

Trastornos anorrectales en pacientes

durante el parto y postparto: características clínicas y estrategias terapéuticas

Anorectal problems in patients during and after childbirth: clinical characteristics and therapeutic strategies

Edgar Jonathan Narváez López, MD^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8660-132X>, José Andrés Bravo Peláez, MD¹ <https://orcid.org/0000-0001-5902-2835>, María Belén Carrasco Bonilla, MD² <https://orcid.org/0000-0001-5987-8465>, Patricio Javier Pérez Miranda, MD³ <https://orcid.org/0000-0003-3395-0937>, César Augusto Mendoza Argandoña, MD¹ <https://orcid.org/0000-0002-0120-7375>, Alex Marcelo Morales Sánchez, MD³ <https://orcid.org/0000-0001-6936-9373>, Sandra Jacqueline Nieto Espinoza, MD⁴ <https://orcid.org/0000-0002-4047-5428>, María Magdalena Catota Camacho, MD⁵ <https://orcid.org/0000-0003-0274-2246>, Tatiana Elizabeth Del Salto Ocaña, MD¹ <https://orcid.org/0000-0002-8176-7750>

¹Médico Residente. Ministerio de Salud Pública. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de Quito. República del Ecuador.

²Médico Residente. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. República del Ecuador.

³Médico Rural. Ministerio de Salud Pública. Hospital Básico San José de Taisha. República del Ecuador.

⁴Médico especialista en Coloproctología. Ministerio de Salud Pública. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de Quito. República del Ecuador.

⁵Médico Residente. Ministerio de Salud Pública. Hospital General de Macas. República del Ecuador.

*Autor de correspondencia: Edgar Jonathan Narváez López, MD. Ministerio de Salud Pública. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de Quito. República del Ecuador. Teléfono: 0995629505. Correo electrónico: jonathan_35_@hotmail.com

Resumen

Los trastornos anorrectales pueden ocurrir durante el embarazo, durante el parto o posparto, manifestándose con síntomas como: incontinencia urinaria, incontinencia fecal y de gases, disfunción sexual, prolapso de órganos pélvicos y dolor pélvico crónico. Estas lesiones pueden no ser reconocidas para personal inexperto y en muchas mujeres las manifestaciones clínicas pasan desapercibidas, ya sea por vergüenza o por considerarlo como eventos normales durante el puerperio. En este artículo, se revisa y resume la literatura actual que asocia los trastornos del piso pélvico con el parto vaginal, de igual manera se exponen la evaluación clínica, los factores de riesgo y técnicas de reparación de esta condición clínica que tiene un importante impacto en la salud tanto física como psicológica de la mujer.

Palabras clave: lesión anorrectal, parto, embarazo, dolor, trauma.

Abstract

Anorectal disorders can occur during pregnancy, childbirth or postpartum, manifesting with symptoms such as urinary incontinence, fecal and gas incontinence, sexual dysfunction, pelvic organ prolapse and chronic pelvic pain. These injuries may not be recognized by inexperienced personnel and many women do not report any clinical manifestations, either by embarrassment or by considering it as normal events during the puerperium. In this article, we review and summarize the current literature that associates pelvic floor disorders with vaginal delivery, as well as the clinical evaluation, risk factors and repair techniques of this clinical condition that have an important impact on the physical and psychological health of women.

Keywords: anorectal injury, childbirth, pregnancy, pain, trauma.

Introducción

Las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS, *por sus siglas en inglés*) son complicaciones graves del parto vaginal cuya tasa general varía en diferentes informes (0,6-10,2%)¹, siendo complicaciones preocupantes tanto para el médico como para el paciente ya que a pesar de la reparación primaria adecuada, los estudios muestran que el 30-50% de todas las mujeres que sufren dicha lesión experimentan incontinencia anal².

Para prevenir las OASIS es importante conocer los factores de riesgo, en particular aquellos modificables como son las intervenciones obstétricas, asimismo factores como nuliparidad, uso de ventosas, fórceps y peso al nacer del recién nacido se han asociado sistemáticamente con OASIS^{3,4}. Existen resultados contradictorios con respecto al uso de analgesia epidural, inducción o aumento de oxitocina, presentación fetal, episiotomía⁵⁻⁷, duración del embarazo⁸, la posición de parto⁹ y la presencia de esta complicación.

Las OASIS pueden tener un impacto significativo en las mujeres, perjudicando su calidad de vida tanto a corto como a largo plazo, una de las complicaciones inmediatas más angustiantes de la lesión perineal es el dolor perineal, este se asocia con signos de inflamación, que pueden ser resultado de suturas ajustadas, infección o ruptura de la herida. El dolor perineal puede conducir a retención urinaria y a disfunción en el proceso de defecación en el período de posparto inmediato. A largo plazo, las mujeres con dolor perineal pueden tener dispareunia y función sexual alterada^{10,11}.

Las roturas perineales severas incluyen formación de abscesos, ruptura de heridas y fístulas recto-vaginales. La lesión del esfínter anal es reconocida como la causa más común de incontinencia anal (IA) y síntomas anorrectales en mujeres por lo demás sanas. Las lesiones del esfínter obstétrico

tienen una variedad de complicaciones a largo plazo, de las cuales la IA es la más angustiante e incapacitante¹².

La urgencia fecal también puede ser un síntoma experimentado por muchas mujeres, cualquiera de estos síntomas puede potencialmente ser un problema higiénico, social y psicológico para las mujeres, quienes no siempre consultan con síntomas de incontinencia ya sea por vergüenza o porque sienten que los síntomas son un resultado normal del parto vaginal, por lo cual la verdadera prevalencia de IA relacionada con OASIS puede ser subestimada. Las tasas informadas de IA después de la reparación primaria de las OASIS es de entre 15% y 61%, con una media de 39%¹³.

Esta alta prevalencia destaca la necesidad de asegurar técnicas quirúrgicas y cuidado postoperatorio donde el manejo debe ser óptimo. Tener OASIS puede tener un impacto significativo en la salud de la mujer, tanto en la esfera física como emocional, adquiriendo a su vez costos personales, los cuales incluyen el tratamiento y el tiempo perdido de trabajo, de igual manera se convierte en un problema para el sistema de salud, todos estos factores inquietan a la mujer al momento de decidir el inicio de la labor de parto¹⁴. Por lo antes expuesto el objetivo de la presente revisión es evaluar la lesión perineal, sus características clínicas, factores de riesgo y principales medidas de manejo.

Trauma perineal

El perineo es comúnmente referido al área entre la vagina y el ano; sin embargo, la definición anatómica correcta abarca el área que alcanza desde la sínfisis del pubis hasta el cóccix a través de ambas tuberosidades isquiáticas. En consecuencia, las mujeres pueden sufrir diversa clase de traumas en el área perineal durante el parto como lesión labial, lesión de la pared vaginal anterior y desgarro parauretral. El trauma perineal relacionado con el parto se clasifica en grados dependiendo de las estructuras anatómicas involucradas^{14,15}; el de primer grado involucra la piel perineal solamente, el de segundo grado involucra los músculos perineales exceptuando el complejo del esfínter anal, el tercer grado consiste en la interrupción parcial o completa del esfínter anal, el cuarto grado consiste en el desgarro que implica la interrupción de la mucosa anal, además de la división del complejo del esfínter anal.

Epidemiología

Muchas mujeres embarazadas tienen síntomas anales durante el embarazo y el posparto, siendo las hemorroides, fisuras anales e incontinencia anal, los problemas proctológicos más comúnmente reportados. La literatura sobre este problema es escasa, un análisis prospectivo reciente muestra la prevalencia de problemas anales y estreñimiento durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, en el posparto inmediato y hasta tres meses después del parto; en este estudio se incluyeron mujeres entre la semana 19 y 25 del embarazo en Holanda, mostrándose que 68% de las mujeres desarrollaron síntomas anales durante todo el período de estudio. Los síntomas anales ocurrieron en el 50% de las mujeres durante el embarazo, en el 56,2% en el posparto inmediato y en el 62,9% durante los tres meses posteriores

al parto. El síntoma más prevalente fue el dolor anal, el estreñimiento se informó en un 60,7% durante todo el período de estudio. Los diagnósticos más prevalentes fueron: trombosis hemorroidal (posparto inmediato), prolapso hemorroidal (tercer trimestre y posparto inmediato) y fisura anal (no relacionada con el episodio), mientras que la incontinencia anal solo se informó en el 2% durante el posparto¹⁶.

Otra de las patologías asociadas es el rectocele, estos son comunes entre las mujeres que tienen hijos y se cree que se deben a una alteración o distensión del tabique rectovaginal como resultado del parto. Sin embargo, es probable que la etiología del rectocele sea más compleja ya que el prolapso del compartimiento posterior ocurre también en mujeres nulíparas. Un estudio evaluó el papel de la maternidad como un factor etiológico en el rectocele radiológico verdadero, fue un análisis secundario de los datos de 657 mujeres primíparas reclutadas, en el cual se identificó un verdadero rectocele en el 4% de las mujeres antes del nacimiento y en el 16% después del parto ($p < 0,001$). La profundidad media del rectocele fue de 13,5 mm (10-23,2 mm). La posición media anteparto de la ampolla rectal en la maniobra de Valsalva fue 4,39 mm por encima y 1,64 mm por debajo de la sínfisis del pubis postparto ($p < 0,0001$) mientras que la aparición de novo de un rectocele verdadero se asoció significativamente con un antecedente de < 20 semanas de embarazo y peso de nacimiento fetal, así como el índice de masa corporal y la longitud de la segunda etapa se asociaron con el aumento de la profundidad del rectocele, concluyendo que el parto parece jugar un papel distinto en la patogénesis del mismo¹⁷.

El trauma perineal o lesión del tracto genital ocurre por lo general en más del 65% de los partos vaginales, habitualmente se debe a una lesión primaria resultante de un desgarro espontáneo, o secundario a la episiotomía, debido a las diferencias en las definiciones y prácticas, el informe de las tasas de trauma relacionado con el parto varían ampliamente entre países¹⁸. En el Reino Unido, del 85% de las mujeres que tiene traumatismo perineal relacionado con el parto (debido a episiotomía o rotura espontánea) 70% requieren sutura. Por su parte, en Estados Unidos al menos 1000 mujeres al día requieren reparación perineal posterior al parto¹⁹.

Factores de riesgo

Se han descrito factores maternos y fetales capaces de influir en el trauma perineal, la asociación entre el trauma y los factores de riesgo intrínsecos varían dentro de los diferentes estudios. Un estudio que se realizó en 3847 mujeres informó que el ser de etnia asiática representaba un factor de riesgo para desgarros perineales severos (odds ratio 2,04; intervalo de confianza del 95% 1,43 a 2,92)²⁰. Sin embargo, no se encuentra clara esta asociación, ya que puede estar influenciada a su vez por otros factores, como el estado nutricional de la madre y otros factores personales¹⁴.

El primer parto vaginal ha demostrado ser un factor de riesgo significativo para el trauma perineal tal como lo reporta Gurol et al., en la población inglesa ($n = 1472$, odds ratio 2,88, IC 95%: 2,51 a 3,29, $p < 0,05$) (21), esto puede deberse a la falta de estiramiento de los músculos perineales previamente. En

un estudio realizado en Suecia las tasas de las OASIS fueron 6,6%, 2,3% y 0,9% en primero, segundo y tercer parto respectivamente, mientras que el riesgo relacionado con la edad aumentó de 25 a 29 años en el primer nacimiento (OR: 1,66; IC del 95%: 1,59 a 1,72), el segundo nacimiento (OR: 1,78; IC del 95%: 1,58 a 2,01) y de 30 a 34 años en el tercer nacimiento (OR 1,60; IC del 95% 1,00-2,56). En todos los grupos de paridad, el riesgo se duplicó a la edad ≥ 35 años, en comparación con el grupo de referencia de mujeres menores de 25 años²².

Asimismo, se realizó un análisis con el fin de determinar el efecto de las laceraciones perineales en el piso pélvico, incluida la incontinencia urinaria y anal, la función sexual y el dolor perineal en una cohorte nulípara con baja incidencia de episiotomía, dentro de este se reportó que 448 mujeres tuvieron partos vaginales, 151 tuvieron traumatismos perineales sostenidos de segundo grado o más profundos, y 297 tenían un perineo intacto o traumatismo menor. En el seguimiento a los 6 meses, 336 (74,8%) se presentaron evidenciándose que el trauma perineal no se asoció con incontinencia urinaria o fecal, disminución de la actividad sexual, dolor perineal o prolapso de órganos pélvicos. Las mujeres con trauma tenían tasas similares de actividad sexual; sin embargo, tenían puntajes de función sexual ligeramente más bajos (27,3 vs 29,1). Las medidas objetivas de la fuerza del piso pélvico, el tono rectal, la incontinencia urinaria y la anatomía perineal fueron equivalentes, mientras que el subgrupo de mujeres con trauma perineal más profundo (>2 centímetros) demostró una mayor probabilidad de dolor perineal (15,5% vs 6,2%) y una fuerza muscular del piso pélvico más débil (61,0% vs 44,3%) en comparación con mujeres con trauma más superficial²³.

La malposición fetal también ha demostrado aumentar el riesgo de trauma perineal, probablemente debido a una mayor circunferencia del vértice de presentación y por lo tanto mayor distensión de los tejidos perineales. Cualquier variedad de posición fetal diferente a la occipito-anterior se ha asociado con un riesgo significativo de trauma perineal (odds ratio 1,30, intervalo de confianza del 95%: 1,14 a 1,48, $p < 0,05$)²¹. Del mismo modo, la incidencia de trauma perineal entre las variedades de posición occipito-posterior y occipito-anterior informaron tasas del 7% y 1%, respectivamente ($p < 0,001$)²⁴. Asimismo, el peso al nacer > 4000 g (odds ratio 3,98, intervalo de confianza del 95%: 2,12 a 7,40) y el uso de oxitócicos durante el parto (OR=2,0; IC95%:1,13-2,53) se han descrito estar significativamente asociados con trauma perineal severo²⁵.

Aunque como se ha expuesto existe asociación entre diversos factores materno-fetales y el trauma perineal. Es importante destacar que existen estudios que no han demostrado hallazgos significativos entre los factores evaluados, por lo tanto es imperante continuar con la investigación al respecto, promoviendo la realización de estudios prospectivos longitudinales que estudien el impacto de cada factor materno-fetal para el desarrollo de OASIS²⁶⁻³⁰.

Características clínicas

La más temida de las lesiones es el desgarro del esfínter anal, esta puede sospecharse después del parto cuando el cuerpo perineal o el epitelio vaginal están desgarrado. Tal lesión se detecta clínicamente en 1,5-9% de los partos vaginales³¹. Sin embargo, un perineo normal en el examen clínico no excluye un daño subyacente del esfínter. La incidencia del daño del esfínter aumenta significativamente cuando una cicatriz de episiotomía es asociada a una rotura perineal¹. Un diagnóstico erróneo inmediatamente después del parto puede ocurrir debido a la sangre, edema del tejido y falta de entrenamiento en la identificación clínica de los desgarros musculares³². Por lo tanto, cuanto más experimentado el clínico es, es menos probable que una lesión no sea detectada³³.

Técnicas de evaluación

Ecografía endoanal

La ecografía endoanal bidimensional es el método de imagen más comúnmente utilizado para examinar el complejo del esfínter anal³³. Con el aumento de la edad, el esfínter anal externo (EAE) se vuelve más delgado, mientras que el grosor del esfínter anal interno (EAI) aumenta^{34,35}. Independientemente del embarazo, el EAE es significativamente más delgado en la posición de las 12 en punto del reloj comparado con las posiciones de las 3, 6 y 9 en punto^{34,35}, aproximadamente en el 12-35% de los partos con variedad de posición posterior se produce lesión del EAE^{36,37}.

El desgarro oculto del esfínter anal se define como una lesión, que es clínicamente indetectable y reconocible solo en ecografía endoanal. El defecto aislado del EAI es una lesión real oculta que no se identifica clínicamente, esto ocurre en aproximadamente el 2% de todos los partos vaginales, mientras que el EAE rara vez se malinterpreta si el examen digital adecuado del perineo se realiza después del parto¹.

Ultrasonografía endoanal tridimensional

A diferencia de las imágenes bidimensionales, las imágenes tridimensionales son capaces de delinear la relación entre la extensión lineal y radial de un desgarro³⁸. Sin embargo, cuando la sensibilidad de la detección del músculo del esfínter se tiene en cuenta, la sensibilidad entre la ultrasonografía endoanal 3D y 2D es comparable, por lo cual no existe gran diferencias entre ambas técnicas³⁹.

Manejo terapéutico del trauma perineal

Reparación del esfínter anal

Tradicionalmente se ha realizado la reparación del esfínter anal inmediatamente después del parto vaginal dentro de las 24 h (reparación primaria)⁴⁰. Sin embargo, la reparación del esfínter puede diferirse debido a cualquier inconveniente y este hecho no supone mal pronóstico en la reparación definitiva. Un ensayo de control aleatorizado en 2008 comparó la reparación inmediata y la reparación diferida (8-12 h de retraso) e informó que había funcionalidad adecuada en el seguimiento a un año⁴¹. Además, Soerensen et al., encontraron que los resultados funcionales a largo plazo fueron similares tras la reparación primaria y diferida (< 72 h posparto)⁴².

En otro estudio se estudiaron 70 mujeres a través de ultrasonido endoanal y resonancia magnética dividiéndose en dos

grupos: grupo de reparación primaria exitosa ($n = 41$) y grupo de reparación primaria fallida ($n = 19$). La reparación primaria falló en el 31,7% de los desgarros, estos incluyeron más desgarros reparados por personal con menos experiencia ($p < 0,001$) y más reparaciones realizadas durante las horas de guardia ($p = 0,039$) que en el grupo de reparación primaria exitosa. Significativamente se usaron más analgésicos en el grupo fallido ($p = 0,003$), y el uso de antibióticos y laxantes después de la reparación fue más común en el grupo exitoso ($p < 0,001$). Las lesiones del esfínter se repararon utilizando la técnica de sutura superpuesta en el 95,1% de las reparaciones en el grupo exitoso en comparación con el 47,4% en el grupo fallido ($p = 0,03$). Concluyéndose que los desgarros perineales posparto deben ser evaluados por personal familiarizado con el diagnóstico y la reparación de las OASIS, se recomienda postergar la reparación primaria hasta la mañana siguiente si el personal experimentado no está disponible durante las horas de atención⁴³.

Técnicas

Tradicionalmente, se realiza la reparación del desgarro del esfínter anal obstétrico por obstetras con una técnica quirúrgica llamada de extremo a extremo, sin embargo, este procedimiento por sí solo no restaura la anatomía o función normal⁴⁴. Sultan et al., encontraron que el 82% de las mujeres presentaron defectos del EAE posterior a una reparación primaria y podrían ser visibles a través de la ultrasonografía endoanal⁴⁵, debido a los resultados insatisfactorios, se comenzó a utilizar la técnica de la superposición para corregir el defecto del esfínter, reduciendo de esta manera la tasa de incontinencia fecal de manera significativa⁴⁴. Sin embargo, un ensayo de control aleatorizado realizado por Farrell et al., encontró que no había beneficios a largo plazo asociados con la técnica de superposición sobre la reparación de extremo a extremo después de 3 años de seguimiento⁴⁶.

La reparación de los músculos EAE y EAI por separado en los casos de desgarros combinados durante la reparación primaria, según los diferentes reportes, reducen el riesgo de desarrollar incontinencia fecal⁴⁷. Por lo tanto, el examen recto-vaginal cuidadoso después del nacimiento es el factor crucial para reducir la IA. En cuanto al material de sutura, no hay diferencias entre el uso de poliglactina (Vicryl) y polidioxanona (PDS) para reparar el esfínter anal, además, los médicos bien entrenados están asociados con una reparación exitosa y baja morbilidad⁴⁸.

Una sutura absorbible también podría ser utilizada para reparar la mucosa rectal, ya que reduce el riesgo de erosión y dehiscencia de la herida⁴⁹. Se ha evidenciado que solo las dosis endovenosas de una cefalosporina de segunda generación antes de la reparación del desgarro de tercer o cuarto grado del esfínter anal reducía de manera significativa las complicaciones de la herida, en comparación con aquellas que recibieron placebo, la tasa de infección fue de 8% en aquellas mujeres que recibieron antibióticos en comparación con aquellas que recibieron placebo en las que la tasa fue de 24% ($p = 0,037$)⁵⁰. Asimismo, la administración de laxantes reduce de manera considerable los movimientos intestinales dolorosos y resulta en mejoría del desgarro del esfínter⁵¹.

La técnica y material de reparación recomendados para el trauma perineal está en realizar un examen minucioso y sistemático del perineo inmediatamente después del parto, este es esencial para garantizar el reconocimiento del trauma, la categorización correcta del desgarro y la óptima estrategia de corrección a seguir³⁰. Si se identifica el trauma, un examen rectal digital es esencial para excluir el compromiso de los esfínteres anales.

Una revisión sistemática Cochrane que explora la reparación quirúrgica de los desgarros de primer y segundo grado, en comparación a ninguna intervención, ha informado que no hay diferencia en el dolor hasta 8 semanas postparto entre ambos grupos. Sin embargo, en un ensayo hubo una significativa diferencia en el cierre de la herida y mala aproximación de la herida en seis semanas después del parto en el grupo no suturado (16/36 (44%) v 26/31 (86%), $p = 0,001$)²⁸.

Si se requiere una reparación, esto debe realizarse o supervisarse por un médico experto, se debe de mantener el uso de métodos y materiales apropiados para la reparación ya que es vital para lograr mejores resultados. Se ha informado que el uso de una sutura continua subcutánea para el cierre de la piel se asocia con menos dolor a corto plazo que con un método de reparación interrumpido. Este beneficio fue mayor cuando se usó la técnica continua para todas las capas del desgarro (vagina, músculos y piel)²⁸.

Los ensayos que investigaron los materiales de sutura para su reparación mostraron que los materiales absorbibles de sutura de poliglactina redujeron significativamente la necesidad de remoción de sutura postnatalmente (riesgo relativo 0,24, 95% intervalo de confianza 0,15 a 0,36, dos ensayos; 1847 mujeres), y se asoció con menos dolor a corto plazo y la necesidad de analgesia dentro de los primeros 10 días después del parto (RR=0,57; IC95%: 0,43 a 0,77; 1539 mujeres)²⁷. Por su parte, los desgarros de los labios menores deben ser suturados siempre que sea posible para promover curación y para evitar la incomodidad física a largo plazo y la insatisfacción con el resultado estético, la evidencia es actualmente limitada sobre los métodos y materiales óptimos para la reparación de los desgarros labiales.

Recurrencia del desgarro anal

En relación a la recurrencia se realizó un estudio en Australia que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de recurrencia de las OASIS a partir del primer nacimiento y posteriores, donde se seleccionaron mujeres que dieron a luz entre 2001 y 2011 con un primer nacimiento que cursó con OASIS y un nacimiento posterior. De las 6380 mujeres con un primer parto con OASIS que procedió a un parto posterior, el 75,4% tuvo un segundo parto vaginal, el 19,4% una cesárea preparto y el 5,2% una cesárea intraparto. Aunque la tasa de recidiva de OASIS fue de 5,7% siendo significativamente más alta que la primera tasa de OASIS de nacimiento de 4,5% ($p < 0,01$), esto puede no reflejar un aumento clínicamente significativo. Después del ajuste, un peso $\geq 3,5$ kg en ambos nacimientos se asoció con una mayor probabilidad de recurrencia de OASIS, mientras que el primer peso al nacer $\geq 4,0$ kg y la segunda gestación a las 37-38 semanas se aso-

ciaron con una disminución de la probabilidad. Un desgarro de cuarto grado en el primer nacimiento fue el factor más importante asociado con la cesárea planificada en el segundo parto, con otros factores como la anestesia epidural, espinal o general, el peso al nacer, la gestación, el país de nacimiento y la edad materna¹⁸.

Entrenamiento al personal de salud

El manejo del trauma perineal es un componente esencial de entrenamiento en partería y obstetricia, Bick et al., destacaron una brecha entre la evidencia actual y su implementación en la práctica de la partería para la técnica de reparación perineal, debido a la falta de capacitación. Posteriormente, el mismo grupo encontró que era posible cerrar esta diferencia mediante una capacitación multiprofesional cuando se prueba dentro de un grupo controlado. Además, la implementación de evidencia se asoció con mejores medidas de resultado informadas por el paciente para el trauma perineal¹⁵². Por su parte, en Reino Unido, las parteras realizan la mayoría de las evaluaciones de traumatismos perineales y reparaciones. Sin embargo, los estudios informaron una falta de conocimiento de la anatomía del piso pélvico, evaluación y técnicas de reparación tanto en parteras como en médicos^{26,28}.

Complicaciones del trauma perineal relacionado con el parto

Entre las complicaciones a considerar se encuentran el miedo a la lesión perineal, preocupaciones sobre la infección y el colapso de la herida son las más reportadas en todo el mundo^{53,54}. Además de la infección, complicaciones tales como adherencias y áreas de tejido de granulación puede conducir a una morbilidad a largo plazo, teniendo efectos nocivos en el bienestar físico, psicosocial y sexual de las mujeres.

Conclusiones

Dos tercios de las mujeres embarazadas se enfrentan a los síntomas anales durante el embarazo y/o el posparto, esta alta prevalencia enfatiza la importancia clínica de este problema. Existen diversos factores que se han asociado con estas condiciones, dentro de los más frecuentes se encuentran: la nuliparidad, OASIS en el parto anterior y peso elevado del recién nacido. Es importante determinar una evaluación clínica apropiada con la finalidad de identificar oportunamente las OASIS y poder hacer las reparaciones de forma adecuada, supervisadas por personal experto en aras de obtener mejores resultados y menores implicaciones físicas y psicológicas en las mujeres afectadas.

Referencias

1. Temtanakitpaisan T, Bunyacejchevin S, Koyama M. Obstetrics anal sphincter injury and repair technique: A review: AFOG committee report. *J Obstet Gynaecol Res.* marzo de 2015;41(3):329-33.
2. Meyer I, Richter HE. Impact of Fecal Incontinence and Its Treatment on Quality of Life in Women. *Womens Health Lond Engl.* marzo de 2015;11(2):225-38.

3. McPherson KC, Beggs AD, Sultan AH, Thakar R. Can the risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIs) be predicted using a risk-scoring system? *BMC Res Notes.* 24 de julio de 2014;7:471.
4. van Roon Y, Kirwin C, Rahman N, Vinayakarao L, Melson L, Kester N, et al. Comparison of obstetric anal sphincter injuries in nulliparous women before and after introduction of the EPISCISSORS-60® at two hospitals in the United Kingdom. *Int J Womens Health.* 9 de diciembre de 2015;7:949-55.
5. Vale NB do, Vale LFB do, Cruz JR. Time and obstetric anesthesia: from chaotic cosmology to chronobiology. *Rev Bras Anesthesiol.* octubre de 2009;59(5):624-47.
6. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 25 de julio de 2016 [citado 17 de agosto de 2018];24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982443/>
7. Antonakou A, Papoutsis D. The Effect of Epidural Analgesia on the Delivery Outcome of Induced Labour: A Retrospective Case Series. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2016 [citado 17 de agosto de 2018];2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5136389/>
8. Harris G-ME, Wood M, Eberhard-Gran M, Lundqvist C, Nordeng H. Patterns and predictors of analgesic use in pregnancy: a longitudinal drug utilization study with special focus on women with migraine. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 17 de agosto de 2018];17(1). Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1399-0>
9. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 24 de 2017;2:CD008070.
10. Mohamed R*, Alaa Al-Halaby, Mohamed E and Wael G. Female Sexual Function and Perineal Pain Following Median versus Mediolateral Episiotomy in Primiparous Women: A Two-Year Follow up Study. 2017;6.
11. Holanda JB de L, Abuchaim E de SV, Coca KP, Abrão ACF de V, Holanda JB de L, Abuchaim E de SV, et al. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paul Enferm.* diciembre de 2014;27(6):573-8.
12. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* enero de 2010;21(1):5-26.
13. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 7 de marzo de 2013;13:59.
14. Abbott D, Atere-Roberts N, Williams A, Oteng-Ntim E, Chappell LC. Obstetric anal sphincter injury. *BMJ.* 9 de julio de 2010;341:c3414-c3414.
15. Talbot H, Strong E, Peters S, Smith DM. Behaviour change opportunities at mother and baby checks in primary care: a qualitative investigation of the experiences of GPs. *Br J Gen Pr.* 1 de abril de 2018;68(669):e252-9.
16. Ferdinande K, Dorreman Y, Roelens K, Ceelen W, Looze DD. PWE-001 Anal problems during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study. *Gut.* 1 de julio de 2017;66(Suppl 2):A126-A126.
17. Guzmán Rojas R, Quintero C, Shek KL, Dietz HP. Does childbirth play a role in the etiology of rectocele? *Int Urogynecology J.* mayo de 2015;26(5):737-41.

18. Ampt AJ, Roberts CL, Morris JM, Ford JB. The impact of first birth obstetric anal sphincter injury on the subsequent birth: a population-based linkage study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 13 de febrero de 2015 [citado 17 de agosto de 2018];15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339080/>
19. Abril-González FP, Guevara-Villareal AS, Ramos-Cruz A, Rubio-Romero JA. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 22 de enero de 2016;60(2):143-51.
20. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly A, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Obstet Gynecol*. mayo de 2008;111(5):1040-4.
21. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. noviembre de 2013;120(12):1516-25.
22. Waldenström U, Ekéus C. Risk of obstetric anal sphincter injury increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 15 de septiembre de 2017 [citado 15 de agosto de 2018];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602858/>
23. Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. *Birth*. diciembre de 2016;43(4):293-302.
24. Postnatal care, Routine postnatal care of women and their babies. 2006 [citado 17 de agosto de 2018]; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>
25. Byrd LM, Hobbiss J, Tasker M. Is it possible to predict or prevent third degree tears? *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. julio de 2005;7(4):311-8.
26. Abbott D, Atere-Roberts N, Williams A, Oteng-Ntim E, Chappell LC. Obstetric anal sphincter injury. *BMJ*. 9 de julio de 2010;341:c3414.
27. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 de junio de 2010;(6):CD000006.
28. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 de noviembre de 2012;11:CD000947.
29. Santos RCS dos, Riesco MLG, Santos RCS dos, Riesco MLG. Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [citado 17 de agosto de 2018];37(SPE). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472016000500410&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Delgado Nunes V, Gholitabar M, Sims JM, Bewley S. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. *The BMJ* [Internet]. 3 de diciembre de 2014 [citado 17 de agosto de 2018];349. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707719/>
31. Ginath S, Mizrachi Y, Bar J, Condrea A, Kovo M. Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIs) in Israel: A Review of the Incidence and Risk Factors. *Rambam Maimonides Med J* [Internet]. 28 de abril de 2017 [citado 17 de agosto de 2018];8(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5415364/>
32. Best C, Drutz HP, Alarab M. Obstetric Anal Sphincter Injuries: A Survey of Clinical Practice Among Canadian Obstetricians. *J Obstet Gynaecol Can*. agosto de 2012;34(8):747-54.
33. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg*. febrero de 2008;247(2):224-37.
34. Xue Y-H, Ding S-Q, Ding Y-J, Pan L-Q. Role of three-dimensional endoanal ultrasound in assessing the anal sphincter morphology of female patients with chronic proctalgia. *World J Gastroenterol*. 7 de junio de 2017;23(21):3900-6.
35. Kang H-W, Jung H-K, Kwon K-J, Song E-M, Choi J-Y, Kim S-E, et al. Prevalence and Predictive Factors of Fecal Incontinence. *J Neurogastroenterol Motil*. enero de 2012;18(1):86-93.
36. Mandaliya R, DiMarino AJ, Moleski S, Rattan S, Cohen S. Survey of anal sphincter dysfunction using anal manometry in patients with fecal incontinence: a possible guide to therapy. *Ann Gastroenterol Q Publ Hell Soc Gastroenterol*. diciembre de 2015;28(4):469.
37. Tung C, Cheon W, Tong WA, Leung H. Incidence and Risk Factors of Obstetric Anal Sphincter Injuries after Various Modes of Vaginal Deliveries in Chinese Women. *Chin Med J (Engl)*. 2015;128(18):2420.
38. Wickramasinghe DP, Perera CS, Senanayake H, Samarasekera DN. Correlation of three dimensional anorectal manometry and three dimensional endoanal ultrasound findings in primi gravida: a cross sectional study. *BMC Res Notes* [Internet]. 29 de agosto de 2015 [citado 17 de agosto de 2018];8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553000/>
39. Christensen AF, Nyhuus B, Nielsen MB, Christensen H. Three-dimensional anal endosonography may improve diagnostic confidence of detecting damage to the anal sphincter complex. *Br J Radiol*. abril de 2005;78(928):308-11.
40. Chi Wai T, Cecilia CW, Anny TWM, Hau Yee L. Incidence and Risk Factors of Obstetric Anal Sphincter Injuries after Various Modes of Vaginal Deliveries in Chinese Women. *Chin Med J (Engl)*. 20 de septiembre de 2015;128(18):2420-5.
41. Nordenstam J, Mellgren A, Altman D, López A, Johansson C, Anzén B, et al. Immediate or delayed repair of obstetric anal sphincter tears—a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. junio de 2008;115(7):857-65.
42. Soerensen MM, Bek KM, Buntzen S, Højberg K-E, Laurberg S. Long-term outcome of delayed primary or early secondary reconstruction of the anal sphincter after obstetrical injury. *Dis Colon Rectum*. marzo de 2008;51(3):312-7.
43. Kirss J, Pinta T, Böckelman C, Victorzon M. Factors predicting a failed primary repair of obstetric anal sphincter injury. *Acta Obstet Gynecol Scand*. septiembre de 2016;95(9):1063-9.
44. Kuismanen K, Nieminen K, Karjalainen K, Lehto K, Uotila J. Outcomes of primary anal sphincter repair after obstetric injury and evaluation of a novel three-choice assessment. *Tech Coloproctology*. 2018;22(3):209-14.
45. Keriakos R, Gopinath D. Obstetric anal sphincter injuries. *J Acute Dis*. 1 de octubre de 2015;4(4):259-65.
46. Farrell SA, Flowerdew G, Gilmour D, Turnbull GK, Schmidt MH, Baskett TF, et al. Overlapping compared with end-to-end repair of complete third-degree or fourth-degree obstetric tears: three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. octubre de 2012;120(4):803-8.
47. Norderval S, Røssaak K, Markskog A, Vonen B. Incontinence after primary repair of obstetric anal sphincter tears is related to relative

length of reconstructed external sphincter: a case-control study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* agosto de 2012;40(2):207-14.

48. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 8 de diciembre de 2013 [citado 18 de agosto de 2018]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002866.pub3>
49. Maguire T, Mayne C, Willars J, Tincello D. The effect of vaginal closure technique on early post-operative pain following vaginal prolapse surgery: a feasibility pilot study and qualitative assessment. *Springer-Plus.* 2 de enero de 2014;3(1):1.
50. Duggal N, Mercado C, Daniels K, Bujor A, Caughey AB, El-Sayed YY. Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* junio de 2008;111(6):1268-73.
51. Pescatori LC, Pescatori M. Sphincteroplasty for anal incontinence. *Gastroenterol Rep.* 1 de mayo de 2014;2(2):92-7.
52. Bick DE, Ismail KM, Macdonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth.* 25 de junio de 2012;12:57.
53. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 de mayo de 2012;(5):CD006304.
54. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *The Lancet.* 6 de febrero de 2010;375(9713):490-9.

Manuel Velasco (Venezuela) **Editor en Jefe** - Felipe Alberto Espino Comercialización y Producción
Reg Registrada en los siguientes índices y bases de datos:

SCOPUS, EMBASE, Compendex, GEOBASE, EMBiology, Elsevier BIOBASE, FLUIDEX, World Textiles,

OPEN JOURNAL SYSTEMS (OJS), REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal),

Google Scholar

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

LIVECS (Literatura Venezolana para la Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

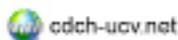
PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias), REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SABER UCV, DRJI (Directory of Research Journal Indexing)

CLaCaLIA (Conocimiento Latinoamericano y Caribeño de Libre Acceso), EBSCO Publishing, PROQUEST



Esta Revista se publica bajo el auspicio del
Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico
Universidad Central de Venezuela.



cdch-ucv.net



publicaciones@cdch-ucv.net

www.revistahipertension.com.ve

www.revistadiabetes.com.ve

www.revistasindrome.com.ve

www.revistaavft.com.ve