

ISSN: 1885-0642

suelo pélvico

REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA
DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER
Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

volumen 14 • número 1

3 **EDITORIAL**

6 **ORIGINAL**

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?
E. Moral Santamarina, et al.

16 **INFOGRAFÍA**

Cuidado perineal intraparto. ¿Qué sabemos?

18 **CASO CLÍNICO**

Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso
S. Escura Sancho, et al.

22 **ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA**

Manejo de la retención urinaria posparto
S. Anglès Acedo, et al.

26 **NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS**

29 **PROFESIÓN**

Una comunicación con «h-alma»
J.C. March Cerdà

Con el patrocinio de:



MAYO

suelo pélvico

REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO
PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Volumen 14 n.º 1

Revista Española sobre Medicina
del Suelo Pélvico de la Mujer
y Cirugía Reconstructiva

revistasuelopelvico.com

SUMARIO

-
- 3 EDITORIAL
M. Espuña Pons
-
- 6 ORIGINAL
Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?
E. Moral Santamarina, et al.
-
- 16 INFOGRAFÍA
Cuidado perineal intraparto. ¿Qué sabemos?
-
- 18 CASO CLÍNICO
Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso
S. Escura Sancho, et al.
-
- 22 ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA
Manejo de la retención urinaria posparto
S. Anglès Acedo, et al.
-
- 26 NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS
-
- 29 PROFESIÓN
Una comunicación con «h-alma»
J.C. March Cerdà

Director honorífico

Xavier Iglesias Guiu (Barcelona)

Director científico

Montserrat Espuña Pons (Barcelona)

Comité científico

María del Mar Muñoz Muñoz (Madrid)

Cristina Ros Cerro (Barcelona)

Comité editorial

Lluís Amat Tardiu

Sònia Anglès Acedo

Celia Bausset Castelló

Juan Fernando Cerezuela Requena

Irene Díez Itza

Manuel Fillol Crespo

Elisa López Herrero

Alicia Martín Martínez

Irene Mora Hervás

Juan Carlos Martínez Escoriza

Eloy Moral Santamarina

Eloy Muñoz Gállego

María Antonia Pascual Amorós

Jordi Cassadó Garriga

Con el patrocinio de:



Edita:

MAYO

Aribau, 185-187. 08021 Barcelona
López de Hoyos, 286. 28043 Madrid

Depósito legal: B-27.967-05
ISSN (edición impresa): 1885-0642
ISSN electrónico: 2696-7022

©Ediciones Mayo, S.A.
Reservados todos los derechos.
Queda prohibida la reproducción
total o parcial de los contenidos,
aun citando la procedencia, sin la
autorización del editor.

www.edicionesmayo.es

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 maternofetal 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].
- Gyhagen 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].

ORIGINAL

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

RESUMEN

Introducción: Se exponen los resultados de un análisis retrospectivo descriptivo que compara dos periodos similares en la actividad obstétrica del Hospital Universitario de Pontevedra y se analiza el porcentaje de trauma perineal en los casos en que el parto eutócico se condujo sin realización de episiotomía.

Pacientes y métodos: Se comparan 2 periodos similares y consecutivos de 2 años (2013 y 2014 frente a 2016 y 2017), en los que la tasa de episiotomía en el parto eutócico ha experimentado una reducción progresiva: desde un 16,25% al inicio del estudio a un 9% al finalizar el mismo.

Resultados: En este grupo de mujeres, las tasas de periné íntegro se sitúan en un 30,3% en el primer periodo respecto al 29,45% en el segundo. Los desgarros perineales de grado I que afectan a la piel y las mucosas ascendieron a un 40,75% en el primer periodo y a un 38% en el segundo. Los desgarros perineales de grado II se registraron en un 28,55% en el primer periodo y en un 31,45% en el segundo. Por último, los desgarros de III y IV grado que afectan al esfínter anal resultaron del 1,2 frente al 1,4% de partos comparando ambos periodos.

Conclusiones: El porcentaje de desgarros de grado II en el parto eutócico sin episiotomía en nuestra serie es elevado, lo que debe hacernos reflexionar sobre si se está consiguiendo el objetivo de mínimo trauma perineal con la reducción progresiva de episiotomías al producirse daños que, en esencia, se consideran similares a los que se pretendían evitar con dicha intervención. Es necesario realizar estudios de seguimiento prospectivos que analicen la repercusión futura de las pacientes que sufren desgarros que afectan al plano muscular perineal, y ayuden a definir la tasa ideal de episiotomías en nuestro medio.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Trauma perineal, parto eutócico, episiotomía, desgarros esfinterianos, OASI

ABSTRACT

Perineal trauma in normal delivery and its correlation with the strategy of progressively lowering the episiotomy rate in our context. Do we need to re-evaluate?

Introduction: The results of a retrospective descriptive analysis comparing two similar periods of obstetric activity at the University Hospital of Pontevedra are presented, examining the percentage of perineal trauma in cases where normal delivery took place without episiotomy.

Patients and methods: Two similar consecutive 2-year periods (2013 and 2014, and 2016 and 2017) are compared, in which the rate of episiotomy in normal delivery declined progressively from 16.25% at the start of the study to 9% at the end.

Results: The rate of intact perineum in the group of women was 30.3% in the first period, compared to 29.45% in the second period. Grade I perineal tears involving the skin and mucosa were 40.75% in the first period and 38% in the second. Grade II perineal tears were 28.55% in the first period and 31.45% in the second. Lastly, grade III and IV tears involving the anal sphincter occurred in 1.2% and 1.4% of deliveries in the first and second periods, respectively.

Conclusions: The percentage of grade II tears in normal delivery without episiotomy in our series is high. This should make us consider whether the objective of minimising perineal trauma is being achieved with progressive reduction of episiotomies, since damage is taking place that is considered essentially similar to the damage meant to be prevented with the aforementioned strategy. Prospective follow-up studies are needed to analyse the future impact of patients who suffer tears affecting the perineal muscle and to help define the ideal rate of episiotomies in our context.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Perineal Trauma, eutocic delivery, episiotomy, sphincter tears, OASI

Dirección para correspondencia:

E. Moral Santamarina. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. C/Loureiro Cespo Aptdo Of s/n. Pontevedra.
Correo electrónico: eloy.moral.santamarina@sergas.es.

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de episiotomía sea de un 10%, lo que ya es una realidad en muchos países europeos. Actualmente, se debe restringir el uso de la episiotomía, y se alienta a los médicos y matronas a usar su juicio clínico para decidir cuándo es necesario el procedimiento. No hay evidencia clínica que corrobore ninguna indicación de episiotomía, por lo que hasta el momento no se sabe si la episiotomía es realmente necesaria en cualquier contexto de práctica obstétrica¹.

El fin último de una corriente de reducción del número de episiotomías en el parto eutócico es la disminución del trauma perineal en general, y estaría justificado si conllevara paralelamente un incremento en la tasa de perinés íntegros y una reducción de la tasa de desgarros esfinterianos y desgarros severos del plano muscular (siendo estos últimos a los que conceptualmente se equipara la episiotomía).

Las lesiones perineales son frecuentes tras un parto vaginal espontáneo, y son prácticamente inevitables en las mujeres en quienes se realiza un parto instrumentado. La mayoría de los estudios publicados en referencia al trauma perineal se centran en el análisis de los factores relacionados con las lesiones severas, habitualmente consideradas como tales los desgarros del esfínter anal. Sin embargo, una mayoría de las mujeres que experimentan un primer parto vaginal serán diagnosticadas de lesiones perineales hasta ahora consideradas como no severas, y se dispone de pocos estudios al respecto en cuanto a datos de prevalencia en nuestro ámbito poblacional, así como a la identificación de factores relacionados con el trauma perineal en general.

A la luz de recientes publicaciones que relacionan más directamente las disfunciones severas del suelo pélvico con la existencia de desgarros perineales previos (fundamentalmente del plano muscular), quizá debiéramos analizar en cada maternidad su incidencia de cara a implementar todas las medidas disponibles a modo de prevención primaria y reducir su incidencia.

El conocimiento y análisis de estos factores es fundamental en el planteamiento de estrategias dirigidas a la prevención de las lesiones perineales, así como en la identificación de mujeres con riesgo elevado de sufrir estas lesiones.

Basamos este trabajo retrospectivo descriptivo en la hipótesis de que existen factores obstétricos relaciona-

dos propiamente con el manejo del parto, como la decisión de realizar o no episiotomía y su relación con el incremento detectado de lesiones perineales.

Uno de los factores más representativo en el importante incremento de desgarros del plano muscular, a nuestro juicio, es la progresiva corriente de reducción del número de episiotomías en el parto eutócico, aunque no existen unos criterios claros y objetivos sobre el tipo de parto que se puede manejar sin episiotomía, sino sólo criterios subjetivos y basados en la práctica clínica, no siempre contrastada con la evidencia científica.

Objetivos

- Estimar la tasa actual que presentan en nuestro centro los desgarros obstétricos de grado II en los partos eutócicos en que no se realiza episiotomía, comparando dos periodos similares de 24 meses en el contexto de una progresiva disminución del número de episiotomías y de las intervenciones médicas en el parto en los últimos años.
- Resaltar que la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal establece como práctica recomendable de manera genérica un porcentaje inferior al 15% de episiotomías en el parto eutócico, y sólo correlaciona episiotomía y desgarros del esfínter anal (grados III y IV) sin establecer una recomendación de práctica recomendable de episiotomía que permita disminuir la tasa de desgarros musculares (grado II).
- Destacar los estudios recientes que correlacionan las disfunciones severas del suelo pélvico con la existencia de desgarros musculares previos, y no así con la realización de episiotomías; y otros que destacan que la ausencia de episiotomía pueda ser la única variable independiente asociada con los desgarros perineales de grado II, mostrando un claro efecto protector.
- Plantear la conveniencia de realizar estudios prospectivos de seguimiento a largo plazo de las pacientes con desgarros musculares en el parto, que nos permitan conocer en cada uno de nuestros centros la realidad y la magnitud del problema, sin restar importancia a las estrategias ya puestas en marcha para detectar y realizar el seguimiento de los desgarros severos del esfínter anal, que ya disponen en sí mismas de un protocolo específico de manejo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

TABLA 1. Tasa de partos con y sin episiotomía sobre el total de partos eutócicos

	2013	2014	2016	2017
Partos vaginales	1.283	1.100	1.147	1.161
Partos eutócicos	1.059	869	870	872
Partos sin episiotomía	886 (83%)	731 (84,5%)	783 (90%)	805 (92%)
Partos con episiotomía	173 (17%)	138 (15,5%)	87 (10%)	67 (8%)

Pacientes y métodos

En nuestro centro se realizan una recogida de datos mensual anonimizada sobre la asistencia obstétrica y un desglose del porcentaje de partos eutócicos con y sin episiotomía y, entre éstos, el porcentaje de periné íntegro, desgarros de grados I y II y desgarros de grados III y IV, con un fin estadístico y de análisis junto con el equipo de obstetricia, así como para la evaluación concurrente continua de la tasa de adecuación de cesáreas a los estándares establecidos por el Sistema Nacional de Salud (SNS) que seguimos desde el año 2009.

Se han analizado los datos disponibles del total de partos producidos durante los años 2013, 2014, 2016 y 2017. No se han considerado para el análisis en este trabajo los partos vaginales instrumentados; tan sólo los partos eutócicos con y sin episiotomía. Dentro del grupo de parto eutócico sin episiotomía, se analizó el porcentaje de periné íntegro y de desgarros perineales de grados I, II y III/IV para establecer un resultado comparativo entre ambos periodos.

El análisis estadístico de datos se ha llevado a cabo mediante la prueba de la χ^2 para la diferencia de proporciones y la técnica ARIMA para el análisis de tendencia en series temporales. El *software* empleado fue Stata 14®.

Resultados

El número total de partos eutócicos atendidos en los 4 años que recoge este estudio asciende a 4.691, de los cuales 1.059 se registraron en el año 2013, 869 en 2014, 870 en 2016 y 872 en 2017. El porcentaje de partos eutócicos con episiotomía ha ido descendiendo progresivamente: del 17% en 2013 al 15,5% en 2014, al 10% en 2016 y al 8% en 2017 ($p < 0,05$) (tabla 1).

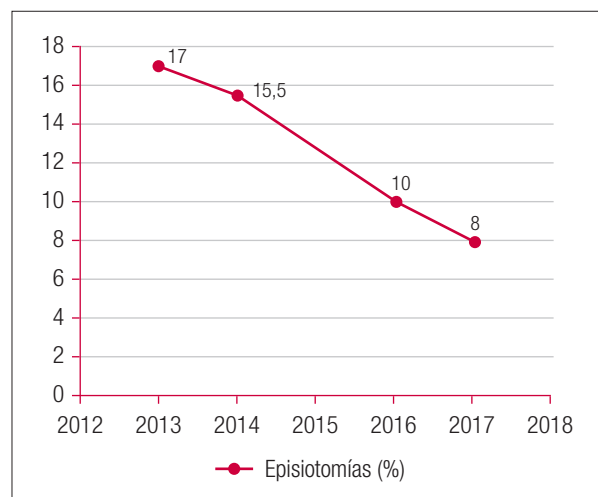


Figura 1. Evolución del porcentaje de episiotomías (tendencia: $p < 0,05$)

TABLA 2. Tasa de los diferentes grados de desgarros obstétricos en el periodo de estudio

	2013	2014	2016	2017
Periné íntegro	262 (29,7%)	226 (30,9%)	223 (28,49%)	245 (30,4%)
Desgarro de grado I	362 (40,8%)	298 (40,7%)	314 (40,2%)	297 (36,8%)
Desgarro de grado II	251 (29,3%)	199 (27,2%)	246 (31,5%)	253 (31,4%)
Desgarro de grado III/IV	11 (1,2%)	8 (1,2%)	11 (1,4%)	12 (1,4%)

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

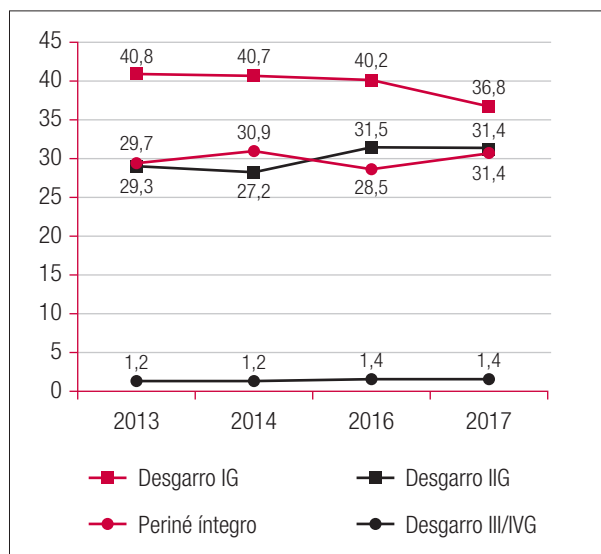


Figura 2. Porcentaje del trauma obstétrico. Periné íntegro y desgarros de grados I, II y III/IV

En nuestra serie, tras la valoración de un primer periodo de 2 años, comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2014, y un segundo periodo entre enero de 2016 y diciembre de 2017, la tasa media de episiotomías en partos eutócicos muestra una significativa tendencia decreciente entre ambos periodos (el 16,25% en el primero frente al 9% en el segundo) ($p=0,000$) (figura 1).

A continuación, dentro del grupo de parto eutócico sin episiotomía, se exponen los datos sobre periné íntegro y los diferentes grados de desgarro perineal en este grupo de mujeres (tabla 2).

Las tasas de periné íntegro presentan poca variación entre los 2 periodos, a pesar de tal reducción de episiotomías en este tipo de partos (el 30,3 frente al 29,45%; $p=0,6648$) (figura 2).

Los desgarros perineales de grado I que afectan a la piel y las mucosas presentaron unos porcentajes del 40,75% en el primer periodo frente al 38% en el segundo ($p=0,2186$).

Los desgarros perineales de grado II –a nuestro juicio, los grandes olvidados de las estadísticas– presentaron unos porcentajes del 28,55% en el primer periodo frente al 31,45% en el segundo ($p=0,1658$).

Los desgarros de grados III y IV que afectan al esfínter anal fueron del 1,2 frente al 1,4% entre ambos periodos, respectivamente ($p=0,90$).

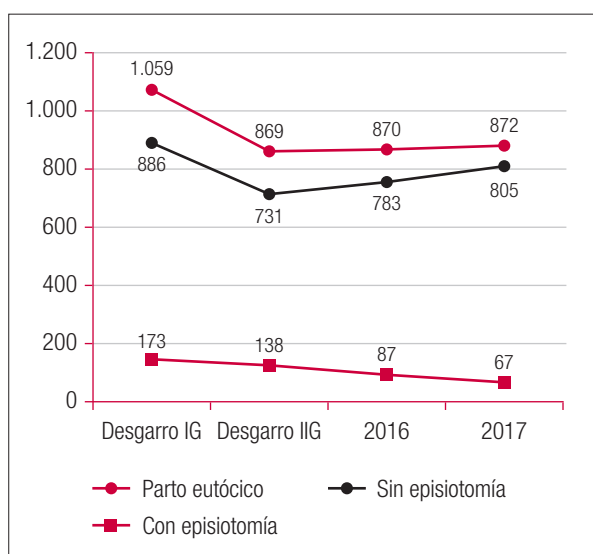


Figura 3. Evolución del número de partos eutócicos totales, con y sin episiotomía

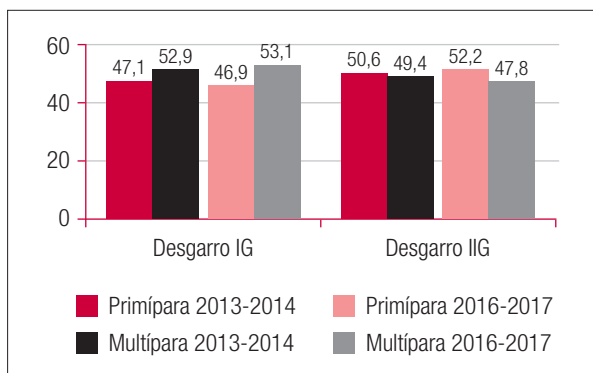


Figura 4. Porcentaje de desgarros perineales de grados I y II en el parto eutócico según la paridad

Hemos de destacar un progresivo descenso del número total de partos en nuestra área sanitaria y, proporcionalmente al número total de partos, una reducción del número de partos eutócicos en los últimos años. En nuestro estudio se aprecia fundamentalmente en el primer periodo, con una diferencia de 190 partos entre ambos años, sin variaciones significativas en el segundo periodo (figura 3).

Respecto a la distribución de los desgarros de grados I y II en función de la paridad en el parto eutócico, en nuestra serie no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los 2 periodos; los de grado I fueron más

frecuentes en las multíparas y los de grado II en las primíparas (figura 4).

Discusión

En las dos últimas décadas, el progresivo cambio de mentalidad en la atención al parto ha conducido a un importante descenso en la realización de episiotomías. En nuestro país desconocemos la tasa real actualizada de episiotomías, por cuanto se dispone fundamentalmente de datos obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitales públicos; asimismo, la recogida de datos que abarcan todo el territorio nacional ha sido escasa, la última correspondiente al año 2015.

La tasa ideal debería ser la más baja posible, sin que por ello se incremente la morbilidad materna o fetal derivada de su realización inoportuna o inadecuada. La OMS estima un objetivo en torno al 10% y un máximo que no sobrepase el 20%¹.

En 2001 se presentaron los datos aportados por 6 grandes centros españoles durante el 5.º Congreso Mundial de Medicina Perinatal, que en el bienio 1999-2000 habían realizado un 77% de episiotomías².

Desde la revisión Cochrane de Carroli y Belizán³ sobre los posibles beneficios, riesgos y costes derivados del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía sistemática, está unánimemente aceptado que la episiotomía se debe realizar de forma restrictiva. Este análisis incluyó 6 estudios aleatorizados. En el grupo de episiotomía sistemática, ésta se realizó al 72,7% de las mujeres, mientras que en el grupo de uso restrictivo la tasa fue tan sólo del 27,6%. Se pudo comprobar que la episiotomía selectiva, en comparación con el uso sistemático, se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, una menor necesidad de sutura del traumatismo perineal y una menor tasa de complicaciones en la cicatrización durante la primera semana. La única desventaja demostrada derivada de la práctica restrictiva fue un mayor riesgo de trauma perineal anterior. No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo, dispareunia, incontinencia urinaria o medidas relacionadas con un dolor severo.

Los autores de esta revisión concluyen que la realización de una episiotomía restrictiva parece tener un mayor beneficio que la práctica de la episiotomía sistemática, ya que conlleva un menor trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones. Esta revisión,

publicada en 2007, contribuyó decisivamente a establecer una evidencia científica de calidad respecto a la reducción de las altas tasas de episiotomías imperantes en todo el mundo hasta entonces.

En nuestro país, desde la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, se decidió realizar una encuesta⁴ que pudiera dar respuesta al interrogante de la tasa global real de episiotomías en nuestro medio, ante la ya imparable tendencia decreciente internacional de reducción de estos procedimientos, sobre todo en el parto eutócico, aunque no se dispone de estudios paralelos bien diseñados que investigasen la repercusión de dicho cambio en la práctica clínica. En dicha encuesta, realizada en 58 centros hospitalarios de nuestro país durante 2006 (publicada en 2008), se obtuvo una tasa de episiotomías en los partos eutócicos del 54,08%, y en los partos instrumentales del 92,62% durante el año de estudio. Ya en ese momento dichas tasas se situaban muy por encima de la media de los países de nuestro entorno europeo o de Estados Unidos⁴.

La SEGO concluye que los beneficios que supuestamente justificaban su realización no han podido comprobarse y, como hemos visto, incluso hay revisiones que demuestran que produce más efectos negativos que beneficiosos⁵⁻⁷.

La siguiente comunicación sobre datos globales respecto a las episiotomías realizadas en nuestro país es la aportada por la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del SNS en 2012, que sitúa su tasa en un 41,9% y establece un estándar recomendable de episiotomías en los partos eutócicos inferior al 15%. Con el fin de evaluar la calidad de la asistencia en relación con la recomendación de la Estrategia, se completa la evaluación con otros 2 indicadores de resultados, como son los desgarros de grados III y IV en partos con y sin episiotomía⁸, pero no entra a valorar los desgarros musculares como indicador relacionado con los diferentes tipos de atención al parto.

Amorim et al.⁹ se cuestionan, en su clásico trabajo, si es posible evitar la episiotomía en el parto vaginal con un protocolo de no conducción médica del parto, combinado con estrategias de protección perineal durante la labor y el expulsivo. Los autores refieren una tasa de periné íntegro de un 60%, un 24% de desgarros de grado II y ningún desgarro de grado III/IV en el parto vaginal sin episiotomía^{9,10}.

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

En determinados medios se ha llegado a catalogar la episiotomía sistemática como una forma de «violencia obstétrica», especialmente cuando se realiza sin un consentimiento informado, término altamente peyorativo para considerar el trabajo de los profesionales de la salud. Con este calificativo se intenta crear una corriente de opinión en la que cualquier forma de manejo activo en el parto se considera patológica, cuando una mujer se transforma automáticamente en paciente, y se realizan procedimientos médicos y farmacológicos rutinarios sin permitirle tomar decisiones con respecto a su propio cuerpo¹¹.

Una de las cuestiones que más preocupa a las mujeres embarazadas y al personal sanitario, además de reducir el uso de las episiotomías, es cómo evitar que se produzcan desgarros perineales debido a que generan una alta morbilidad en el puerperio e incluso a largo plazo¹².

La lesión perineal realizada al practicar una episiotomía sería equiparable a las lesiones perineales de grado II, ya que afecta al plano muscular. La episiotomía se realiza con el objetivo teórico de prevenir los desgarros perineales severos, fundamentalmente esfinterianos, pero su uso sistemático no ha demostrado cumplir con estos objetivos¹³.

Siempre que el trauma perineal requiera cirugía, generará un coste sanitario adicional y existirá la posibilidad de que la sutura quirúrgica presente complicaciones y genere una mayor demanda de cuidados, así como un aumento de días de estancia hospitalaria.

Si se toma en consideración el gran número de mujeres que sufren traumas perineales en el parto, se observa claramente la necesidad de realizar intervenciones que ayuden a reducirlos^{14,15}.

Recientemente han aumentado los estudios que investigan los diferentes factores que pueden aumentar o disminuir las tasas de desgarros, al igual que las distintas técnicas e intervenciones para prevenirlas en el parto, ya que se ha constatado la importancia de estos aspectos en la calidad de vida que tendrá la mujer tras el parto^{16,17}.

Sultan¹⁸ estableció en 1999 una clasificación de las lesiones perineales obstétricas, que fue adoptada por la International Consultation on Incontinence y por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists en su guía de 2007. Se clasifican según la afectación de las estructuras en diferentes grados: el grado I afecta a la piel perineal y la mucosa vaginal; el grado II incluye la fascia y los músculos perineales (incluso también los fascículos

del músculo elevador del ano), pero no el esfínter anal; el grado III incluye el esfínter anal (el grado IIIa corresponde a una afectación de hasta el 50%, el IIIb de más del 50% y el IIIc una afectación del esfínter externo e interno); el grado IV incluye la mucosa rectal.

La primera episiotomía fue descrita por primera vez en 1742 por sir Fielding Ould, científico irlandés. Dubois, en Francia, fue el primero en realizar la incisión perineal mediolateral en 1847. Su nombre se debe a Carl Braun, que en 1860 denominó «episiotomía» a la incisión perineal; también fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibles e innecesaria. A finales del siglo XIX, Anna Broomall en Estados Unidos, y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la aparición de laceraciones del periné. En 1895, Stahl defendió su uso sistemático. Entre otros beneficios, se le atribuía que evitaba el dolor, prevenía desgarros, acortaba el parto disminuyendo la morbilidad perinatal, y prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas¹³.

Durante años, el uso de la episiotomía fue casi rutinario, especialmente si la mujer era nulípara, hasta que diversos estudios pusieron de manifiesto que no lograba ninguno de los beneficios que se le atribuían tradicionalmente y que era más beneficioso realizar una práctica restrictiva de esta técnica, pues podría provocar mayores lesiones, dolor y secuelas de los que su uso rutinario trataba de prevenir¹⁴⁻¹⁶.

Muchos organismos avalan el uso restrictivo de la episiotomía con diferentes niveles de evidencia científica: el American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda el uso restrictivo de la episiotomía con nivel de evidencia A¹⁹; el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists considera que «la episiotomía ni protege el suelo pélvico ni previene la incontinencia de esfuerzo», con un grado B de evidencia²⁰; el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français indica que «la episiotomía restrictiva tiene beneficios para la madre», con un nivel A de evidencia, «y para el feto», con un nivel C²¹; la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada estima que «la episiotomía sistemática no es necesaria en el parto vaginal», con un nivel de evidencia II-1E²².

En la actualidad, aunque la frecuencia con la que se realizan las episiotomías se ha reducido, en general las tasas de traumatismo perineal siguen siendo altas²³.

Según Albers et al.²⁴, el uso de esta técnica varía del 9,7% en el norte de Europa (Suecia) al 96,2% en Sudamérica (Ecuador), con tasas más bajas en los países de lengua inglesa (Norteamérica: Canadá 23,8% y Estados Unidos 32,7%), y en muchos países permanecen elevadas (Sudamérica y Centroamérica [Brasil] 94,2%, África del Sur 63,3% y Asia [China] 82%).

En España, según la EAPN del SNS, la tasa de episiotomía para el parto eutócico se situaba en el momento de su publicación en una media del 41,9%⁸, muy por encima del 15% marcado como objetivo deseable y del 20% máximo recomendado por la OMS¹.

La episiotomía y los desgarros igual o superiores al grado II aumentan el riesgo de lesiones perineales severas en el siguiente parto. Hay que evitar, en la medida de lo posible, las lesiones perineales en el primer parto, pues éstas son un factor de riesgo que complica el segundo. Por tanto, actualmente se considera necesaria la investigación de nuevas formas menos agresivas de prevenir los desgarros espontáneos en el parto y ayudar a reducir las tasas de episiotomía²⁵.

Se estima que aproximadamente un 80-85% de los partos se complican con alguna forma de lesión perineal (desgarro espontáneo o episiotomía), de las que un 70% precisan sutura²⁶.

Históricamente, el uso liberal de la episiotomía era común en las mujeres primíparas con la finalidad de prevenir complicaciones maternas (lesiones perineales severas, relajación del suelo pélvico), así como complicaciones fetales (hipoxia o distocia de hombros). La OMS recomienda que la episiotomía únicamente se utilice para indicaciones seleccionadas: parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por ventosa obstétrica), cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o desgarros de grados III o IV y en caso de sufrimiento fetal²⁷.

En la actualidad existen muy pocos estudios publicados centrados en la incidencia de las lesiones perineales de grados I y II de causa obstétrica, quizá por haberse supuesto su menor repercusión en cuanto a disfunciones del suelo pélvico. La gran mayoría de los trabajos se centran en las lesiones perineales severas con afectación del esfínter anal y en definir los factores de riesgo para estas lesiones, dada su importante correlación con la incontinencia anal.

Handa et al.²⁸ publicaron en 2012 los resultados de un estudio sobre los efectos a largo plazo de los partos instrumentados, las laceraciones perineales y la episiotomía sobre las disfunciones severas del suelo pélvico tras el último parto. Los autores concluyen que los partos con fórceps y los desgarros perineales, pero no así las episiotomías, se asocian con disfunciones del suelo pélvico a los 5-10 años tras el primer parto.

Entre las 449 participantes en el estudio, 71 (16%) tenían incontinencia de esfuerzo, 45 (10%) vejiga hiperactiva, 56 (12%) incontinencia anal, 19 (4%) síntomas de prolapso y 64 (14%) prolapso de grado III o mayor en el examen. El parto con fórceps aumentó las probabilidades de cada trastorno del suelo pélvico considerado, especialmente la vejiga hiperactiva y el prolapso. La episiotomía no se asoció con ninguno de estos trastornos del suelo pélvico. Por el contrario, las mujeres con antecedentes de más de una laceración perineal espontánea tenían significativamente más probabilidades de tener un prolapso mayor de grado III.

En nuestro país destaca un trabajo sobre una cohorte de 90.030 mujeres con parto vaginal realizado en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias durante el periodo 1992-2005²⁹. La frecuencia de episiotomía descendió de un 73,3% en 1992 hasta un 38,2% en 2005, con unos porcentajes de episiotomía mediolateral que variaron de un 59,3 hasta un 18,2%. En este grupo se observó un incremento de lesiones de grados I y II, coincidiendo con la disminución de la tasa de episiotomías de forma significativa. Respecto a los partos vaginales eutócicos, los autores encuentran que la frecuencia de lesiones perineales de grado I o II es significativamente más elevada cuando no se realiza ningún tipo de episiotomía (54,54%) frente a la frecuencia de desgarros de grados I o II cuando se realiza una episiotomía mediolateral (4,9%).

Más recientemente, también en nuestro país, Mora-Hervás et al.³⁰ publicaron en 2015 un estudio sobre traumas perineales en primíparas con parto espontáneo. Investigaron los factores que pueden asociarse a los desgarros perineales de grado II, y encontraron que la ausencia de episiotomía es la única variable independiente asociada a los desgarros perineales de grado II, lo que demuestra un claro efecto protector. En su análisis sobre 489 mujeres con parto vaginal espontáneo, alrededor del 91% mostraron algún grado de trauma perineal. Las mujeres nulíparas con

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

partos espontáneos que no se sometieron a una episiotomía tenían 9 veces más probabilidades de presentar un desgarro (de cualquier grado) que las mujeres a las que se realizó una episiotomía. Sólo la episiotomía alcanzó significación estadística en análisis bivariados y multivariados ($p < 0,0001$), lo que revela el efecto protector de la episiotomía respecto a los desgarros de grado II.

Diferentes motivos impiden establecer datos concretos y específicos sobre el trauma obstétrico, entre los cuales figuran una valoración incompleta por parte del clínico, el infradiagnóstico o las tasas infranotificadas de determinado tipo de lesiones, como las que afectan al esfínter anal o una mala definición del trauma obstétrico.

Una de las principales razones para plantearnos este trabajo de recogida de datos sobre las lesiones perineales en el parto eutócico surgió a la vista de los resultados del trauma obstétrico durante el análisis del primer periodo (2013 y 2014), con una menor tasa de periné íntegro de la esperada y una alta tasa de desgarros musculares; además, no disponíamos de guías que establezcan estándares objetivos para considerar si nos encontrábamos fuera de los rangos de normalidad, tan sólo datos procedentes de las escasas y aisladas publicaciones al respecto²⁷⁻²⁹.

Por tanto, consideramos que los estudios publicados hasta la fecha han estado centrados en los desgarros perineales «severos», es decir, los que afectan al esfínter anal, y que los desgarros de grado II, que pueden llegar a afectar gravemente a la salud de la mujer, no están suficientemente estandarizados.

Para este trabajo hemos establecido el análisis comparativo entre 2 periodos similares de 24 meses, 2013-2014 y 2016-2017, y, entre ellos, en el año 2015 planteamos un análisis crítico de la situación con exposición de resultados hasta la fecha, acompañado de una intervención formativa con discusión y propuesta de actividades encaminadas a reducir el trauma obstétrico, sobre todo en el parto eutócico atendido por matronas y obstetras del servicio, ante la tendencia establecida y alentada por la EAPN de reducción del empleo de episiotomía⁸.

En nuestra serie, la tasa de episiotomía en parto eutócico ha disminuido significativamente cuando se comparan el primer y el segundo periodos (el 16,25 frente al 9%; $p < 0,05$), encontrándonos dentro de los estándares que recomienda la EAPN de realizar menos de un 15% de episiotomías en el parto eutócico.

Tras el análisis estadístico de los datos recogidos, tan sólo se ha encontrado una tendencia incrementada (aunque estadísticamente no significativa) en la evolución de los desgarros de grados I, II y III/IV, por lo que el descenso de la tasa de episiotomía en el parto eutócico de un 17% al inicio del estudio a un 8% al final del mismo no acarrea consigo un incremento significativo del trauma perineal ni genera una alarma que obligue a adoptar medidas correctoras.

Cuando comparamos nuestros datos con alguno de los escasos estudios que investigan el porcentaje de periné íntegro y laceraciones de grados I y II, como el de Amorim et al.⁹, apreciamos considerables diferencias. En dicho estudio, efectuado sobre una cohorte de 400 pacientes, durante la segunda etapa del trabajo de parto se evitaron maniobras tales como pujos dirigidos, presión del fondo uterino y maniobra de Valsalva. Se siguió una política de no realizar episiotomías y llevar a cabo estrategias para la protección perineal, que incluía aplicar compresas tibias y realizar un masaje perineal intraparto. Estos autores basan sus resultados en estrategias de conducción no médica y protección perineal, con una tasa de periné intacto de alrededor del 60%; nuestras cifras se sitúan en torno al 30%, muy por debajo de las reseñadas en esta publicación.

En el mismo trabajo, el 24% de las mujeres a las que no se les realizó episiotomía presentaron desgarros de grado II. Nuestros porcentajes se sitúan en un 28,55% en el primer periodo y en un 31,45% en el segundo, superiores a los reportados por Amorim et al.⁹.

Sucede lo mismo con los desgarros de grado III/IV: en el citado trabajo no se detecta ninguno, y nosotros presentamos un 1,2% en el primer periodo y un 1,4% en el segundo.

Dichos autores concluyen que es posible alcanzar una tasa cero de episiotomía con una alta frecuencia de periné íntegro, así como una reducción de las necesidades de sutura sin presentar resultados adversos, como laceraciones perineales severas, y sugieren la necesidad de llevar a cabo ensayos clínicos aleatorizados que comparen la relación riesgo-beneficio de no realizar episiotomías con efectuarlas de forma selectiva.

Otros autores presentan series de 1.176 mujeres con partos eutócicos sin episiotomía, en las que la tasa de periné íntegro es de casi el 65% y tan sólo se requieren suturas por desgarros en torno al 20%.

En estos trabajos la tasa de periné íntegro es significativamente mayor y la tasa de desgarros musculares

menor que en nuestra serie, pero también encontramos trabajos recientemente publicados con resultados completamente superponibles a los nuestros, como el de Lins et al.³¹, en el que en una cohorte de 222 partos eutócicos sin episiotomía se registró una tasa de un 47% de mujeres con desgarros de grado I, un 31% de grado II y un 1,8% de grado III/IV.

A pesar de nuestro trabajo no controlado y tan sólo descriptivo, con datos agregados intentando establecer la relación entre la reducción progresiva de episiotomías y la incidencia de desgarros perineales, no hemos encontrado un incremento significativo de dichos desgarros, sino tan sólo una tendencia al alza estadísticamente. Pero dichos datos nos llevan a la conclusión de que sería recomendable realizar estudios de prevalencia en nuestro medio con series más largas o multicéntricas, para conocer la magnitud del trauma perineal en los distintos tipos de parto. Coincidimos con los demás autores en la necesidad de llevar a cabo estudios prospectivos de seguimiento a las pacientes con desgarros del plano muscular, que nos permitan conocer la repercusión funcional y en la calidad de vida de dichas pacientes en el futuro.

Dicha necesidad ha impulsado el desarrollo de estudios prospectivos que actualmente están en marcha en nuestro centro, que nos permitirán conocer la evolución clínica y funcional de estas mujeres a medio/largo plazo.

En definitiva, si bien es cierto que la reducción en las tasas de episiotomías va ligada en general a un incremento del porcentaje de perinés íntegros, también hemos de asumir que se acompaña de un incremento de desgarros perineales de segundo grado. Se trata de intentar minimizar en lo posible la tasa de trauma perineal siguiendo una política de episiotomía restrictiva, pero también de asumir e informar a las parturientas de que presentan un riesgo elevado de afectación del plano muscular tras un parto vaginal eutócico (como consecuencia de una episiotomía o de un desgarro perineal espontáneo), y la morbilidad es superponible entre ambas lesiones por afectación de los mismos grupos musculares.

Como mensaje final, consideramos que nuestros resultados respecto al trauma perineal en el parto eutócico sin episiotomía merecen una reflexión crítica y alientan a poner en marcha, revisar o implementar medidas de protección perineal antes de continuar con un descenso todavía mayor de la tasa de episiotomías que no vaya

acompañado de un mayor porcentaje de periné íntegro y de una menor tasa de desgarros musculares.

Buena es la batalla ganada... pero mejor la evitada.

Francisco de Quevedo (1580-1645)

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: OMS, 1999. Disponible en: <http://www.WHO/FRH/MSM>
2. De Miguel JR, González M, Jubete Y, Real de Asúa P, Cagigal JM. Episiotomy frequency rate: is it a perinatal quality indicator? En: Carrera JM, Cabero L, Baraibar R, eds. Proceeding of the 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona: Monduzzi Editore; 2001. pp. 44-48.
3. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd; 2007. p. 2. Disponible en: <http://www.update-software.com>
4. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(9): 559-563.
5. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005; 293: 2.141-2.148.
6. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evidence report/technology assessment N.º 112. AHRQ Publication N.º 05-E009-2. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
7. RCOG Green-Top Guideline N.º 29. The management of third- and fourth-degree perineal tears, 2007.
8. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012.
9. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? Obstet Gynecol. 2014; 123 Supl 1: 38.
10. Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. Obstet Gynecol. 2014; 123 Supl 1: 63-64.
11. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet. 2010; 111: 201-202.
12. Kettle C. Perineal care. Clin Evid. 1999; 2: 522-532.
13. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. Obstet Gynecol. 2000; 95: 464-471.
14. Lydon-Rochelle MT, Albers L, Teaf D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. J Nurse Midwifery. 1995; 40(1): 13-18.
15. Sampselle CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. J Nurse Midwifery. 1999; 44(1): 36-39.
16. Berajano J, Álvarez C. Ensayo clínico aleatorizado abierto de dos grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta a partir de las semanas 34-36 de gestación para la reducción de desgarros de primer y segundo grado en el periodo expulsivo del parto. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Matronas. 2012; 4(5): 43-65.
17. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180(3): 593-600.
18. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk. 1999; 5: 193-196.
19. ACOG. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. N.º 71. Episiotomy. ACOG Pract Bull. 2006; 107(4): 957-962. Disponible en: <http://www.acog.org/~media/ACOG%20Today/acogToday0406.pdf?dmc=1&ts=20130902T1215451189>
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Incontinence in women. 2002 [consultado el 17 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/>

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

21. Collège Nationale de Gynecologues et Obstetriciens Français. L'episiotomie, recommandations pour la pratique clinique. 2005 [consultado el 17 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.cngof.asso.fr/>
22. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for operative vaginal birth. N.º 148. 2004 [consultado el 18 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.sogc.org/index_e.asp
23. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005; 32(3): 219-223.
24. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, et al. Factors related to trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery*. 1996; 41(4): 269-276.
25. Steen M. Care and consequences of perineal trauma. *Br J Midwifery*. 2010; 18(11): 710-715.
26. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998; 105: 1.262-1.272.
27. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth. Section 3. Procedures. 2000. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/impac/procedures/episiotomy-P71-P75.htm>
28. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after childbirth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(2 Pt 1): 233-239.
29. García Hernández JA, Reyes Iglesias MI, Cazorla Betancor M, Delgado Godoy C, Martín Martínez A. Asistencia obstétrica y trauma perineal. *Prog Obstet Ginecol*. 2007; 50: 273-281.
30. Mora-Hervás I, Sánchez E, Carmona F, España-Pons M. Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: episiotomy or second degree perineal tear? *Int J Women's Health Reprod Sci*. 2015; 3(2).
31. Lins VML, et al. Factors associated with spontaneous perineal lacerations in delivery without episiotomy in a university maternity hospital in the city of Recife, Brazil: a cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019; 32(18): 3.062-3.067.

Cuidado perineal intraparto. ¿Qué sabemos?

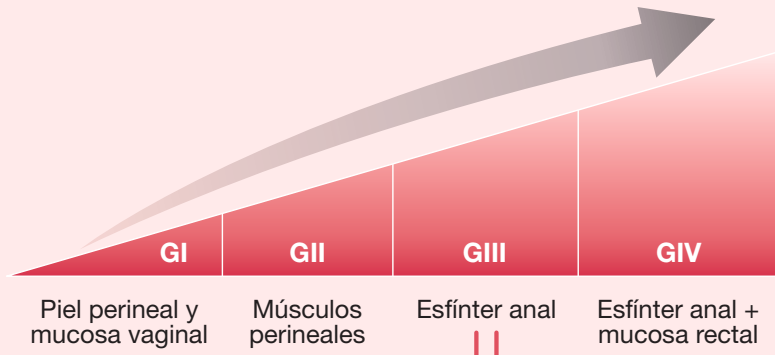
Lesiones espontáneas

Los desgarros o **lesiones espontáneas** se clasifican en **diferentes grados** según las estructuras afectadas²



≈85%

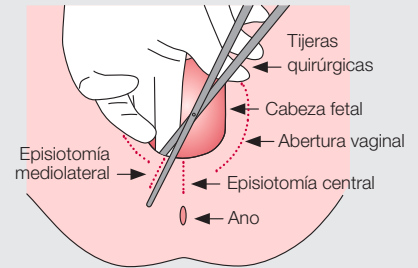
de las mujeres sufre algún tipo de **lesión perineal** tras un **parto eutócico** (desgarro espontáneo o episiotomía)¹



GIIIa: Lesión del esfínter externo <50%
GIIIb: Lesión del esfínter externo >50%
GIIIc: Lesión del esfínter externo e interno

Episiotomía

La episiotomía más utilizada es la **mediolateral**³



Es **equiparable** a las lesiones de **II grado** al afectar al plano muscular⁴

Riesgos y morbilidad del parto

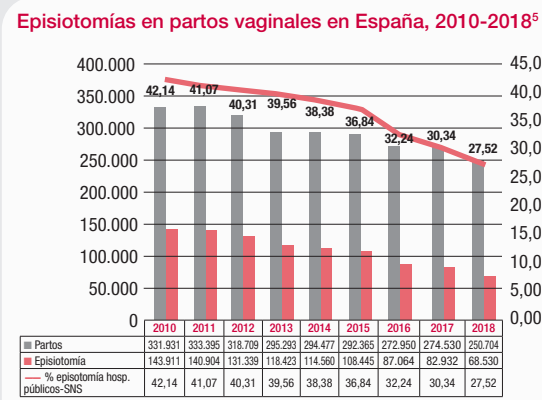
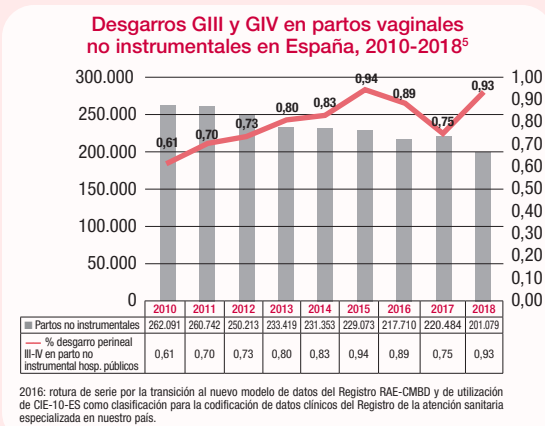
Se realiza con el objetivo de **prevenir desgarros perineales severos**, pero se ha demostrado que su uso indiscriminado **causa**⁵

Riesgo de desgarros perineales severos (GIII-GIV)

La **episiotomía selectiva** se asocia con menor **riesgo de traumatismo perineal posterior**, necesidad de **sutura y complicaciones en la cicatrización** durante la primera semana⁶

¿Cuáles son los datos en España?

La mayoría de los estudios sobre trauma perineal se centran en el análisis de factores relacionados con las lesiones severas (GIII-GIV). Sin embargo, **la mayoría de las mujeres experimentarán lesiones perineales no severas en su primer parto**⁷



Con el objetivo de reducir el trauma obstétrico, en los últimos años ha habido un **descenso progresivo en la realización de episiotomías**⁷

Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

Recomiendan **<15% de episiotomías** en parto eutócico

Sólo correlaciona episiotomía y desgarros GIII y GIV sin establecer una recomendación práctica de episiotomía que permita disminuir la tasa de desgarros musculares (GII)⁸

¿Episiotomía y GII?

Recientes publicaciones señalan la **relación entre las disfunciones severas del suelo pélvico con la existencia de desgarros perineales previos** (fundamentalmente del plano muscular), subrayando la necesidad de analizar cómo la realización o no de episiotomía influye en la incidencia de este tipo de lesiones perineales⁷

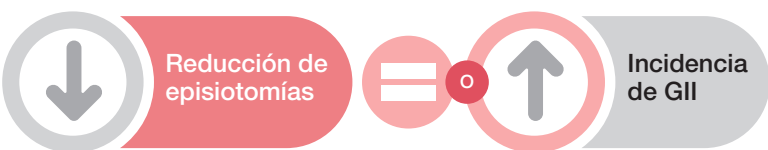


World Health Organization

Recomienda una **tasa de episiotomía ≈10%**⁸, y sólo en **casos de parto vaginal complicado**⁹

¿Estamos consiguiendo el objetivo de mínimo trauma perineal con la reducción progresiva de episiotomías?

Los escasos estudios existentes muestran que^{10,11}:



NECESIDADES NO CUBIERTAS para alcanzar un mayor porcentaje de periné íntegro y menores tasas de desgarros

Se necesitan ensayos clínicos aleatorizados comparativos **EPISIOTOMÍA SELECTIVA vs. NO EPISIOTOMÍA**

Revisar e implementar **medidas de protección perineal**

Evidencias para la prevención del trauma perineal¹¹

Durante el embarazo

- Realizar masajes perineales (NE:1)

Durante el parto

- Masaje perineal durante el segundo estadio del parto (NE:2)
- Aplicar calor local en el periné en el segundo estadio del parto (NE:2)
- Controlar manualmente la salida de la cabeza del feto cuando está coronando y proteger manualmente la parte posterior del periné (NE:3)



*Parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de III o IV grado y el sufrimiento fetal.

1. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol. 1998; 105: 1.262-1.272. 2. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk. 1999; 5: 193-196. 3. Goh R, Goh D, Ellpola H. Perineal tears – A review. Aust J Gen Pract. 2018; 47: 35-38. 4. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. Obstet Gynecol. 2000; 95: 464-471. 5. Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. Julio 2020. Ministerio de Sanidad. 6. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: 1999. Disponible en: <http://www.WHO/FRH/MSM>. 7. Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Diciembre de 2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. 8. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. 9. García Hernández JA, Reyes Iglesias MI, Cazorla Betancor M, Delgado Godoy C, Martín Martínez A. Asistencia obstétrica y trauma perineal. Prog Obstet Ginecol. 2007; 50: 273-281. 10. Mora-Hervás I, Sánchez E, Carmona F, España-Pons M. Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: episiotomy or second degree perineal tear? Int J Women's Health Reprod Sci. 2015; 3(2). 11. Ducarme G, Pizzoferrato AC, De Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019; 48(7): 455-460. doi: 10.1016/j.jogh.2018.12.002. Epub 2018 Dec 12. PMID: 30553051.

CASO CLÍNICO

Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso

S. Escura Sancho, C. Ros Cerro, S. Anglès Acedo, M. Espuña Pons

Unidad de Uroginecología. ICGON. Hospital Clínic. Barcelona

El impacto del parto en el desarrollo de las disfunciones del suelo pélvico (DSP) es indiscutible. El traumatismo del suelo pélvico durante el parto es muy frecuente y se asocia al riesgo a largo plazo de incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA) y prolapso de órganos pélvicos (POP)¹. En comparación con el parto vaginal espontáneo, el parto por cesárea se asocia con un riesgo significativamente menor de IU de esfuerzo (IUE), vejiga hiperactiva y POP, mientras que el parto vaginal instrumental se asocia con un riesgo significativamente mayor de IA y POP. Un hiato genital más grande debido a lesión del músculo elevador del ano (MEA) se asocia con un mayor riesgo de POP². El traumatismo perineal es la complicación más común durante el parto vaginal y se presenta en el 40-50% de las mujeres³.

Caso clínico

Mujer de 39 años, con antecedente de parto vaginal mediante fórceps rotador, con necesidad de realización de episiotomía durante la fase de expulsivo. Se obtuvo un neonato único vivo, de sexo masculino y 3.950 g de peso. Durante la revisión del canal blando en la sala de partos se identificó un desgarro obstétrico del esfínter anal de tipo IIIb, que se suturó según la técnica *endo-endo*. Desde el parto, la mujer ha estado realizando lactancia materna exclusiva. La paciente acude a la consulta especializada en suelo pélvico a los 6 meses del parto, derivada por la comadrona de referencia que la ha seguido en el posparto inmediato.

Al realizar la anamnesis dirigida sobre sintomatología de DSP, la paciente presenta clínica de IU a grandes esfuerzos y, tras realizar el cuestionario validado de síntomas International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence-Short Form (ICIQ-UI-SF), obtiene una puntuación de 5, que clasifica la IU que padece como leve. Al preguntar acerca de la clínica de IA, la

mujer relata que desde el posparto inmediato presenta clínica de IA a gases y urgencia defecatoria. Tras responder al cuestionario sobre IA Saint Mark's, obtiene una puntuación de 9. Respecto a las relaciones sexuales, refiere haberlas iniciado hace unos 3 meses y que, en la mayoría de las ocasiones, ha presentado dispareunia *de novo*, concretamente dolor en la zona del introito vulvar, y sensación de falta de lubricación. La paciente no refiere síntomas de POP, dificultad miccional ni otras DSP.

La paciente presenta un buen estado general, con un índice de masa corporal de 26. Al realizar la exploración pélvica, se aprecian una cicatriz de episiotomía en el introito vulvar dolorosa al tacto, pero no retráctil, y una uretra hipermóvil. En la valoración de los músculos del suelo pélvico (MSP) mediante palpación vaginal se identifica una lesión del MEA en el lado derecho; el izquierdo se palpa íntegro, pero con una función contráctil muy disminuida (Oxford de 1/5). Se realiza una ecografía de suelo pélvico (ESP), en la que se identifican una uretra hipermóvil de 28 mm de longitud, sin embudización del cuello vesical en Valsalva, y unas paredes vesicales regulares y no engrosadas. El útero y los ovarios no presentan hallazgos patológicos. En la valoración de los MSP que se realiza mediante ecografía transperineal 3D (3D-TPUS) se identifica una lesión del MEA derecho, concretamente una avulsión del músculo pubovisceral derecho, un MEA izquierdo íntegro y un aumento del hiato genital, sin signos de POP significativos (figura 1). Finalmente, también mediante 3D-TPUS, se valora el esfínter anal y se constata una cicatriz residual (<30°) a las 12 horarias sobre el esfínter anal externo, que es total y que ocupa menos del 50% del canal anal; no se aprecian lesiones sobre el esfínter anal interno (figura 1).

Al finalizar las exploraciones se informa a la paciente de los hallazgos en el proceso diagnóstico y se le ofrece un plan de tratamiento conservador. El tratamiento

Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso

S. Escura Sancho, C. Ros Cerro, S. Anglès-Acedo, M. Espuña-Pons

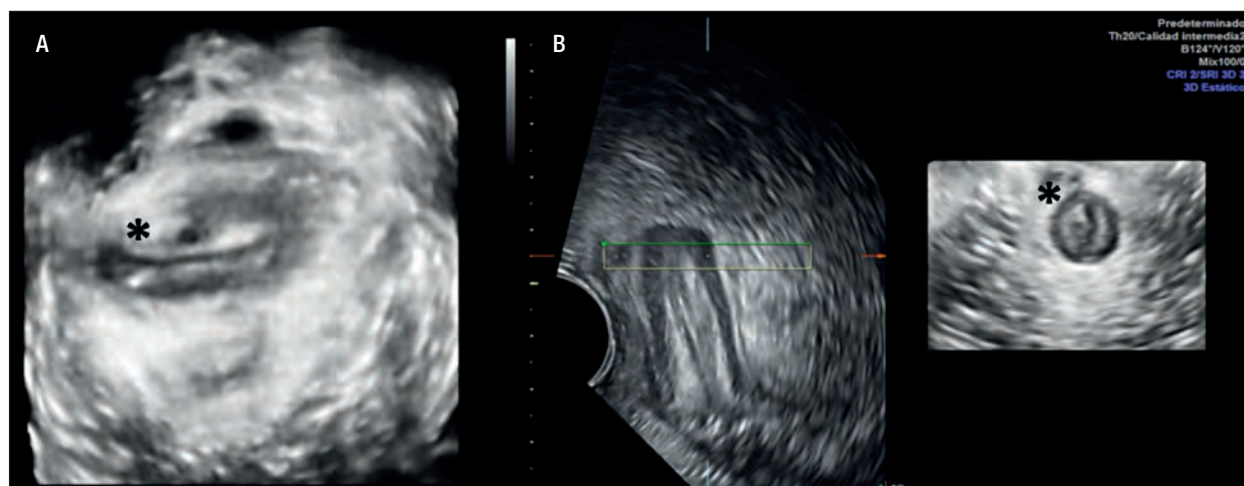


Figura 1. Ecografía transperineal 3D (3D-TPUS). A) Avulsión del músculo elevador del ano (MEA) derecho (*); MEA izquierdo íntegro; aumento del hiato genital. B) Cicatriz residual (<30°) a las 12 horarias sobre el esfínter anal externo, total, que ocupa <50% del canal anal (*). No se observan lesiones del esfínter anal interno

consiste en masajes perineales y en un programa intensivo supervisado de entrenamiento de los MSP asociado a electroestimulación con aparato portátil en domicilio; asimismo, se indicaron pautas de modificaciones de los estilos de vida y hábitos saludables, y el uso de lubricante durante las relaciones sexuales. Se programó una visita telemática al mes de iniciar el tratamiento conservador para evaluar la adherencia al tratamiento, y una visita presencial a los 3 meses de iniciar el tratamiento conservador. En la visita de control al cabo de 1 mes, la paciente refiere una correcta adherencia al tratamiento, y en la visita presencial se observa una mejoría significativa de los síntomas: no presenta clínica de IUE, IA o dispareunia. La exploración pélvica muestra un mejor tono y capacidad contráctil del MEA del lado izquierdo (Oxford de 2/5). Se repite la ecografía a los 12 meses postparto y se observa la persistencia de los mismos signos de hace 6 meses. Se informa a la paciente de los hallazgos y se le da el alta con pautas de cuidados (control de peso y seguir con un programa de mantenimiento de ejercicios de contracción de los MSP).

La paciente manifiesta que muy posiblemente desee un nuevo embarazo en 1 o 2 años, y nos pregunta qué riesgos tiene un nuevo parto vaginal y si es necesaria una visita antes del siguiente embarazo. Le informamos de que el primer parto es el que tiene mayor riesgo de lesión de los MSP, como la avulsión del MEA, y de que

después de un segundo parto no se observan más avulsiones, pero que las ya presentes de un primer parto se pueden hacer más extensas⁴. Por este motivo, le recomendamos que mantenga los hábitos saludables en su domicilio y las modificaciones del estilo de vida, así como los ejercicios de MSP (ejercicios de Kegel). Le explicamos también que las mujeres con antecedente de lesiones obstétricas del esfínter anal (*obstetric anal sphincter injuries* [OASIS]) tienen un riesgo mayor de presentar una recurrencia (OASISr) en el siguiente parto, pero que tenemos identificados los principales factores de riesgo y que se ha demostrado que la episiotomía mediolateral está asociada a una tasa más baja de OASISr⁵. Le informamos de que disponemos de una consulta especializada en la que puede ser atendida durante el primer trimestre de una futura nueva gestación para realizar una valoración clínica de la sintomatología y, en función de lo observado, se le explicarán detalladamente las implicaciones de un nuevo parto y se la ayudará en el proceso de la toma de decisiones compartidas.

Discusión

El proceso fisiológico que supone el parto vaginal provoca, en mayor o menor medida, un trauma obstétrico. En el concepto de trauma perineal obstétrico se engloba tanto el efecto producido por la sobredistensión del

suelo pélvico, y la afectación que puede conllevar sobre su inervación, como la lesión directa de los distintos músculos perineales. Estas lesiones, confirmadas con técnicas de imagen, como la ESP, son principalmente la hipermovilidad uretral, la avulsión del MEA o el aumento del hiato genital y la lesión del esfínter anal. Algunas de estas lesiones presentan una recuperación parcial durante los primeros 6 meses posparto. En cambio, otras desembocan en lesiones permanentes, y las pacientes tienen más probabilidad de desarrollar DSP a largo plazo. Uno de los mecanismos fisiopatológicos más estudiados es el daño que se produce sobre el MEA. Según DeLancey et al.⁶, se produce una lesión del MEA en un 6-10% de los partos vaginales eutócicos y en un 60-70% de los instrumentados con fórceps. La lesión del MEA provoca un aumento del hiato genital que, medido por ecografía, se asocia al riesgo de DSP, sobre todo de padecer POP. Según un estudio reciente⁴, el primer parto vaginal es el que tiene el mayor riesgo de que ocurra una avulsión del MEA, con un impacto significativo en la incidencia de DSP 4 años después. Este mismo estudio puso de manifiesto que un segundo parto vaginal puede provocar el deterioro de la avulsión del MEA, pero no se encontraron nuevas avulsiones.

La aparición de sintomatología de DSP es variable en el tiempo. Algunas DSP, como la IUE o la IA, tienen una alta incidencia en los primeros meses posparto; en cambio, los síntomas de POP tienen una latencia mayor. El parto instrumentado es un factor muy potente en el desarrollo de DSP, aumentando las incidencias acumuladas de todas ellas cuando se compara con el parto vaginal eutócico^{7,8}. Respecto a las mujeres multíparas, el incremento de DSP es más pronunciado tras el primer parto.

Pocos estudios valoran la esfera sexual, pero éstos sugieren una mayor afectación de la sexualidad en las mujeres con un antecedente de parto vaginal traumático respecto a las que han tenido partos vaginales sin lesiones evidentes o cesáreas⁹.

Respecto a la IA, en general, el riesgo es menor que el de otras DSP, a no ser que se acompañe de una lesión directa sobre el esfínter anal, situación que ocurre en un 2-4% de los partos vaginales. El 19-59% de las mujeres con OASIS presentarán IA, que es la causa más frecuente de esta afección en mujeres jóvenes¹⁰. A las mujeres

con antecedente de OASIS en su primer parto debemos informarlas de que el riesgo de presentar un OASISr en el siguiente parto es del 5,8%, tasa claramente más alta que la de las que tuvieron un primer parto sin complicaciones⁵. Los principales factores de riesgo que se asociaron de forma significativa a la OASISr fueron un peso al nacimiento ≥ 4.000 g y la duración del segundo estadio del parto ≥ 30 minutos⁵. Se ha observado que la práctica de la episiotomía mediolateral está asociada con una significativa reducción en la tasa de OASISr, tanto en las mujeres con un segundo parto eutócico como instrumental, por lo que esta explicación puede ser útil para tranquilizar a las mujeres que desean un parto vaginal tras un primer parto con OASIS⁵.

En nuestro centro disponemos de una consulta específica basada en criterios intraparto y posparto, en la que se visitan las pacientes con diagnóstico de OASIS, parto instrumentado, peso neonatal >4 kg o sintomatología de IU en el posparto. Consideramos que es importante disponer de una consulta especializada y hacer un buen seguimiento de estas pacientes a fin de diagnosticar precozmente las DSP, para poder iniciar un tratamiento precoz y así disminuir el impacto de la DSP en la calidad de vida de la mujer. Esta consulta debe estar a disposición de las mujeres con antecedente de trauma perineal obstétrico para poderlas ayudar en el proceso de la toma de decisiones compartidas que debe hacerse al principio de una nueva gestación. Existen modelos para predecir el riesgo de DSP, y creemos que deberían aplicarse en el futuro a la práctica clínica diaria para poder determinar con precisión el porcentaje de mujeres con más riesgo de padecer una DSP tras el parto.

Conclusión

Las DSP tras el parto son frecuentes y, aunque un elevado porcentaje de mujeres presentará una mejoría o curación durante los 6 primeros meses posparto, otras referirán síntomas después de este periodo, con el consiguiente impacto negativo en su bienestar, calidad de vida, imagen corporal y vida sexual, llegando a limitar su actividad recreativa y social. Es necesario aplicar controles específicos a las mujeres con un traumatismo perineal, tanto en el posparto inmediato como unos meses después. Este control permite cuidar a las pacientes con

Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso

S. Escura Sancho, C. Ros Cerro, S. Anglès-Acedo, M. Espuña-Pons

síntomas de DSP y aplicar medidas de prevención secundaria en mujeres asintomáticas pero en las que se han identificado lesiones anatómicas de los MSP. No obstante, a pesar de que conocemos los factores de riesgo y reconocemos los factores predictores de DSP, actualmente se aplican muy pocas estrategias de prevención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hallock JL, Handa VL. The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016; 43(1): 1-13.
2. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(4): 777-784.
3. NHS Maternity Statistics, England 2017-18. NHS Digital [consultado el 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2019-20>
4. Van Gruting MA, Van Delft KWM, Sultan AH, Thakar R. The natural history of levator ani muscle avulsion 4 years following childbirth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 [DOI: 10.1002/uog.23120] [Epub ahead of print. PMID: 32936957].
5. Van Bavel J, Ravelli A, Abu-Hanna A, Roovers J, Mol BW, De Leeuw JW. Risk factors for the recurrence of obstetrical anal sphincter injury and the role of a mediolateral episiotomy: an analysis of a national registry. *BJOG.* 2020; 127(8): 951-956.
6. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(1): 46-53.
7. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M; Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià [GRESF]). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(3): 618-628.
8. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. *JAMA.* 2018; 320(23): 2.438-2.447.
9. Cattani L, Gillor M, Dietz HP. Does flatus incontinence matter? *Int Urogynecol J.* 2019; 30(10): 1.673-1.677.
10. Anglès-Acedo S, Ros-Cerro C, Escura-Sancho S, Elias-Santo-Domingo N, Palau-Pascual MJ, Espuña-Pons M. Coital resumption after delivery among OASIS patients: differences between instrumental and spontaneous delivery. *BMC Womens Health.* 2019; 19(1): 154.

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Manejo de la retención urinaria posparto

S. Anglès Acedo, S. Escura, C. Ros Cerro, L. Amat Tardiu, E. Bataller Sánchez, M. Espuña Pons

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona

Introducción

La retención urinaria y la disfunción de vaciado posparto consisten en la incapacidad de vaciar la vejiga espontáneamente o de forma adecuada tras el parto. La incidencia exacta es incierta y varía considerablemente en la literatura entre un 0,2 y un 37%¹⁻⁴, dada la gran variabilidad de definiciones utilizadas en los diferentes estudios.

El retraso o ausencia del diagnóstico de la retención urinaria y, consecuentemente, una intervención tardía o inexistente, originarían una sobredistensión vesical que podría causar daños irreversibles en la contractilidad del detrusor y una disfunción de vaciado de larga duración^{5,6}.

Sin embargo, con el diagnóstico precoz y la intervención oportuna requerida, se espera una recuperación completa sin graves consecuencias a largo plazo^{7,8}, por lo que es importante identificar a las pacientes en riesgo.

Clasificación y terminología

¿Cómo deben clasificarse los diferentes tipos de retención urinaria posparto?

De acuerdo con la terminología de la International Continence Society (ICS)⁹, entendemos por «retención urinaria» la incapacidad para orinar a pesar de un esfuerzo persistente, y por «disfunción de vaciado» la alteración de la sensación o función normal, durante o después del acto de micción, que conlleva una micción anormalmente lenta y/o incompleta. Además de los síntomas, su diagnóstico también se puede basar en el estudio funcional (flujometría, urodinámica).

En cuanto a la retención urinaria posparto, si nos basamos en la literatura publicada, se define como la ausencia de micción espontánea a las 4-6 horas después del parto vaginal o tras retirar la sonda vesical permanente. Se considera una retención urinaria posparto persistente

la que persiste más de 3 días posparto, cuya prevalencia es del 0,18%⁷.

Otra forma de clasificar la retención urinaria posparto según la terminología propuesta por Yip et al.¹⁰ es ésta:

- Retención urinaria «descubierta», o sintomática: mujeres que son incapaces de orinar de forma espontánea dentro de las 6 horas tras un parto vaginal o dentro de las 6 horas tras retirarse una sonda vesical.
- Retención urinaria «encubierta», o asintomática: mujeres que no refieren sintomatología pero que dejan un residuo posmiccional (RPM) mediante ecografía o sondaje vesical >150 mL.

Etiopatogenia, factores de riesgo y clínica

¿Cuáles son los principales factores de riesgo de la retención urinaria posparto?

La etiología exacta no se conoce, pero seguramente es multifactorial ya que incluye factores fisiológicos, neurológicos y mecánicos que acontecen durante la gestación, el parto y el posparto.

Fisiológicos

- Niveles elevados de progesterona: reducen el tono de la musculatura lisa, provocando una dilatación de la vejiga, los uréteres y la pelvis renal.
- Cambios en la presión intravesical, que aumenta durante el embarazo y disminuye de forma brusca después del parto, contribuyendo a la aparición de una hipotonía vesical transitoria en el posparto inmediato.

Mecánicos y neurológicos

- Anestesia peridural y raquídea¹¹⁻¹³. Se produce por inhibición del reflejo de la micción desde la vejiga al centro pontino de la micción. Consecuentemente, se puede producir una sobredistensión vesical que disminuye aún más la contractilidad vesical.
- Segunda fase del parto prolongada^{7,11}, partos instrumentados^{7,11,13} y peso neonatal >3.800 g^{12,13}. Estos 3 facto-

Correspondencia: Sònia Anglès Acedo. Unidad de Suelo Pélvico. Institut Clínic de Ginecologia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Villarroel 170. 08036 Barcelona. Correo electrónico: sangles@clinic.cat.

res pueden provocar una compresión y/o estiramiento del nervio pudiendo, lo que afectaría a los reflejos y al mecanismo voluntario de una micción normal. También podría producirse una sobredistensión vesical que afectaría a la contractibilidad del músculo detrusor. Este hecho se puede ver agravado por una episiotomía¹² dolorosa o un desgarro.

- Primiparidad^{11,13}. Por el mayor riesgo de prolongación de la segunda fase del parto, instrumentación o episiotomía.
- El dolor perineal¹¹ puede provocar una hipertonia y falta de relajación de la musculatura del suelo pélvico durante la micción voluntaria, causando una dificultad de vaciado vesical de origen obstructivo funcional.
- La presencia de edema y/o hematoma local en la vulva puede contribuir a la dificultad de vaciado vesical de causa obstructiva mecánica.

¿Cuáles son los síntomas de la retención urinaria posparto?

- Dolor o molestia vesical (sensación de vaciado incompleto). La imposibilidad de micción espontánea (retención aguda de orina) es un síntoma más frecuente.
- Chorro miccional débil.
- Aumento de la frecuencia miccional con volúmenes evacuados muy bajos.
- Urgencia miccional.
- Incontinencia urinaria.

Diagnóstico de la retención urinaria posparto

Evaluación inicial

Se ha de realizar durante las primeras 4 horas posparto a todas las puérperas:

- Identificación de factores de riesgo en la historia clínica:
 - Historia pregestacional de patología uroginecológica.
 - Primiparidad.
 - Expulsivo prolongado.
 - Parto instrumentado.
 - Anestesia peridural y raquídea.
- Anamnesis dirigida para valorar la función miccional*:
 - Sensación de llenado vesical: presente/ausente.
 - Deseo miccional: presente/ausente.
 - Urgencia miccional: presente/ausente.
 - Inicio del flujo urinario: normal/dificultad de flujo de orina durante la micción: continuo/intermitente.

- Disuria: ausente/presente.
- Sensación de vaciado incompleto: ausente/presente.
- Incontinencia urinaria: ausente/presente (tipo).
- Exploración física:
 - Exploración abdominal: palpación para descartar un globo vesical y cualquier complicación hemorrágica en casos de cesárea.
 - Exploración genital para descartar edema/hematoma vulvar.
 - Evaluación del grado de dolor perineal.

Controles de orina residual

- Registro en la historia clínica de la primera micción tras el parto o tras la retirada de la sonda vesical, midiendo el volumen de vaciado, así como el RPM mediante ecografía (durante los primeros 5 min tras la micción).
- Si la primera micción no es valorable (no se ha conseguido medir, volumen <200 mL o >700 mL¹⁴), también se registrará la segunda micción tras el parto.

Situaciones clínicas

¿Cuáles son las principales situaciones clínicas que nos podemos encontrar en una retención urinaria posparto?

- Retención urinaria asintomática. Entre las primeras 4-6 horas del parto o de la retirada de la sonda vesical, la puérpera está asintomática, pero presenta un RPM >1/3% del volumen vesical al realizar la primera micción. En este caso, debería llevarse a cabo una evaluación periódica cada 2 horas, para valorar la evolución; durante la noche, se podría aprovechar el momento en que la mujer esté despierta.
- Retención urinaria sintomática (retención aguda de orina). Entre las primeras 4-6 horas del parto o de la retirada de la sonda vesical, la puérpera presenta un deseo miccional sin capacidad de realizar la micción, un dolor hipogástrico, o se comprueba la presencia de un globo vesical.

Tratamiento de la retención urinaria asintomática y sintomática

¿Qué medidas preventivas existen para evitar la retención urinaria?

- Sondaje en el posparto inmediato (sobre todo en portadoras de anestesia regional).

*Es importante asegurar que la puérpera está haciendo una correcta ingesta de líquidos.

- Tratar de forma precoz el edema vulvar: frío local, agua de Burow, etc.
- Tratar de forma precoz el dolor perineal: analgésicos, antiinflamatorios pautados, etc.
- Medidas de soporte para facilitar la micción: deambulación, evitar aglomeraciones de visitas (privacidad), correcta analgesia, manos en agua fría, baño de agua caliente, evitar estreñimiento, etc.

¿Qué pacientes son candidatas a recibir un sondaje vesical intermitente?

Si durante el ingreso se diagnostica a la paciente una retención urinaria sintomática o asintomática:

- Realizar un sondaje vesical puntual con sonda desechable (sonda de descarga, CH 14) y cuantificar el volumen evacuado.
- Mientras persista la clínica de retención, se realizará un cateterismo intermitente¹⁴ cada 3-4 horas:
 - Si la paciente recupera la función miccional, se registrará en la historia clínica la micción, midiendo el volumen de vaciado, así como el RPM mediante ecografía^{11,15,16} (la medición del RPM no se debe demorar más de 5 min desde la micción).
 - Cuando se registre un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se realizará el control de la siguiente micción del mismo modo. Si se confirma RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.
 - Si el RPM es $>1/3\%$ del volumen vesical, se mantendrá la misma actitud terapéutica durante 72 horas. Se prolongará el ingreso de la paciente en sala durante 72 horas.
- Si a las 72 horas se registra un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.

¿Qué pacientes son candidatas a recibir un sondaje vesical permanente?

Si durante el ingreso la paciente no es candidata a la realización de un cateterismo intermitente (p. ej., tras un trauma perineal importante), se optará por una sonda vesical permanente (tipo Foley, CH 16-18) y pinzada.

- Se debe despinzar la sonda cuando la paciente refiera deseo miccional o, en ausencia del mismo, cada 3-4 horas.

- En las pacientes que han precisado la colocación de una sonda permanente, se revalorará a las 24 horas si tienen reflejo miccional, retirando la sonda vesical y evaluando el volumen miccional y el RPM en la micción tras la retirada de la sonda y en la siguiente micción espontánea.
- Si se registra un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.
- En pacientes con un RPM $>1/3\%$ del volumen vesical, se recolocará la sonda vesical permanente y se mantendrá la misma actitud terapéutica 48 horas más.
- Si a las 72 horas se registra un RPM $<1/3\%$ del volumen vesical, se dará el alta a la paciente, sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.

¿Cuál es la actitud terapéutica ante una retención urinaria posparto persistente?

- Si persiste la clínica tras 72 horas (RPM $>1/3\%$), se diagnosticará a la paciente una retención urinaria posparto persistente y requerirá sondajes en su domicilio, con dos posibles opciones:
 - Continuar con la sonda vesical permanente pinzada (si no hay posibilidad de entrenamiento de autosondaje por parte de personal especializado, o bien la paciente lo rechaza).
 - Enseñar el autosondaje para realizar el cateterismo intermitente en el domicilio (si hay posibilidad de entrenamiento de autosondaje por parte de personal especializado y la paciente lo acepta).

¿Qué instrucciones debemos dar a la paciente con cateterismo permanente?

- Se le explicarán los cuidados necesarios de acuerdo con su situación (manejo de la sonda vesical permanente y registro del patrón miccional):
 - Despinzar la sonda vesical cada vez que sienta la necesidad de orinar y registrar el volumen de vaciado orinado.
 - Si no tiene esa sensación, es importante que despinze la sonda cada 3 horas aproximadamente para vaciar la vejiga, con un descanso nocturno de 6 horas.
- Se le proporcionará un cuaderno para que registre su función miccional.
- Instrucciones para acudir a visita en una unidad especializada en suelo pélvico en 48-72 horas:

- Derivación e información de la visita en la consulta especializada.
- Acudir con ganas de orinar, habiendo bebido 3 vasos de agua unas 2 horas antes de la visita.
- Aportar el registro de la función miccional en el domicilio, en la medida de lo posible.
- Profilaxis antibiótica con fosfomicina 3 g/72 h.

¿Qué instrucciones debemos dar a la paciente con autosondajes (cateterismo intermitente)?

- Se le explicarán los cuidados necesarios de acuerdo con su situación, por parte del personal especializado en entrenamiento del autosondaje:
 - Uso de sonda hidrofílica de baja fricción, CH 10-12.
 - Autosondajes cada 3-4 horas en ausencia de micción, o bien tras las micciones espontáneas para el control del RPM, siempre que éste siga manteniéndose >1/3% del volumen vesical.
- Se le proporcionará un cuaderno para que registre su función miccional.
- Instrucciones para acudir a la Unidad de Uroginecología en 48-72 horas:
 - Derivación e información de la visita en la consulta especializada.
 - Acudir con ganas de orinar, habiendo bebido 3 vasos de agua unas 2 horas antes de la visita.
 - Aportar un registro de la función miccional en el domicilio, en la medida de lo posible.
 - Profilaxis antibiótica con fosfomicina 3 g/72 h.

Seguimiento

¿Qué manejo debe realizarse en la Unidad de Uroginecología?

- Se revisará el registro miccional que aporte la paciente (volúmenes miccionales, frecuencia, RPM).
- Se realizará una flujometría de control. En las pacientes que acudan con sonda vesical permanente se realizarán 2 flujometrías: la primera tras el llenado vesical y la retirada de la sonda, y la segunda tras la ingesta líquida y una micción espontánea.
- Según los parámetros observados, se dará el alta a la paciente si se ha producido la normalización de la fun-

ción miccional, sin precisar controles ni seguimiento de su función miccional.

- Si persiste la alteración de la función miccional, seguirá controles semanales hasta su normalización.
- Una vez normalizada la función miccional, se citará a estas pacientes en la Unidad de Uroginecología a los 3 meses para una nueva valoración de dicha función.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cavkaytar S, Kokanali MK, Baylas A, Topçu HO, Laleli B, Taşçı Y. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2014; 15(3): 140-143.
2. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, Kekre N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 112(2): 112-115.
3. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010; 50(6): 502-505.
4. Ismail SI, Emery SJ. The prevalence of silent postpartum retention of urine in a heterogeneous cohort. *J Obstet Gynaecol.* 2008; 28(5): 504-507.
5. Buchanan J, Beckmann M. Postpartum voiding dysfunction: identifying the risk factors. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2014; 54(1): 41-45.
6. Rizvi RM, Khan ZS, Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 91(1): 71-72.
7. Groutz A, Levin I, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, Gordon D. Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol Urodyn.* 2011; 30(1): 83-86.
8. Mulder FEM, Hakvoort RA, De Bruin JP, Janszen EW, Van der Post JAM, Roovers JWR. Long-term micturition problems of asymptomatic postpartum urinary retention: a prospective case-control study. *Int Urogynecol J.* 2018; 29(4): 481-488.
9. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29(1): 4-20.
10. Yip SK, Brieger G, Hin LY, Chung T. Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997; 76(7): 667-672.
11. Choe WS, Kwang Ng B, Atan IK, Lim PS. Acceptable postvoid residual urine volume after vaginal delivery and its association with various obstetric parameters. *Obstet Gynecol Int.* 2018; 2018: 5971795.
12. Mulder FE, Oude Rengerink K, Van der Post JA, Hakvoort RA, Roovers JP. Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(1): 55-60.
13. Perú Biurrun G, González-Díaz E, Fernández-Fernández C, Fernández-Corona A. Post partum urinary retention and related risk factors. *Urology.* 2020; 143: 97-102. doi: 10.1016/j.urology.2020.03.061. Epub 2020 May 19. PMID: 32439549.
14. Beaumont T. Prevalence and outcome of postpartum urinary retention at an Australian hospital. *Midwifery.* 2019; 70: 92-99.
15. Mulder FEM, Hakvoort RA, De Bruin JP, Van der Post JAM, Roovers JWR. Comparison of clean intermittent and transurethral indwelling catheterization for the treatment of overt urinary retention after vaginal delivery: a multicentre randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2018; 29(9): 1.281-1.287.
16. Asimakopoulos AD, De Nunzio C, Kocjancic E, Tubaro A, Rosier PF, Finazzi-Agrò E. Measurement of post-void residual urine. *Neurourol Urodyn.* 2016; 35(1): 55-57.

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

The natural history of elevator ani muscle avulsion 4 years following childbirth

Van Gruting MA, Van Delft KWM, Sultan AH, Thakar R. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 [DOI: 10.1002/uog.23120].

El objetivo principal de este trabajo fue estudiar de forma prospectiva la historia natural de la avulsión del músculo elevador del ano (MEA) 4 años después del primer parto y su correlación con los signos y síntomas de disfunción del suelo pélvico (DSP). Se evaluaron los signos y síntomas de DSP de mujeres primíparas a las 36 semanas de gestación y en el posparto (3 meses, 1 año y 4 años). Se realizó una ecografía transperineal para evaluar la integridad del MEA y la biometría del hiato. Las mujeres con un MEA intacto no mostraron cambios en los signos y síntomas de DSP. En el 42% de las mujeres con avulsión del MEA después del primer parto, a los 4 años ya no era evidente. No obstante, en la exploración clínica se observó un empeoramiento significativo de la fuerza de los músculos del suelo pélvico (MSP) y de signos de prolapso de los órganos pélvicos. Después de un segundo parto no se observaron nuevas avulsiones, pero en las mujeres con avulsión en el primer parto, ésta se hizo más extensa y aumentó el área del hiato.

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

El primer parto vaginal tiene un mayor riesgo de que ocurra una avulsión del MEA con un impacto en la incidencia de DSP 4 años después. Un segundo parto vaginal puede provocar el deterioro de la avulsión del MEA, pero no se encontraron nuevas avulsiones. Se necesita realizar estudios prospectivos más amplios y a más largo plazo de mujeres primíparas y multíparas para establecer si una cesárea beneficiaría a las mujeres que han sufrido una avulsión del MEA anterior. La atención debe centrarse en estrategias preventivas para minimizar el riesgo de sufrir una avulsión del MEA.

Review of available national guidelines for obstetric anal sphincter injury

Roper JC, Amber N, Wan OYK, Sultan AH, Thakar R. *Int Urogynecol J.* 2020; 31(11): 2.247-2.259 [DOI: 10.1007/s00192-020-04464-5].

Las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS) son la forma más grave de trauma perineal, con efectos muy devastadores sobre la calidad de vida de la madre. Existen diversas guías de asistencia práctica disponibles para su manejo. El objetivo de este estudio fue revisar y comparar las recomendaciones de las guías nacionales publicadas sobre el manejo y la prevención de OASIS. Se incluyeron y analizaron 13 guías nacionales sobre trauma perineal, 9 de ellas específicas de OASIS. Cada guía fue analizada por 3 revisores independientes, y se evaluó la calidad metodológica con la Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II. Los resultados del análisis mostraron que existe una amplia variación en la calidad metodológica y la evidencia utilizada para las recomendaciones. Las puntuaciones de AGREE para la evaluación general de las guías fueron >70% en 8 de ellas, cuyas puntuaciones más altas fueron las de Australia-Queensland, Canadá, Reino Unido y Estados Unidos.

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

La amplia variabilidad en la calidad metodológica y en la evidencia utilizada para las recomendaciones sugiere la necesidad de una guía internacional consensuada. Esto permitiría a los profesionales de la salud seguir las mismas recomendaciones, con la evidencia más reciente, y brindar una atención a todas las mujeres basada en la evidencia.

Risk factors for the recurrence of obstetrical anal sphincter injury and the role of a mediolateral episiotomy: an analysis of a national registry

Van Bavel J, Ravelli A, Abu-Hanna A, Roovers J, Mol BW, De Leeuw JW. BJOG. 2020; 127(8): 951-956 [DOI: 10.1111/1471-0528.16263].

Este estudio pretende responder a la siguiente pregunta: ¿cuáles son los factores de riesgo para la recurrencia de la lesión obstétrica del esfínter anal (*obstetric anal sphincter injuries recurrence* [OASISr])? Para ello, se analizan los datos del registro nacional perinatal holandés (Dutch Perinatal Registry PERINED), sobre una cohorte de 391.026 mujeres con parto a término, de las cuales 9.943 habían tenido una OASIS en su primer parto y tuvieron un segundo parto vaginal con un recién nacido vivo en posición cefálica. Los resultados muestran que en el registro perinatal nacional holandés la tasa global de OASIS fue más alta en las mujeres que tuvieron una OASIS en su primer parto que en las que tuvieron un primer parto sin lesiones en el esfínter anal. Los factores de riesgo que se asociaron de forma significativa a la OASISr fueron un peso fetal al nacer ≥ 4.000 g y una mayor duración del segundo estadio del parto. La práctica de la episiotomía mediolateral (EML) se asoció con una fuerte reducción en la tasa de OASISr, tanto en mujeres con un segundo parto eutócico como instrumental, con un número de pacientes que es necesario tratar (NNT) de 22 y 8, respectivamente.

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

En mujeres con antecedente de OASISr, la información que proporciona este estudio puede ser de gran utilidad en el proceso de la toma de decisiones compartidas, que debe hacerse al principio del embarazo, en relación con el tipo de parto. Una explicación de que la EML está asociada a una tasa más baja de recurrencia puede ser útil para tranquilizar a las mujeres que desean un parto vaginal tras un primer parto con OASIS.

Impact of a quality improvement project to reduce the rate of obstetric anal sphincter injury: a multicentre study with a stepped-wedge design

GuroI-Urganci I, Bidwell P, Sevdalis N, Silvertown L, Novis V, Freeman R, et al. BJOG. 2021; 128(3): 584-592 [DOI: 10.1111/1471-0528.16396].

Las complicaciones a largo plazo de las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS) incluyen dolor crónico, disfunción sexual e incontinencia urinaria o anal. La tasa de OASIS está aumentando en muchos países, probablemente relacionado con un mejor reconocimiento de las lesiones, los cambios en las características de las mujeres que dan a luz o los cambios en la práctica obstétrica, como la estrategia aplicada para la protección del periné, así como la no realización de episiotomía y deficiencias en la formación de matronas y obstetras. La evidencia de estudios llevados a cabo en los países escandinavos muestra el impacto negativo de una aplicación más frecuente de un enfoque de parto *hands off*, en contraposición a un modelo *hands on*, para proteger el periné, lo que sugiere que el entrenamiento para mejorar las técnicas intraparto puede disminuir significativamente las tasas de OASIS. En este artículo se presentan los resultados de un proyecto de mejora para implementar una estrategia de prevención de la OASIS en Inglaterra, Escocia y Gales, que se basa en aplicar un paquete de medidas que incluye: informar a las mujeres durante el embarazo sobre las lesiones perineales, protección manual del periné en el expulsivo, episiotomía mediolateral con un ángulo de 60 grados cuando esté clínicamente indicada. El paquete de cuidados también incluye la revisión cuidadosa después del parto, con tacto rectal para mejorar la detección de OASIS.

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

La implementación de este paquete de cuidados redujo las tasas de OASIS sin afectar las de cesáreas o el uso de episiotomías. Estos hallazgos demuestran su potencial para reducir el trauma perineal durante el parto.

Post-partum urinary retention and related risk factors

Perú Biurrún G, González-Díaz E, Fernández Fernández C, Fernández Corona A. *Urology*. 2020; 143: 197-102 [DOI: 10.1016/j.urology.2020.03.061].

La disfunción miccional posparto (DMPP) es la ausencia de micción espontánea 6 horas después del nacimiento, o cuando la micción está asociada con síntomas urinarios, siempre con un volumen de orina residual >150 mL. Esta forma de DMPP generalmente se informa como «sintomática», para distinguirla de la DMPP oculta, y puede tener consecuencias a corto y largo plazo en la función del tracto urinario de la mujer. Este artículo presenta los resultados de un estudio observacional retrospectivo realizado en un único centro, entre enero de 2018 y abril de 2019. Se diagnosticaron y trataron mujeres con criterios de DMPP en el posparto. Se compararon las características gestacionales, del parto y el puerperio entre mujeres con y sin DMPP. Se identificaron como factores de riesgo independientes la analgesia epidural (*odds ratio* [OR]= 7,72; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,02-58,37), el parto vaginal instrumental (OR= 2,23; IC del 95%: 1,01-4,93), el peso al nacer >4.000 g (OR= 3,7; IC del 95%: 1,4-9,73) y el antecedente de cesárea (OR= 6,54; IC del 95%: 2,2-19,2).

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

La DMPP es un hallazgo relativamente común que se detecta en un 10% de los partos vaginales. La prevención de esta disfunción debe centrarse en identificar a las mujeres con factores de riesgo modificables y con un protocolo que establezca un control estricto de la función miccional en el posparto. En las mujeres con DMPP, es fundamental establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado para lograr la mejor recuperación posible.

A one-stop perineal clinic: our eleven-year experience

Wan OYK, Taithongchai A, Veiga SI, Sultan AH, Thakar R. *Int Urogynecol J*. 2020; 31(11): 2.317-2.326 [DOI: 10.1007/s00192-020-04405-2] [Epub 2020 Jul 2. PMID: 32617635; PMCID: PMC7561568].

La clínica perineal es una consulta especializada que ofrece evaluación a mujeres que han tenido algún tipo de trauma perineal de origen obstétrico, incluidas las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS), las complicaciones de la herida perineal y las disfunciones del suelo pélvico. En esta publicación los autores describen los tipos de pacientes atendidas en una clínica perineal de un hospital de tercer nivel, así como los resultados de los tratamientos en función de los datos recopilados durante un periodo de 11 años, en los que realizaron un total de 3.254 primeras visitas entre 2006 y 2016. La mayoría (58,1%) fueron por OASIS, seguidas de complicaciones de la herida perineal. Hasta el momento de su publicación, ésta es la serie más grande descrita en la literatura de mujeres atendidas en una clínica perineal. El motivo de consulta más frecuente fue haber padecido una OASIS y, en segundo lugar, las complicaciones de la herida perineal. Una proporción significativa de mujeres que sufrieron OASIS requirió tratamiento posnatal adicional para el manejo del dolor, el tejido de granulación, la infección de la herida o la dehiscencia. Esto demuestra la importancia de ofrecer a las mujeres con trauma perineal la oportunidad de ser examinadas de forma detallada después del parto, preguntando sobre los síntomas de disfunción del suelo pélvico (DSP) (anorrectales, urinarios, sexuales), y de monitorizar con técnicas de imagen la integridad del esfínter anal y de los músculos del suelo pélvico.

LO QUE APORTA ESTE TRABAJO

Se describe un modelo de clínica perineal única y exclusiva para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las DSP durante el embarazo y el posparto. Los datos novedosos que aporta permiten a los profesionales interesados en esta patología definir unos objetivos para la puesta en marcha de una clínica perineal.

PROFESIÓN

Una comunicación con «h-alma»

J.C. March Cerdà

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Codirector de la Escuela de Pacientes de la Consejería de Salud

Los problemas de comunicación existentes entre profesionales y pacientes son evidentes. Multitud de barreras se interponen en ella, y se ha comprobado que la comunicación profesional sanitario-paciente desempeña una función esencial en la confianza entre ambos, la promoción de la salud y el cuidado de las personas. La palabra cura y cuida.

Pero la comunicación profesional sanitario-paciente necesita entrenamiento. La disposición de un manual y la práctica podrán ser de gran ayuda para convencer, fortalecer y educar. El objetivo consiste en introducir mensajes que proporcionen conocimientos, influyan sobre las actitudes, refuercen conductas e incentiven la adopción de comportamientos.

Todas estas cuestiones hacen necesario cuidar al detalle los elementos de comunicación para que la relación asistencial esté llena de empatía y ayude a tomar las decisiones más adecuadas.

Para transmitir el mensaje con éxito, deben operar 5 componentes de la comunicación profesional sanitario-paciente, bajo el prisma de que lo importante no es lo que diga el emisor sino lo que entienda el receptor:

1. La credibilidad en quien hace de emisor.
2. El diseño del mensaje, que será más efectivo cuanto menor esfuerzo interpretativo requiera del receptor.
3. El canal o los canales utilizados para transmitir el mensaje.
4. La persona a quien va dirigido el mensaje.
5. El comportamiento deseado.

El secreto de usarlos con efectividad, con tintes y formas saludables, reside en identificar el mensaje preciso para la persona con un problema de suelo pélvico a la que se pretenden transmitir, con los medios y los canales más adecuados, siempre teniendo en cuenta el contexto en el cual se produce la relación (tiempo y forma). Así, basándose en la comprensión de las necesidades

y preferencias, se establecen puentes de diálogo mediante una estrategia adecuada que, sin duda, puede tener poderosos efectos en la vida de las personas que presentan un problema de suelo pélvico.

Ante ello, hay dudas frecuentes entre los profesionales sanitarios a la hora de utilizar la comunicación, al no constituir ésta una asignatura para los médicos/as o enfermeras/os y ser el suelo pélvico un tema tabú.

Para solventar estas carencias, de un tiempo a esta parte han nacido varias iniciativas que intentan mejorar la comunicación. Hablamos de comunicación con «h-alma», porque la técnica sin alma sirve de poco.

Lo de añadir una «h» al término «alma» se debe a que hay 7 palabras que empiezan o contienen esta letra que son fundamentales para construir una verdadera comunicación con alma que sea efectiva:

- La primera «h» es la de **honestidad**. La comunicación honesta es mucho más eficaz y ayuda a que el mensaje sea más nítido. En este sentido, es muy importante pararse a reflexionar sobre cuáles son honestamente los objetivos.
- En segundo lugar, la «h» de **humildad**. Normalmente sobra mucho ego, por lo que es fundamental que en la consulta haya preguntas en vez de suposiciones y empatía en lugar de juicios. Es necesario activar el «PGP»: el por favor, las gracias y el perdón.
- La «h» de **humor** es clave porque la risa es un quitamiedos, y lo positivo abre mientras que lo negativo cierra: es importante recetar grandes dosis de humor en el día a día.
- Los **hechos** hablan más alto que las palabras, y la **coherencia** –también con «h» intercalada– entre lo que se dice y lo que se hace es vital para establecer una adecuada comunicación. Acercarse tocando la fibra sensible ayuda.
- La «h» de **habilidad** hace referencia a la necesidad de practicar, practicar y practicar. Hay que entrenarse en

lo que peor hacemos, porque con esfuerzo se aprende y mejora.

- Y la última «h» es la de **heroísmo** y también la de **vehemencia**. En estos tiempos, es necesario ponerle coraje y pasión.

Para llevarlas a cabo se analizan, en primer lugar, las habilidades emocionales intrapersonales, lo que se define como «**yo conmigo**». Si tú no te conoces, no vas a cambiar. A partir de ahí, llega el turno de las habilidades interpersonales, el «**yo contigo**», haciendo hincapié en las aptitudes para prevenir y gestionar conflictos, de cómo sacar un tema espinoso, siempre bajo la premisa de las 7 «h» citadas.

Pero la verdad es que no todas las acciones consiguen dar en el clavo. Ello implica realizar cambios en la cultura del emisor para hacer posible el eslogan de que la salud sea **transmisible** y la palabra realmente cure y cuide. Sabemos que las disfunciones de suelo pélvico ocasionan una merma en la calidad de vida.

La comunicación profesional sanitario-paciente es una poderosa herramienta a nuestro favor si sabemos rentabilizarla. Sin embargo, hay algunas técnicas sencillas que podemos incorporar y que la mejoran significativamente.

Para lograr una comunicación profesional sanitario-paciente eficaz es importante tener siempre presentes algunas claves, como las que se presentan a continuación.

Claves para una comunicación eficaz entre el profesional sanitario y el paciente

1. Preguntar sin dar nada por supuesto. Nuestros estereotipos son esquemas mentales que nos ayudan a desenvolvernos en la sociedad. No obstante, no debemos dejar que condicionen nuestra percepción de la realidad de los problemas del suelo pélvico. En las posibles situaciones antes apuntadas, sólo preguntando podemos obtener la información.
2. Dejar hablar. Nuestro objetivo es obtener la información que necesitamos para hacer un correcto diagnóstico. Por ello, es fundamental que dejemos hablar al paciente y lo escuchemos de forma activa. Es importante que realicemos preguntas abiertas. También debemos evitar preguntas que condicionen la respuesta. Y, por último, para dejar hablar, tenemos que aprender a «aguantar» los silencios de la persona a quien entrevistamos. En estos casos, las personas bajan la mirada y muestran nerviosismo. Ante ello, hay que «pasar a otro tema» y quizás en otro momento; cuando se haya generado más confianza, podemos volver a intentar obtener esa información.
3. Mostrar convicción y convencimiento de la importancia de lo que se está haciendo. Por ejemplo, hay que transmitir seguridad y tener una actitud favorable hablando en positivo. Esto es fundamental para obtener una respuesta adecuada de la otra persona.

TABLA 1. Los 15 pasos a seguir en una entrevista de motivación para conseguir que la persona incorpore algún consejo o cambio en su vida

1. Buscar el momento y el lugar adecuados	2. Ir de uno en uno	3. Preparar bien la entrevista
4. Empezar con algo positivo (+). Empezar reforzando	5. Describir el comportamiento que se quiere cambiar. Describir, sin juicios de valor. Plantear cambios en los aspectos que sean cambiables	6. Pedir opinión. ¿Cómo lo ves? ¿Qué te parece?
7. Empatizar con las dificultades que nos planteen. Ésta es una de las claves de éxito de una entrevista eficaz	8. Explicar las consecuencias positivas que conlleva hacer lo que les planteamos, y después las negativas	9. Asumir la propia responsabilidad, si la hubiera
10. Plantear el cambio o pedir al otro/a que plantee sus propuestas	11. Buscar el compromiso. «Entonces, quedamos en...»	12. En caso de no aceptar, pedir a la otra persona alternativas (y tener previstas las nuestras)
13. En caso de aceptar, reforzar y transmitir nuestra satisfacción con mensajes «yo»: «me alegro de tu decisión», «estaba seguro/a de que lo intentarías»	14. Para el éxito de esta estrategia, es fundamental realizar entrevistas de seguimiento, repitiendo los refuerzos y explicando las ventajas	15. Por último, ser conscientes de que esto no siempre funciona a la primera

4. Mostrar una actitud positiva hacia la persona con quien nos queremos comunicar. Una excelente base para ello es la empatía.
5. No bloquear la comunicación profesional sanitario-paciente.
6. Utilizar un lenguaje claro y comprensible.
7. Transmitir sólo la información necesaria y en el formato adecuado. Especialmente en los primeros contactos, es mucho mejor no transmitir «de golpe» toda la información que conocemos. No es bueno saturar con demasiada información ya que bloquea y confunde más que clarifica; es mejor ir aportando información poco a poco.
8. Propiciar la confianza y la comunicación profesional sanitario-paciente. Para ello es fundamental que nunca juzguemos, acusemos, amenacemos, menospreciemos o utilicemos el sarcasmo o la ironía, porque de esa forma inhibimos a la otra persona de hablarnos con sinceridad de sus sentimientos y emociones relacionados con su problema.
9. Animar a hacer preguntas o expresar su opinión. En primer lugar, es importante prepararnos bien para hablar sobre el tema y sus consecuencias en la vida diaria. Además, es fundamental prestar especial cuidado a los momentos cruciales de la entrevista: la acogida, el desarrollo de la misma y la despedida.

¿Cómo prepararnos una entrevista?

Una entrevista profesional-paciente no siempre es una cita concertada. Es cierto que, si se trata de un encuentro imprevisto, no podremos «prepararlo» bien, pero aun así es importante que intentemos ceñirnos a unos objetivos, elegir el mejor lugar y, al menos, averiguar si es un buen momento. Si la cita fuera concertada, podríamos detenernos con mayor detalle en los siguientes aspectos:

- Pensar nuestros objetivos. Hemos de pensar cuál es nuestro objetivo y tenerlo presente durante todo el acto comunicativo. En este sentido, hemos de evitar introducir en nuestro discurso «virus y bacterias», como juicios de valor, ironía, sarcasmo, menosprecio, acusaciones y otros similares.
- Elegir el mejor momento. Tenemos que saber elegir el mejor momento o el menos malo. Es fundamental seleccionar el momento procurando que el estado físico, emocional y anímico de la persona sea el mejor posible. Asimismo, hemos de intentar elegir un momento

relativamente tranquilo, con un estado emocional adecuado. Es necesario detectar cuál es el estado anímico de la persona o si ésta presenta mucho nerviosismo por hablar del tema.

- Elegir el lugar. Hemos de procurar que la persona con quien nos vamos a comunicar sienta la máxima seguridad y comodidad, y que el entorno sea lo más agradable e íntimo posible. Podemos colocarnos cerca de la persona, poniéndonos a su nivel (sentados si es posible) y crear con nuestra actitud corporal y nuestro tono de voz un ambiente de intimidad; el tema lo requiere.
- Transmitir confianza. Es importante mostrar interés por el estado y la evolución de las personas, ponernos «en su lugar». Es necesario transmitir la idea y la sensación de que pueden acudir a nosotros/as como profesionales para comentarnos su estado, y que haremos todo lo posible por ofrecerles los mejores cuidados. Esto debe realizarse con una actitud abierta, empática y no enjuiciadora, mostrando interés por su estado y evolución.
- Situarnos en primera persona. Es importante utilizar frases como «me gustaría que...», en las que hablamos en primera persona.
- Transmitir amabilidad e interés. Es esencial transmitir una impresión de agrado, amabilidad e interés.

Para ello, hay tres «comodines» que no fallan:

- A. Sonreír, al iniciar y terminar la entrevista y a lo largo de la misma. Puede tratarse de sonrisas de ánimo, de comprensión.
- B. Mantener el contacto visual mostrando atención e interés. La mirada es un potente comunicador para transmitir y captar información, siempre que la utilizemos prudentemente, sin resultar invasiva.
- C. Empatizar. Sentir y mostrar empatía será la mejor herramienta para generar un clima agradable en la entrevista.

Algunas técnicas

- La **escucha activa** implica no sólo escuchar a la persona con quien hablamos sino también demostrarla con el lenguaje no verbal, resumiendo o repitiendo información, no suponiendo, no mostrando prisa, manteniendo la atención y no cortando a nuestro interlocutor.
- **Empatizar** es intentar comprender la situación y los sentimientos de la otra persona y mostrar esa compren-

sión. Hemos de demostrar empatía tanto con nuestro lenguaje verbal como no verbal (escucha activa).

- La **asertividad** es la habilidad que nos permite defender nuestros derechos, ideas o sentimientos sin agredir a los demás y sin sentirnos agredidos o perjudicados.

A través del lenguaje o comunicación no verbal entre el profesional sanitario y el paciente, así como de otros elementos paraverbales, transmitimos información sin utilizar palabras. Es necesario cuidar ciertos aspectos, como mirar a los ojos, mostrar una sonrisa franca y cordial en la presentación o la expresión facial, pues reflejan nuestras emociones. Hay que procurar que los gestos se correspondan con las palabras, orientar la posición corporal hacia la cercanía, transmitir seguridad evitando los tics nerviosos, hablar con un tono de voz moderado, hacer uso de silencios de forma positiva, no cortar a nuestro interlocutor, propiciar la confianza y la comunicación interprofesional, adoptar cierta velocidad y claridad en el discurso, usar un lenguaje comprensible y adaptado al receptor, modular la voz, cuidar el tono oral y mostrar fluidez verbal.

- **«Palabras mágicas»**. Las palabras mágicas facilitan la comunicación profesional sanitario-paciente. En general, podemos considerar como palabras mágicas «solución», «fácil», «útil», «posible», «ventajas» y «beneficios», así como los condicionales (p. ej., «deberíamos pensar en otras alternativas»), los plurales (p. ej., «podemos hacerlo») y las frases en positivo (p. ej., «va a ser fácil para usted»).
- **«Palabras trágicas»**. Las palabras trágicas ponen en guardia al que las recibe y generan oposición, rechazo o bloqueo emocional. Podemos considerar como palabras trágicas «difícil» e «imposible», así como las acusaciones» (p. ej., «esto le ha pasado por...»), las amenazas (p. ej., «si sigue así tendrá un problema»), las

exigencias (p. ej., «a partir de mañana... ¡sin excusas!») o los juicios de valor (p. ej., «esto es una irresponsabilidad por su parte»).

En resumen: **COMUNICACIÓN, si...**

Si quieres decir algo a alguien, repíteselo en voz baja. Si son varios, dílo al más distante o al más contrario a tus ideas.

Si son muchos, busca un micro y un técnico, utiliza la radio o la televisión.

Si con el que quieres hablar está lejos, utiliza el teléfono.

Si es importante, visítalo.

Si te interesa mucho, búscalo.

Si quieres seguridad, confírmalo con una carta, un correo electrónico o un SMS.

Si pasan todo el día, pon un cartel.

Si se encuentran dispersos, haz un folleto.

Si quieres que te lean, añade dibujos (mejor cómics).

Si quieres que te crean, ponle una foto.

Si quieres impresionar, a todo color.

Si quieres calidad, en blanco y negro.

Si quieres que te entiendan, di tres cosas.

Si quieres que te retengan, una sola.

Si quieres que te sigan, acércate.

Si quieres enganchar, pregúntales qué les interesa.

Si quieres aburrirlos, léeles.

Si quieres comunicarte, háblales.

Si quieres que te atiendan, escúchalos.

Si quieres que te odien, monologa.

Si quieres convencerlos, dialoga.

Sin duda, la salud es transmisible. Comunicar puede ser saludable.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Betmiga 25 mg comprimidos de liberación prolongada. Betmiga 50 mg comprimidos de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Betmiga 25 mg comprimidos de liberación prolongada: cada comprimido contiene 25 mg de mirabegrón. Betmiga 50 mg comprimidos de liberación prolongada: cada comprimido contiene 50 mg de mirabegrón. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido de liberación prolongada. Betmiga 25 mg comprimidos: comprimido marrón, ovalado, marcado con el logotipo de la compañía y «325» en el mismo lado. Betmiga 50 mg comprimidos: comprimido amarillo, ovalado, marcado con el logotipo de la compañía y «355» en el mismo lado. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la urgencia, aumento de la frecuencia de micción y/o incontinencia de urgencia que puede producirse en pacientes adultos con síndrome de vejiga hiperactiva (VH). **4.2 Posología y forma de administración.** Posología. Adultos (incluidos pacientes de edad avanzada) La dosis recomendada es de 50 mg una vez al día. Poblaciones especiales. Insuficiencia renal y hepática. Betmiga no se ha estudiado en pacientes con enfermedad renal en fase terminal (TFG < 15 ml/min/1,73 m² o pacientes que requieren hemodiálisis) o insuficiencia hepática grave (Child-Pugh Clase C) y, por tanto, no se recomienda su uso en estas poblaciones de pacientes (ver sección 4.4). A continuación se incluyen las dosis diarias recomendadas en pacientes con insuficiencia renal o hepática en ausencia y en presencia de inhibidores potentes del CYP3A (ver secciones 4.4 y 4.5). **Inhibidores potentes del CYP3A[®]:** Sin inhibidor. Insuficiencia renal⁽¹⁾. Leve 50 mg, moderada 50 mg y grave 25 mg. Insuficiencia hepática⁽²⁾. Leve 50 mg y moderada 25 mg. Con inhibidor. Insuficiencia renal⁽¹⁾. Leve 25 mg, moderada 25 mg y grave no recomendado. Insuficiencia hepática⁽²⁾. Leve 25 mg y moderada no recomendado. ⁽¹⁾ Leve: TFG de 60 a 89 ml/min/1,73 m²; moderada: TFG de 30 a 59 ml/min/1,73 m²; grave: TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m². ⁽²⁾ Leve: Child-Pugh Clase A; Moderada: Child-Pugh Clase B. **®** Inhibidores potentes del CYP3A ver sección 4.5. **Sexo.** No es necesario ajustar la dosis en función del sexo. Población pediátrica. No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de mirabegrón en niños menores de 18 años. No se dispone de datos. Forma de administración. El comprimido debe tomarse con líquido, debe tragarse entero sin masticar, partir ni machacar. Puede tomarse con o sin alimentos. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 5.1; Hipertensión grave no controlada, definida como presión arterial sistólica ≥180 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥110 mm Hg. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Insuficiencia renal. No se ha estudiado Betmiga en pacientes con enfermedad renal en fase terminal (TFG < 15 ml/min/1,73 m² o pacientes que requieren hemodiálisis) y, por tanto, no se recomienda su uso en esta población de pacientes. Los datos son limitados en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG 15 a 29 ml/min/1,73 m²), en base a un estudio farmacocinético se recomienda en esta población una reducción de la dosis a 25 mg. No se recomienda el uso de este medicamento en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m²) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver sección 4.5). Insuficiencia hepática. No se ha estudiado Betmiga en pacientes con insuficiencia hepática grave (Child-Pugh Clase C) y, por tanto, no se recomienda su uso en esta población de pacientes. No se recomienda el uso de este medicamento en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child-Pugh Clase B) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver sección 4.5). Hipertensión. Mirabegrón puede aumentar la presión arterial. Se debe medir la presión arterial al comienzo y periódicamente durante el tratamiento con mirabegrón, especialmente en pacientes con hipertensión. Los datos son limitados en pacientes con hipertensión en estadio 2 (presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 100 mm Hg). Pacientes con prolongación congénita o adquirida del intervalo QT. Betmiga, a dosis terapéuticas, no ha demostrado prolongación del intervalo QT clínicamente relevante en los ensayos clínicos. Sin embargo, ya que en estos ensayos no se incluyeron pacientes con antecedentes de prolongación del intervalo QT o pacientes que estuvieran tomando medicamentos que se sabe que prolongan el intervalo QT, se desconoce el efecto de mirabegrón en estos pacientes. Se debe tener precaución cuando se administre mirabegrón en estos pacientes. Pacientes con obstrucción de la salida de la vejiga y pacientes que toman medicamentos antimuscarínicos para la VH. Se ha notificado retención urinaria en pacientes con obstrucción de la salida de la vejiga (BOO por sus siglas en inglés) y en pacientes que toman medicamentos antimuscarínicos para la VH en la experiencia post-comercialización en pacientes que toman mirabegrón. Un estudio clínico controlado de seguridad en pacientes con BOO no demostró aumento de la retención urinaria en pacientes tratados con Betmiga; sin embargo, Betmiga se debe administrar con precaución a pacientes con BOO clínicamente significativa. Betmiga además se debe administrar con precaución a pacientes que toman medicamentos antimuscarínicos para el tratamiento de la VH. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Datos in vitro. Mirabegrón se transporta y se metaboliza a través de múltiples vías. Mirabegrón es un sustrato para citocromo P450 (CYP) 3A4, CYP2D6, butirilcolinesterasa, uridina difosfato-glucuronosiltransferasas (UGT), transportador de flujo de glicoproteína P (P-gp) y de los transportadores de injulo de los cationes orgánicos (OCT) OCT1, OCT2 y OCT3. Los estudios de mirabegrón en microsomas hepáticos humanos y enzimas CYP humanas recombinantes mostraron que mirabegrón es un inhibidor moderado y tiempo-dependiente de CYP2D6 y un inhibidor débil del CYP3A. Mirabegrón inhibe el transporte de fármacos mediado por P-gp a concentraciones elevadas. Datos in vivo. Interacciones farmacológicas. El efecto de los fármacos administrados conjuntamente sobre la farmacocinética de mirabegrón y el efecto de mirabegrón sobre la farmacocinética de otros medicamentos fue estudiado en estudios de dosis única y de dosis múltiples. La mayoría de las interacciones farmacológicas fueron estudiadas usando una dosis de 100 mg de mirabegrón administrados como comprimidos con formulación de sistema oral de absorción controlada (OCAS). En los estudios de interacción de mirabegrón con metoprolol y con metformina se usaron 160 mg de mirabegrón de liberación inmediata (IR). No se esperan interacciones farmacológicas clínicamente relevantes entre mirabegrón y los medicamentos que inhiban, induzcan o sean sustrato para una de las isoenzimas de CYP o transportadores, excepto en el caso del efecto inhibidor de mirabegrón sobre el metabolismo de los sustratos del CYP2D6. Efecto de los inhibidores enzimáticos. En voluntarios sanos, la exposición de Mirabegrón (AUC) se incrementó 1,8 veces en presencia del potente inhibidor del CYP3A/P-gp, ketoconazol. No se requiere ajuste de dosis cuando Betmiga se combina con inhibidores del citocromo CYP3A y/o P-gp. Sin embargo, en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada (TFG de 30 a 89 ml/min/1,73 m²) o insuficiencia hepática leve (Child Pugh Clase A) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A tales como itraconazol, ketoconazol, ritonavir y claritromicina, la dosis recomendada es de 25 mg una vez al día con o sin alimentos (ver sección 4.2). No se recomienda Betmiga en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m²) o en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child Pugh Clase B) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver secciones 4.2 y 4.4). Efectos de los inductores enzimáticos. Las sustancias que son inductores del CYP3A o P-gp disminuyen las concentraciones plasmáticas de mirabegrón. No se requiere ajuste de dosis para mirabegrón cuando se administre con dosis terapéuticas de rifampicina u otros inductores del CYP3A o P-gp. Efecto del polimorfismo de CYP2D6. El polimorfismo genético del CYP2D6 tiene un mínimo impacto sobre la exposición plasmática media a mirabegrón. No se prevé la interacción de mirabegrón con un inhibidor conocido del CYP2D6, y no fue estudiada. No es necesario ajustar la dosis de mirabegrón cuando se administra con inhibidores del CYP2D6 o en pacientes que son metabolizadores lentos del CYP2D6. Efecto de mirabegrón sobre los sustratos CYP2D6. En voluntarios sanos, la potencia inhibidora de mirabegrón sobre CYP2D6 es moderada y la actividad del CYP2D6 se recupera dentro de los 15 días siguientes a la interrupción del tratamiento con mirabegrón. La administración de dosis múltiples de mirabegrón IR una vez al día resultó en un incremento del 90% en la C_{max} y en un incremento del 229% en el AUC de una dosis única de metoprolol. La administración de dosis múltiples de mirabegrón una vez al día resultó en un incremento del 79% en la C_{max} y en un incremento del 241% en el AUC de una dosis única de desipramina. Se recomienda precaución si mirabegrón se administra de forma concomitante con medicamentos que tienen un estrecho margen terapéutico y que sean metabolizados de forma significativa por el CYP2D6, tales como, tiordazina, antiarrítmicos Tipo 1C (por ejemplo, flecaína, propafenona) y antidepressivos tricíclicos (por ejemplo, imipramina, desipramina). También se recomienda precaución si mirabegrón se administra de forma concomitante con sustratos del CYP2D6 que son dosificados individualmente. Efecto de mirabegrón en los transportadores. Mirabegrón es un inhibidor débil de P-gp. Mirabegrón aumentó la C_{max} y el AUC hasta un 29% y 27% respectivamente, de la digoxina, sustrato de P-gp en voluntarios sanos. Para los pacientes que están iniciando una combinación de mirabegrón y digoxina, debería prescribirse inicialmente la menor dosis de digoxina. Las concentraciones séricas de digoxina deben monitorizarse y utilizarse para valorar la dosis de digoxina con la que se obtiene el efecto clínico deseado. Se debería considerar el potencial de mirabegrón para la inhibición de P-gp cuando se combina Betmiga con sustratos P-gp sensibles como por ejemplo dabigatran. Otras interacciones. No se han observado interacciones clínicamente relevantes cuando se administra mirabegrón de forma concomitante con dosis terapéuticas de solifenacina, tamsulosina, warfarina, metformina o un anticonceptivo oral combinado que contenga etinilestradiol y levonorgestrel. No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a mirabegrón debido a las interacciones farmacológicas puede estar asociado con aumentos en la frecuencia del pulso. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** Mujeres en edad fértil. No se recomienda utilizar Betmiga en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos. Embarazo. Hay datos limitados relativos al uso de Betmiga en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción. No se recomienda utilizar este medicamento durante el embarazo. Lactancia. Mirabegrón se excreta en la leche de roedores y, por tanto, se espera que esté presente en la leche humana. No se han realizado estudios para evaluar el impacto de mirabegrón sobre la producción de leche en humanos, su presencia en la leche materna humana o sus efectos sobre el lactante. Betmiga no debe administrarse durante la lactancia. Fertilidad. No se observaron efectos relacionados con el tratamiento de mirabegrón sobre la fertilidad en animales. No se ha establecido el efecto de mirabegrón sobre la fertilidad humana. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Betmiga sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad.** La seguridad de Betmiga se evaluó en 8.433 pacientes con VH, de los cuales 5.648 recibieron al menos una dosis de mirabegrón en el programa de desarrollo clínico fase 2/3 y 622 pacientes recibieron Betmiga al menos durante 1 año (365 días). En los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración, el 88% de los pacientes completó el tratamiento con este medicamento y el 4% abandonó el estudio debido a acontecimientos adversos. La mayoría de las reacciones adversas fueron de intensidad leve a moderada. La mayoría de las reacciones adversas frecuentes referidas por los pacientes tratados con Betmiga 50 mg durante los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración son taquicardia e infecciones del tracto urinario. La frecuencia de taquicardia fue del 1,2% en los pacientes que recibieron Betmiga 50 mg. La taquicardia indujo al abandono en el 0,1% de los pacientes tratados con Betmiga 50 mg. La frecuencia de infecciones del tracto urinario fue del 2,9% en pacientes tratados con Betmiga 50 mg. Las infecciones del tracto urinario no indujeron la retirada de ninguno de los pacientes tratados con Betmiga 50 mg. Entre las reacciones adversas graves se incluía la fibrilación auricular (0,2%). Las reacciones adversas observadas durante el estudio con control activo (antimuscarínico) de 1 año de duración (largo plazo) fueron similares en tipo e intensidad a las observadas en los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración. Reacciones adversas. A continuación se reflejan las reacciones adversas observadas con mirabegrón en los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración. La frecuencia de las reacciones adversas se define como sigue: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad. **Clasificación de órganos del sistema MedDRA.** Infecciones e infestaciones. Frecuentes. Infección del tracto urinario. Poco frecuentes. Infección vaginal y cistitis. Trastornos psiquiátricos. Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Insomnio* y estado confusional*. Trastornos del sistema nervioso. Frecuentes: cefalea y mareo. Trastornos oculares. Raras. Edema de párpados. Trastornos cardíacos. Frecuentes. Taquicardia. Poco frecuentes. Palpitación y fibrilación auricular. Trastornos vasculares. Muy raras. Crisis hipertensiva*. Trastornos gastrointestinales. Frecuentes. Náuseas*, estreñimiento* y diarrea*. Poco frecuentes. Dispepsia y gastritis. Raras. Edema labial. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Poco frecuentes. Urticaria, erupción, erupción macular, erupción papular y prurito. Raras. Vasculitis leucocitoclástica, púrpura y angioedema*. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo. Poco frecuentes. Hinchazón de las articulaciones. Trastornos renales y urinarios. Raras. Retención urinaria*. Trastornos del aparato reproductor y de la mama. Poco frecuentes. Prurito vulvovaginal. Exploraciones complementarias. Poco frecuentes. Aumento de la presión arterial, aumento niveles de UGT, aumento niveles de AST y aumento niveles de ALT. (*Observadas durante la experiencia postcomercialización). Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **4.9 Sobre dosis.** Mirabegrón se ha administrado a voluntarios sanos a dosis únicas de hasta 400 mg. A esta dosis, entre los acontecimientos adversos notificados se incluyeron palpitaciones (1 de 6 sujetos) y aumentos de la frecuencia del pulso que excedía de 100 latidos por minuto (tppm) (3 de 6 sujetos). Dosis múltiples de mirabegrón de hasta 300 mg diarios durante 10 días mostraron aumentos en la frecuencia del pulso y en la presión arterial sistólica cuando se administraban a voluntarios sanos. El tratamiento de la sobre dosis debe ser sintomático y complementario. En caso de sobre dosis, se recomienda realizar un seguimiento de la frecuencia del pulso, la presión arterial y el ECG. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** **5.1 Lista de excipientes.** Núcleo del comprimido: macrogol 8.000 y 2.000.000, hidroxipropilcelulosa, butilhidroxitolueno, estearato de magnesio. Cubierta pelicular: Betmiga 25 mg comprimidos de liberación prolongada: hipromelosa 2910,6 mPa s, macrogol 8.000, óxido de hierro amarillo (E172), óxido de hierro rojo (E172). Cubierta pelicular Betmiga 50 mg comprimidos de liberación prolongada: hipromelosa 2910,6 mPa s, macrogol 8.000, óxido de hierro amarillo (E172). **5.2 Incompatibilidades.** No procede. **5.3 Período de validez.** 3 años. Período de validez después de la primera apertura del frasco: 6 meses **5.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **5.5 Naturaleza y contenido del envase.** Blisteres Alu-Alu en cajas que contienen 10, 20, 30, 60, 90, 100 ó 200 comprimidos. Frascos de HDPE con cierre de seguridad de polipropileno (PP) y gel de sílice desecante que contienen 90 comprimidos. Cada caja contiene un frasco. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6 Precauciones especiales de eliminación.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Astellas Pharma Europe B.V. Sylviusweg 62. 2333 BE Leiden. Países Bajos. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/12/809/001-018. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización 20/diciembre/2012. Fecha de la última renovación: 18/septiembre/2017. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 04/2019. **10. PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.** La presentación de 25 mg no está comercializada en España. Betmiga 50 mg. 30 comprimidos de liberación prolongada. PVP: 43,38 Euros; PVP IVA (4%): 45,12 Euros. Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. Para más información consulte la ficha técnica completa. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>

Sin persistencia no hay control de la enfermedad

Su decimoséptimo paseo en bicicleta desde el día
en que comenzó el tratamiento con Betmiga™



Betmiga[™]
mirabegrón 50mg

El tratamiento que funciona es el que se toma

