

EDITORIAL

Seguimos sin avanzar en las estrategias preventivas del trauma pélvico de origen obstétrico

A propósito de las Green-Top Guidelines del Royal College Obstetrics and Gynecology sobre parto instrumental

Durante más de un siglo, el embarazo y el parto se han considerado los principales factores de riesgo de disfunción del suelo pélvico (DSP), en particular para el prolapso de órganos pélvicos (POP) sintomático¹. La larga latencia entre el evento y la morbilidad ha sido un problema para el establecimiento de relaciones causa-efecto².

A pesar de todos los esfuerzos realizados en los últimos años, tanto en investigación básica como clínica y epidemiológica, para determinar los factores de riesgo, con el objetivo final de poner en marcha estrategias de prevención primaria de la patología del suelo pélvico en el parto, el avance en esta dirección es mínimo. Uno de los problemas principales es que la prevención primaria de las lesiones del elevador del ano (EA) y de las lesiones obstétricas del esfínter anal (*obstetric anal sphincter injuries* [OASIS]) supone actuar sobre el modelo de parto vaginal, fundamentalmente limitando la utilización de fórceps. Esta disminución en el uso del fórceps ya es una realidad en los países escandinavos y en muchas salas de parto del mundo, en las que, en función de los datos disponibles, han ido sustituyendo de forma progresiva el fórceps por el *vacuum*. No obstante, en el contexto de diversas sociedades científicas esto ha generado un conflicto dentro de nuestra especialidad, ya que para los profesionales con más dedicación a la salud materno-fetal el fórceps sigue siendo un instrumento recomendable para la atención al parto vaginal. La discusión está en plena efervescencia entre los ginecólogos con más orientación obstétrica, que basan su argumentación a favor del fórceps en que el *vacuum* puede fallar en la extracción del feto y en señalar los riesgos indiscutibles del parto por cesárea, y los que se dedican a la patología del suelo pélvico (uroginecología), que ven las consecuencias a corto, medio y largo plazo del trauma asociado al parto instrumental con fórceps. Un ejemplo de esta discusión es la que se ha generado a través de la páginas del *British Journal of Obstetrics and Gynecology* entre los autores de la última actualización de las Green-Top Guidelines (GTG) del Royal College Obstetrics and Gynecology (RCOG) sobre el parto vaginal asistido (PVA) y los coordinadores del grupo de la International Urogynecological Association (IUGA) Obstetric Pelvic Floor Trauma Special Interest Group (PFT-SIG)^{3,4}.

Los coordinadores del PFT-SIG de la IUGA escriben una carta a los representantes del RCOG Guidelines Committee, en la que plantean sus inquietudes acerca de la orientación ofrecida en la guía y la evidencia utilizada para respaldar la información proporcionada sobre los riesgos comparativos de lesión de las estructuras anatómicas del suelo pélvico asocia-

M. España Pons

Unidad de Suelo Pélvico.
ICGON. Hospital Clínic.
Barcelona

dos al PVA con *vacuum* y con fórceps, y también sobre el papel de la episiotomía mediolateral (EML) para reducir el riesgo de OASIS en el PVA⁵.

Respecto al PVA, los autores de la carta del PFT-SIG de la IUGA³ critican que en la guía sólo se indica que «los operadores deben ser conscientes de que el fórceps y el *vacuum* están asociados con diferentes beneficios y riesgos», pero no informan sobre los datos existentes que demuestran que las mujeres tienen un riesgo triplicado o cuadruplicado de lesión del músculo elevador del ano (MEA) cuando el PVA es con fórceps en comparación con el *vacuum*. Además, indican que el estudio prospectivo ProLong informó de que existía un 20% más de riesgo de síntomas de prolapso 12 años después de uno o más partos con fórceps⁶.

En relación con la indicación de la EML, la carta del PFT-SIG también critica la afirmación de los autores de las GTG respecto a que «no hay pruebas sólidas para respaldar el uso sistemático o restrictivo de la episiotomía en el PVA», ya que esta afirmación ignora la evidencia proporcionada por varios estudios de registros nacionales con gran cantidad de datos, publicados antes de la elaboración de esta guía, que demuestran que las tasas de OASIS son significativamente más bajas con la realización de una EML en el parto instrumental⁷, y cuestionan el aparente mayor peso otorgado al único ensayo controlado aleatorizado existente, con poca potencia y realizado por los autores de la guía⁸. También en relación con el uso de la EML, el PFT-SIG pone de manifiesto una aparente contradicción entre lo que se indica en esta GTG n.º 26 y la GTG n.º 29 sobre el manejo y la prevención de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, en la que consta que «debe realizarse una EML en los partos instrumentales ya que parece tener un efecto protector sobre la OASIS». Por último, señalan la contradicción de esta GTG n.º 26 con la guía clínica del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)^{9,10}, en la que se recomienda realizar «una episiotomía si existe una necesidad clínica, como un parto instrumental o una sospecha de afectación fetal».

La respuesta de los autores de la GTG del RCOG⁴ es, en mi opinión, bastante decepcionante ya que no contesta los puntos de la carta del PFT-SIG de la IUGA. Por tanto, parece más una respuesta administrativa

que técnica. No se puede ignorar en una guía de este nivel toda la investigación sobre el parto y el prolapso de las dos últimas décadas. En este periodo, por un lado, se ha avanzado mucho en la detección de traumatismos del suelo pélvico tras el parto mediante resonancia magnética y ecografía del suelo pélvico. Por otro lado, varios estudios de cohortes con seguimiento a largo plazo han logrado demostrar el vínculo epidemiológico entre el tipo de parto y el POP. Los estudios SWEPOP¹¹, ProLong¹² y MOAD¹³ son los más importantes realizados hasta el momento, ya que se centran en los síntomas y en la exploración pélvica como medidas de resultado. El hecho de que los autores de la GTG del RCOG se limiten a la mera mención de los pros y los contras de las diferentes técnicas de PVA sin hacer una descripción clara de las tasas reales de todas las complicaciones y consecuencias, a corto y largo plazo, de cada uno de los instrumentos, no cumple las condiciones de asesoramiento que se esperan en una GTG del RCOG que sirven de referencia para muchas guías de otras sociedades científicas del mundo. La utilización para su argumentación sobre la evidencia en la indicación de EML en el parto instrumental del único ensayo clínico existente de poca potencia⁹, ignorando los estudios observacionales de grandes bases de datos con seguimiento a largo plazo, parece científicamente mal argumentada.

Coincido con los autores del PFT-SIG de la IUGA en su comentario sobre el hecho de que esta guía proporciona una base insuficiente para un correcto asesoramiento de las mujeres con respecto al PVA y los posibles trastornos del suelo pélvico consecutivos. Desafortunadamente, esta guía ha perdido la oportunidad de dar pasos en el camino de la prevención primaria del prolapso y de los OASIS en el PVA y, lo más importante, en poder establecer una forma de información y asesoramiento basada en datos a los profesionales y a las mujeres embarazadas sobre los partos vaginales asistidos. Está claro que cualquier parto vaginal puede dañar el suelo pélvico y que, en una gran proporción de mujeres, es inevitable algún tipo de daño¹³. Sin embargo, con la elección del instrumento para el PVA, los médicos tienen la posibilidad de evitar daños innecesarios al suelo pélvico. Los resultados de una revisión sistemática recientemente publicada en

marzo de 2021 muestran, una vez, más la fuerte asociación entre el parto vaginal y el POP, cuyos principales determinantes son el primer parto vaginal y el empleo de fórceps. Los autores, todos ellos de gran prestigio, admiten que no es posible atribuir causalidad por el tipo de estudios existentes hasta ahora, pero, dada la gran cantidad de datos que señalan siempre en la misma dirección, concluyen que los resultados permiten sugerir que «el fórceps es el principal factor de riesgo modificable para la prevención primaria del POP»¹⁴.

La discusión científica basada en datos es buena y sirve para innovar. Las sociedades científicas han de promocionar este tipo de discusiones, pero los conflictos basados en argumentaciones sin visión global impiden evolucionar, y son una fuente de confusión para los profesionales y las mujeres embarazadas. Hemos de ser capaces de avanzar juntos en la prevención primaria de las DSP en el parto, pero lo cierto es que, a pesar de disponer de muchos más datos al respecto, seguimos en el siglo pasado. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Halban J, Tandler J. Anatomie und aetiologie der genitalprolapse beim weibe. Vienna: Braumueller; 1907. p. 273.
- Thomas V, Shek K, Guzman Rojas R, Dietz H. The latency between pelvic floor trauma and presentation for prolapse surgery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 42 Supl 1: 39.
- De Leeuw JW, Daly JO; International Urogynecological Association (IUGA) Obstetric Pelvic Floor Trauma Special Interest Group. Re: assisted vaginal birth: Green-top Guideline n.º 26. Shortcomings of the updated Green-top Guideline n.º 26 Assisted Vaginal Birth. *BJOG.* 2021; 128(3): 615.
- RCOG Guidelines Committee on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Authors' reply re: assisted vaginal birth: Green-Top Guideline n.º 26. *BJOG.* 2021; 128(4): 772-773.
- Murphy D, Strachan B, Bahl R; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted vaginal birth: Green-Top Guideline n.º 26. *BJOG.* 2020; 127: e70-e112.
- Glazener C, Elders A, MacArthur C, Lancashire R, Herbison P, Hagen S, et al. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG.* 2013; 120: 161-168.
- Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, Kalis V, Laine K, Räisänen SH, et al. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019; 240: 192-196.
- Murphy D, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG.* 2008; 115: 1.695-1.703.
- NICE clinical guideline [CG190]. Intrapartum care for healthy women and babies, 2014 [última actualización del 21 de febrero de 2017].
- Gyhaagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 2013; 120: 152-160.
- Glazener C, MacArthur C, Bain C, Dean N, Toozs-Hobson P, Richardson K, et al. Epidemiology of pelvic organ prolapse in relation to delivery mode history at 12 years after childbirth: a longitudinal cohort study. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29(6): 819-820.
- Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Munoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(4): 777-784.
- Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Guzman Rojas R, Langer S, Shek KL, Dietz HP. Atraumatic normal vaginal delivery: how many women get what they want? *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 219(4): 379.e1-379.e8.
- Cattani L, Decoene J, Page AS, Weeg N, Deprest J, Dietz HP. Pregnancy, labour and delivery as risk factors for pelvic organ prolapse: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2021 [DOI: 10.1007/s00192-021-04724-y] [Epub ahead of print. PMID: 33704536].