

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril 2019	
	Edición: 01	

PREVENCION, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de los DESGARROS PERINEALES INTRAPARTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Beatriz Duplá Parugues FEA Servicio Ginecología y Obstetricia	REVISORES Dr. José Adánez García Jefe de Sección de Obstetricia	AUTORIZADO Pr Dr. F. J. Ferrer Barriendos Jefe de Servicio de Obstetricia y ginecologia
Fecha: Abril 2019	Fecha:	Fecha

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril 2019	
	Edición: 01	

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son las principales causas de las disfunciones de suelo pélvico en la mujer. La prevalencia de desgarros perineales intraparto de alto grado (Obstetric Anal Sphincter Injuries-OASIS), aquellos que afectan a lo esfínteres o a la mucosa rectal, diagnosticada en países de nuestro entorno y publicada por las principales Sociedades Científicas es superior al 6%, aunque se considera que en general se infradiagnosticada.

La actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento de los desgarros perineales intraparto se considera fundamental para evitar o disminuir sus secuelas como el dolor pélvico crónico, la incontinencia y las fistulas recto-vaginales.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Este protocolo pretende:

1. Actualizar los conocimientos teórico-prácticos de los profesionales del paritorio, matronas y obstetras.
2. Estandarizar, según las últimas Guías y Sociedades internacionales, las medidas que ayudan a prevenir diagnosticar y tratar correctamente este tipo de lesiones.

Con ello esperamos mejorar la calidad en la atención a las mujeres durante el parto, así como los resultados en el puerperio.

FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Los mayoría de **los factores de riesgo** conocidos de los desgarros no son modificables. Entre estos se encuentran:

1. Raza asiática (OR 2.27)
2. Primiparidad (RR 6.97)
3. Edad materna avanzada
4. Macrosomía fetal (OR 2.27)
5. Distocia de hombros (OR 1.90)
6. Posición occipito-posterior (OR 2.44)
7. Periodo expulsivo mayor de 4 horas (RR 2.02)
8. Episiotomía media
9. Parto instrumental (OR 1.89 a 6.97)

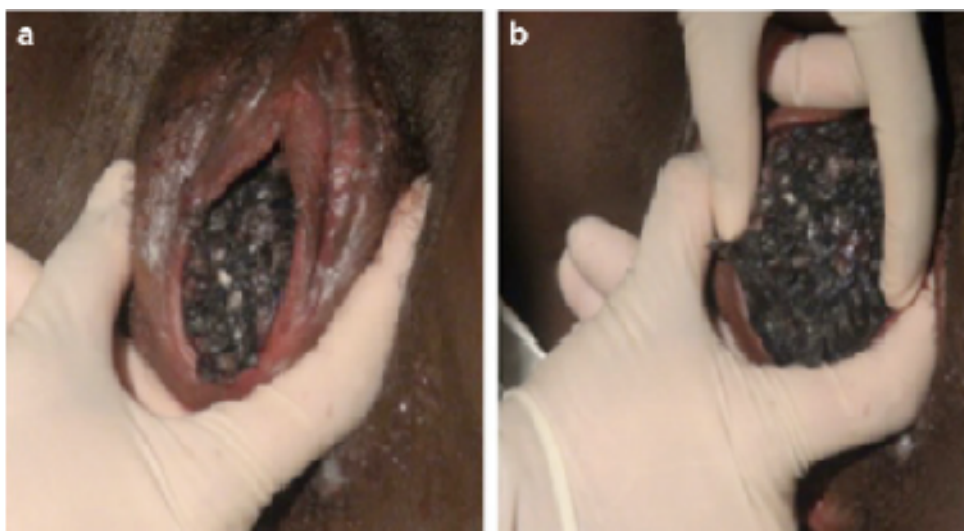
Podríamos actuar de forma eficaz sobre: la duración del periodo expulsivo, la incidencia de instrumentación, la rotación de la presentación occipito-posterior a anterior por obstetras entrenados y el control estricto de embarazo, para intentar disminuir la incidencia de fetos macrosómicos y de distocias de hombro.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TITULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril 2019	
	Edición: 01	

La realización de episiotomía restrictiva se encuentra dentro del Protocolo del parto de nuestro hospital desde 2010 y la Guía de Atención al Parto. En caso de necesitar episiotomía se recomienda la medio-lateral con un ángulo superior a 60°.

En cuanto a las **técnicas de prevención en el periodo expulsivo fetal** se recomienda:

- No se debe hacer masaje perineal (Recomendación A).
- La aplicación de **compresas calientes en periné** reduce la incidencia de OASIS y dolor postparto (A).
- Disminuir la incidencia de partos instrumentales. En caso de ser necesario un instrumento, la extracción se realizará de forma lenta y controlada, con un ayudante que proteja el periné.
- **Protección activa del periné (HANDS-ON)** por el asistente al parto durante la salida de la cabeza fetal (B), con deflexión controlada de la cabeza fetal y usando sólo la contracción uterina (IIB). Recomendamos utilizar la técnica ensayada en el taller en la que la mano no dominante en forma de “v” protege el periné superior y la mano dominante, en forma invertida con el dedo corazón flexionado protege el periné (Técnica de Sultan).



- La última recomendación es la implementación de **Talleres de Simulación para prevención, diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales** para el personal de partos, como impartido en 2018 en HUCA, de forma periódica.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha: Abril 2019	
	Edición: 01	

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS

Todo parto vaginal requiere una **inspección cuidadosa del canal del parto y un examen rectal** para intentar delimitar lesiones obstétricas, incluyendo aquellas que no afectan a los esfínteres pero que pueden conducir a fistulas recto-vaginales si no se diagnostican y reparan correctamente (*"button-hole injury o rectal hole"*). Este tipo de lesión debe tratarse como desgarro tipo IV, aunque su pronóstico, sobre todo en cuanto a funcionalidad, sea mucho mejor.

Dicha revisión debe realizarse con buena iluminación, bajo analgesia eficaz y tras explicar a la mujer detalladamente el procedimiento que se va a realizar.

El **examen rectal** se debe hacer introduciendo el dedo índice de la mano dominante en recto y el pulgar ipsilateral en vagina, rodando uno sobre otro para delimitar el grosor de la pared recto vaginal y sus defectos, si los hubiera.

La **CLASIFICACIÓN** más utilizada, propuesta por Sultan en 2009, y recomendada SEGO, el RCOG y la SOCG es:

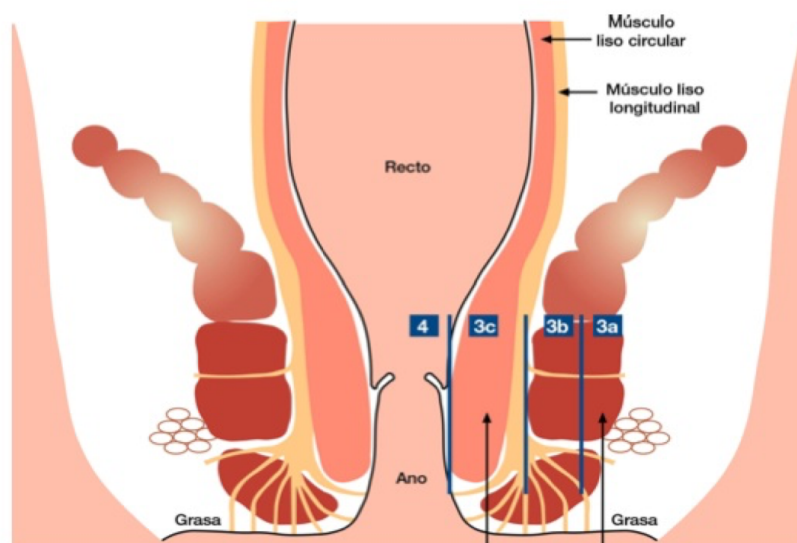
Tipo I: afectación de mucosa vaginal y/o piel del periné

Tipo II: plano muscular superficial y/o medio del suelo pélvico.

Tipo III: afectación de esfínter anal

- **IIIa:** afectación menos 50% del esfínter anal externo (EAE)
- **IIIb:** afectación más del 50% del espesor del EAE
- **IIIc:** afectación del esfínter anal interno (EAI), con-sin EAE.

Tipo IV: afecta a los esfínteres y la mucosa rectal



La clasificación tiene valor pronóstico en las secuelas; el desgarro IIIc tiene el doble riesgo de incontinencia que el IIIb, y éste a su vez el doble que el IIIa. En caso de dudas sobre la clasificación se debe escoger el grado mayor.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha: Abril 2019	
	Edición: 01	

TRATAMIENTO

1. SUTURA del DESGARRO:

Necesita correcta higiene, buena iluminación, postura adecuada de la mujer y anestesia óptima. No existe un consentimiento informado escrito específico, ya que se considera atención urgente y necesaria, se debe informar oralmente a la paciente.

Previo a la reparación es obligatoria la inspección con valvas de todo el canal del parto y el examen rectal, como se ha explicado en el capítulo de diagnóstico.

En caso de desgarro de alto grado (OASIs) se deben disecar suficientemente los esfínteres bilateralmente para exponer la zona de sutura. Las técnicas recomendadas por planos son:

- **Mucosa rectal:** sutura continua o puntos sueltos, que se inicia por encima del desgarro y debe llegar a margen anal si penetrar en toda la profundidad de la mucosa, con poliglactina 2/0 o 3/0 de reabsorción normal. Los nudos no deben interferir con otros planos.
- **EAI:** puntos sueltos en colchonero o sutura continua de aproximación, sin tensión, con poliglactina 2/0 de reabsorción normal o polidioxanona 3/0.
- **EAE:** puntos sueltos en colchonero (terminal), uno ó dos, con poliglactina 2/0 de reabsorción normal.
- **Músculos suelo pélvico:** puntos sueltos de colchonero de aproximación, no suturas hemostáticas ni en "8" para evitar isquemia, con poliglactina 2/0 de reabsorción normal, tanto en músculos superficiales del periné (bulbo-cavernoso, transversos...), como en fascículo pubo-rectal del elevador de ano o en esfínteres anales (EAE e EAI).
- **Piel, mucosa y tejido subcutáneo:** sutura continua con poliglactina rapid 2/0.

Al finalizar la sutura se debe repetir el examen rectal para comprobar que no hay suturas que atraviesen de forma involuntaria la mucosa rectal. En este caso, se deben deshacer las suturas y comenzar de nuevo, disponemos de 12 horas para hacer la reparación diferida sin empeorar el pronóstico de la lesión.

2. OTRAS MEDIDAS sólo en DESGARROS de ALTO GRADO (OASIS):

- **Profilaxis antibiótica intraparto** con dosis única de cefuroxima 750 mg iv. En caso de alergia, metronidazol 500 mg iv monodosis.
- Información detallada a la mujer.
- **Analgesia** con AINEs. Alternativa con paracetamol y metamizol en alérgicas.
- **Lactulosa** durante 10 días. Contraindicados los incrementadores del bolo. No precisa dieta especial.
- No iniciar terapias de rehabilitación hasta revisión en consulta.
- Solicitar revisión en Suelo Pélvico (GIN SUP) en 6-12 semanas.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TITULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril 2019	
	Edición: 01	

PRONOSTICO

Las lesiones del esfínter anal producen una gran morbilidad tras el parto vaginal, sobre todo si pasan desapercibidos y, por tanto, no correctamente tratadas. Por el contrario si el diagnóstico y tratamiento aplicado son adecuados, el pronóstico es muy bueno, con un 80% de mujeres asintomáticas a los 12 meses.

El riesgo de recurrencia de un OASIS es del 4-8%, similar a la prevalencia estimada de la población general del 6%. Es por ello que la mayoría de las mujeres que han sufrido una lesión esfinteriana son candidatas a parto vaginal posterior. Se deben individualizar con casos de mala evolución posterior.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril 2019	
	Edición: 01	

Bibliografía

1. proSEGO. Guía práctica de asistencia: Lesion obstétrica del esfínter anal. 2010.
2. RCOG. Green Top Guidelines nº 29. The management of third-and fourth-degree perineal tears. Jun 2015.
3. SOGC. Clinical Practice Guideline No 330. Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition and Repair. December 2015.
4. HUCA. Sección de Obstetricia. Asistencia al parto.
<http://10.36.160.11/huca/web/contenidos/servicios/informatica/dirmedica/0mi.html>
5. Naidu M. Reducing obstetric anal injuries using perineal support: our preliminary experience. Int Urogynecologic J (2017) 28: 381-389.
DOI [10.1007/s00192-016-3176-4](https://doi.org/10.1007/s00192-016-3176-4)