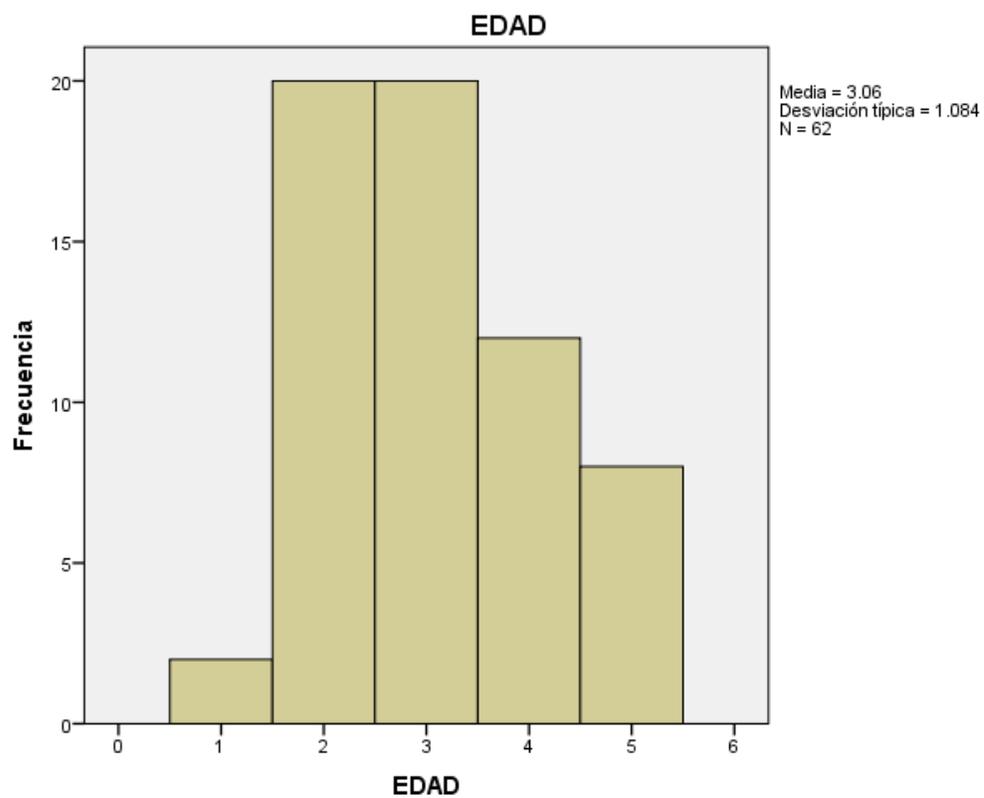
17. Wall LL, DeLancey JO. The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor in women. *Perspect Biol Med* 1991; 34(4): 486–96.

## ANEXOS

## GRAFICAS Y TABLAS DE RESULTADOS

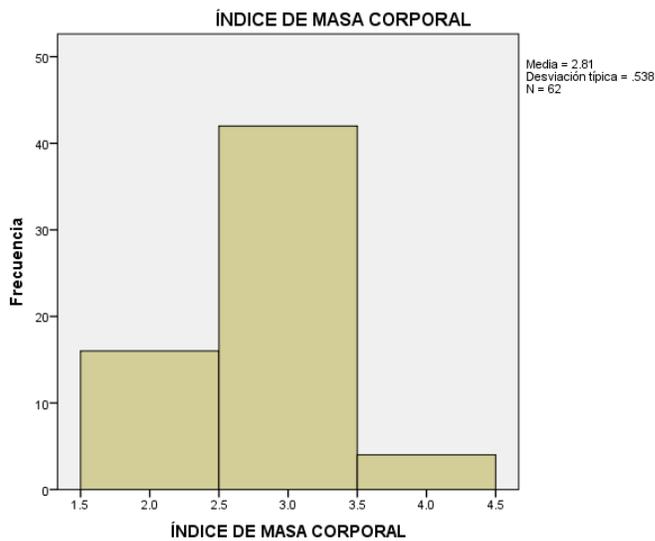
Grupos de edad

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
15 a 19	2	3.2
20 a 24	20	32.3
25 a 29	20	32.3
30 a 34	12	19.4
35 a 39	8	12.9
Total	62	100.0



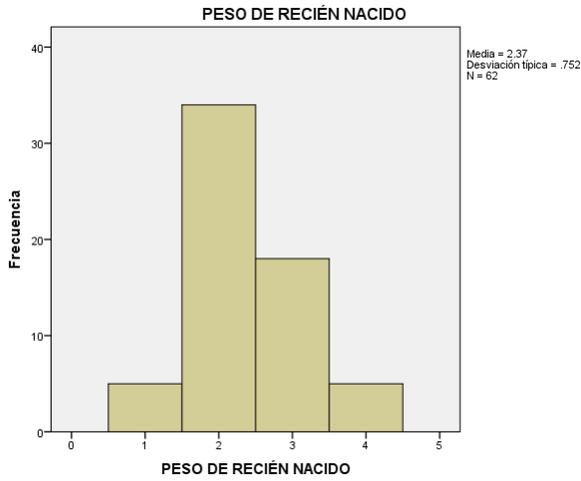
### Índice de masa corporal

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos PESO NORMAL	15	24.1
SOBRE PESO	43	69.3
OBESIDAD	4	6.5
Total	62	100.0



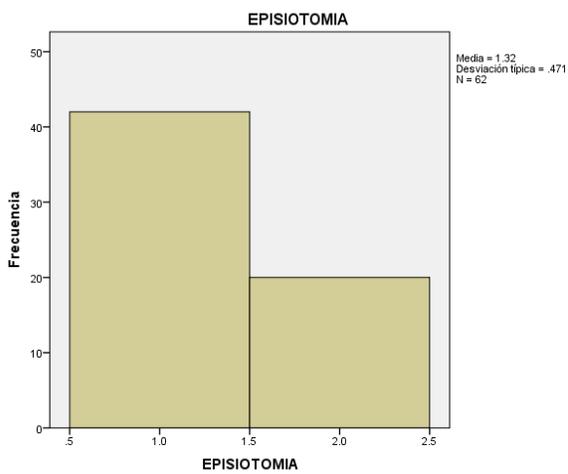
### Peso del recién nacido

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 2.5 a 2.9 kg	5	8.1
3 a 3.4 kg	34	54.8
3.5 a 3.9 kg	18	29.0
4 a 4.4 kg	5	8.1
Total	62	100.0



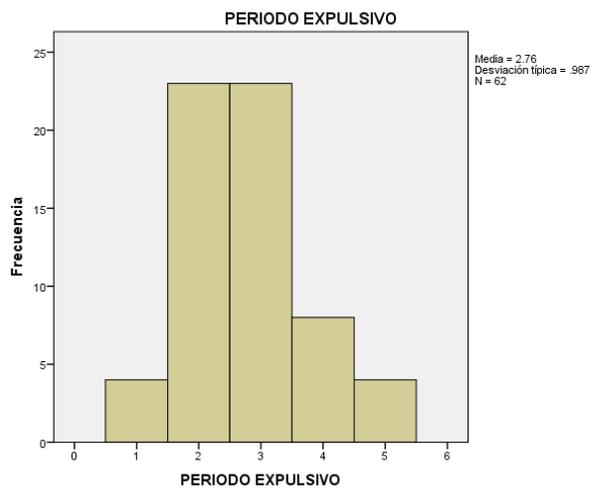
### Tipo de episiotomía

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
MEDIA	42	67.7
MEDIA LATERAL	20	32.3
Total	62	100.0



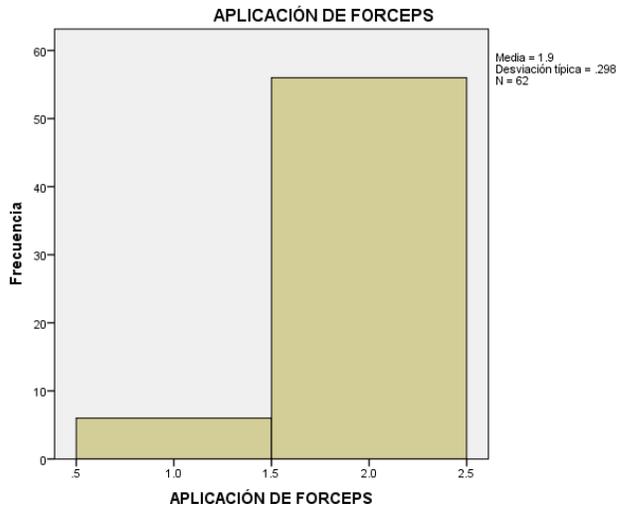
### Tiempo de periodo expulsivo

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
10 a 29 mn	4	6.5
30 a 59 mn	23	37.1
60 a 89 mn	23	37.1
90 a 119 mn	8	12.9
120 a 149 mn	4	6.5
Total	62	100.0



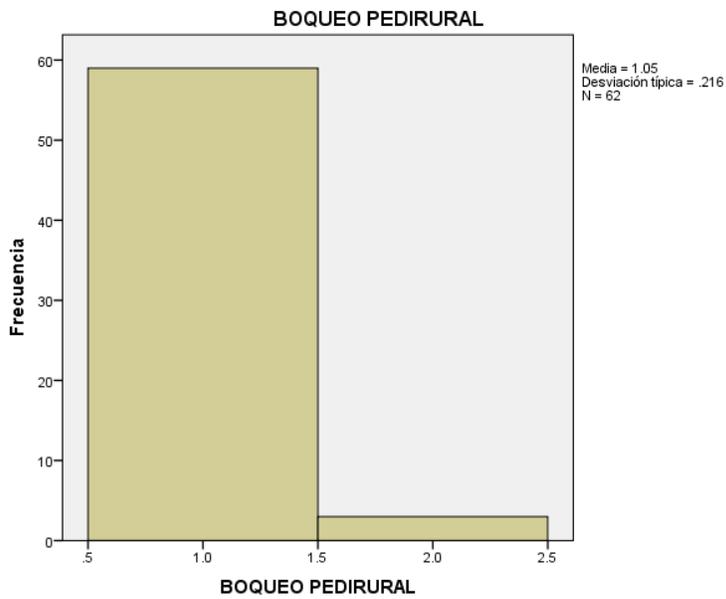
### Aplicación de fórceps

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
SI	6	9.7
NO	56	90.3
Total	62	100.0



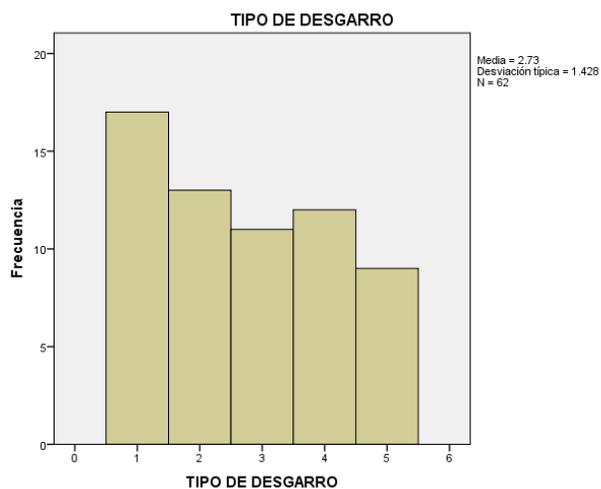
### Bloqueo Peridural

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	59	95.2
	NO	3	4.8
	Total	62	100.0



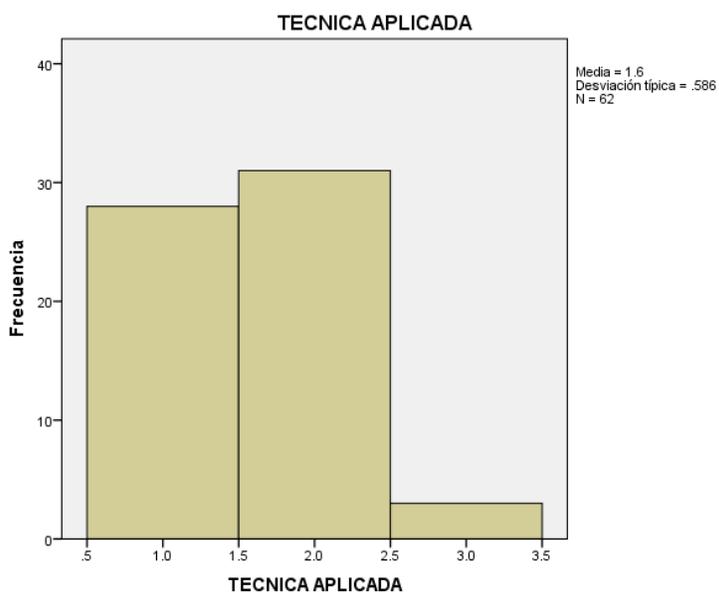
### Tipo de desgarro

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 3 A	17	27.4
3 B	13	21.0
3 C	11	17.7
3 NE	12	19.4
4	9	14.5
Total	62	100.0



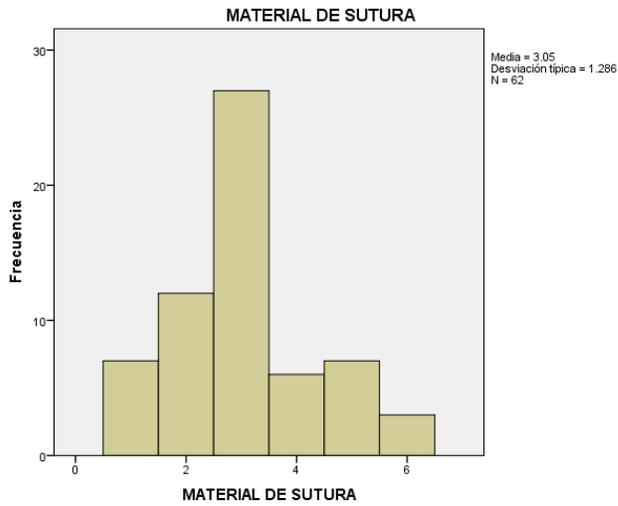
### Técnica sutura aplicada

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos TT	28	45.2
NE	31	50.0
TRASLAPE	3	4.8
Total	62	100.0



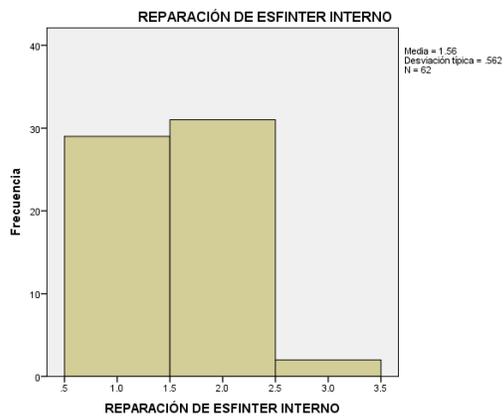
#### Material de sutura

	Frecuencia	Porcentaje
VICRYL NE	7	11.3
VICRYL 0	12	19.4
VICRYL 00	27	43.5
Válidos VICRYL 1	6	9.7
CROMICO	7	11.3
NE	3	4.8
Total	62	100.0



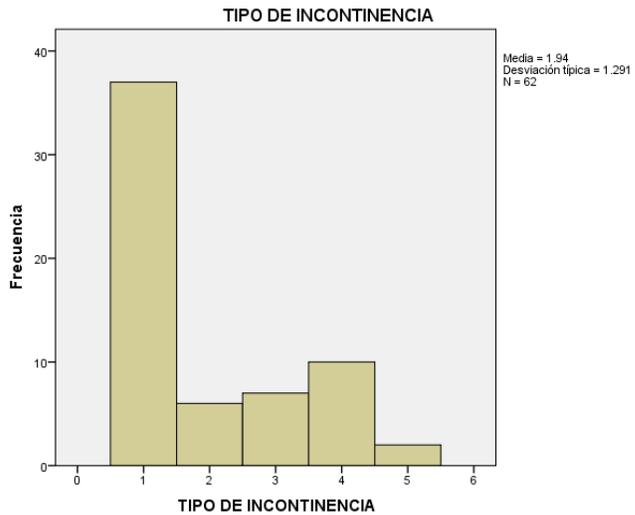
### Reparación del esfínter interno

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos NA	29	46.8
NE	31	50.0
NO	2	3.2
Total	62	100.0



### Tipo de incontinencia

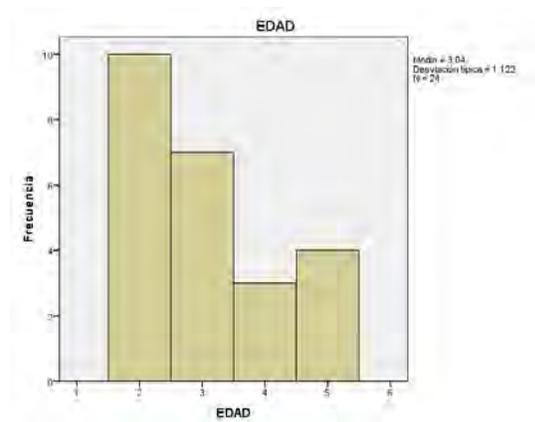
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
NEGATIVO	37	59.7
I. GASES A	6	9.7
I. GASES B	7	11.3
I. GASES C	10	16.1
I. LIQUIDOS B	2	3.2
Total	62	100.0



## TABLAS DE RESULTADOS DE PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

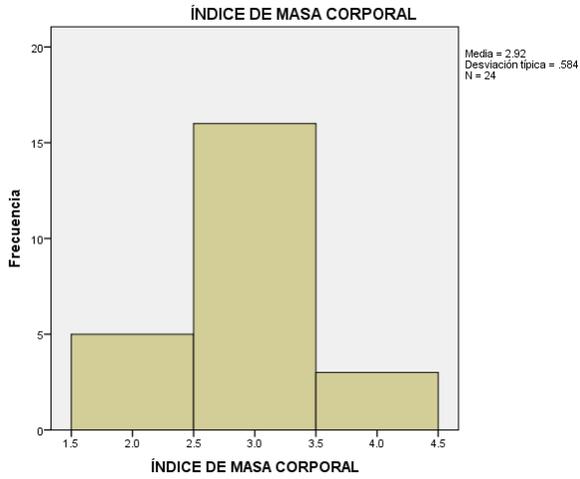
### EDAD EN AÑOS

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	20 a 24	10	41.7
	25 a 29	7	29.2
	30 a 34	3	12.5
	35 a 39	4	16.7
	Total	24	100.0



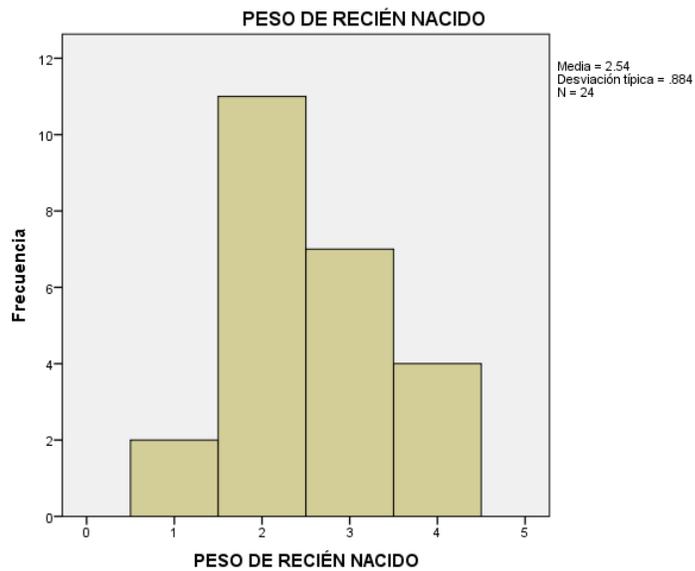
### INDICE DE MASA CORPORAL

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	PESO NORMAL	5	20.8
	SOBRE PESO	16	66.7
	OBESIDAD LEVE	3	12.5
	Total	24	100.0



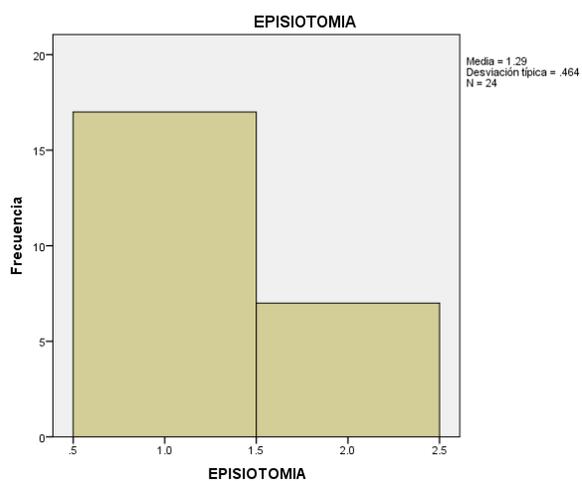
### PESO EL RECIÉN NACIDO

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	2.5 a 2.9 kg	2	8.3
	3 a 3.4 kg	11	45.8
	3.5 a 3.9 kg	7	29.2
	4 a 4.4 kg	4	16.7
	Total	24	100.0



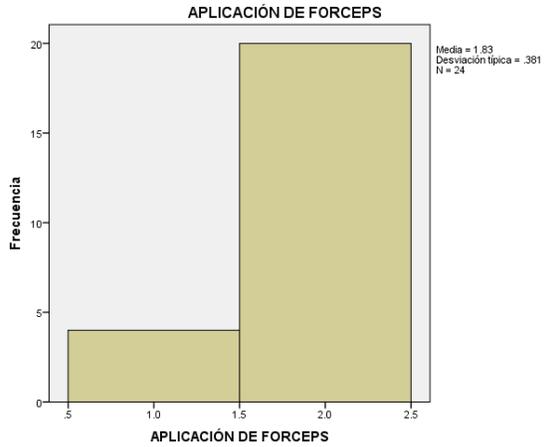
## EPISIOTOMÍA

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	MEDIA	17	70.8
	MEDIA LATERAL	7	29.2
	Total	24	100.0



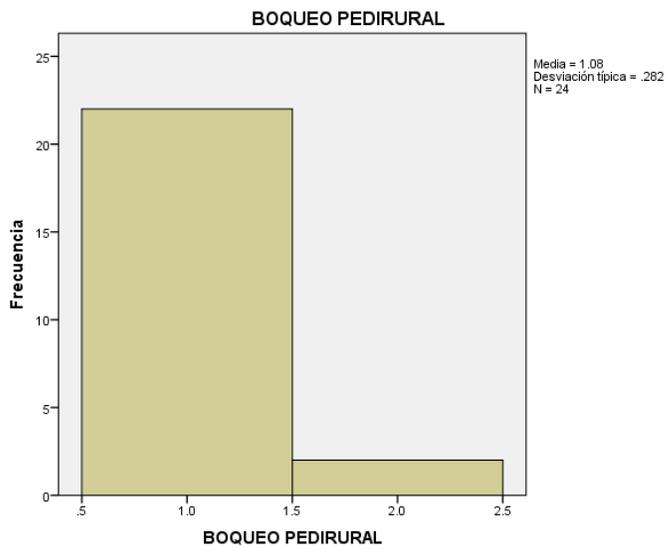
## APLICACIÓN DE FORCEPS

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	4	16.7	16.7
	NO	20	83.3	100.0
	Total	24	100.0	



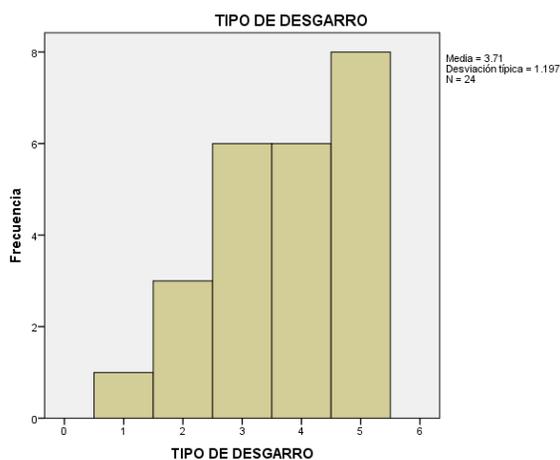
### BLOQUEO PERIDURAL

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	22	91.7	91.7
	NO	2	8.3	100.0
	Total	24	100.0	



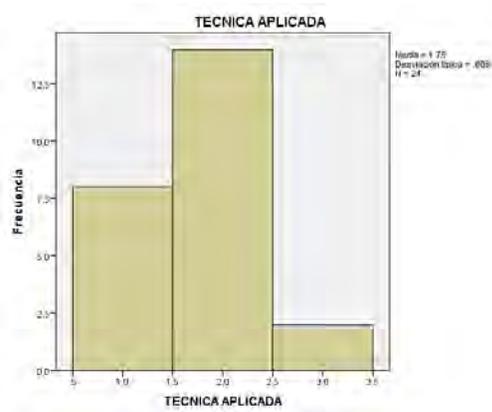
## TIPO DE DESGARRO

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3 A	1	4.2	4.2
	3 B	3	12.5	16.7
	3 C	6	25.0	41.7
	3 NE	6	25.0	66.7
	4	8	33.3	100.0
	Total	24	100.0	



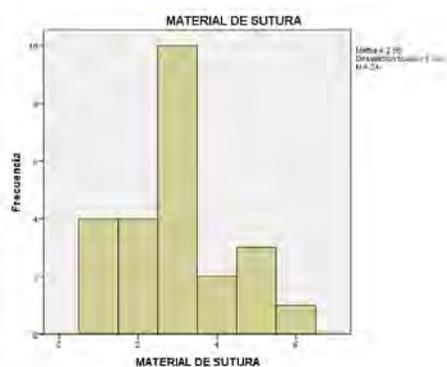
## TÉCNICA APLICADA

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TT	8	33.3	33.3
	NE	14	58.3	91.7
	TRASLAPE	2	8.3	100.0
	Total	24	100.0	



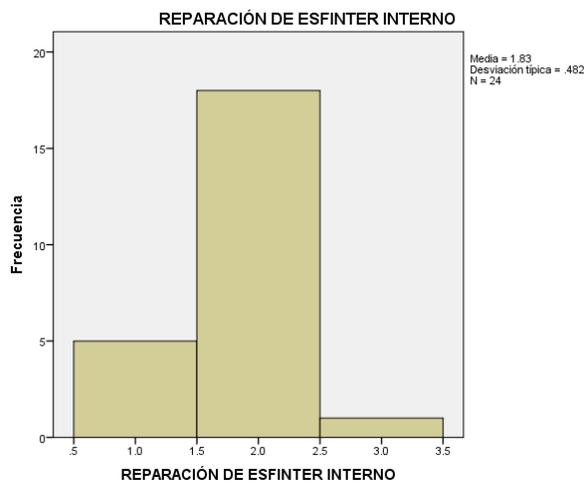
## MATERIAL DE SUTURA

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MICRYL	4	16.7	16.7
	MICRYL 0	4	16.7	33.3
	MICRYL 00	10	41.7	75.0
	MICRYL 1	2	8.3	83.3
	CROMICO	3	12.5	95.8
	NE	1	4.2	100.0
	Total	24	100.0	



## REPARACIÓN DE ESFINTER INTERNO

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NA	5	20.8	20.8
	NE	18	75.0	95.8
	NO	1	4.2	100.0
	Total	24	100.0	



### TIPO DE INCONTINENCIA

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	I. GASES A	6	25.0	25.0
	I. GASES B	7	29.2	54.2
	I. GASES C	9	37.4	91.6
	I. LIQUIDOS B Y C	2	8.4	100.0
	Total	24	100.0	

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Carta de consentimiento para participar en un estudio de investigación

El propósito de esta carta de consentimiento es darle la información necesaria para que usted decida su participación en el estudio "Incidencia de incontinencia fecal en pacientes primíparas posterior a evento obstétrico complicado con desgarro perineal de tercer y cuarto grado"

Investigador principal: Dra. Verónica Fernández Huerta

Investigador responsable: Dra. Edna Cortés Fuentes.

Propósito del estudio: Se le ha pedido participar en un estudio que se está realizando en mujeres que se atendieron de parto complicado con desgarro perineal de tercer o cuarto grado. El propósito de este estudio es diagnosticar a las pacientes con incontinencia fecal secundaria al evento obstétrico complicado.

Procedimientos del estudio: Si decido participar tendrá que acudir a una consulta en el servicio de Ginecología del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".

Riesgo del estudio: Yo comprendo que no existen riesgos ya que no hay intervención en mi persona.

Beneficios del estudio: Se me ha explicado que puede haber varios beneficios para mí por participar en este estudio. Detección de una de las complicaciones principales con los desgarros perineales secundarios a evento obstétrico y envié a unidad correspondiente para mi atención en caso de ser necesario.

Costos: Yo comprendo que no pagaré nada por participar en este estudio.

Compensación: se me ha explicado que no recibiré compensación alguna de tipo monetaria por participar en este estudio.

Confidencialidad: yo comprendo que los resultados será confidencial , conforme lo señala la ley.

La participación es voluntaria: Me han explicado que la participación en este estudio es voluntaria. Puedo hacer cualquier pregunta relacionada con este estudio y tengo derecho a obtener respuestas adecuadas. Se me ha explicado que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla común) para la realización de investigación en humanos.

Preguntas: Yo comprendo que puedo ponerme en contacto con la Dra. Verónica Fernández Huerta al teléfono 044 55 23 02 38 29, si tengo alguna pregunta relacionada con la participación en esta investigación. También puedo ponerme en contacto con el Comité de Investigación y Ética del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" si tuviera alguna pregunta sobre mi intervención como participante de esta investigación.

Hemos discutido con la Dra. Fernández y/o con los colaboradores, y nos han explicado el estudio a nuestra entera satisfacción.

Nombre con letra de molde y firma:

Paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_.

Investigador que obtiene el consentimiento: \_\_\_\_\_

## Cédula de recolección de datos

### Unidad Médica de Alta Especialidad No 4 "Luis Castelazo Ayala"

Nombre	
No afiliación	

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Talla: \_\_\_\_\_ cm

3. Peso \_\_\_\_\_ kg

4. IMC: \_\_\_\_\_

Fecha de parto: \_\_\_\_\_

Forceps: \_\_\_\_\_

Peso del neonato: \_\_\_\_\_ Diámetro biparietal \_\_\_\_\_

Promedio en minutos del segundo estadio de labor \_\_\_\_\_

Tipo de episiotomía \_\_\_\_\_

Uso de bloqueo peridural \_\_\_\_\_

Desgarro	Técnica	Material sutura	Reparación de esfínter interno
3er grado			
4to grado			

- ¿Tiene antecedente de hemorroidectomía?  
a. Si      b. No
- ¿Tiene pérdida involuntaria a gases?  
a. Si      b. No
- ¿Tiene pérdida involuntaria a heces líquidas?  
a. Si      b. No
- ¿Tiene pérdida involuntaria a heces sólidas?  
a. Si      b. No
- ¿Qué tan frecuente tiene estos episodios de incontinencia fecal?  
a. Diario    b. Menos de una vez a la semana    c. Más de una vez a la semana
- ¿Desde hace cuánto tiempo tiene incontinencia fecal?  
a. Seis meses    b. Un año      c. Dos años      d. Más de tres años

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

CAPTURÓ: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_



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 y Ética en Investigación en Salud 3606  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA 12/03/2013

**DRA. EDNA CORTÉS FUENTES**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Incidencia de incontinencia fecal en pacientes primíparas posterior a evento obstétrico complicado con desgarro perineal de tercer y cuarto grado.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3606-13

ATENTAMENTE

**DR. OSCAR ARTURO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL