

Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias

Related factors to the severe perineal trauma from obstetric origin. The routine practices impact

Militza Angelina Lorenzo-Pliego,¹ Luis Alberto Villanueva-Egan²

RESUMEN

Introducción. Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto; se ha reportado que hasta 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y entre 2.2% y 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. El objetivo del estudio fue identificar los factores que incrementan el riesgo de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en mujeres con atención de parto en el Hospital de la Mujer.

Material y Métodos. Estudio de 173 casos de pacientes que presentaron desgarros perineales de tercer y cuarto grado y 517 controles sin lesión perineal evidente, atendidas de enero de 2004 a diciembre de 2007. Para medir la fuerza de asociación entre variables se calcularon razones de momios (RM), a través de análisis bivariado y de un análisis de regresión logística.

Resultados. De los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarro perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarro de cuarto grado. El uso de oxitocina (RM= 1.72 IC 95% 1.09-2.71 p= 0.02), la duración del periodo expulsivo de más de 60 minutos (RM= 5.16 IC 95% 2.33-11.4 p= 0.00), la episiotomía (RM= 12.23 IC95% 5.06-29.55 p= 0.00) y el parto instrumentado con fórceps (RM= 2.19 IC95% 1.42-3.37 p= 0.00) fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles,

sin diferencias en la antropometría de los neonatos o en el tipo de personal que atendió el parto.

Conclusiones. Debido a la naturaleza multifactorial de los desgarros perineales completos, se requiere limitar la exposición a diferentes condiciones que actúan en forma sinérgica. Lo que nos permite inferir que las estrategias para la reducción de estas complicaciones o para su identificación temprana pueden ser semejantes a lo referido en otras publicaciones.

Palabras clave: Desgarros perineales obstétricos, factores de riesgo, seguridad del paciente, seguridad obstétrica, calidad de la atención médica, calidad de la atención obstétrica.

ABSTRACT

Introduction. The perineal tears are the most common obstetric complications generated in delivery attention; it has been reported that almost 73% nulliparous women present a moderated perineal tear and between 2.2% and 19% of vaginal delivery go through a sphincter anal laceration. The objective of this study was to identify the factors that increase the risk of third and fourth-degree perineal tears in women with delivery attention in the Women's Hospital.

¹ Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud.

² Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Folio 238/2013 Artículo recibido: 24-06-2013 Artículo reenviado: 21-07-2013 Artículo aceptado: 24-08-2013

Correspondencia: Dr. Luis Alberto Villanueva Egan. Director de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250 piso 8 esq. Eje 5 Sur (Eugenia) Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: lvillanueva@conamed.gob.mx.

Methods and Material. An study on 173 cases of patients that presented third and fourth-degree perineal tears and 517 controls without evident perineal tear that were taken care of from January 2004 to December 2007. To measure the association strength between variables, the Odds Ratio (OR) was calculated through a bivariate and a logistic regression analysis.

Results. Out of the 173 cases, 121 (69.9%) presented a third-degree perineal tear and 52 (30.5%) a fourth-degree tear. Oxytocin use (OR=1.72 CI 95% 1.09-2.71 p= 0.02), the duration of the expulsive stage more than 60 minutes (OR= 5.16 CI 95% 2.33-11.4 p= 0.00), the episiotomy (OR= 12.23 CI95% 5.06-29.55 p= 0.00) and

the instrumented delivery with forceps (OR= 2.19 CI95% 1.42-3.37 p= 0.00) were significantly more frequent in the cases than in the controls.

Conclusions. It is required to limit the exposure to different conditions that act in a synergistic way due to the multifactorial nature of the complete perineal tear. This allows us to deduce that the strategies for the reduction of these complications or to their early identification can be similar to the ones that were referred to in other publications.

Keywords: Obstetric perineal tears, risk factors, patient's safety, obstetric safety, quality in the medical attention, quality in the obstetric attention.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el indicador de resultado que se ha utilizado para medir la salud materna es el de la mortalidad relacionada a complicaciones del embarazo, parto o puerperio, sin embargo, y sin negar su importancia, por cada caso de muerte, existen por lo menos otras 30 mujeres que sufren afecciones graves o lesiones discapacitantes. Debido a la utilización de un evento terminal para evaluar la calidad de la atención materna, frecuentemente la morbilidad grave y las discapacidades generadas por una atención ausente, inoportuna o técnicamente deficiente durante el embarazo, el parto o el puerperio, reciben poca atención o permanecen invisibles, no obstante, pueden perjudicar gravemente la calidad de vida de la mujer mucho después del embarazo y de la conclusión del evento obstétrico.^{1 2}

Entre las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto se encuentran los desgarros perineales. De acuerdo a algunos reportes, cerca del 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y del 2.2% al 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal.³ Por otra parte, la prevalencia de incontinencia anal después de la reparación primaria de un desgarro del esfínter va del 15% al 59%. Tal morbilidad interfiere con las actividades normales de la mujer: dificulta la alimentación al seno materno, por la incapacidad para mantenerse sentada, afecta la función intestinal y la actividad sexual. En este contexto, las secuelas inmediatas de la lesión del esfínter anal incluyen dolor, infección, dispareunia, disfunción sexual, mientras que el principal efecto a largo plazo es la incontinencia anal sin dejar de mencionar a las fístulas recto-vaginales y las infecciones genito-urinarias de

repetición asociadas a ellas. Así, los desgarros perineales graves afectan a las mujeres durante o inmediatamente después del evento obstétrico, y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres en el largo plazo.^{4,6}

Entre los múltiples parámetros demográficos, clínicos y obstétricos que se han estudiado, las características que en distintas poblaciones se han relacionado en forma consistente con laceraciones del esfínter incluyen la primiparidad, el período expulsivo mayor de una hora, las variedades de posición occipito posteriores persistentes, el peso al nacimiento del recién nacido mayor de 4 Kg, la episiotomía y el parto instrumentado con fórceps.⁷

Sin embargo, partiendo de que la identificación y el impacto de los factores de riesgo es susceptible de variación dependiendo de las características de la población y del tipo de hospital, y a que la mayoría de los estudios sobre trauma perineal obstétrico han sido efectuados en países distintos al nuestro, se decidió realizar esta investigación con el objetivo de aportar insumos locales para, con un enfoque preventivo de seguridad del paciente, identificar oportunamente a las mujeres o las prácticas con mayor riesgo de desarrollar un desgarro perineal grave, en el contexto de un hospital público de concentración asistencial y enseñanza ubicado en la Ciudad de México.

El objetivo de este trabajo fue identificar las características que incrementaron el riesgo de ocurrencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en las mujeres que recibieron atención vaginal del parto en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, en el período comprendido de enero de 2004 a diciembre de 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de casos y controles en el que se incluyeron los expedientes clínicos de las mujeres con atención vaginal del parto en la unidad de tóco-cirugía del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud y que contenían la información completa de las variables de interés.

Se definió desgarro de tercer grado como aquel que afecta los músculos del esfínter anal y de cuarto grado cuando además compromete la mucosa rectal.

Los casos fueron asignados en forma secuencial de entre los expedientes clínicos de las mujeres con embarazo individual en presentación cefálica que tuvieron parto vaginal y presentaron un desgarro perineal grave en el período comprendido de enero del 2004 a diciembre del 2007. Los controles fueron seleccionados por asignación aleatoria simple de entre los expedientes clínicos de las mujeres con embarazo individual en presentación cefálica que tuvieron un parto vaginal sin lesión perineal evidente, durante el mismo período.

Los datos de interés fueron transcritos de los expedientes clínicos directamente a una base de datos computarizada.

Tamaño de la muestra

Con una potencia de la prueba de 80%, un nivel de confianza de 95% y una relación de 3:1 entre los controles y los casos, el tamaño de muestra calculado fue de 519 controles y 173 casos.

Análisis Estadístico

Para la descripción de los resultados se calcularon medidas de tendencia central y dispersión acordes con la escala de medición de las variables estudiadas: mediana, media y desviación estándar. También se calcularon porcentajes.

Las diferencias entre los grupos fueron comparadas con la prueba de la Chi cuadrada de Pearson para las variables categóricas y con la prueba de la U de Mann-Whitney para las variables de intervalo.

Para medir la fuerza de la asociación entre las variables independientes y la variable dependiente (desgarro perineal) se calcularon las razones de momios (RM) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) a través de un análisis univariado. Las variables que fueron halladas estadísticamente significativas en el análisis univariado fueron incorporadas en un modelo de regresión logística multivariado para identificar los factores de riesgo independiente.

Se consideró una diferencia o una asociación como estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$. Para la presentación de los resultados se diseñaron tablas.

El análisis estadístico fue realizado con los programas SPSS v.13 para Windows (© SPSS Inc, Chicago, Illinois) y Epidat versión 3.1.

RESULTADOS

Se obtuvo la información de 690 expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de selección del estudio. De estos, 173 correspondieron a mujeres con desgarro perineal grave e integraron el grupo de casos y 517 a mujeres sin desgarro perineal como complicación en la atención del parto, que conformaron el grupo control. Todas las pacientes fueron atendidas en la unidad de tóco-cirugía del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

De las 173 mujeres del grupo de casos, 121 (69.94%) presentaron desgarro perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarro perineal de cuarto grado.

La edad materna fue diferente entre los casos y los controles (21.14 ± 4.9 años vs. 24.04 ± 5.7 años, $p < 0.0001$).

En relación a la paridad, se demostró una frecuencia significativamente mayor de primíparas en el grupo de casos en comparación al grupo control (79.19% vs 30.17%, $p = 0.0000$).

Al comparar, entre casos y controles, las semanas de gestación, no se demostró ninguna diferencia estadísticamente significativa (39.14 ± 1.46 vs. 39.10 ± 1.74 , $p = 0.56$).

En relación a la atención del trabajo de parto, la inducción y conducción de la actividad uterina con oxitocina fue significativamente más frecuente en los casos que en los controles (84.39% vs. 75.82%, $p = 0.02$). El bloqueo epidural se utilizó con mayor frecuencia en los casos que en los controles (40.46% vs 25.91%, $p = 0.000$).

Sobre el tipo de personal que atendió el parto no se identificó ninguna diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos grupos. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Tipo de personal médico que atendió el parto.

	CASOS	CONTROLES	p
Médico interno de pregrado	18 (10.40%)	88 (17.02%)	0.14
Residente I	114 (65.90%)	308 (59.57%)	
Residente II	32 (18.50%)	92 (17.79%)	
Residente III	9 (5.20%)	20 (3.87%)	
Residente IV	0 (0%)	5 (0.97%)	
Médico adscrito	0 (0%)	4 (0.77%)	

La duración del período expulsivo fue significativamente mayor en los casos que en los controles (26.20 ± 17.89 min vs 17.38 ± 14.80 min, $p < 0.05$).

La realización de una episiotomía fue significativamente más frecuente en los casos que en los controles como puede observarse en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Realización de episiotomía.

	CASOS	CONTROLES	p
Sin episiotomía	5 (2.89%)	138 (26.69%)	0.0000*
Episiotomía media lateral derecha	85 (49.13%)	195 (37.72%)	
Episiotomía media	83 (47.98%)	184 (35.59%)	

* $p < 0.05$, diferencia estadísticamente significativa; Chi cuadrada de Pearson.

En relación a la aplicación de fórceps, estos fueron más frecuentes en los casos (24.3%) que en los controles (12.8%) y la diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.0000$).

Sobre la realización de las maniobras de Ritgen o de McRoberts, no se identificó ninguna diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos grupos ($p = 0.73$).

En el 99.4% tanto de los casos como de los controles, la presentación fetal fue cefálica. La antropometría del recién nacido se presenta en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Antropometría del recién nacido.

	CASOS	CONTROLES	p
Peso (gr)	3181.25 ± 448.47	3070.10 ± 419.90	0.005*
Talla (cm)	50.47 ± 2.41	50.06 ± 2.57	0.018*
Circunferencia cefálica (cm)	34.15 ± 1.36	34.01 ± 1.42	0.25

* $p < 0.05$, diferencia estadísticamente significativa; U de Mann-Whitney.

Para identificar las características que incrementan el riesgo para un desgarro perineal de tercer o cuarto grado, se realizó un análisis univariado que arrojó los resultados que se observan en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Riesgo para desgarro perineal de 3er/4º grado (Análisis bivariado).

VARIABLE	RM; IC95%	p*
Episiotomía		
Total	12.23; 5.06 – 29.55	0.00
Media lateral	12.03; 4.79 – 29.53	0.00
Media	12.45; 5.05 – 30.60	0.00
Primiparidad	8.80; 5.83 – 13.27	0.00
Período expulsivo > 60 min.	5.16; 2.33 – 11.4	0.00
Peso del recién nacido ≥ 4000 gr	3.46; 1.38 – 8.66	0.01
Parto con fórceps	2.19; 1.42 – 3.37	0.00
Bloqueo epidural	1.94; 1.35 – 2.78	0.00
Inducción y conducción del trabajo de parto	1.72; 1.09 – 2.71	0.02
Talla del recién nacido > 50 cm.	1.47; 1.04 – 2.08	0.03

* $p < 0.05$, asociación estadísticamente significativa; Chi cuadrada.

Considerando que algunas de las características identificadas como factores de riesgo pudieran estar correlacionadas, se realizó un análisis de regresión logística múltiple con objeto de superar la colinealidad entre las variables predictoras y de esa forma identificar las características que en forma independiente incrementan la probabilidad de un desgarro perineal. Los resultados se presentan en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Factores de riesgo independiente para desgarro perineal grave.

VARIABLE	RM; IC95%
Primiparidad	8.73; 5.36 – 14.21
Peso del recién nacido \geq 4000 gr	4.55; 1.39 – 14.87
Episiotomía	3.45; 1.28 – 9.30
Parto con fórceps	3.06; 1.55 – 6.03
Tipo de personal médico	0.59; 0.43 – 0.80

DISCUSIÓN

Diferentes autores han identificado como factores que incrementan el riesgo de desgarro perineal de tercer o cuarto grado a la primiparidad, el parto instrumentado con aplicación de fórceps, la macrosomía, la episiotomía, el período expulsivo prolongado y el uso de anestesia.⁸⁻¹¹ Entre estos, en diversos trabajos se ha destacado la contribución de la episiotomía en el riesgo de lesiones del esfínter anal, lo cual se corroboró en este estudio, tanto para la técnica media como la media-lateral.⁷⁻¹⁰

De modo tal que, si bien existen mujeres que se pueden beneficiar con la realización de una episiotomía, existen otras en las que se incrementa el riesgo de complicaciones, por lo que no se recomienda que sea un procedimiento rutinario. En este sentido la Organización Mundial de la Salud tiene una postura clara en contra de la episiotomía de rutina, en concordancia con la evidencia científica disponible.¹²⁻¹⁴

Debido a la naturaleza multifactorial de estas lesiones, para reducir los desgarros perineales completos, probablemente se requiera limitar la exposición a diferentes condiciones que actúan en forma sinérgica, lo cual en ocasiones representa un problema como en el caso de la episiotomía y el uso de fórceps, combinación que se ha asociado en forma importante con un incremento en el riesgo de laceraciones de tercer y cuarto grado, debido a que la técnica correcta del uso de fórceps exige su asociación. Alternativamente, diferentes estudios han demostrado que la extracción del polo cefálico con

vacuum, se relaciona en una forma significativamente menor a un desgarro perineal total en comparación al uso de fórceps, por lo que se puede considerar una opción, que si bien no está exenta de complicaciones, es definitivamente más segura en el tema que nos ocupa.¹⁰

En este trabajo, se corroboró lo publicado en poblaciones distintas a la nuestra, lo cual nos permite inferir que las estrategias para la reducción de estas complicaciones o para su identificación temprana pueden ser semejantes. Si bien, algunos de los factores de riesgo no son susceptibles de corrección como la primiparidad, la talla y el peso del recién nacido, sí es posible modificar el tipo de atención que reciben las mujeres durante la atención del parto. Entre las acciones concretas más costo-efectivas está evitar el uso rutinario de la episiotomía, al tratarse de una política sin sustento científico generadora de altos costos innecesarios en salud. Para ello se requiere de un cambio en la actitud del personal de salud que atiende a las mujeres durante el parto. Múltiples estrategias para provocar un cambio de conducta frente a una práctica rutinaria se han utilizado, las cuales han arrojado resultados diferentes. Sin embargo, existe una evidencia creciente con resultados alentadores a través del uso de intervenciones multifacéticas que combinan el trabajo de colaboración con líderes de opinión, seminarios, información académica, recordatorios, auditoría y retroalimentación.¹⁵

Por último es importante comentar que la lesión del esfínter anal tradicionalmente se repara por el obstetra inmediatamente posterior al nacimiento, sin embargo desde el 25% hasta el 85% de las mujeres continúan con síntomas en forma persistente después de la reparación.¹⁶⁻¹⁸ Es particularmente importante hacer notar que en diferentes estudios se ha demostrado que una proporción significativa de los residentes o especialistas en obstetricia encuestados han referido poseer conocimientos inadecuados de la anatomía del periné y un entrenamiento escaso para diagnosticar, clasificar y corregir un desgarro perineal de tercer o cuarto grado.^{3, 19} En nuestro país este es un tema que exige una consideración especial para ser ampliamente discutido en escuelas, hospitales y asociaciones médicas debido a sus evidentes implicaciones éticas y médicas.

REFERENCIAS

1. Ferdous J, Ahmed A, Dasgupta SK, Jahan M, Huda FA, Ronsmans C, et al. Occurrence and determinants of postpartum maternal morbidities and disabilities among women in Matlab, Bangladesh. *J Health Popul Nutr.* 2012; 30:143-158.
2. Ashford L. Un sufrimiento oculto: discapacidades

- causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados. Washington D.C.: Population Reference Bureau; 2002. Disponible en: http://www.prb.org/pdf/HiddenSuffering--_Sp.pdf.
3. Uppal S, Harmanli O, Rowland J, Hernandez E, Dandolu V. Resident competency in obstetric anal sphincter laceration repair. *Obstet Gynecol* 2010; 115:305-9.
 4. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Radley S, Jones PW, O'Brien PMS. Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol*. 2006; 107:1261-8.
 5. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2002; 16:99-115.
 6. Fitzpatrick M, O'Herlihy C. Short-term and long-term effects of obstetric anal sphincter injury and their management. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2005; 17:605-10.
 7. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol*. 2001; 98:225-30.
 8. Christianson LM, Bovbjerg VE, Mc Davitt EC, Hullfish KL, MD. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189:255-60.
 9. Richter HE, Brumfield CG, MD, Cliver SP, Burgio KL, PhD, Neely CL, Varner RE. Risk factors associated with anal sphincter tear: A comparison of primiparous patients, vaginal births after cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187:1194-8.
 10. Hamilton EF, Smith S, Yang L, Warrick P, Ciampi A. Third- and fourth-degree perineal lacerations: defining high-risk clinical clusters. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 204:309.e1-6.
 11. Groutz A, Hasson J, Weinger A, Gold R, Skornick-Rapaport A, Lessing JB, Gordon D. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 204:347.e1-4.
 12. Thompson A. Episiotomies should not be routine. *Safe Motherhood Newsletter*. Geneva: World Health Organisation; 1997. p.12.
 13. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 11. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
 14. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcome of routine episiotomy: a systemic review. *JAMA*. 2005; 293: 2141-8.
 15. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C. The need to avoid the routine use of episiotomy. *Curr Womens Health Rev*. 2006; 2:1-4.
 16. Fenner DE, Genberg B, Brama P, Marek L, DeLancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetric unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189:1543-50.
 17. Meyer S, Schreyer A, DeGrandi P, Hohfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol*. 1998; 92:613-8.
 18. Nichols CM, Gill EJ, Nguyen T, Barber MD, Hurt WG. Anal sphincter injury in women with pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2004; 104:690-6.
 19. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Services Research*. 2002; 2:9