

# FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR GRAVE

Nelson Solis, Jacqueline Shimabukuro

## RESUMEN

En los últimos años existe un aparente aumento de casos del traumatismo perineal posterior grave (desgarros perineales de tercer y cuarto grado) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, que, por sus complicaciones inmediatas y mediatas, hace imperativo identificar cuáles son los factores de riesgo asociadas a esta patología *sui generis*. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo que se asocian con el traumatismo perineal posterior grave. **Diseño:** Estudio descriptivo retrospectivo transversal. **Lugar:** Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima. **Participantes:** Pacientes con el diagnóstico de traumatismo perineal posterior durante el parto vaginal. **Intervenciones:** Se revisó las 146 historias clínicas de todas las pacientes que tuvieron el diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave luego del parto vaginal, en el período de enero de 2000 a diciembre de 2004. Se procedió al análisis usando el software estadístico SPSS versión 11,0 y se empleó índices de tendencia central (media, mediana y moda) medidas de dispersión y de correlación. **Principales medidas de resultados:** Desgarros perineales posteriores graves, episiotomía, parto instrumentado, paridad, peso del recién nacido. **Resultados:** Durante el período de estudio se produjeron 25 044 partos vaginales, de los cuales 146 presentaron desgarros perineales posteriores graves, con una incidencia anual promedio de 0,58%. A 69,2% (101 casos) se les realizó episiotomía mediolateral, a 5,5% (8 casos) episiotomía mediana y en 25,3% (37 casos) no se les realizó episiotomía. Los desgarros perineales posteriores graves se presentaron con mayor frecuencia en los partos vaginales (89,7%), en los partos instrumentados con fórceps (8,9%) y en los partos instrumentados con *vaccum* extractor (1,4%). Los casos de desgarros perineales posteriores graves se presentaron más frecuentemente en nulíparas (80,1%) que en multiparas (19,9%). En 85,6% de los casos de desgarro perineal posterior grave, los recién nacidos pesaron menos de 4 kg y solo en 14,4% pesaron más de 4 kg. **Conclusiones:** La incidencia anual promedio de traumatismo perineal posterior grave fue 0,58% y el patrón de presentación fue variable. El uso de la episiotomía y la nuliparidad incrementaron el riesgo de traumatismo perineal posterior grave. El parto instrumentado con fórceps y el feto grande mayor de 4 kg no se asociaron al traumatismo.

**Palabras clave:** Traumatismo perineal posterior, paridad, episiotomía, parto instrumentado, feto macrosómico.

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):42-44

Trabajo Libre presentado en el XVI Congreso de Obstetricia y Ginecología

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú

## ABSTRACT

**Introduction:** There has been an apparent increase in severe posterior perineal trauma (third or fourth degree perineal lacerations) at San Bartolome Mother and Child Hospital, whose immediate and mediate complications make it imperative to identify associated risk factors. **Objective:** To identify risk factors associated with severe posterior perineal trauma. **Design:** Descriptive retrospective transversal study. **Setting:** San Bartolome Mother and Child Hospital, Lima. **Participants:** Patients with the diagnosis of posterior perineal trauma during vaginal delivery. **Interventions:** We reviewed 146 clinical histories of all patients with the diagnosis of severe posterior perineal trauma

following vaginal delivery, from January 2000 through December 2004. Statistical analysis used SPSS version 11,0 with central tendency index (middle, median and mode), dispersion and correlation tendencies. **Main outcome measures:** Severe posterior perineal lacerations, episiotomy type, instrumental delivery, parity, newborn weight. **Results:** During the study period 25 044 vaginal deliveries were attended, 146 presenting severe posterior perineal lacerations, with annual incidence 0,58%; 69,2% (101 cases) had mediolateral episiotomy, 5,5% (8 cases) median episiotomy and 25,3% (37 cases) had no episiotomy. Severe posterior perineal lacerations occurred most frequently in vaginal deliveries (89,7%), with forceps application (8,9%) and

*vaccum* extractor application (1,4%). Cases of severe posterior perineal lacerations were more frequent in nuliparae (80,1%) than in multiparae (19,9%). In 85,6% of cases of severe posterior perineal lacerations newborns weighed less than 4 kg and only in 14,4% weighed more than 4 kg. **Conclusions:** Average annual incidence of severe posterior perineal trauma was 0,58% and presentation was variable. Episiotomy use and nuliparity increased severe posterior perineal trauma risk. Forceps delivery and large fetus above 4 kg were not associated to trauma.

**Key words:** Posterior perineal trauma, parity, episiotomy, instrumental delivery, macrosomial fetus.



## INTRODUCCIÓN

El traumatismo perineal posterior grave (TPPG) se halla asociado a factores, como el uso de la episiotomía, duración del periodo expulsivo, peso del recién nacido, entre otros. Además, se conoce que hay consecuencias mediatas<sup>(1)</sup>, como las distopias, incontinencia urinaria y la incontinencia fecal<sup>(2)</sup>, dentro de las más reconocidas<sup>(3-5)</sup>.

El desgarro perineal o traumatismo perineal posterior (TPP) es la complicación más común informada durante el trabajo de parto y el nacimiento (31% de todos los nacimientos). Según los estudios, de 1 a 8% de las mujeres sufren TPPG luego del parto vaginal<sup>(6-9)</sup>.

Los TPP son más comunes luego de un parto instrumentado, especialmente cuando se usa el fórceps. Se señala la incidencia de TPPG luego del uso de fórceps en 21% para los de tercer grado y en 7% para los de cuarto grado<sup>(10)</sup>. Otros factores de riesgo incluyen raza, episiotomía mediana, nuliparidad y feto grande<sup>(6, 9, 11-16)</sup>.

Es importante remarcar que el riesgo de TPP, cuando no se realiza episiotomía, va de 0 a 2,3%; cuando se realiza episiotomía mediolateral, el riesgo va de 0,2 a 9%; y, cuando se realiza episiotomía mediana, el riesgo es de 3 a 24%.

El presente trabajo nos permitirá conocer los factores de riesgo asociados al TPPG, iniciar medidas preventivas de posibles nuevos casos, disminuyendo la incidencia y prevalencia del mismo. Al reducir el número de casos, se logrará una mejor atención a nuestros pacientes y obtendremos información práctica y científica que nos ayudará a mejorar profesionalmente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo transversal. El estudio se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, centro especializado en la atención de la madre y del niño.

La muestra está constituida por 146 pacientes con el diagnóstico de TPP durante el parto vaginal, en el periodo de enero de 2000 a diciembre de 2004.

Se solicitó a la Oficina de Información Perinatal (CLAP) el listado de historias clínicas de todas las pacientes que tuvieron dicho diagnóstico. Luego de revisarlas, se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos, para su posterior procesamiento y análisis de la información obtenida. Concluida la recolección de datos, se realizó el análisis usando el software estadístico SPSS versión 11,0 y se empleó índices de tendencia central (media, mediana y moda) medidas de dispersión y de correlación.

## RESULTADOS

Durante el período de estudio, se produjeron 25 044 partos vaginales, de los cuales 146 presentaron TPPG, con una incidencia anual promedio de 0,58% (Tabla).

En cuanto a los factores de riesgo estudiados, se halló:

Tipo de episiotomía: A 69,2% (101 casos) se les había realizado episiotomía mediolateral, a 5,5% (8 casos) episiotomía mediana y a 25,3% (37 casos) no se les realizó episiotomía.

Tipo de parto: Los TPPG se presentaron con mayor frecuencia en los

partos vaginales (89,7%), en los partos instrumentados con fórceps (8,9%) y en los partos instrumentados con *vacuum* extractor (1,4%).

Número de partos: Los casos de TPPG se presentaron más frecuentemente en nulíparas (80,1%) que en multiparas (19,9%).

Peso del recién nacido: En 85,6% de los casos de TPPG, los recién nacidos pesaron menos de 4 kg y solo en 14,4%, más de 4 kg.

## DISCUSIÓN

El desgarro perineal o TPP es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento (31% de todos los nacimientos). Según los estudios revisados, entre 1 y 8% de las mujeres sufren TPPG luego del parto vaginal<sup>(6-9)</sup>.

En el período del 1 enero de 2000 al 31 de diciembre de 2004, el Hospital Nacional Docente Madre Niño registró 25 044 partos vaginales, de los cuales 146 presentaron TPPG con una incidencia anual promedio de 0,58 x 100, lo que indica un menor porcentaje a los estudios previos revisados. Además, no se verificó que los casos de TPPG fuera en incremento. Más bien, el patrón de presentación es variable, ya que las mayores incidencias se produjeron durante los años 2002 (0,8%) y 2004 (0,7%).

La revisión bibliográfica muestra que el TPPG se halla asociado a factores como el uso de la episiotomía, nuliparidad, parto instrumentado, peso del recién nacido, entre otros<sup>(3-5)</sup>. En el estudio, de los 146 casos de TPPG que se produjeron, se encontró que a 69,2% (101 casos) se les había realizado



episiotomía mediolateral, a 5,5% (8 casos) episiotomía mediana y a 25,3% (37 casos) no se les había realizado episiotomía, lo cual indica que el uso de la episiotomía incrementa el riesgo de TPPG. Por ello, lo recomendable es que la realización sistemática de episiotomías debe ser reemplazada por un protocolo más selectivo, basado en las condiciones clínicas específicas halladas en el momento del parto.

Los TPPG se presentaron con mayor frecuencia en los partos vaginales (89,7%), en segundo lugar en los partos instrumentados con fórceps (8,9%) y finalmente en los partos instrumentados con *vacuum extractor*, en 1,4%, lo cual indicaría que el parto instrumentado con fórceps en particular no aumentaría el riesgo de TPPG. Pero, se encuentra una tendencia marcada descendente al parto instrumentado en los últimos años.

Los TPPG se presentaron más frecuentemente en nulíparas que en multíparas (80,1% vs. 19,9%), con lo cual podemos observar que la nuliparidad es un factor de riesgo que aumenta la presentación de TPPG.

En 85,6% de los casos de TPPG, los recién nacidos pesaron menos de 4 kg y en 14,4%, más de 4 kg. No se observó que el peso mayor de 4 kg aumentara el riesgo de esta patología.

El presente estudio debe contribuir para que se realicen mayores investigaciones en este campo, ya que el TPPG puede llevar a complicaciones, como dolor, infección, hematoma, dispareunia, incontinencia y fístula rectovaginal, dehiscencia de sutura. Así también, investigar sobre aquellas intervenciones que pueden

Tabla. Incidencia de desgarro perineal posterior grave

Años	Desgarro perineal posterior grave		
	Nº casos	Total partos vaginales	Tasa de incidencia
• 2000	22	5 131	0,4 x 100
• 2001	27	5 310	0,5 x 100
• 2002	39	4 880	0,8 x 100
• 2003	24	4 903	0,5 x 100
• 2004	34	4 820	0,7 x 100
Total	146	25 044	0,6 x 100

prevenirlo, como son el uso restrictivo de la episiotomía, masaje perineal antes o durante el trabajo de parto, la posición en el trabajo de parto, baños de asiento, la flexión de la cabeza, reprimir la cabeza, compresas perineales o lubricación, instrucciones maternas para el pujo, duración del parto y analgesia epidural.

Queremos concluir señalando que el uso de la episiotomía y la nuliparidad incrementaron el riesgo de TPPG, mientras que el parto instrumentado con fórceps y el tener un feto mayor de 4 kg no se asoció al TPPG. Sugerimos que la realización sistemática de episiotomías debe ser reemplazada por un protocolo más selectivo, basado en las condiciones clínicas específicas halladas en el momento del parto. Asimismo, realizar mayores investigaciones sobre las complicaciones que puede producir el TPPG, así como también sobre todas aquellas intervenciones que pueden prevenirla.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sorensen SM, Bondesen H, Istre O, Vilmann P. Perineal rupture following vaginal delivery: long-term consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1988;67:315-8.
- Crawford LA, Quint EH, Pearl ML, DeLancey JO. Incontinence following rupture of anal sphincter during delivery. *Obstet Gynecol.* 1993;82(4):527-37.
- Whitfield CR. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynecology for postgraduates. 5th Edition.

London: Blackwell Science, 1995.

- WHO/Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health. Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO, 2003.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *William's obstetrics.* 21st Edition. New York: McG-Hill, 2001.
- De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG.* 2001;108:383-7.
- Riskin-Mashiah S, O'Brian S, Wilkins IA. Risk factors for severe perineal tear: can we do better? *Am J Perinatol.* 2002;19(5):225-34.
- Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG.* 2000;107:926-31.
- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric and sphincter tear : risk factors and outcome of primary repair. *BMJ.* 1994;308:887-91.
- Bofill JA, Rust OA, Schorr SJ, Brown RC, Matin RW, Matin JN Jr et al. A randomized prospective trial of the obstetric forceps versus the M-cup vacuum extractor. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;176:1398-9.
- Goldberg J, Hyslop T, Tolosa JE, Sultana C. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(4):1063-7.
- Homsí R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR. Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Survey.* 1994;49(12):803-8.
- Jones KD. Incidence and risk factors for third degree perineal tears. *Intern J Gynecol Obstet.* 2000;71:227-9.
- Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Canadian Med Ass J.* 1997;156(6):797-802.
- Nager CW, Helliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(2):444-50.
- Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:44-9.