

PROTOCOLO

Protocolo asistencial sobre «Lesión obstétrica del esfínter anal». Protocolo conjunto de la Sección de Suelo Pélvico y la Sección de Perinatología de la SEGO

Objetivo del protocolo. Definición de la población diana

El parto vaginal es un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, por la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios. El parto vaginal es uno de los factores implicados en el deterioro del suelo pélvico, posiblemente el más determinante. Puede dañar las estructuras de soporte del suelo pélvico por traumatismo directo, distensión de la musculatura pelviana o lesión distal de los nervios pelvianos. La realización de cesáreas con el fin de preservar a las mujeres de la disfunción sexual y de los problemas de continencia no está totalmente refrendada por la evidencia científica.

El objetivo principal de este protocolo es mejorar el diagnóstico y tratamiento de los desgarros del esfínter anal en el parto, así como establecer pautas para el seguimiento y control de las pacientes con lesiones del esfínter anal diagnosticadas y tratadas en el parto. Como actividad fundamental que realizar, supone efectuar la identificación y el diagnóstico correcto de los desgarros perineales que se producen, independientemente del tipo de parto. Aunque la incidencia sea superior en los partos instrumentales, la mayor proporción de partos eutócicos hace que, en números absolutos, casi la mitad del total de los desgarros de tercer y cuarto grado se de en mujeres que han tenido un parto vaginal eutócico, es decir, en partos de bajo riesgo para las lesiones perineales.

La paciente diana para este «Protocolo de diagnóstico y tratamiento de los desgarros de tercer y cuarto grado. Prevención de la incontinencia anal» es la puerpera tras el periodo expulsivo del parto por vía vaginal.

En este protocolo, además del diagnóstico, se contempla la sutura de los desgarros perineales, su tratamiento posterior y su seguimiento. Se analizan las maniobras preventivas de dichos desgarros y las recomendaciones sobre las posibilidades de prevenir lesiones recurrentes en futuros embarazos.

Recomendaciones para la prevención primaria de las lesiones perineales

Las recomendaciones para la prevención primaria de los desgarros perineales que se refieren a la práctica obstétrica se basan en un nivel de evidencia limitado. Son las siguientes:

- La protección del periné, con la finalidad de aprovechar la elasticidad del suelo pélvico y lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones protege la integridad del periné (nivel de evidencia [NE] IIb).
- Se recomienda realizar la episiotomía de forma restrictiva, preferentemente mediolateral, con un ángulo suficiente que permita alejarse del esfínter anal (NE IIa).
- En caso de tener la necesidad de abreviar el expulsivo y poder elegir el tipo de tocurgia, es preferible utilizar la ventosa que recurrir al fórceps, para evitar lesiones del esfínter (NE IIb).

Actividad que realizar Clasificación y terminología

La clasificación descrita por Sultan y aceptada por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) clasifica los desgarros perineales en cuatro grados, y subdivide el tercer grado en tres subgrupos (tabla 1).

En la figura 1 se muestra el esquema anatómico de los esfínteres interno y externo, de los desgarros de cuarto grado y de los diferentes subtipos de desgarros de tercer grado.

Esta clasificación, a diferencia de la anterior, aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c implican el doble de riesgo de desencadenar una incontinencia anal (IA) que los 3b, y éstos, a su vez, el doble que los 3a (NE IIb).

En caso de duda respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por el grado superior.

Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Así sucedería, por ejemplo, con una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y

Tabla 1. Clasificación de los desgarros perineales (RCOG)	
1.º grado	Lesión de la piel perineal
2.º grado	Lesión de los músculos del periné (no del esfínter)
	3a Lesión del esfínter externo <50%
3.º grado	3b Lesión del esfínter externo >50%
	3c Lesión del esfínter externo e interno
4.º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa

externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto-vaginales.

Identificación de los desgarros perineales posparto

Los desgarros perineales están infradiagnosticados. Para identificarlos correctamente, hay que seguir una sistemática de exploración, en la que se requiere:

- Posición de litotomía.
- Buena fuente de luz.
- Asepsia continua durante el procedimiento.
- Analgesia adecuada.

En los desgarros de segundo grado es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Hay que observar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas, siendo este segundo hallazgo el signo que mejor identifica su rotura.

Para que la exploración perineal sea precisa, se recomienda realizar de forma sistemática un tacto rectal con el dedo índice y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice permite una mejor exposición de la zona lesionada. Debemos recordar que el color del esfínter externo es similar al de la carne roja (la carne de ternera, por ejemplo), mientras que el color del esfínter interno recuerda al de la carne blanca, como la carne de pollo. La identificación del desgarro del esfínter externo siempre es más fácil que la del interno, aunque en algunas ocasiones el desgarro completo del esfínter externo puede retraerse, siendo necesario localizarlo para su correcta sutura.

Se ha evidenciado que, cuando un equipo obstétrico mejora su entrenamiento en el diagnóstico de los desgarros perineales posparto, aumenta significativamente el número de los desgarros diagnosticados. Este hecho pone de mani-

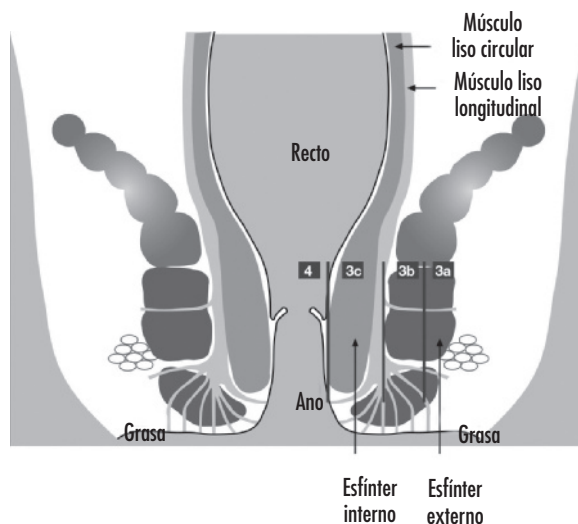


Figura 1. Esquema anatómico de los esfínteres interno y externo, de los desgarros de cuarto grado y de los diferentes subtipos de desgarros de tercer grado

fiesto la existencia de lesiones que no son diagnosticadas por la falta de adiestramiento diagnóstico (NE III).

Por ello, para poder prevenir la incontinencia anal y lograr la mayor eficacia de este protocolo, se considera fundamental la formación sobre la identificación de estas lesiones de cualquier profesional que asista a partos. La reparación de este tipo de lesiones es competencia del obstetra.

Reparación de las lesiones perineales posparto (tabla 2)

Técnica de sutura

Desgarros de primer grado

Han de suturarse los bordes de la piel que permanecen separados, no siendo necesario suturar en el caso de que los bordes estén juntos y sin sangrado activo.

Se ha evidenciado que la sutura continua intradérmica de la piel condiciona menos dolor en los primeros 10 días tras la reparación. Sin embargo, a largo plazo no se han constatado diferencias entre los resultados de la sutura con puntos sueltos y la intradérmica.

Desgarros de segundo grado

La reparación debe iniciarse en los planos profundos hasta llegar a los más superficiales, a fin de evitar espacios muertos. La sutura puede realizarse con puntos sueltos o con sutura continua; no se han observado diferencias significativas en los resultados funcionales y estéticos entre ambas opciones.

Tabla 2. Protocolo de reparación de los desgarros del esfínter anal

1. El desgarro ha de ser reparado por un especialista con experiencia en reparación de desgarros del esfínter anal o por un residente bajo supervisión del experto
2. Anestesia regional o general
3. Los desgarros 3a se reparan con técnica término-terminal, suturando con polidioxona 3/0
4. Los desgarros 3b se reparan con técnica término-terminal o solapamiento si el esfínter externo está completamente roto o se separan las fibras restantes que puedan quedar
5. Si el esfínter interno está roto (3c) o el desgarro es de 4º grado, se repara con 2-3 puntos de colchonero con polidioxona 3/0
6. La mucosa anal se repara con puntos sueltos de poliglactina 3/0, con los nudos hacia la luz rectal
7. Se administra una dosis de antibiótico en el momento de la reparación del esfínter y se continúa el tratamiento 5 días tras el parto (cefuroxima y metronidazol)
8. Se prescribe lactulosa 15 mL, dos veces al día, durante 10 días, asegurándose de que las heces sean blandas
9. Seguimiento en el posparto

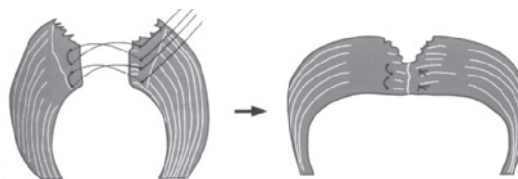
Como se ha señalado, es importante identificar las lesiones del músculo elevador del ano mediante la palpación de las paredes laterales para su correcta sutura. Cabe recordar que los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que hay que buscarlos. Deben unirse, mediante puntos sueltos o con sutura continua, los grupos de fibras separados por grasa (el elemento diagnóstico que identifica la rotura del músculo elevador del ano), hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa.

Desgarros de tercer grado

La sutura del esfínter interno ha de realizarse completamente y de forma independiente de la del esfínter externo, y en ambos casos deben ser suturas sin tensión. La reparación del esfínter anal interno no puede realizarse de forma secundaria.

La reparación del esfínter externo puede llevarse a cabo mediante dos técnicas de sutura diferentes: la sutura término-terminal (*end to end*) o el solapamiento (*overlap*) (figura 2). En los desgarros parciales, por sus propias características, resulta difícil la práctica del solapamiento. Intentar la reparación del esfínter interno mediante la técnica del solapamiento aún es más difícil que en el esfínter externo, por lo que habitualmente se realiza la sutura término-terminal a este nivel.

Sutura término-terminal



Sutura «overlap»

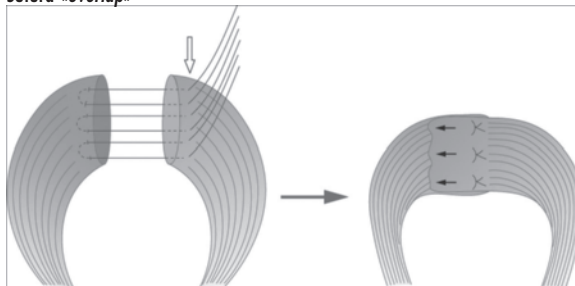


Figura 2. Técnicas de reparación del esfínter externo

Se ha de intentar suturar el esfínter de modo que, una vez reparado, tenga la misma anchura en todo su perímetro, ya que se ha demostrado una relación directa entre la longitud del canal esfinteriano que se consigue con la sutura y el grado de continencia anal.

Una demora en la reparación del esfínter anal inferior a 12 horas no empeora los resultados funcionales.

Desgarros de cuarto grado

La reparación debe iniciarse con la sutura de la mucosa rectal. Debe suturarse con puntos sueltos, quedando el nudo en la luz intestinal. Esta práctica se realiza con la finalidad de evitar la mayor reabsorción del material de sutura, condicionada por los nudos que quedan enterrados. También es válida la sutura continua intramucosa, dado que el nivel de reabsorción del material sería semejante al anterior.

Material de sutura

- Las suturas de los desgarros de primer y segundo grado deben realizarse con poliglactina de reabsorción rápida, por sus mejores resultados a corto y largo plazo.
- Las suturas de los esfínteres interno y externo deben realizarse con material monofilamento absorbible de larga duración, como puede ser la polidioxona fina de 3/0, a fin de minimizar los riesgos de infección. No obstante, cabe señalar que un estudio aleatorizado no ha encontrado diferencias en los resultados entre la polidioxona y la poliglactina.

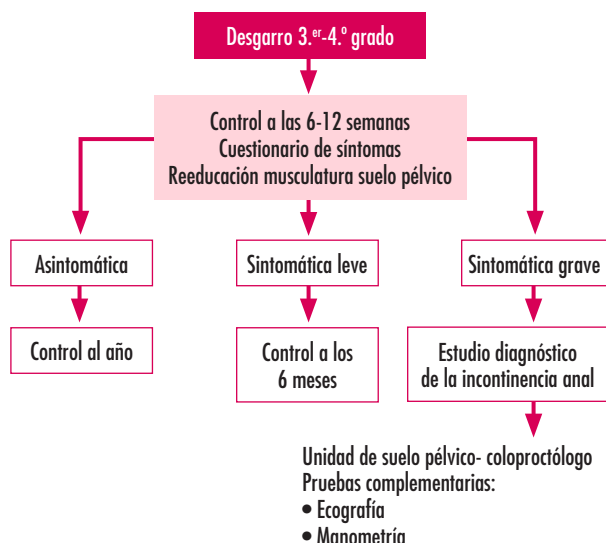


Figura 3. Control y seguimiento de las mujeres con desgarros perineales

- La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con poliglactina 3/0.

Profilaxis antibiótica

Para prevenir la infección de la herida perineal, es recomendable la administración sistemática de una única dosis intravenosa de una cefalosporina de segunda generación antes de reparar el desgarro de esfínter anal intraparto (NE I).

Control y seguimiento de las mujeres con desgarros perineales (figura 3)

Posoperatorio inmediato

Las recomendaciones en el posoperatorio inmediato son las siguientes:

- Uso de antibióticos de amplio espectro. Se aconseja prolongar el tratamiento con cefalosporinas durante unos días tras el parto (5-7 días) y cubrir la posible infección por anaerobios con una pauta adicional de metronidazol, con la finalidad de reducir la infección de la herida y la dehiscencia (NE IV).
- Utilización de laxantes. Se recomienda la administración de lactulosa y una dieta laxante en el posparto, para facilitar la defecación y evitar la dehiscencia de la sutura que pueden condicionar las heces compactas (NE I).
- Es recomendable informar a las mujeres que han sufrido un desgarro de esfínter anal sobre el tipo de lesión, las pautas de seguimiento y los posibles síntomas, y hay que explicárselo con la máxima claridad posible.

Seguimiento en el puerperio y controles posteriores

Es aconsejable llevar a cabo un seguimiento y control de los síntomas anorrectales, tanto en el puerperio como a largo plazo (1 año), de las mujeres con desgarros del esfínter anal (NE Ib). Se ha confirmado que, tras la correcta reparación del esfínter externo, el 60-90% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. Los síntomas más comunes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria.

No existen estudios prospectivos aleatorizados que permitan recomendar unas actividades específicas ni unas pautas de seguimiento de estas pacientes con desgarros del esfínter anal. Las recomendaciones que se exponen a continuación tienen, por tanto, un NE IV.

El control en el puerperio lo efectuará el obstetra-ginecólogo o la matrona. La valoración de la mujer con lesión del esfínter anal se ha de centrar en dos aspectos:

- La detección de los síntomas de IA, para lo cual hay que preguntar directamente si sufre escapes de gases o heces (sólidas o líquidas) o urgencia defecatoria. Los datos que deben investigarse son:
 - ¿Tiene pérdida involuntaria de heces sólidas?
 - ¿Tiene pérdida involuntaria de heces líquidas?
 - ¿Tiene pérdida involuntaria de gases?
 - ¿Tiene un deseo irrefrenable de defecar, con temor a presentar pérdida involuntaria de las heces?
 - ¿Tiene dolor al defecar?
- La recomendación de hacer ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión. Las pacientes que presentan lesión del esfínter anal externo obtienen beneficios con esta medida.

Si la mujer está asintomática, se le indicará que, en caso de que aparezcan síntomas, acuda a un control. Sería recomendable ofrecer a la paciente una visita de control al año.

Si la mujer tiene síntomas de IA persistentes (véanse las preguntas antes citadas), se procederá del siguiente modo:

- Si la sintomatología es leve y la mujer no está demasiado afectada por el problema, se aconseja programar una visita de seguimiento a los 6 meses, dado que en los estudios con seguimiento se ha observado que un número considerable de pacientes evolucionan favorablemente hacia la resolución de los síntomas en los primeros 6 meses posparto.
- Si la sintomatología es grave o afecta de forma importante a la calidad de vida de la paciente, se recomienda su derivación a una unidad especializada en patología del suelo pélvico, con un equipo multidisciplinario que cuente con un coloproctólogo.

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible

Ia	La evidencia científica procede de metaanálisis de ensayos clínicos comparativos y aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico comparativo y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo comparativo, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

En esta unidad especializada, deberían realizarse:

- Una valoración de los síntomas anorrectales y otros síntomas uroginecológicos.
- Una exploración pélvica que incluya la valoración del tono en reposo y la capacidad contráctil del esfínter anal.
- Una ecografía endoanal o perineal para valorar la integridad del esfínter anal.
- Una manometría anorrectal para valorar la funcionalidad.

Según el resultado de las pruebas diagnósticas, el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico. La mayor parte de estas pacientes podrán beneficiarse del tratamiento conservador con *biofeedback* anal. Sólo un número muy limitado de mujeres requerirá una reparación secundaria del esfínter externo.

El parto tras un desgarro del esfínter anal

En general, la preocupación de las mujeres que se plantean un nuevo embarazo tras haber sufrido un desgarro del esfínter anal se centra en la posibilidad de que esta lesión pueda repetirse y de que aparezcan o se agraven los síntomas de

Grados de recomendación

A	Existe buena evidencia basada en la investigación para apoyar la recomendación (recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib)
B	Existe moderada evidencia basada en la investigación para apoyar la recomendación (recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III)
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso (recoge el nivel de evidencia IV)

IA. Por ello, nos solicitan una recomendación sobre la forma ideal de terminar el parto para, en la medida de lo posible, evitar esos dos problemas. Esta recomendación únicamente se puede hacer considerando la mayor morbilidad e incluso mortalidad asociada a la cesárea.

No disponiendo de datos suficientes que permitan basar las recomendaciones en un nivel alto de evidencia y basándonos, por tanto, en los escasos estudios con seguimiento que pueden arrojar luz para la toma de esta decisión, podríamos afirmar que, tras un desgarro de tercer o cuarto grado, si la mujer queda embarazada se han de tener en cuenta los siguientes puntos:

- Si la mujer está asintomática y mantiene la continencia, se puede recomendar un parto vaginal. El riesgo de repetir otra lesión de tercer o cuarto grado se sitúa en el 3,6-7,2%. La incontinencia anal debida al embarazo no se modifica por la realización de una cesárea. En el caso de un peso fetal estimado superior a 4.000 g, el riesgo de lesión aumenta del 8 al 23%.
- Si la mujer presenta IA, debemos informar a la paciente de que el embarazo puede intensificar la sintomatología. No hay evidencia de que la vía de parto influya en la evolución posterior. Sería aconsejable diferir la cirugía secundaria del esfínter hasta el final del deseo reproductivo, siempre que no afecte a la calidad de vida. La decisión final debería tomarla la mujer tras haber recibido una información detallada y de acuerdo con sus preferencias.
- En los casos en que la gestante haya presentado IA posparto y se haya realizado una cirugía en un segundo tiempo con éxito, debe aconsejarse la cesárea. ■

Los protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente de los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptados y utilizados por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.