Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (6): 438-443.

Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no intervenido

Association between third- and fourth-degree perineal tears (OASIS) and non-intervened labor.

Enrique Martínez-Villafaña,[1] Ilan Remba-Shapiro,[2] Diana Laura Rodríguez-Carrillo,[2] María Fernanda Fernández-Corzas,[1] Carlos Alfredo Quesnel García-Benítez[3]

Resumen

OBJETIVO: Estimar la asociación entre parto no intervenido y el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles, observacional, longitudinal, retrospectivo y analítico efectuado en pacientes atendidas entre el 2016 y 2019 en el Hospital Ángeles Lomas, con embarazo de término que tuvieron parto no intervenido. Variables dependientes: desgarros perineales de tercer y cuarto grado, dilatación al ingreso, horas de trabajo de parto y episiotomía. Variables independientes: edad, índice de masa corporal, embarazos, partos y peso del recién nacido. Comparación de los desenlaces con un grupo control con parto intervenido. Los desgarros se categorizaron con la clasificación de Sultan. Se excluyeron las pacientes con embarazo múltiple, parto prematuro o instrumentado.

RESULTADOS: Se atendieron 253 partos no intervenidos y 253 intervenidos. En el 2.4% de las pacientes con parto no intervenido hubo lesiones obstétricas del esfínter anal y en el 4.0% sin parto intervenido (RR: 1.66; IC95%: 0.61-4.51). El trabajo de parto fue de 3.50 horas en pacientes con parto no intervenido y de 4.41 horas en el grupo control. Se practicó episiotomía en el 22.9% de las mujeres con parto no intervenido y en el 44.3% del grupo control (RR: 1.93; IC95%: 1.48-2.51).

CONCLUSIONES: Las mujeres con parto no intervenido no tuvieron mayor riesgo de desgarro perineal de tercer o cuarto grado. En quienes tuvieron parto intervenido fue mayor el riesgo de requerir episiotomía.

PALABRAS CLAVE: Esfinter anal; embarazo de término; dilatación; episiotomía; índice de masa corporal; edad.

Abstract

OBJECTIVE: To estimate the association between non-interventional delivery and the risk of obstetric anal sphincter injuries.

MATERIALS AND METHODS: Case-control, observational, longitudinal, retrospective, and analytical study performed in patients attended between 2016 and 2019 at Hospital Ángeles Lomas, with term pregnancy who had non-interventional delivery. Dependent variables: third- and fourth-degree perineal tears, dilation at admission, labor hours and episiotomy. Independent variables: age, body mass index, pregnancies, deliveries, and newborn weight. Comparison of outcomes with a control group with interventional delivery. Tears were categorized using the Sultan classification. Patients with multiple pregnancy, preterm or instrumented delivery were excluded.

RESULTS: A total of 253 non-intervened and 253 intervened deliveries were attended. Obstetric anal sphincter injury was present in 2.4% of patients with non-intervened

[1] Residente de ginecología.
[2] Médico interno.
[3] Jefe de Ginecología.
Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Recibido: enero 2021
Aceptado: febrero 2021

Correspondencia
Enrique Martínez-Villafaña
enriquemv93@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Martínez-Villafaña E, Remba-Shapiro I, Rodríguez-Carrillo DL, Fernández-Corzas MF, Quesnel García-Benítez CA. Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no intervenido. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (6): 438-443. https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.5164

delivery and in 4.0% without intervened delivery (RR: 1.66; 95%CI: 0.61-4.51). Labor was 3.50 hours in patients with non-intervened delivery and 4.41 hours in the control group. Episiotomy was performed in 22.9% of women with non-intervened delivery and in 44.3% of the control group (RR: 1.93; 95%CI: 1.48-2.51).

CONCLUSIONS: Women with non-intervened delivery had no increased risk of third- or fourth-degree perineal tear. In those who had an interventional delivery, the risk of requiring episiotomy was higher.

KEYWORDS: Anal sphincter; Term pregnancy; Dilatation; Episiotomy; Body Mass Index; Age.

ANTECEDENTES

En el mundo, cada año, alrededor de 140 millones de mujeres tienen un parto. La mayor parte de los embarazos trascurren con normalidad, con bajo riesgo de complicaciones. Éstas ocurren en la minoría y suelen ser tan graves que les producen la muerte. Cada institución de salud con atención materna debe proveerla atención basada en evidencia, equitativa, compasiva y respetuosa durante el trabajo de parto y el nacimiento.[1] Hoy en día, los procedimientos médicos suelen ser intervencionistas con el propósito de iniciar, acelerar, monitorizar o terminar con el proceso fisiológico del trabajo de parto, con el propósito de mejorar el desenlace obstétrico. Sin embargo, muchas de las medidas actuales provienen de prácticas antiguas que, en múltiples ocasiones, son innecesarias e incluso dañinas, con repercusiones en la experiencia de la madre en relación con su trabajo de parto.[2]

En el 2018, la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y la International Mother Baby Childbirth Organization (IMBCO) elaboraron y publicaron una iniciativa global para proporcionar orientación y apoyo para que la atención fuera segura y respetuosa para la madre y su hijo. Esa iniciativa es el punto de partida para desarrollar modelos de atención que cambien la forma de atención tradicional a una basada en valores entre el proveedor de salud y la paciente, donde las necesidades y expectativas de la madre, y los desenlaces en salud, sean las fuerzas impulsoras detrás de la toma de decisiones.[3]

La OMS define a la "experiencia de parto positiva" al procedimiento que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Este concepto incluye: la atención del parto en un lugar seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, contar con apoyo emocional continuo y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas.[4] Y abarca, también, la psicoprofilaxis obstétrica, que es un método para hacer frente al dolor del parto mediante la aplicación de técnicas de respiración y relajación que eviten la necesidad de anestesia epidural,[5] que las pacientes llegan a solicitar en múltiples ocasiones, sobre todo cuando desean tener un trabajo de parto fisiológico con la menor intervención posible.

Con estos cambios en la atención obstétrica actual es inevitable que surjan cuestionamientos en relación con el desenlace obstétrico: hay

mayor o menor riesgo de traumatismo perineal severo durante el nacimiento del feto, entre muchos otros.

La mayor parte de las organizaciones internacionales ha adoptado la clasificación de desgarros perineales de Sultan:[6]

- **Desgarro de primer grado:** lesión de la piel perineal o mucosa vaginal.
- **Desgarro de segundo grado:** lesión perineal que incluye los músculos perineales, pero no el esfínter anal.
- **Desgarro de tercer grado:** lesión perineal que incluye el esfínter anal.
    - Desgarro 3a: lesión menor del 50% del esfínter anal externo.
    - Desgarro 3b: lesión mayor del 50% del esfínter anal externo.
    - Desgarro 3c: lesión del esfínter anal externo e interno.
- **Desgarro de cuarto grado**: lesión perineal que incluye al esfínter anal externo e interno y la mucosa anorrectal.

Las lesiones obstétricas del esfínter anal incluyen a los desgarros de tercer y cuarto grado.

A través de múltiples estudios se ha comprobado que los desgarros que incluyen al esfínter anal (interno, externo o ambos) se asocian con incontinencia fecal, menor calidad de vida y mayor probabilidad de esta complicación conforme mayor es el grado del desgarro.[7]

Para las lesiones obstétricas del esfínter anal se han identificado múltiples factores de riesgo: nuliparidad, peso al nacer, variedad occipito posterior y parto instrumentado, entre otros. Los intentos por predecir lesiones obstétricas del esfínter anal mediante escalas que evalúan los factores de riesgo, no han logrado demostrar su utilidad clínica.[8]

Existe la duda si en el parto psicoprofiláctico, donde la intervención del médico es mínima, aumenta o disminuye el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal.

El objetivo de este estudio fue: estimar la asociación entre parto no intervenido y el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles, observacional, longitudinal, retrospectivo y analítico efectuado en pacientes atendidas entre el 2016 y 2019 en el Hospital Ángeles Lomas, con más de 37 semanas de embarazo que tuvieron parto no intervenido. Toda la información se recabó de la base de datos del hospital. Variables dependientes: desgarros perineales de tercer y cuarto grado, dilatación al ingreso, horas de trabajo de parto y episiotomía. Variables independientes: edad, índice de masa corporal, embarazos, partos y peso del recién nacido. Criterios de inclusión: pacientes atendidas en el hospital, con más de 37 semanas de embarazo que tuvieron un parto no intervenido, sin importar la edad de la madre, embarazos o paridad. Criterios de exclusión: pacientes con embarazo múltiple, parto prematuro, parto instrumentado o con datos incompletos en su expediente. Los desenlaces se compararon con un grupo control con parto intervenido de pacientes seleccionadas mediante muestreo consecutivo.

Definición de parto no intervenido: sin anestesia epidural ni conducción del trabajo de parto con oxitocina o misoprostol. La clasificación de los desgarros fue la de Sultan.[6] Se consideraron significativos los de tercer y cuarto grado que incluyen al esfínter anal interno, externo y la mucosa rectal (OASIS).

https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.5164

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS de IBM, versión 21. Todas las variables categóricas se expresan en frecuencias y porcentajes. Se utilizó χ^2 para diferencia de proporciones y t de Student para diferencia de medias entre grupos. Se consideró significativo un valor de alfa menor de 0.05. El riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal se estimó para cada variable independiente, con IC95%.

RESULTADOS

Se atendieron 253 partos no intervenidos que se compararon con igual cantidad de intervenidos En el **Cuadro 1** se comparan los grupos por sus características de base; lo destacable fueron: edad de las madres, índice de masa corporal, peso del neonato al nacer y el antecedente de partos previos fue muy similar entre ambos grupos.

En el **Cuadro 2** se describen los resultados de las variables de desenlace por grupos. El desgarro de tercer o cuarto grado (OASIS) se registró en el 2.4% de las pacientes con parto no intervenido y en el 4.0% de las pacientes con parto intervenido, sin diferencia estadísticamente significativa (RR: 1.66; IC95%: 0.61-4.51). La dilatación promedio al ingreso fue de 5 y 3.5 cm para parto no intervenido *vs* intervenido, respectivamente, con diferencia estadísticamente significativa. De igual manera, la diferencia fue significativa en cuanto a las horas de trabajo de parto, que fue de 3.50 horas para mujeres con parto no intervenido y de 4.41 horas para el grupo control. Se practicó la episiotomía en el 22.9% de las mujeres con parto no intervenido y en el 44.3% de las del grupo control (RR: 1.93, IC95%: 1.48-2.51).

DISCUSIÓN

Se han estudiado múltiples medidas para disminuir el riesgo de traumatismo perineal durante el parto. En diferentes estudios se ha visto que la intervención manual (*hands on*) disminuye el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal. Esto incluye controlar la salida del polo fetal con la mano izquierda, protección perineal con la mano derecha, dejar de pujar cuando la cabeza fetal está coronando y considerar la episiotomía en grupos de riesgo.[9,10]

En la última revisión de Cochrane no se encontraron diferencias significativas entre *hands on* y *hands off* para disminuir la incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado, con la salvedad de que la evidencia fue de muy baja calidad. Tampoco se encontraron diferencias entre el

Cuadro 1. Caracterización de las pacientes por grupos

Variable	Parto no intervenido (n = 253)	Parto intervenido (n = 253)	Valor *p**
Edad: años (media)	30	29.3	0.086
IMC: kg/m^2 (media)	21.8	22.6	0.011
Embarazos (media)	2.71	2.62	0.532
Sin parto	72 (28.5 %)	72 (28.5 %)	
Un parto	90 (35.6 %)	90 (35.6 %)	
Más de 2 partos (%)	91 (36.0 %)	91 (36.0 %)	
Semanas de embarazo (media)	39.3	39.2	0.073
Peso del neonato al nacer (media)	3053	3058	0.879

*Análisis con t de Student

Cuadro 2. Resultado de las variables de desenlace por grupos

Variable	Parto no intervenido (n = 253)	Parto intervenido (n = 253)	Valor *p*	RR (IC95%)
Lesiones obstétricas del esfínter anal	6 (2.4 %)	10 (4.0)	0.31*	1.66 (0.61-4.51)
Dilatación al ingreso en cm (media)	5.0	3.5	0.00**	
Horas de trabajo de parto (media)	3.50	4.41	0.00**	
Episiotomía	58 (22.9 %)	112 (44.3 %)	0.00*	1.93 (1.48-2.51)

*Análisis con χ^2
**Análisis con t de Student

método para protección perineal: maniobra de Ritgen procedimiento convencional.[11]

En la misma revisión se muestra una reducción de las lesiones obstétricas del esfínter anal con el masaje perineal (RR 0.49; IC95%: 0.25-0.94) y la aplicación de compresas calientes (RR 0.46; IC 95%: 0.27-0.79). Se concluye que estas dos últimas medidas son las de mayor evidencia que demuestra la reducción del riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal.[11]

Un parto no medicalizado es en el que no se aplica bloqueo peridural o se indican medicamentos para aliviar el dolor, que pueden modificar el trabajo de parto y tener efectos adversos que, en ocasiones, podrían llegar a ser severos. De igual manera, la conducción o inducción del trabajo de parto con oxitocina provoca contracciones más dolorosas y prolongadas que un trabajo de parto espontáneo. Con el parto psicoprofiláctico se busca un proceso fisiológico-psicológico durante el trabajo de parto que promueva la liberación de oxitocina para lograr contracciones uterinas efectivas y la relajación del canal de parto durante el nacimiento.[12]

En nuestro estudio, si bien las pacientes con parto intervenido tuvieron mayor incidencia de lesiones obstétricas del esfínter anal la diferencia no fue estadísticamente significativa (RR: 1.66; IC95%: 0.61-4.51). En el grupo con parto no intervenido la dilatación al ingreso fue mayor y, por consiguiente, las pacientes tuvieron, en promedio, menos horas de trabajo de parto. Esto es similar a lo obtenido en la revisión de Cochrane que comparó el "traumatismo perineal que requiere sutura" entre mujeres que recibieron anestesia epidural y las que no la recibieron; el resultado fue que no existieron diferencias significativas (RR: 1.05; IC95%: 0.93-1.18). Para este resultado, la Cochrane solo revisó un estudio que comparó a 184 pacientes por grupo.[13] En otro estudio de cohorte, con 61,308 mujeres en el que se comparó el traumatismo perineal grave en mujeres que recibieron anestesia epidural y las que no, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas con desgarros de tercer o cuarto grado.[14]

La tendencia actual en Obstetricia se inclina hacia la práctica de episiotomías selectivas en lugar de las rutinarias. Esto derivado de los múltiples estudios, incluidas las revisiones de Cochrane, donde se ha observado menor traumatismo perineal grave con las episiotomías selectivas.[15] En nuestros desenlaces se observa una reducción del 48% en episiotomías en el grupo con parto no intervenido *versus* intervenido, que fue estadísticamente significativo (RR: 1.93, IC 95% 1.48-2.51), sin representar un aumento en la incidencia de lesiones obstétricas del esfínter anal. Esto se ha traducido en menor riesgo de complicaciones derivadas de la episiotomía des-

https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.5164



critas en la bibliografía: infección de la herida o dolor perineal crónico.[16,17]

CONCLUSIÓN

Las mujeres con parto no intervenido no tuvieron mayor riesgo de desgarro perineal de tercer o cuarto grado. En quienes tuvieron parto intervenido fue mayor el riesgo de requerir episiotomía.

REFERENCIAS

1. Oladapo O, Tuncalp Ö, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. BJOG. 2018; 125 (8): 918.22. https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237.
2. Bohren M, Vogel J, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS One 2015; 12: e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847.
3. Lalonde A, Herschderfer K, et al. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. Int J Gynecol Obstet 2019; 146 (1): 65-73. https://doi.org/10.1002/ijgo.12844.
4. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1.
5. Bergstrom M, Kieler H, Waldenström U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-relatedoutcomes and experience of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89 (6): 794-800. https://doi.org/10.3109/00016341003694978.
6. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999; 5: 193-96. https://doi.org/10.1177/135626229900500601.
7. RCOG. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. Green top Guideline No 29. London, RCOG, 2015. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf.
8. Williams A, Tincello D, White S, et al. Risk scoring system for prediction of obstetric anal sphincter injury. BJOG 2005; 112 (8): 1066-69. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00652.x.
9. Laine K, Skjeldestad F, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. BMJ Open. 2012;2:e001649. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001649.
10. Hals E, Oian P, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. Obs Gynecol 2010; 116 (4): 901-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181eda77a.
11. Aasheim V, Vika A, et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 2017; (6): 12. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3.
12. Healy M, Nyman V, et al. How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. PLoS One 2020; 15 (7): e0226502. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502.
13. Anim M, Smyth R, et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 5 (5): CD000331. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4.
14. Loewenberg-Weisband Y, Grisaru-Granovsky S, et al. Epidural analgesia and severe perineal tears: a literature review and large cohort study. J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 27 (18): 1864-69. https://doi.org/10.3109/14767058.2014.889113.
15. Jiang H, Qian X, et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2017; 2 (2): CD000081. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3.
16. Jovanovic N, Kocijancic D, et al. Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? Eur J Med 2011; 6 (6): 685-90. https://doi.org/10.2478/s11536-011-0088-z.
17. Turmo M, Echevarria M, et al. Development of chronic pain after episiotomy. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2015; 62(8): 436-42. https://doi.org/10.1016/j.redar.2014.10.008.