



**XXXIII REUNIÓN SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA R. MURCIA**

**DESGARROS PERINEALES DE 3º Y 4º GRADO:
ESTUDIO DESCRIPTIVO EN LA POBLACIÓN DEL ÁREA III**

Pilar Jiménez Machuca

Fátima Pérez Rocamora

Marie Cañizares

Alejandra Herrero Gutiérrez

Ángeles Yepes Carrillo

Hospital Universitario Rafael Méndez



Índice de **CONTENIDOS**



01. INTRODUCCIÓN

02. PROTOCOLO ACTUACIÓN ÁREA III

03. DATOS ÁREA III

04. RESULTADOS

05. CONCLUSIONES



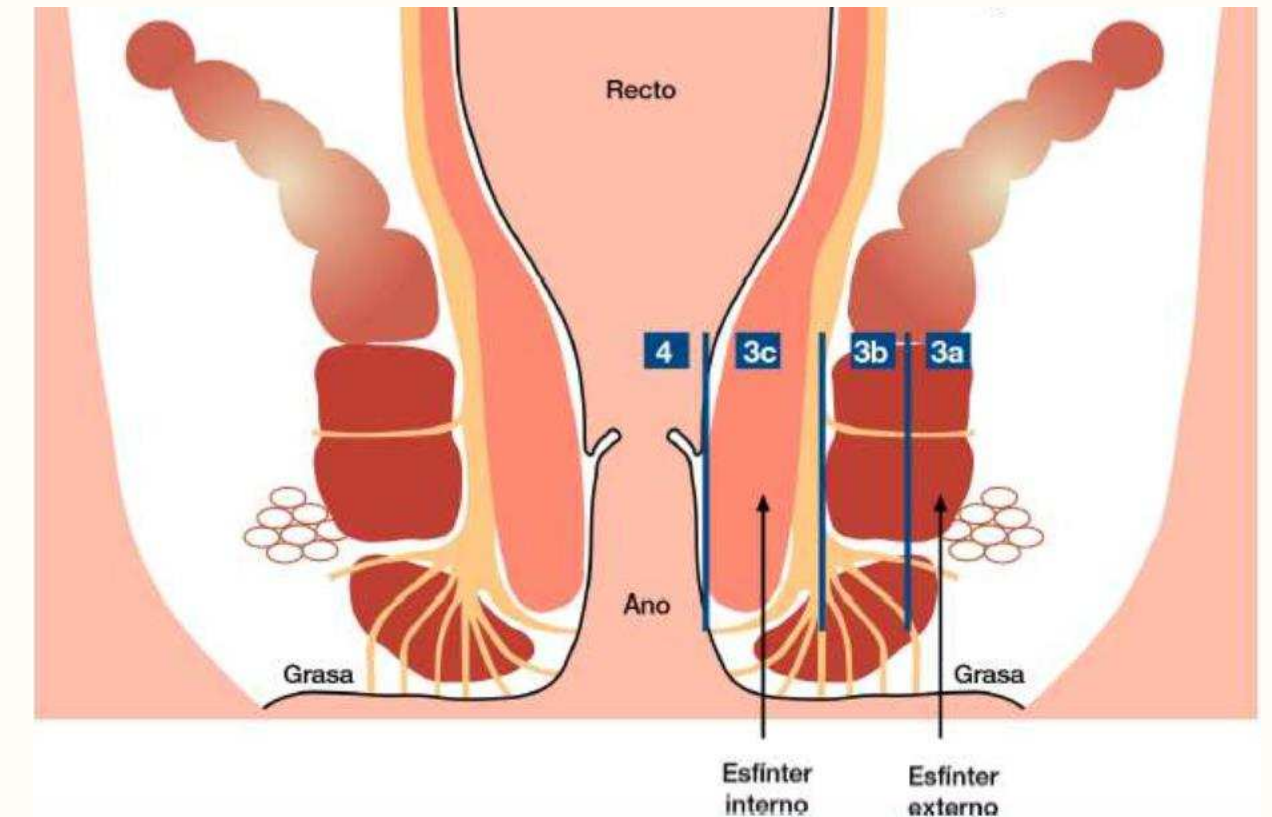
01

INTRODUCCIÓN

En los partos vaginales es frecuente que ocurran desgarros perineales, siendo más común en primíparas (90.8%) que en multíparas (68.8%). Actualmente el riesgo de laceración perineal de tercer y cuarto grado se sitúa entre **0,47 - 5,7%**, pudiendo variar considerablemente según la población obstétrica considerada.

➔ CLASIFICACIÓN DE SULTAN

1^{er} grado	Lesión de piel perineal		
2^{do} grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3^{er} grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo < 50%
		3b	Lesión del esfínter externo > 50%
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4^{to} grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		



➔ REPARACIÓN DESGARROS 3º Y 4º GRADO

- **Mucosa anal:** Sutura continua no cruzada con poliglactina del 3/0.
- **EAI:** aproximación termino-terminal con puntos sueltos sencillos.
- **EAE:** La reparación se puede realizar mediante técnica termino-terminal o técnica overlap. Ambas presentan resultados similares en cuanto a continencia posterior.
- **Plano muscular y mucosa vaginal:** Sutura continua con vicryl rapid del 0 o del 2/0.
- **Piel:** Sutura intradérmica o puntos sueltos con vicryl rapid del 2/0 o del 3/0.

➔ FACTORES DE RIESGO

- Parto instrumentado con fórceps (OR 2,9–4,9)
- Peso al nacer > 4 kg o una circunferencia frontal occipital > 35 cm (OR 1,4–5,2)
- Nuliparidad (OR 2,4)
- Parto instrumentado con ventosa (OR 1,7–2,9)
- Mutilación genital femenina (OR 1,6–2,7)
- Posición occipito-posterior del feto (OR 1,7–3,4)
- Distocia de hombros (OR 2)
- Segunda etapa del parto prolongada (OR 1,2–3,9)
- Maniobra de Kristeller/presión en el fondo uterino (OR 1,8)
- Parto en posición de litotomía o en cuclillas (OR 1,2–2,2)

➔ MEDIDAS PREVENTIVAS

- Protección del periné
- Aplicación de compresas calientes y masaje perineal
- Uso restrictivo de la episiotomía: Realizar una episiotomía medio-lateral derecha (EMLD) con un ángulo de al menos 60° (por cada 6° que se horizontalice la incisión de la episiotomía, disminuye un 50% el riesgo de desgarros de 3° y 4° grado)

➔ CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO

Sangrado Dolor Infección	Incontinencia a gases Incontinencia fecal Dispareunia Depresión postparto
--------------------------------	--

Management of Third and Fourth-Degree Perineal Tears After Vaginal Birth. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/079, December 2020)

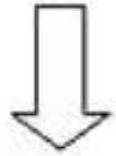
Management von Dammrissen dritten und vierten Grades nach vaginaler Geburt. Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF-Register Nr. 015/079, Dezember 2020)



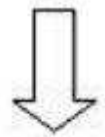
02

PROTOCOLO DE DESGARROS HRM

DESGARROS DE
PRIMER Y
SEGUNDO GRADO



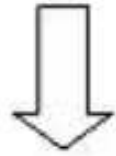
SUTURADO POR
PERSONAL ASISTENTE
AL PARTO



ALTA PUERPERAL
CONTROL POR
MATRONA DE ZONA

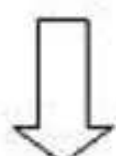
NO SUELEN COMPORTAR SECUELAS A
LARGO PLAZO
SI EXISTE CLÍNICA
MICCIONAL/DEFECATORIA DERIVACIÓN
A CONSULTA GINECOLÓGICA

DESGARROS
TERCER GRADO



SUTURADO POR
GINECOLÓGO DE
GUARDIA/G. SENIOR
VALORAR SUTURA 3C
POR CIRUJANO DE
GUARDIA

DESGARROS
CUARTO GRADO



SUTURADO POR
GINECOLÓGO DE
GUARDIA/VALORAR
SUTURA POR
CIRUJANO DE
GUARDIA



ALTA PUERPERAL

- DIETA RICA EN FIBRA/LAXANTES
- CITA EN CONSULTA DE GINECOLOGIA 6-8 SEMANAS POSTPARTO
- PETICIÓN ECOGRAFÍA ENDOANAL A LOS 3 MESES + ENTREGAR HOJA DE RECOMENDACIONES (ANEXO 1).
- ITC A REHABILITACIÓN SUELO PÉLVICO

UNIDAD DE SUELO PÉLVICO:

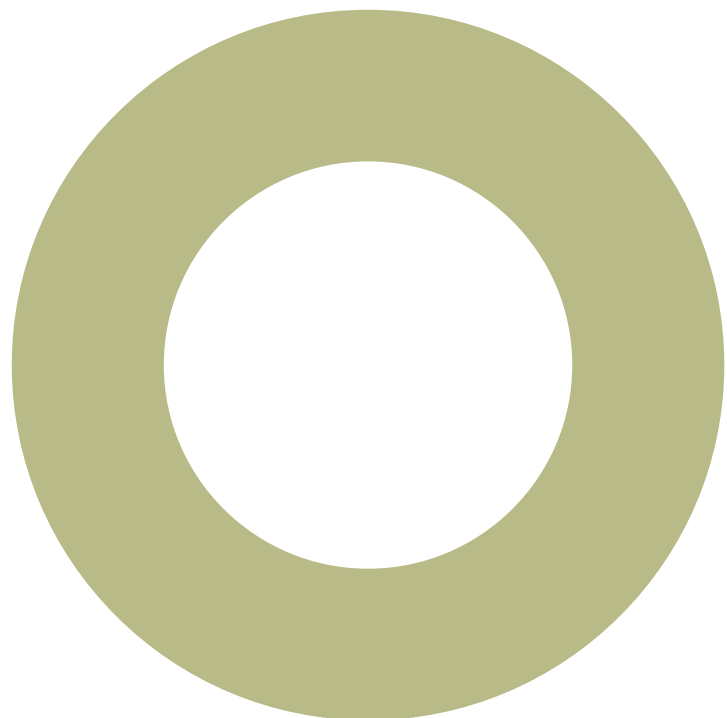
- Ginecología
- Cirugía coloproctológica
- Rehabilitación
- Urología

**¿Cuál es la prevalencia de desgarros perineales de alto grado en el área III?
¿Con qué factores se relacionan?**



Registro Español de Morbimortalidad Materna y Perinatal

Hospital Rafael Méndez de Lorca





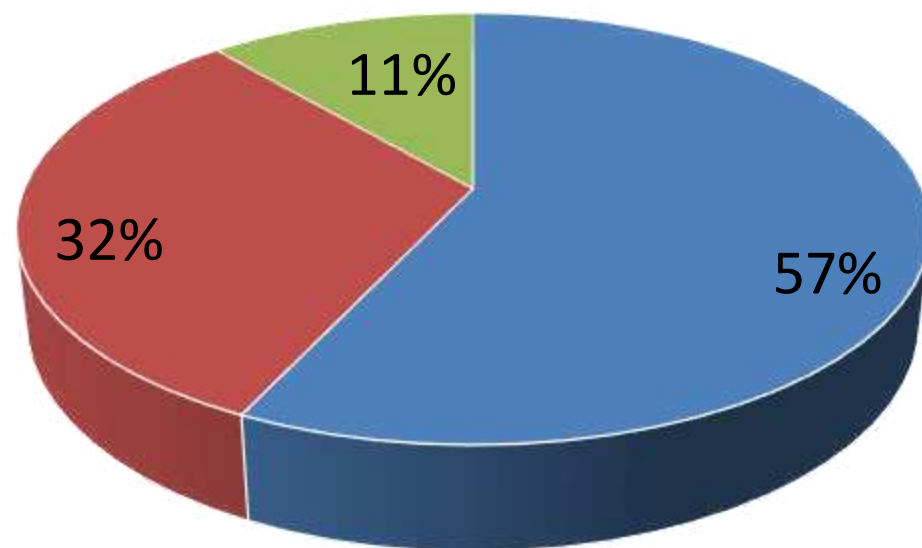
03

DATOS
HOSPITAL
RAFAEL MÉNDEZ

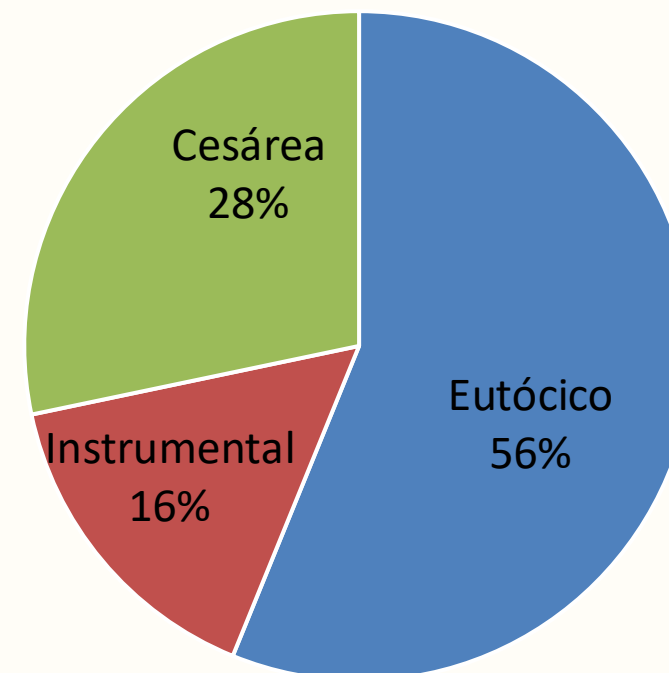
	2022	2023	2024
N.º TOTAL PARTOS	1480	1445	1347
N.º DESGARROS III-IV	15	14	8
PREVALENCIA (%)	1,01	0,97	0,59

SEGÚN INICIO DE PARTO (2023)

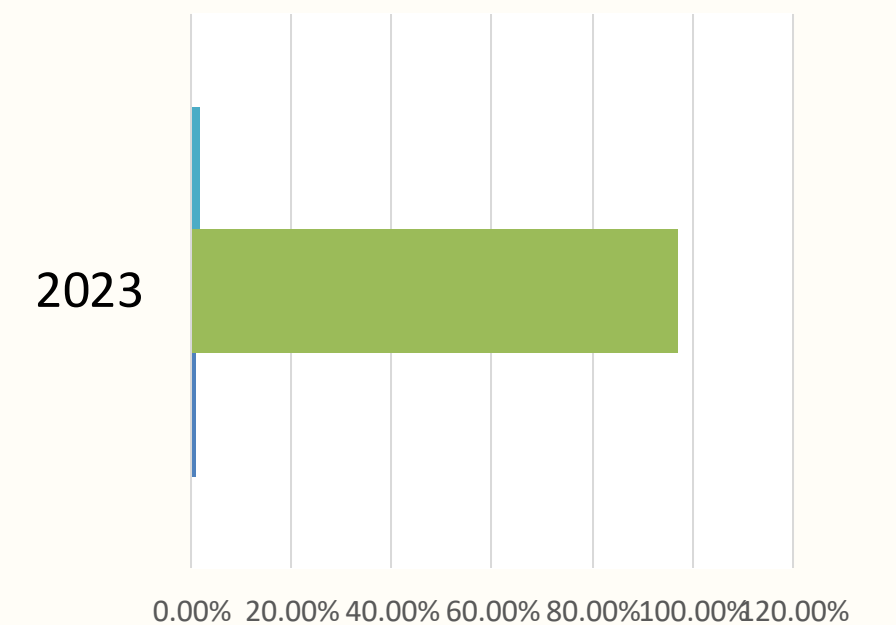
■ Espontáneo ■ Inducido ■ Cesárea electiva



SEGÚN FIN DE PARTO (2023)

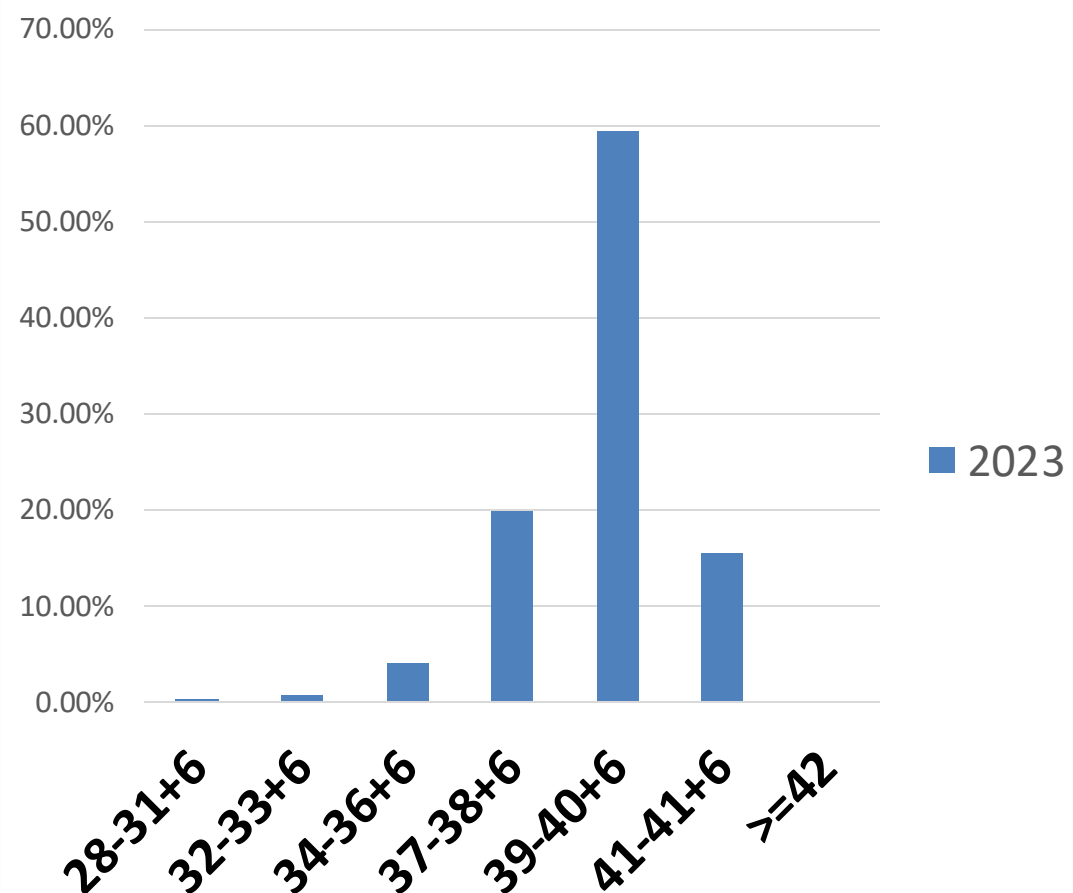


TIPO DE INSTRUMENTACIÓN

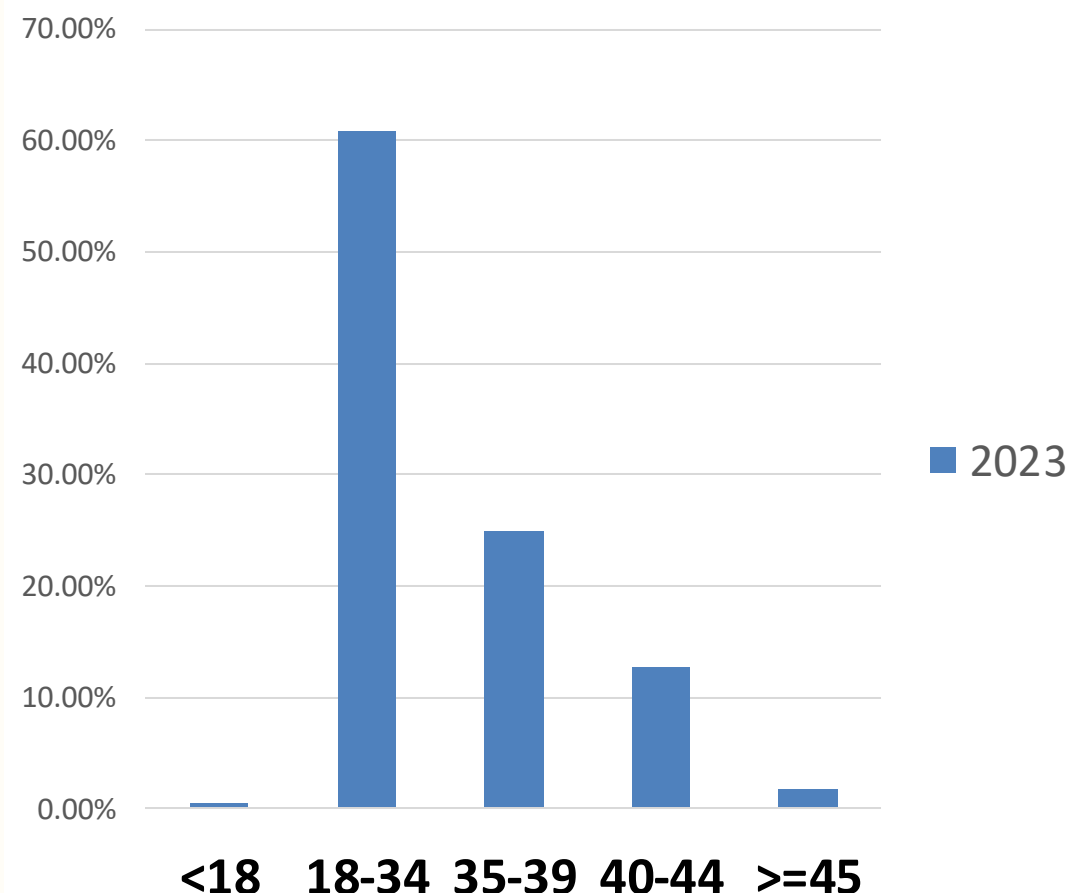


	2023
Fórceps	1.90%
Vacuo	97.20%
Espátulas	0.90%

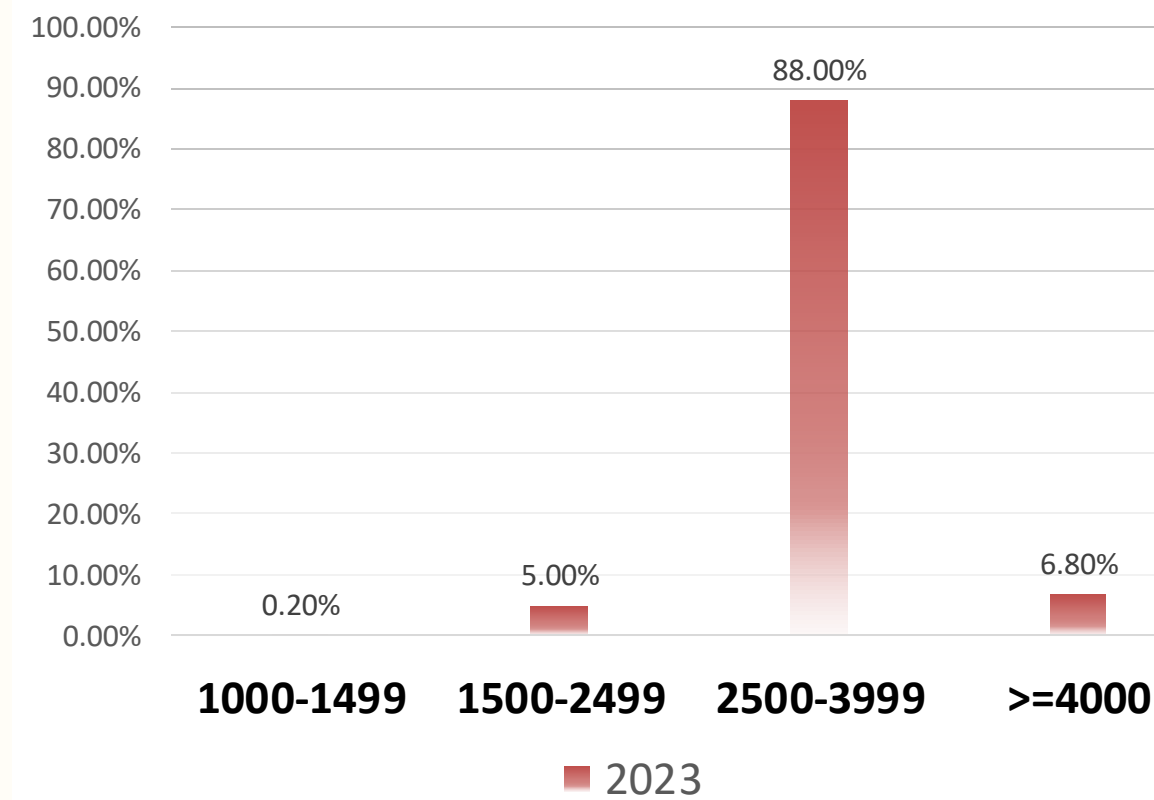
SEGÚN EDAD GESTACIONAL



SEGÚN EDAD MATERNA



SEGÚN PESO DEL RECIÉN NACIDO



EPISIOTOMÍAS (2023)

Partos eutócicos con EMLD	7,7%
Partos instrumentales con EMLD	62,3%
Tasa total de partos con EMLD (por cada 100 partos vaginales)	19,6



04

RESULTADOS

¿En qué consiste el estudio?

Estudio descriptivo de prevalencias, retrospectivo. Dos ramas de estudio:

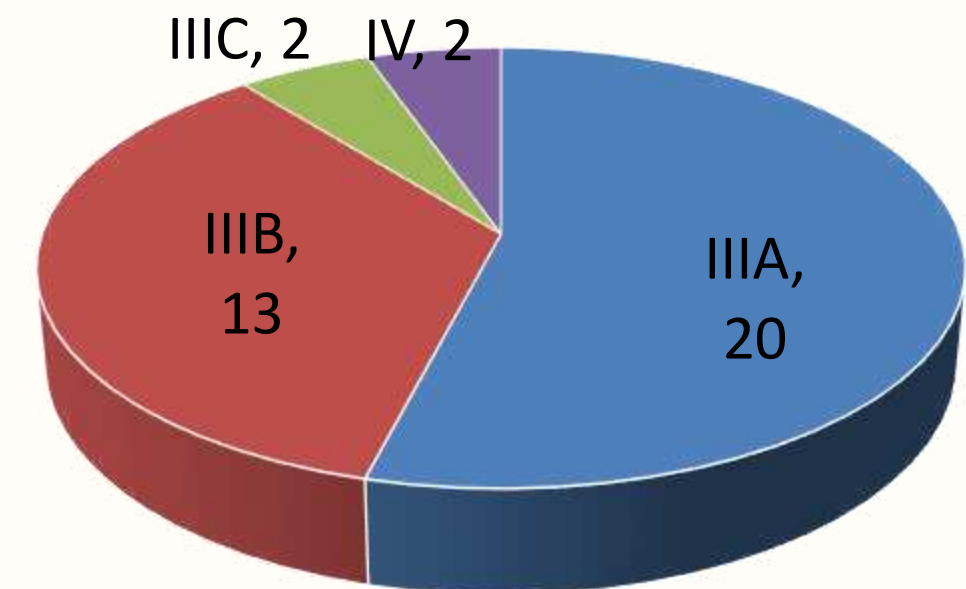
➤ FACTORES DE RIESGO:

- En población con desgarros III-IV, prevalencia de diferentes factores de riesgo.
- Según tipo de desgarro (IIIA, IIIB y IIIC-IV), prevalencia de diferentes factores de riesgo.
- Comparación de anteriores con prevalencia de los mismos en los datos del área III.

➤ SEGUIMIENTO POSTERIOR:

- En población con desgarros III-IV grado, prevalencia de clínica posterior, comparativa de clínica-ecografía endoanal y evolución tras rehabilitación.

TIPOS DE DESGARROS DE ALTO GRADO



LIMITACIONES



VARIABLES RECOGIDAS



FACTORES MATERNOS:

- Paridad
- Edad maternal
- IMC en último control de la gestación

FACTORES GESTACIONALES:

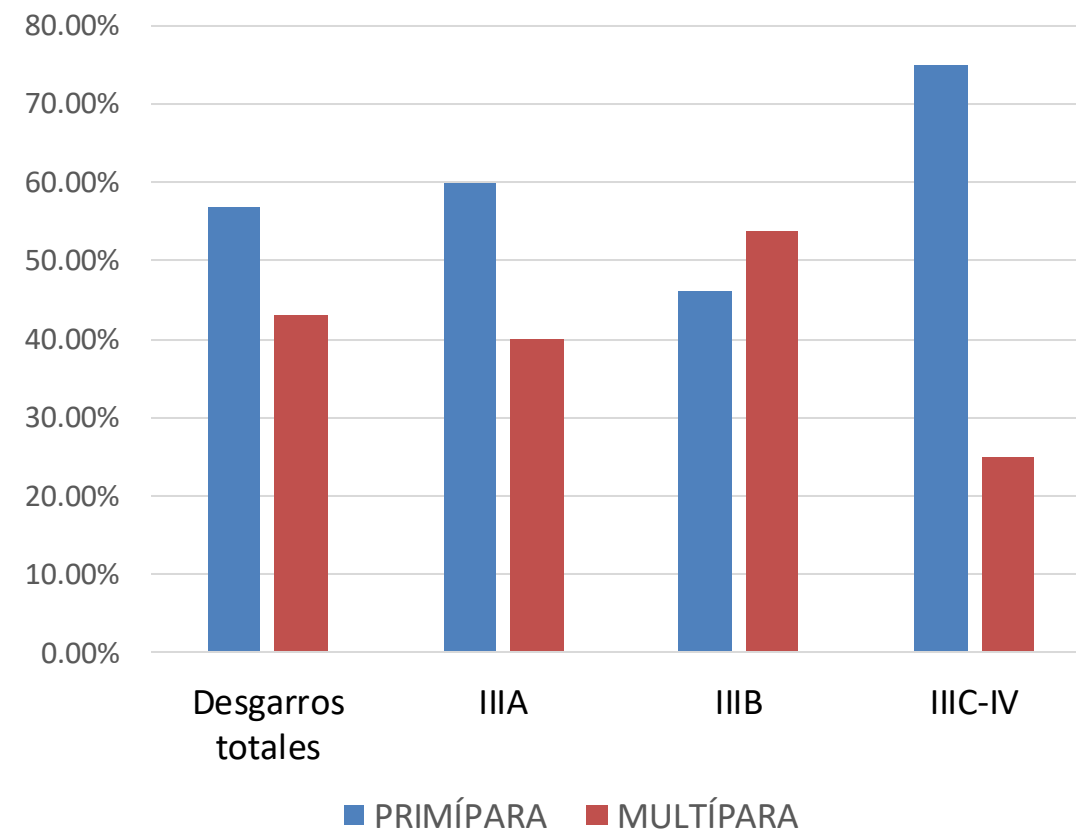
- Edad gestacional
- Inicio de parto
- Finalización del parto
- Realización de episiotomía
- Peso del recién nacido

FACTORES A VALORAR TRAS EL DESGARRO:

- Tipo de desgarro
- Técnica de sutura
- Realización de ecografía endoanal
- Incontinencia a gases
- Incontinencia a heces
- Dispareunia
- Nuevo embarazo/parto
- Valoración subjetiva tras rehabilitación

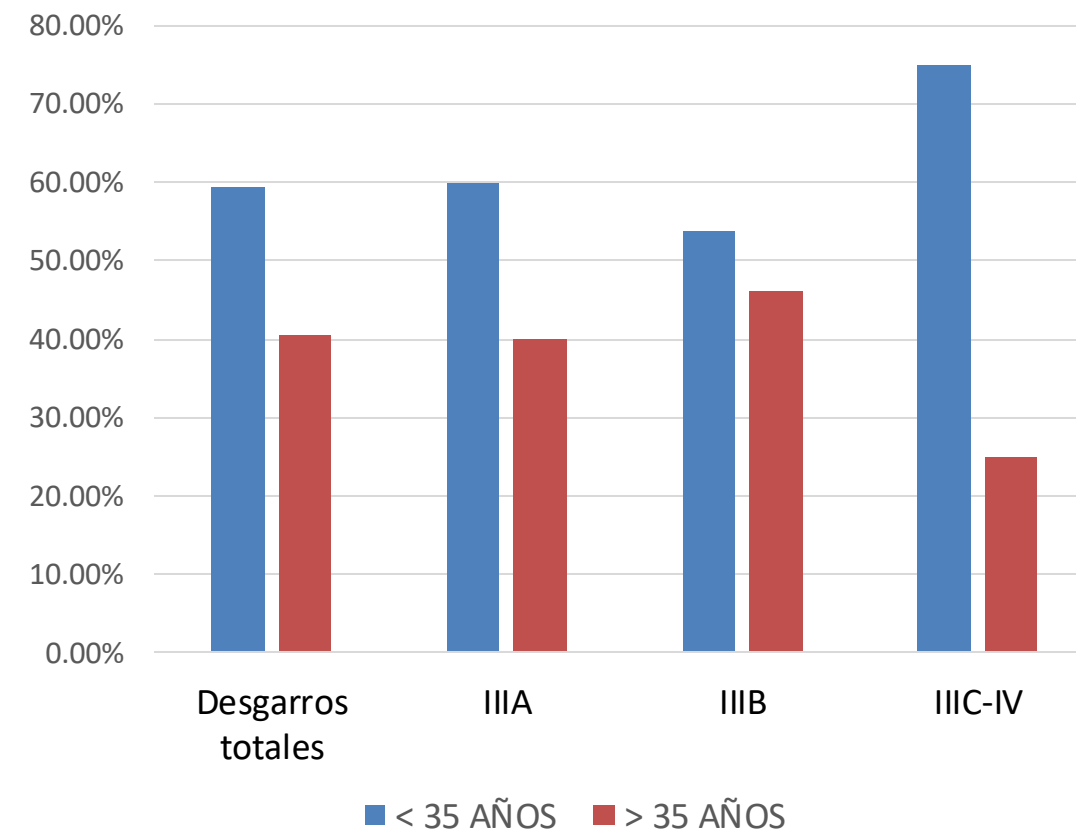
FACTORES MATERNOS

PARIDAD



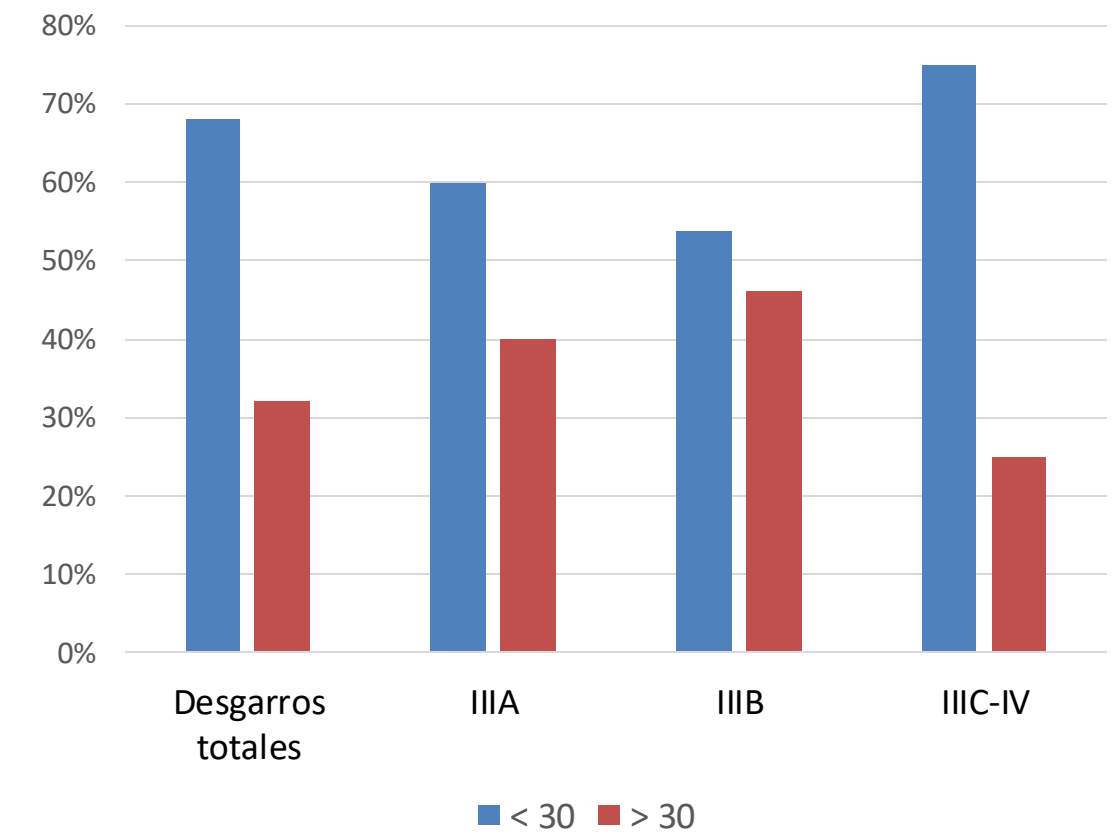
Levemente mayor prevalencia de **primíparas**.

EDAD



Mayor prevalencia de **<35**.

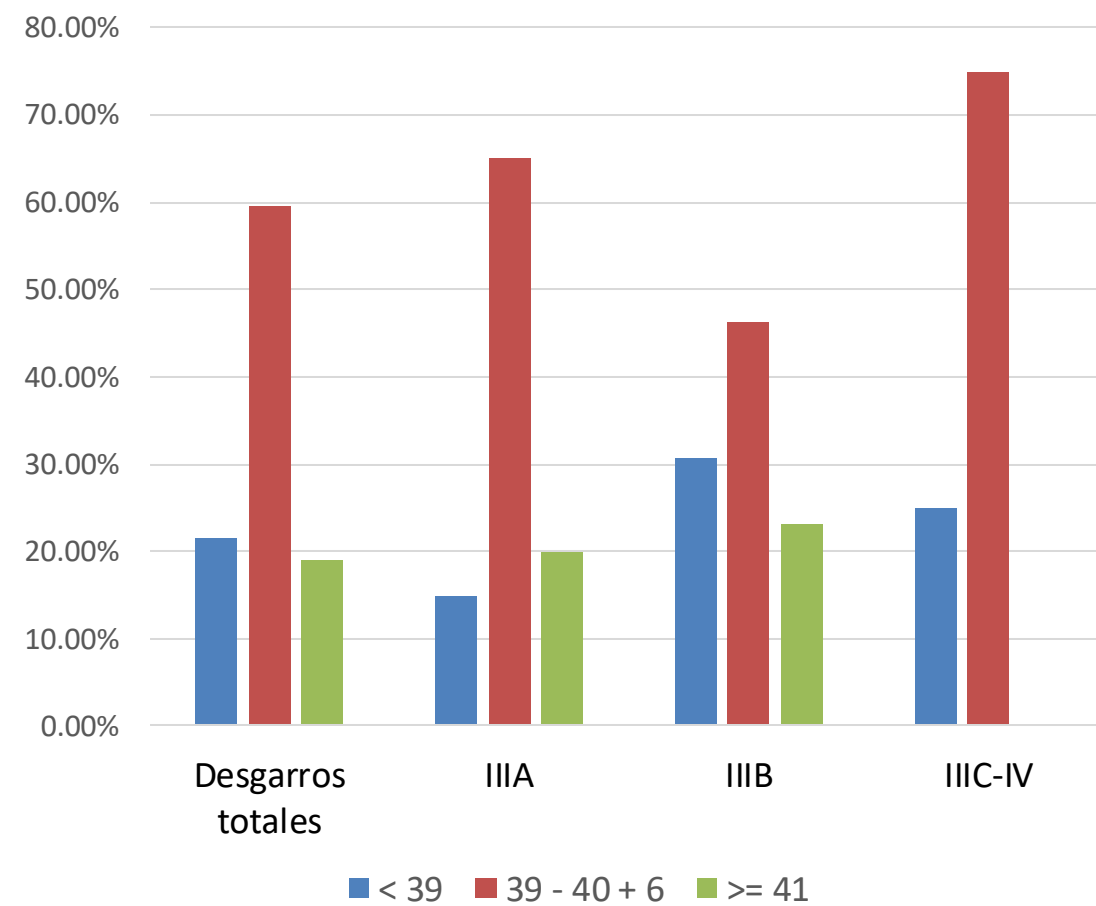
IMC



Mayor prevalencia de **<30**, pero mayor porque destaca el rango de **25-30** (sobrepeso). III B mayor prevalencia en pacientes con IMC >40.

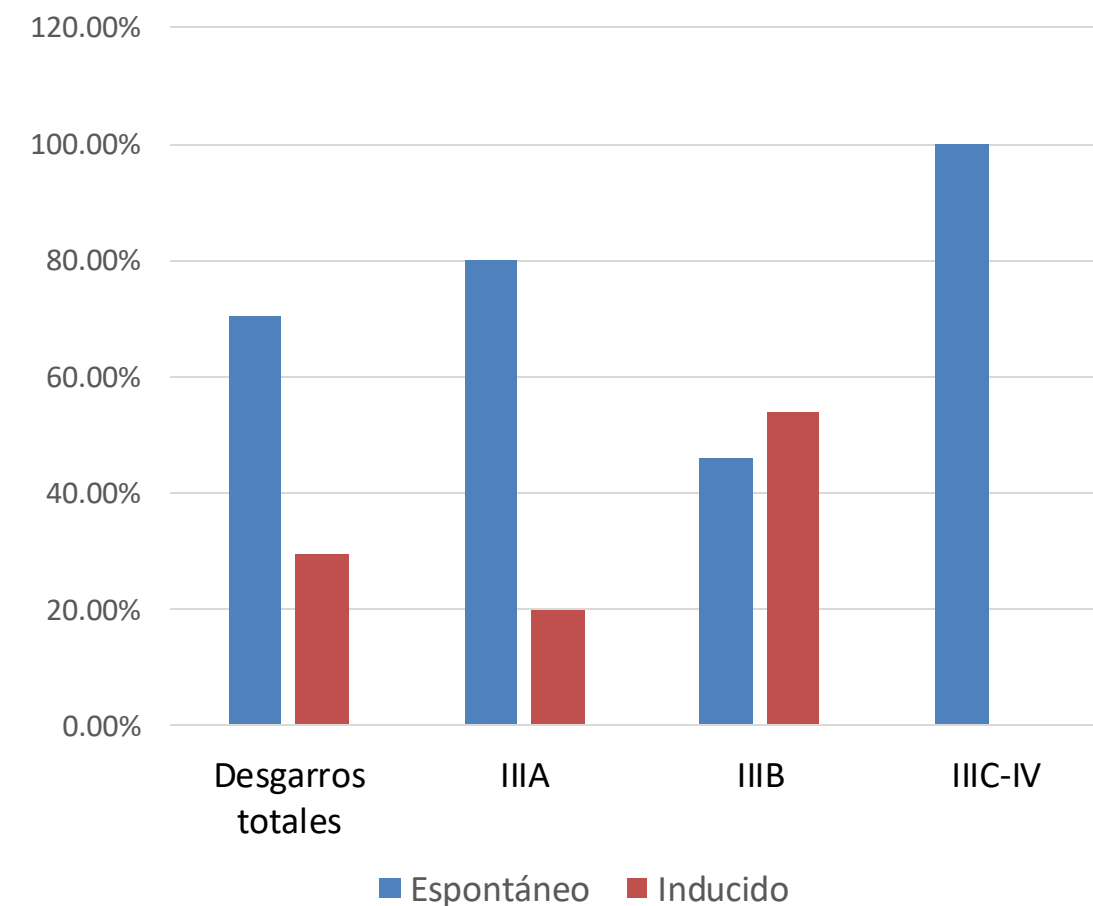
FACTORES GESTACIONALES

EDAD GESTACIONAL



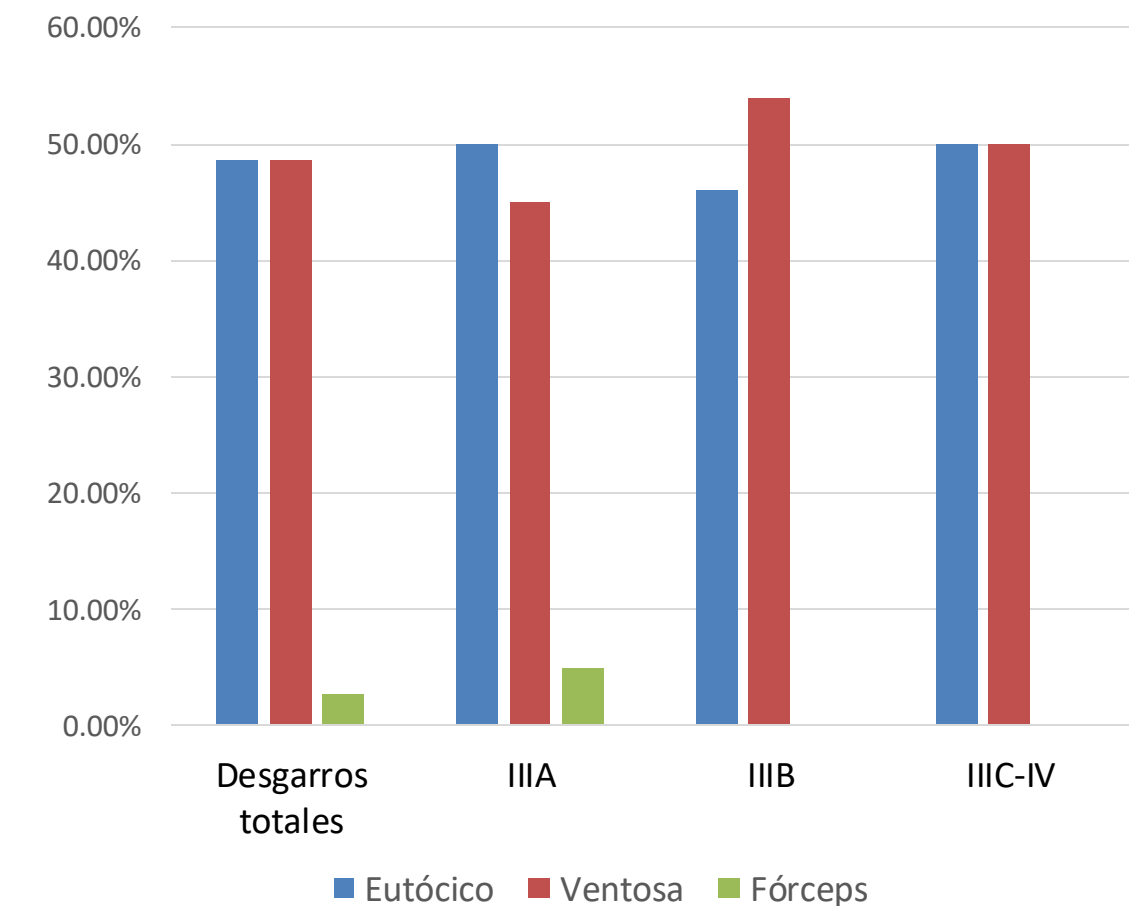
Mayor prevalencia en edades gestacionales entre **39-40+6 sg** (59,5%).

INICIO DE PARTO



Mayor prevalencia de partos de **inicio espontáneo** respecto a inducidos (70,3% vs 29,7%). IIIA mayor prevalencia en partos de inicio espontáneo (80%).

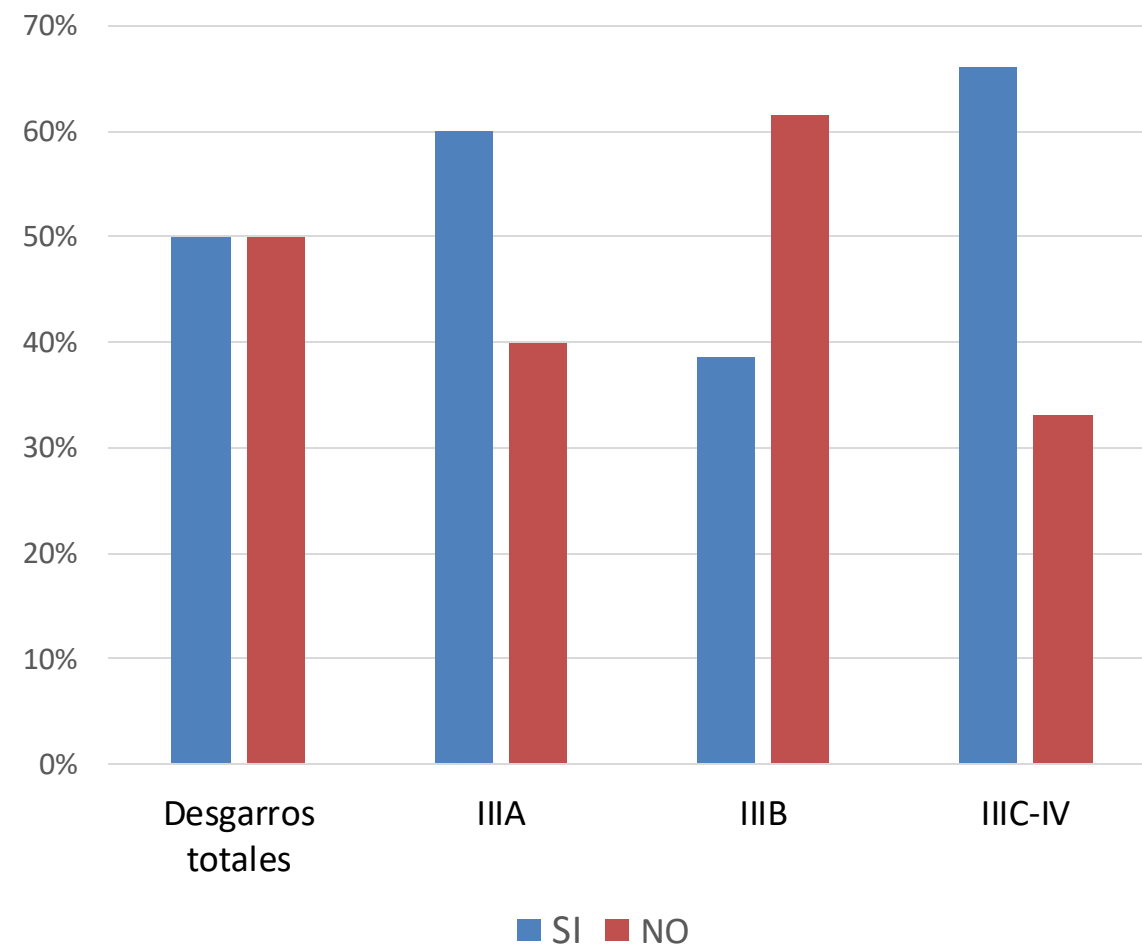
FIN DE PARTO



Igual prevalencia de eutócicos que ventosas (49% vs 49%). Cuando en las prevalencias del centro, eutócicos mayor.

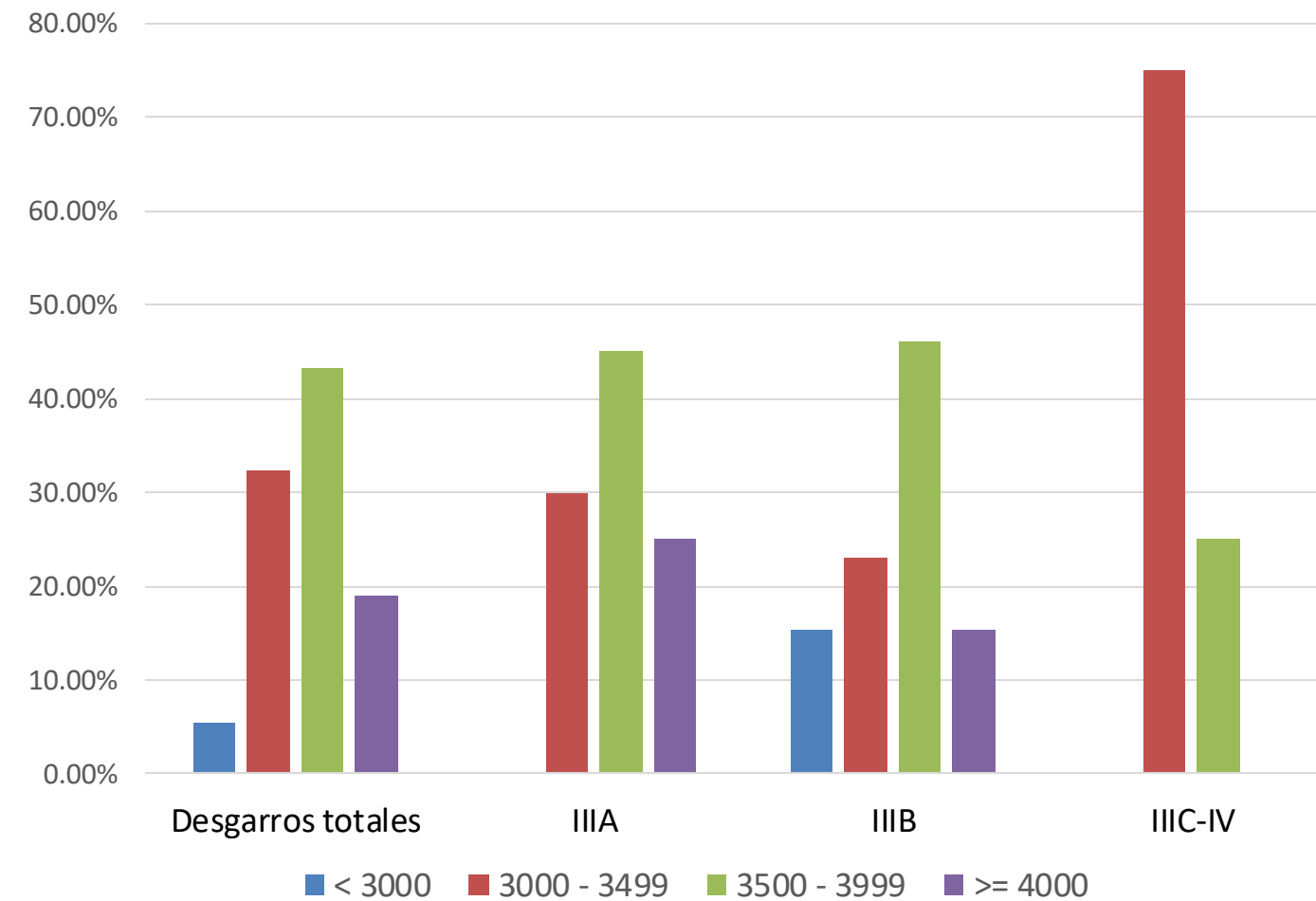
FACTORES GESTACIONALES

EPISIOTOMÍA



Igual prevalencia en pacientes **CON y SIN episiotomía** (49% vs 49%). Aunque en el centro sólo 20 de cada 100 partos tiene episiotomía.

PESO DEL RN

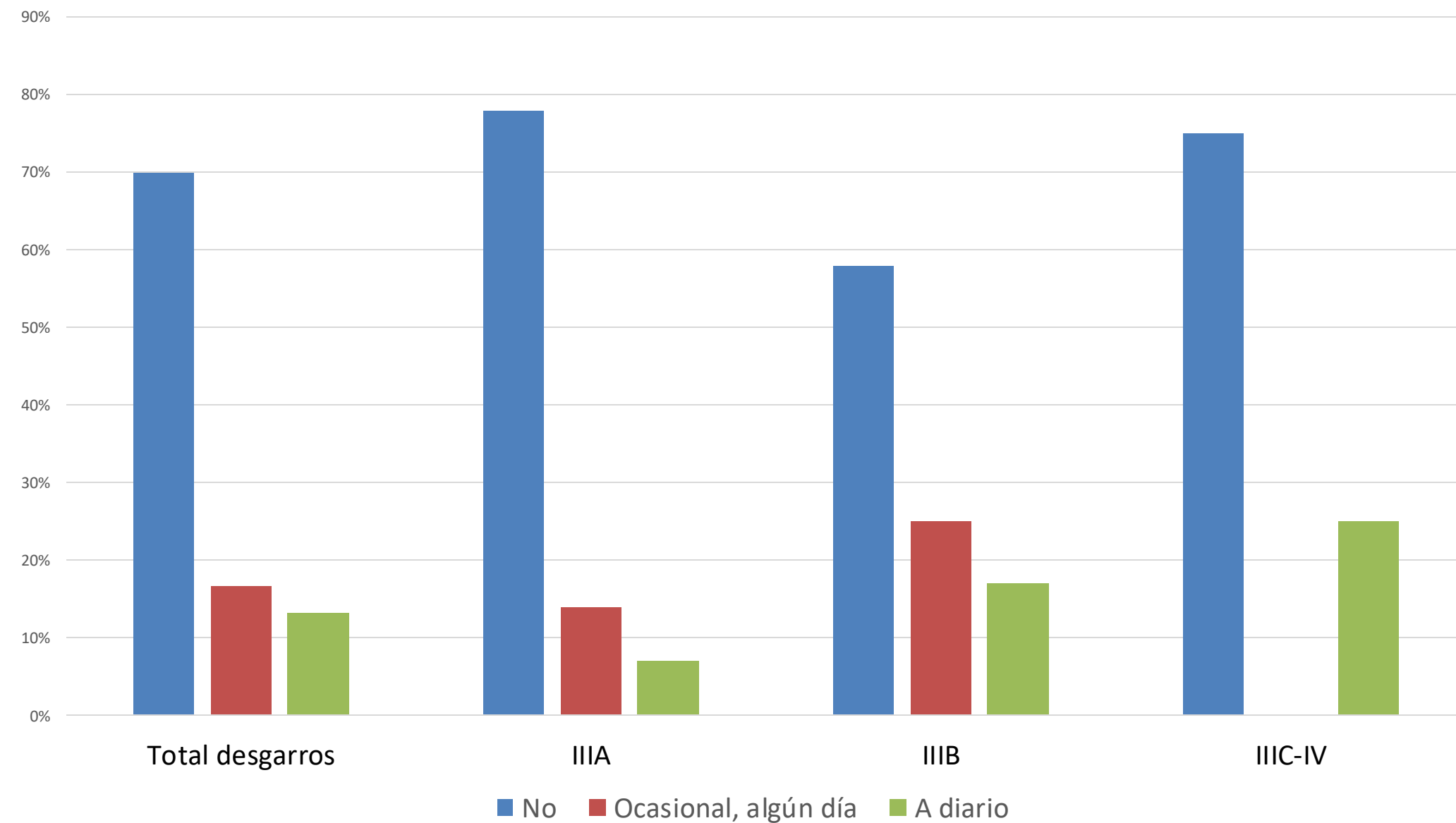


Mayor prevalencia en RN con pesos entre 2500g-3999g (81%), **>4000g (19%)**. Prevalencias del centro en torno a 7%. IIIA mayor prevalencia en partos de RN con peso >4000g.

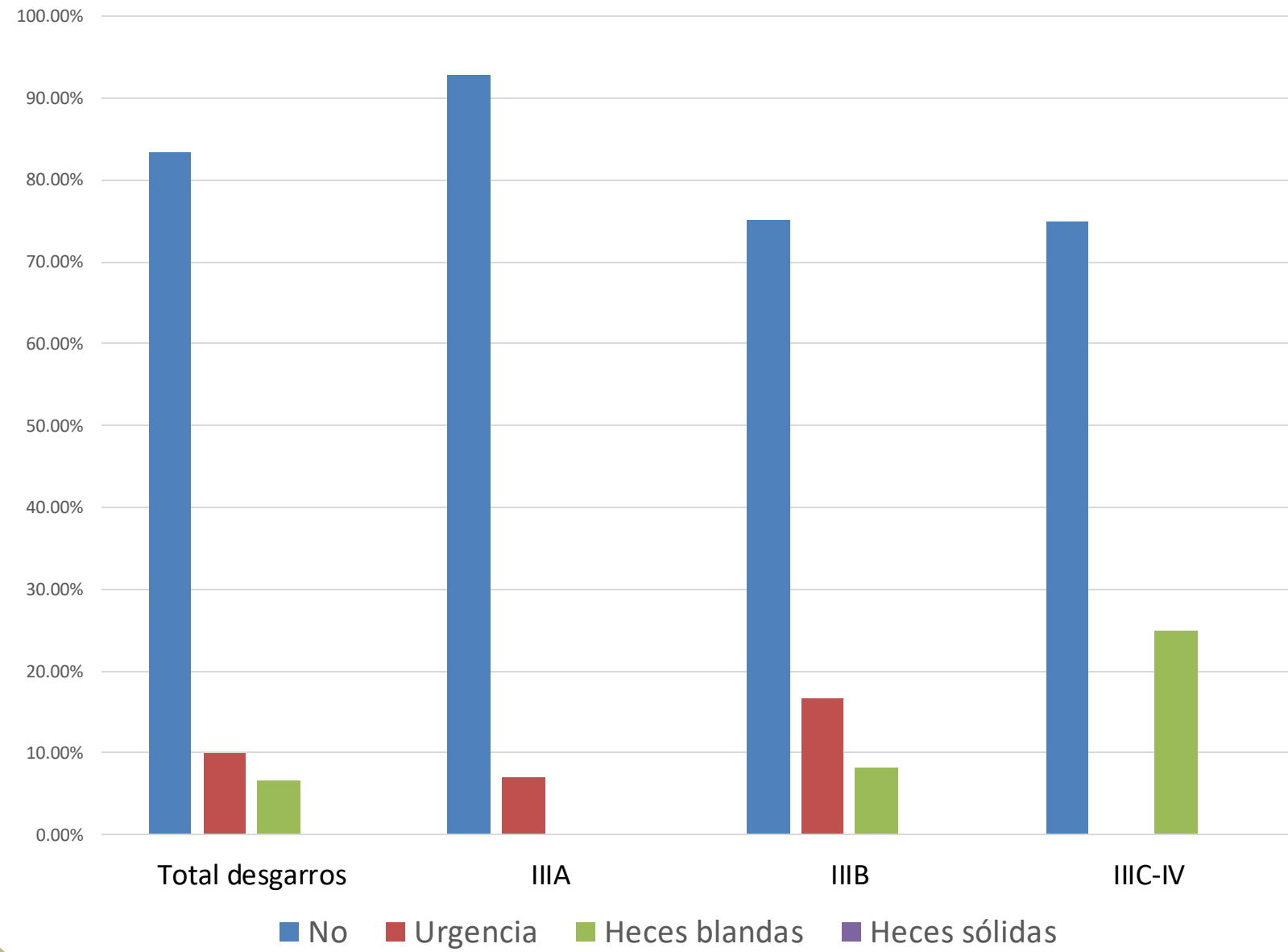
SEGUIMIENTO POSTERIOR

INCONTINENCIA A GASES

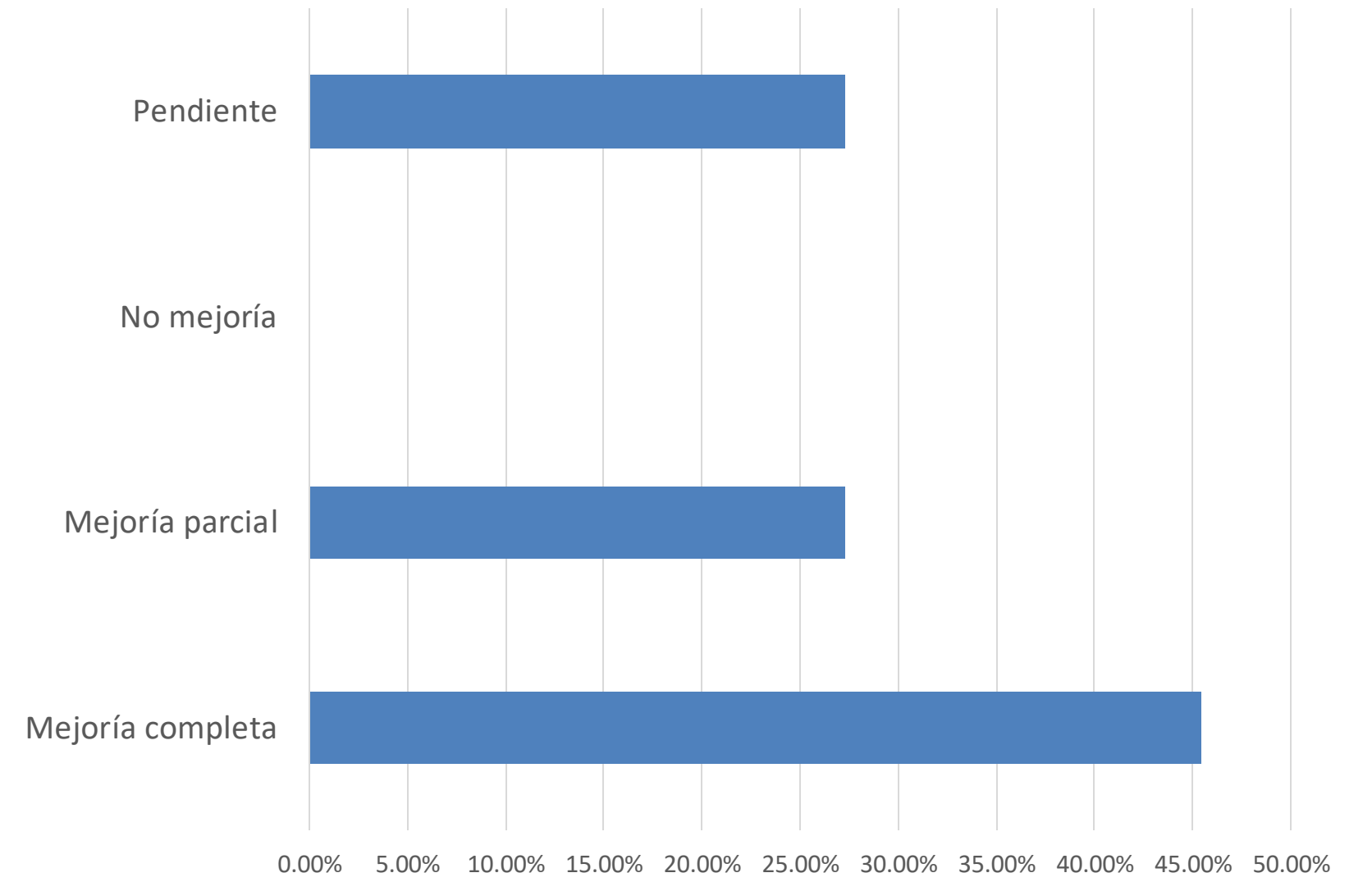
- **Sutura desgarro:** Mayoría end to end.
- **Ecografía endoanal:** La gran mayoría no, por implantación de protocolo en 2023. A partir de 2023, 55% sí.
- **Nuevo embarazo/parto:** La gran mayoría no. Las que sí, no desgarro IIIC-IV de nuevo.



INCONTINENCIA FECAL

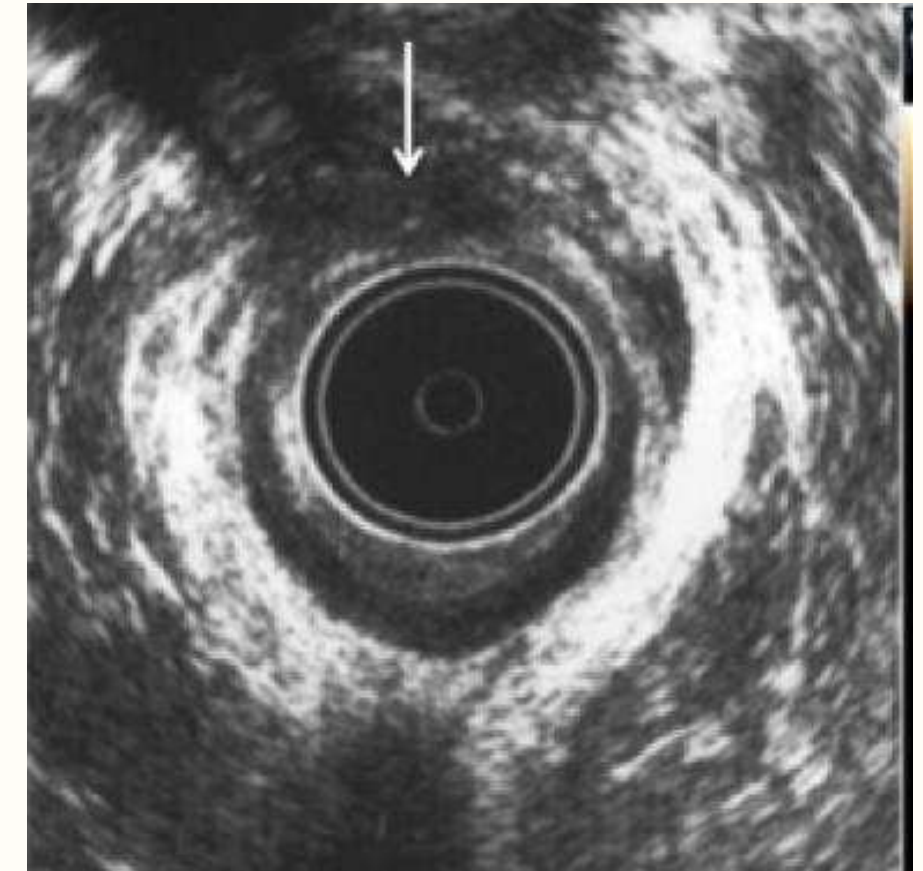


MEJORÍA TRAS RHB



ECOGRAFÍA ENDOANAL

- **Gran mayoría:** puborrectal simétrico, EAE y EAI sin defectos. Cuerpo perineal normal.
- **Los dos peores casos:**
 - Desgarro IIIB. Lesión EAI de 100-110º anterior. No clara lesión de EAE. Cuerpo perineal 9mm. Clínica: IG ocasional y IF de urgencia. Leve mejoría tras RHB.
 - Desgarro IIB. EAE adelgazado en unos 30º en cuadrante superoizquierdo sin objetivarse claro defecto esfinteriano. EAE contralateral engrosado por compensación. Clínica: IG siempre e IF a heces blandas. Tras RHB, mejoría de IF pero mantenía IG.



Si próximo embarazo, ¿se recomienda cesárea?



NO



CONCLUSIONES

- Los desgarros perineales de 3º y 4º grado tienen implicaciones importantes sobre la calidad de vida y la salud de las mujeres más allá del período inmediatamente posterior al parto.
- Conocer los factores de riesgo asociados con los desgarros perineales de alto grado puede ayudarnos a desarrollar estrategias para reducir su aparición.
- Los factores de riesgo más comunes incluyen la nuliparidad, el IMC materno elevado, la instrumentación del parto y el peso elevado del RN.
- Es necesario un estudio analítico con mayor muestra e introducir datos de prevalencia de factores de riesgo en pacientes sin desgarro para establecer relaciones significativas.



CONCLUSIONES

- Es importante una correcta identificación del desgarro para repararlo de forma adecuada y favorecer la evolución clínica de la paciente.
- Resulta de utilidad realizar una ecografía endoanal en el seguimiento de las pacientes con desgarro perineal de alto grado para corroborar el diagnóstico y valorar la evolución de la lesión.
- Según nuestros datos y la bibliografía consultada, la rehabilitación posterior del suelo pélvico contribuye favorablemente a la mejoría clínica de las pacientes.



BIBLIOGRAFÍA



1. Jha S, Parker V. Risk factors for recurrent obstetric anal sphincter injury (rOASI): A systematic review and meta-analysis. *Int. Urogynecol. J.* 2016, 27: 849-57.
 2. Fruscalzo A, Novak A, Somma C, Xholli A, Michelerio V, Prefumo F et al. Anthropometric Features and Third-Fourth Degree Perineal Tears. *J. Pers. Med.* 2023, 13, 545.
 3. Kropshofer S, Aigmüller T, Beilecke K, Frudinger A, Krögler-Halpern K, Hanzal E et al. Management of Third and Fourth-Degree Perineal Tears After Vaginal Birth. *Geburtsh Frauenheilk* 2023; 83: 165–83.
 4. Grupo Español de Seguridad Obstétrica. Registro Español de Morbimortalidad Materna y Perinatal. Hospital Rafael Méndez de Lorca, 2023.
 5. Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C y López-Herrero E. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63(01):48-53.
- 



Muchas
GRACIAS

