

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Actualización sobre el manejo de los desgarros perineales de grado III-IV que afectan al esfínter anal durante el parto

Sobre las recomendaciones de la Green-top Guideline n.º 29 del Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Junio de 2015

E. Moral Santamarina

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

Desde que, en 2001, se publicó la primera guía de práctica clínica del Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) sobre el manejo del traumatismo obstétrico perineal (con actualizaciones en marzo de 2007 y junio de 2015)¹, se ha establecido a escala internacional el consenso de adoptar esas recomendaciones y clasificación, que constituyen la base de protocolos asistenciales como el publicado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en 2010 «Lesión obstétrica del esfínter anal», actualmente disponible en la plataforma PROSEGO.

Ante las novedades que introduce la reciente actualización de la guía del RCOG, la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO considera de especial interés su análisis y conocimiento por parte de todos los obstetras a fin de realizar una adecuada prevención y un oportuno diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesiones. Posteriormente se favorecerá la puesta al día del protocolo vigente mediante su adaptación a las actualizaciones que sugiere la guía del RCOG.

La metodología empleada por el grupo de expertos que ha editado la guía de 2015 consiste en la revisión de la mejor evidencia científica disponible, la asignación de niveles de evidencia y grados de recomendación clínica y, por último, el reconocimiento de una serie de buenas prácticas clínicas a partir de la experiencia del grupo que ha desarrollado la guía.

Se realizó una búsqueda de ensayos controlados aleatorizados relevantes, revisiones sistemáticas y metaanálisis en la Biblioteca Cochrane, MEDLINE y Embase desde 2006 hasta noviembre de 2014.

Gracias a la concienciación y a los programas de formación específicos, parece que se ha producido un aumento pro-

gresivo en la detección de lesiones del esfínter anal¹. Una tendencia a una incidencia cada vez mayor de desgarros perineales de grado III o IV no indica necesariamente una atención de mala calidad, sino que puede indicar más bien lo contrario: al menos a corto plazo, supone una atención de mayor calidad gracias a una mejor detección y comunicación de los casos³.

Los obstetras con una adecuada capacitación tienen más probabilidades de proporcionar una correcta reparación de la lesión del esfínter anal y contribuir a reducir el grado de morbilidad y litigio asociado a estas lesiones⁴.

Clasificación y terminología

¿Cómo deben clasificarse las lesiones obstétricas del esfínter anal?

Se recomienda que la clasificación propuesta por Sultan et al.⁵ que se describe en esta guía se utilice para describir cualquier lesión obstétrica del esfínter anal (*obstetric anal sphincter injury* [OASIS]) (nivel de evidencia 3-4; grado de recomendación D) (tabla 1).

Si existen dudas sobre el grado de desgarro de grado III, es preferible clasificarlo en el grado más alto.

Predicción y prevención de la lesión obstétrica del esfínter anal

¿Puede predecirse la lesión obstétrica del esfínter anal?

- La guía señala que los obstetras deben ser conscientes de los factores de riesgo de OASIS (buena práctica clínica), sin que ello permita la predicción precisa de esas lesiones esfinterianas (grado de recomendación D).
- La nuliparidad, el peso fetal superior a 4 kg, la distocia de hombros, la posición occipitoposterior, la prolongación de la segunda fase del parto y los partos instrumentales son factores de riesgo reconocidos para sufrir una OASIS.

Dirección para correspondencia:

eloy.moral.santamarina@sergas.es

Tabla 1. Clasificación de los desgarros perineales

Grado I	Lesión en la piel perineal y/o de la mucosa vaginal
Grado II	Lesión en el perineo que involucra los músculos perineales, pero no complica el esfínter anal
Grado III	Lesión en el perineo que implica el complejo del esfínter anal: III A: menos del 50% del espesor del esfínter anal externo III B: lesión superior al 50% del espesor del esfínter anal externo III C: lesión que afecta al esfínter anal externo y al esfínter anal interno
Grado IV	Lesión que implica el complejo del esfínter anal (externo e interno) y la mucosa anorrectal

¿Puede prevenirse la lesión obstétrica del esfínter anal?

Al respecto, la guía de RCOG recomienda lo siguiente:

- Los obstetras deben explicar a las mujeres que la evidencia existente sobre el efecto protector de la episiotomía es contradictoria, según los estudios que se consulten^{6,7} (nivel de evidencia 2; grado de recomendación C; nueva recomendación 2015).
- La episiotomía mediolateral debe considerarse en partos instrumentales⁸ (nivel de evidencia 2; grado de recomendación D; nueva recomendación 2015).
- Cuando se indique episiotomía, se aconseja utilizar la técnica mediolateral, con una cuidadosa atención para asegurar que el ángulo es de 60 grados, alejada de la línea media, cuando el periné esté distendido⁹ (nivel de evidencia 3; grado de recomendación D).
- La protección perineal en el momento en que el polo cefálico está coronando puede proteger de que se produzca OASIS¹⁰ (grado de recomendación C; nueva recomendación 2015).
- La aplicación de compresas calientes en el periné durante la segunda etapa del parto reduce el riesgo de OASIS¹¹ (nivel de evidencia 1; grado de recomendación A; nueva recomendación 2015).
- El masaje perineal durante el último mes de embarazo puede reducir en primíparas la incidencia de lesiones que requieran sutura, y también puede hacer menos probable la necesidad de una episiotomía. No se han encontrado diferencias en la incidencia de desgarros perineales de grado I-II o de grado III-IV empleando dicha técnica¹².

Mejorar la identificación de la lesión obstétrica del esfínter anal

Todas las mujeres que tienen un parto vaginal presentan riesgo de sufrir OASIS o lesiones rectales aisladas.

Se considera una buena práctica clínica realizar el examen de forma sistemática, incluyendo un tacto rectal, para evaluar la gravedad del daño, sobre todo antes de la sutura.

La evaluación sistemática de traumatismo genital debe incluir cuatro puntos¹³:

1. Una explicación más detallada de lo que el obstetra planea realizar y por qué.
2. La confirmación por parte de la mujer de que la analgesia (local o regional) es eficaz.
3. Evaluación visual del grado de traumatismo perineal para incluir las estructuras implicadas, la profundidad de la lesión y la evaluación de la hemorragia.
4. Un examen rectal para evaluar si se ha producido alguna lesión en el esfínter anal externo o interno, y si hay alguna sospecha de que los músculos perineales estén dañados.

Desde la introducción de la ecografía endoanal, las anomalías ecográficas ocultas del esfínter anal se han identificado en el 33% de las mujeres después de un parto vaginal.

Sin embargo, cuando la ecografía endoanal se realiza inmediatamente después del parto, la tasa de detección de OASIS no aumenta de forma significativa en comparación con el examen clínico.

Como existen limitaciones en la disponibilidad de ecógrafos en el paritorio, la calidad de imagen, las habilidades de interpretación y la aceptación por parte de las pacientes, en la actualidad el uso de la ecografía endoanal para la detección de lesiones del esfínter anal inmediatamente después del parto se limita al contexto de trabajos de investigación (nivel de evidencia 3)¹⁴.

Técnica de reparación de la lesión obstétrica del esfínter anal

Principios generales de la reparación

Se consideran como buenas prácticas clínicas los siguientes aspectos:

- La reparación de desgarros de grados III y IV debe ser realizada por un médico debidamente capacitado o por un aprendiz bajo supervisión.
- Toda reparación ha de llevarse a cabo en un quirófano, con anestesia regional o general, con buena iluminación y con los instrumentos adecuados.
- Si se produce un sangrado excesivo, hay que realizar un taponamiento vaginal y llevar a la mujer al quirófano lo antes posible.

- La reparación de OASIS en la sala de partos puede realizarse en ciertas circunstancias y después de consensuarlo con un obstetra altamente cualificado.
- Durante la reparación de OASIS han de evitarse las suturas en 8, porque son hemostáticas en su naturaleza y pueden causar isquemia tisular.
- Una vez efectuada la reparación, hay que hacer un examen rectal para asegurarse de que las suturas no se han pasado inadvertidamente a través de la mucosa anorrectal. Si se identifica una sutura, debe eliminarse.
- Debe realizarse una descripción detallada (escrita o mediante esquemas) de las estructuras anatómicas implicadas, el método de reparación y los materiales de sutura empleados.
- La mujer ha de estar plenamente informada sobre la naturaleza de su desgarro y se le debe ofrecer seguimiento en una unidad especializada.

¿Qué técnica debe escogerse para reparar las lesiones de la mucosa anorrectal?

Los desgarros de la mucosa anorrectal pueden ser reparados indistintamente con sutura continua o interrumpida (nivel de recomendación D; nueva recomendación 2015).

La clásica recomendación de realizar puntos sueltos con el nudo hacia el canal anal se recomendaba cuando se empleaba *catgut* para evitar reacciones inflamatorias e infección, pero desde que se dispone de poliglactina esto ya no es necesario (nivel de evidencia 4)¹⁵.

¿Qué técnica debe emplearse para reparar las lesiones del esfínter anal interno?

Es aconsejable repararlo de manera independiente mediante suturas interrumpidas o colchonero, tipo *end to end*, sin ningún intento de solapamiento de ambos extremos del desgarro¹⁶ (nivel de evidencia 2; grado de recomendación C).

¿Qué técnica debe emplearse para reparar las lesiones del esfínter anal externo?

Para la reparación de un desgarro del esfínter anal externo de espesor total, son válidos tanto la aproximación término-terminal (*end to end*) como el solapamiento (*overlap*), con los que se obtienen resultados equivalentes¹⁷ (nivel de evidencia 1; grado de recomendación A).

Para los desgarros de espesor parcial (IIIA y algunos IIIB), tiene que utilizarse una técnica de aproximación término-terminal (*end to end*)^{16,18} (nivel de evidencia 4; grado de recomendación D; nueva recomendación 2015).

Elección del material de sutura para reparar una lesión obstétrica del esfínter anal

- Se recomienda emplear suturas de poliglactina 3-0 para reparar la mucosa anorrectal, ya que causan menos irritación y molestias que las de polidioxanona (PDS)¹⁵ (nivel de evidencia 4; grado de recomendación D; nueva recomendación 2015).
- Para la reparación de los esfínteres anales externo e interno pueden emplearse tanto las suturas monofilamento, como la PDS de 3-0, como las suturas trenzadas modernas tipo poliglactina de 2-0; los resultados son equivalentes. (18) que es el 42. (grado de recomendación B).
- Cuando se llevan a cabo las reparaciones obstétricas del esfínter anal, se recomienda el soterramiento de nudos quirúrgicos debajo de los músculos perineales superficiales, para reducir al mínimo el riesgo de migración del nudo y la sutura a la piel¹⁸ (nivel de evidencia 1; grado de recomendación B).

Competencia quirúrgica: ¿quién debe reparar las lesiones obstétricas del esfínter anal?

La nueva guía considera buena práctica clínica que la reparación sea realizada por profesionales debidamente capacitados, siendo tal capacitación un componente esencial de la formación obstétrica¹⁹⁻²¹ (nivel de evidencia 3-4; grado de recomendación D).

Cuidados postoperatorios

- Se recomienda usar antibióticos de amplio espectro tras la reparación de OASIS para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias y dehiscencia de la herida²² (nivel de evidencia 1; grado de recomendación B).
- Se recomienda usar laxantes postoperatorios para reducir el riesgo de dehiscencia de la herida. El empleo de lactulosa está recomendado durante los primeros 10 días tras la reparación de OASIS¹⁸ (nivel de evidencia 2; grado de recomendación C).
- Los agentes espesantes no deben administrarse de forma habitual con laxantes²³ (nueva recomendación 2015).

Indicadores de buena práctica clínica

La guía señala como indicadores de buena práctica clínica los siguientes:

- Establecimiento de protocolos respecto al uso de antibióticos y laxantes, el examen y el seguimiento de las mujeres con reparación de OASIS.
- Hay que informar a las mujeres sobre el efecto beneficioso de la fisioterapia después de la reparación de OASIS.

- Las mujeres que se han sometido a una reparación de OASIS deben pasar una revisión en un tiempo prudencial de 6-12 semanas, y siempre que sea posible la revisión la efectuarán médicos con un especial interés en el manejo de estas situaciones clínicas.
- Si durante el seguimiento la mujer presenta incontinencia o dolor, ha de ser remitida a un ginecólogo especialista o a un cirujano colorrectal.

Pronóstico

Tras la reparación de una OASIS debe informarse de que el 60-80% de las mujeres estarán asintomáticas 12 meses después del parto y de la reparación del esfínter anal externo^{4,18,20,24}.

Futuros partos

¿Qué consejo debe darse a la mujer tras una lesión obstétrica del esfínter anal en relación con futuros embarazos y el tipo de parto?

La guía establece como buenas prácticas clínicas a este respecto las siguientes:

- Todas las mujeres que han sufrido OASIS en un embarazo anterior deben ser aconsejadas sobre el tipo de parto, y esto debe documentarse claramente en su historial^{15,25}.
- El riesgo de sufrir un desgarro de grado III o IV después de un parto es del 5-7%^{25,26}.
- Los riesgos de un parto vaginal tras un desgarro de grado III han sido evaluados con un empeoramiento de los síntomas fecales en el 17% de las mujeres²⁷⁻³⁰.
- El papel de la episiotomía profiláctica en los embarazos posteriores no se conoce y, por tanto, una episiotomía sólo debe realizarse si está clínicamente indicado.
- A todas las mujeres que han sufrido una OASIS en un embarazo anterior y que presentan síntomas en la actualidad o tienen una ecografía endoanal y/o una manometría rectal anormal, se les debe aconsejar una cesárea electiva en el embarazo actual¹⁵.

Recomendaciones para la investigación en lesiones obstétricas del esfínter anal

- Faltan evidencias respecto a la información que puede ayudar a una toma de decisiones en relación con la vía aconsejable del parto tras sufrir una OASIS. Esto debe ser abordado fomentando la participación en ensayos multicéntricos aleatorizados controlados.
- Se requieren más estudios sobre la aceptación de la ecografía endoanal por parte de las pacientes y sobre la ayuda que puede proporcionar esta prueba en la detección de defectos residuales del esfínter anal inmediatamente después de la reparación quirúrgica primaria.

- Hay que investigar la necesidad de una cirugía secundaria en mujeres que han sufrido una OASIS.■

BIBLIOGRAFÍA

1. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The management of third and fourth degree perineal tears. Green-top Guidelines No. 29. RCOG, June 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg29/>
2. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG*. 2013; 120: 1.516-1.525.
3. Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *Int Urogynecol J*. 2014; 25: 1.621-1.627.
4. Baghurst PA. The case for retaining severe perineal tears as an indicator of the quality of obstetric care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013; 53: 3-8.
5. Andrews V, Shelmerdine S, Sultan AH, Thakar R. Anal and urinary incontinence 4 years after a vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2013; 24: 55-60.
6. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG*. 2008; 115: 247-252.
7. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*. 2010; 26: 348-356.
8. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80: 830-834.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55. Manchester: NICE, 2007.
10. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol*. 2010; 116: 901-908.
11. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (12): CD006672.
12. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (4): CD005123.
13. Sultan AH, Kettle C. Diagnosis of perineal trauma. En: Sultan AH, Thakar R, Fenner DE, eds. *Perineal and Anal Sphincter Trauma*. Londres: Springer, 2007; 13-19.
14. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*. 1993; 329: 1.905-1.911.
15. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002; 16: 99-115.
16. Sultan AH, Monga AK, Kumar D, Stanton SL. Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999; 106: 318-323.
17. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (12): CD002866.
18. Williams A, Adams EJ, Tincello DG, Alfrevic Z, Walkinshaw SA, Richmond DH. How to repair an anal sphincter injury after vagi-

- nal delivery: results of a randomised controlled trial. *BJOG*. 2006; 113: 201-207.
19. Fitzpatrick M, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. A randomized clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third-degree obstetric tears. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183: 1.220-1.224.
 20. Garcia V, Rogers RG, Kim SS, Hall RJ, Kammerer-Doak DN. Primary repair of obstetric anal sphincter laceration: a randomized trial of two surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192: 1.697-1.701.
 21. Pronk P, Van Leeuwen E, Albicher C, Dermout SM, Doornbos JP, Engel AF. Temporal endosonographic evaluation of anal sphincter integrity after primary repair for obstetric ruptures: a case for specific training of obstetricians. *Colorectal Dis*. 2010; 12: e140-e144.
 22. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (11): CD005125.
 23. Mahony R, Behan M, O'Herlihy C, O'Connell PR. Randomized, clinical trial of bowel confinement vs laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47: 12-17.
 24. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Radley S, Jones P, O'Brien PM. Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: 1.261-1.268.
 25. Scheer I, Thakar R, Sultan AH. Mode of delivery after previous obstetric anal sphincter injuries (OASIS): a reappraisal? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20: 1.095-1.101.
 26. Harkin R, Fitzpatrick M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003; 109: 149-152.
 27. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Strijers RL, Dekker GA, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *Br J Surg*. 1998; 85: 1.433-1.438.
 28. Goffeng AR, Andersch B, Andersson M, Berndtsson I, Hulten L, Öresland T. Objective methods cannot predict anal incontinence after primary repair of extensive anal tears. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998; 77: 439-443.
 29. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992; 99: 724-726.
 30. Fynes M, Donnelly VS, O'Connell PR, O'Herlihy C. Cesarean delivery and anal sphincter injury. *Obstet Gynecol*. 1998; 92: 496-500.