

Incidencia, complicaciones inmediatas y tempranas de desgarros perineales graves durante el parto en una institución de referencia de atención obstétrica en Medellín, Colombia

Ana Lucía Jiménez A¹ , Paulina Giraldo G² , Catalina Arias Z.² ,
María Nazareth Campo C³ , Luis Guillermo Echavarría R⁴ , Diana Paola Cuesta C⁵ 

¹ Ginecóloga y obstetra, Clínica Somer, Rionegro, Colombia.

² Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

³ Docente Unidad Medicina Maternofetal. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

⁴ Docente Unidad Uroginecología y Piso Pélvico. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

⁵ Médico, MSc, PhD en epidemiología. Facultad de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Palabras clave

Incontinencia fecal;
Parto obstétrico/instrumentación;
Perineo/cirugía;
Perineo/lesiones

Recibido: junio 12 de 2022

Aceptado: diciembre 14 de 2022

Correspondencia:

Ana Lucía Jiménez Arbeláez.
analucia.md16@gmail.com

Cómo citar: Jiménez AL, Giraldo P, Arias C, Campo MN, Echavarría LG, Cuesta DP. Incidencia, complicaciones inmediatas y tempranas de desgarros perineales graves durante el parto en una institución de referencia de atención obstétrica en Medellín, Colombia. *Iatreia* [Internet]. 2024 Ene-Mar;31(1):22-33.<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.210>



Copyright: © 2023
Universidad de Antioquia.

RESUMEN

Introducción: los desgarros perineales graves (DPS) son complicaciones que se presentan durante la atención del parto. Pueden desencadenar fístulas rectales e incontinencia fecal y urinaria, morbilidad a mediano y largo plazo que requiere diagnóstico, manejo y seguimiento adecuado.

Objetivo: determinar la incidencia de DPS y complicaciones relacionadas inmediatas –primeras 48 horas– y tempranas –primeros tres meses– posteriores a la atención.

Metodología: estudio de cohorte descriptiva de pacientes con DPS durante la atención obstétrica en un centro de referencia en Medellín, Colombia, entre 2015 y 2017. Se revisaron las historias y se registraron datos clínicos y complicaciones inmediatas y tempranas en la cita de control de piso pélvico.

Resultados: se atendieron 14.247 partos vaginales. La incidencia de DPS fue del 1,6%, 1,3% de grado III y 0,3% de grado IV. El 66,5% tuvo parto vértice instrumentado, 81,9% episiotomía; la mediana del periodo expulsivo fue 19 minutos, y el 3% presentó distocia de hombros. Las complicaciones inmediatas en las pacientes con DPS fueron: 0,85% dehiscencia de sutura e infección de la herida, 0,85% solo dehiscencia y 0,42% solo infección de la herida. El 18,4% asistieron al control uroginecológico al tercer mes. Entre ellas, el 38,2% tuvo al menos una complicación, principalmente incontinencia fecal y de flatos, 16,3% y 13,9% respectivamente.

Conclusiones: la incidencia de DPS y complicaciones del posparto inmediato fueron poco frecuentes. Se deben mejorar las estrategias de seguimiento posparto, con el fin de identificar y brindar un manejo oportuno de las complicaciones a mediano plazo.

Incidence, Immediate and Early Complications of Severe Perineal Tears during Childbirth in a Reference Obstetric Care Institution in Medellín, Colombia

Ana Lucía Jiménez A¹ , Paulina Giraldo G² , Catalina Arias Z.² ,
 María Nazareth Campo C³ , Luis Guillermo Echavarría R⁴ , Diana Paola Cuesta C⁵ 

¹ Gynecologist and obstetrician, Somer Clinic, Rionegro, Colombia.

² Gynecologist and obstetrician, Bolivarian University Clinic, Medellín, Colombia.

³ Professor, Maternal-Fetal Medicine Unit, Faculty of Medicine, Pontifical Bolivarian University. Medellín Colombia.

⁴ Professor, Urogynecology and Pelvic Floor Unit. Faculty of Medicine, Pontifical Bolivarian University. Medellín Colombia.

⁵ Physician, MSc., PhD in epidemiology. Faculty of Medicine, Pontifical Bolivarian University. Medellín, Colombia.

ARTICLE INFORMATION

Keywords

Fecal Incontinence;
 Obstetric Delivery/Instrumentation;
 Perineum/injuries;
 Perineum/surgery

Received: June 12, 2022

Accepted: December 14, 2022

Correspondence:

Valeria Martínez Hurtado; valeria.martinez@udea.edu.co

How to cite: Jiménez AL, Giraldo P, Arias C, Campo MN, Echavarría LG, Cuesta DP. Incidence, Immediate and Early Complications of Severe Perineal Tears during Childbirth in a Reference Obstetric Care Institution in Medellín, Colombia. *Iatreia* [Internet]. 2024 Jan-Mar;31(1):22-33. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.210>

ABSTRACT

Introduction: Severe Perineal Tears (SPT) are complications that arise during childbirth. These can result in rectal fistulas and fecal and urinary incontinence, leading to medium to long-term morbidity that requires proper diagnosis, management, and follow-up.

Objective: To determine the incidence of SPT and related immediate complications (within the first 48 hours) and early complications (within the first three months) following delivery.

Methodology: A descriptive cohort study of patients with SPT during obstetric care in a reference center in Medellín, Colombia, between 2015 and 2017. Medical records were reviewed, and clinical data, immediate and early complications were recorded during the pelvic floor control appointment.

Results: A total of 14,247 vaginal births were attended. The incidence of SPT was 1.6%, with 1.3% being grade III and 0.3% grade IV. Of these, 66.5% had an instrument-assisted vertex delivery, 81.9% had an episiotomy; the median expulsion period was 19 minutes, and 3% had shoulder dystocia. Immediate complications in patients with SPT included: 0.85% suture dehiscence and wound infection, 0.85% with only dehiscence, and 0.42% with only wound infection. 18.4% attended the urogynecological control at the third month. Among them, 38.2% had at least one complication, mainly fecal and flatus incontinence (16.3% and 13.9% respectively).

Conclusions: The incidence of SPT and immediate postpartum complications were infrequent. Postpartum follow-up strategies should be improved to identify and manage medium-term complications in a timely manner.

INTRODUCCIÓN

La ocurrencia de desgarros perineales graves (DPS) se ha descrito hasta en el 8,3% de los partos, comprometiendo el esfínter anal, con o sin compromiso de la mucosa rectal (1). De acuerdo con la gravedad y compromiso de las estructuras anatómicas, los desgarros perineales se consideran graves cuando son de tercer y cuarto grado según la clasificación más aceptada, y se conocen también como OASIS (por sus siglas en inglés, Obstetric Anal Sphincter Injuries) (2-4).

Los DPS se presentan durante la ampliación máxima del periné en la tercera fase del trabajo de parto. Se han descrito algunos factores de riesgo maternos y fetales que propician su ocurrencia (4-5); entre los primeros, relacionados con la madre, se cuentan la nuliparidad, el bajo peso materno, la edad gestacional superior a 37 semanas y el expulsivo prolongado. Entre los segundos, relacionados con el feto, se destacan el peso mayor a 3500 g, la distocia de hombros y un mayor perímetro cefálico. Para minimizar el riesgo de ocurrencia, se ha evaluado la efectividad de la episiotomía con un propósito profiláctico; sin embargo, la evidencia no es concluyente, e incluso se ha descrito el efecto contrario (5).

Si se diagnostica OASIS durante un parto vaginal, la reparación quirúrgica se lleva a cabo lo antes posible después del parto y se define como una reparación inmediata, que representa el pilar del tratamiento. Cuando los recursos para la reparación inmediata no están disponibles, la reparación de OASIS puede retrasarse hasta 12 horas sin un efecto perjudicial aparente (6). Diferentes aspectos relacionados con la corrección quirúrgica de los DPS pueden incidir en la aparición de complicaciones; se ha descrito un menor riesgo de infección cuando las reparaciones se realizan con suturas monofilamento frente a las polifilamento (7).

Por otra parte, la evidencia de superioridad de la técnica de superposición frente a la termino-terminal para la realización de la anastomosis en la reparación del esfínter anal se ha descrito en un metaanálisis de Cochrane de 2013, y concluye que la técnica de superposición disminuye la incidencia de urgencia fecal y de empeoramiento de la incontinencia anal a los 12 meses, sin diferencias en otras complicaciones ni calidad de vida hasta los 36 meses de la atención del parto (8). Sin embargo, otros autores consideran que no hay superioridad de una técnica frente a la otra y que, pese a una adecuada reparación quirúrgica, las pacientes pueden desarrollar secuelas a corto y largo plazo (6-7). El seguimiento de las pacientes después de la reparación brinda la oportunidad de revisar el estado de los DPS, la cicatrización de la herida, el cumplimiento de las orientaciones posoperatorias, y es también la oportunidad controlar el estreñimiento, la disfunción miccional y el dolor (7).

El propósito de este estudio fue determinar la incidencia de los DPS y las complicaciones relacionadas inmediatas (en las primeras 48 horas) y tempranas (en los primeros tres meses) posteriores a la atención del parto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de una cohorte descriptiva y retrospectiva de pacientes con atención de parto en un centro de referencia para la atención de alto riesgo obstétrico en Medellín, Colombia, entre enero del 2015 y diciembre del 2017.

Se incluyeron las pacientes con DPS, embarazo único y parto vaginal atendidas en la institución, sin definición de criterios de exclusión para el estudio. Dos investigadores identificaron a las pacientes de interés en el registro de procedimientos del servicio de obstetricia, en el que se registran, diariamente y con obligatoriedad, los datos de las gestantes cuyo parto es atendido en el servicio, así como información sobre la vía del parto, si el parto vaginal fue instrumentado, presencia de desgarro y el grado de severidad.

A partir de estos datos, se procedió a la revisión de la historia clínica electrónica para verificar los criterios de inclusión y extraer los datos de las variables de interés para el estudio: características demográficas, índice de masa corporal (IMC), clasificación de obesidad según la Organización Mundial de la Salud (9), comorbilidades, antecedentes obstétricos y características del parto. Del recién nacido se registró el peso y los perímetros cefálico, torácico y abdominal. De la corrección de los DPS se obtuvo información del tipo de desgarro y manejo de las lesiones, y se identificó el tipo de material de sutura utilizado y tratamiento antibiótico recibido.

Se identificaron durante la admisión en la institución las complicaciones relacionadas con el desgarro que ocurrieron en las primeras 48 horas posparto (complicaciones inmediatas), o hasta el alta de la gestante si ocurría en un lapso menor de tiempo. Dichas complicaciones fueron la dehiscencia de sutura, la infección de la herida, los hematomas y la necesidad de reintervención. Las complicaciones identificadas a los tres meses del parto en la cita de seguimiento uroginecológico se definieron como complicaciones tempranas y fueron las siguientes: la incontinencia fecal, de flatos, urinaria de esfuerzo y de urgencia, fístulas rectovaginales, prolapso de órgano pélvico y dispareunia. La asistencia a la cita de seguimiento uroginecológico estuvo determinada por la autorización de las aseguradoras del paciente al Sistema General de Seguridad Social Colombiano.

La información de las variables se registró en una base de datos electrónica con validación de campos para minimizar errores de digitación y se exportó al programa IBM SPSS 21 para el análisis estadístico de los datos. Se presentó un análisis descriptivo con medidas de frecuencia absoluta y relativa. En las variables cuantitativas, después de la evaluación de supuestos de normalidad, se presentaron datos como promedio y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico.

La investigación fue avalada por el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana y aprobada por la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

RESULTADOS

En el período de estudio se atendieron en la institución 19.878 partos, de los cuales el 71,6% (14.247) fueron vaginales. La incidencia de los DPS fue del 1,6% (233/14.247): 1,3% (184/14.267) grado III y 0,3% (49/14.247) grado IV.

La mediana de la edad de las pacientes fue 24 años (RIQ 20-29); el 20% (47/233) tenía peso normal, el 27% (63/233) tenía sobrepeso, el 12,8% (30/233) obesidad grado I o II. El 30,0% (70/233) tenía alguna comorbilidad, principalmente diabetes gestacional 6,43% (15/233). Respecto a los antecedentes obstétricos, el 78,9% (184/233) era primigestantes. Las características restantes son descritas en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de pacientes con desgarros perineales graves

Características	N = 233 (%n)
Desgarros grado III	184 (78,9)
Desgarros grado IV	47 (20,1)
Generales	
Edad, años – mediana (rango intercuartílico)	24 (20 - 29)
Índice de masa corporal	
Bajo peso	0 (0)
Normal	47 (20,1)
Sobrepeso	63 (27,0)
Obesidad grado I y II	30 (12,8)
Obesidad grado III	0 (0)
Sin información	93 (39,9)
Comorbilidades	
Al menos una	70 (30,0)
Hipotiroidismo	18 (7,7)
Diabetes gestacional	15 (6,4)
Asma	11 (4,7)
Otros	16 (6,8)
Antecedentes obstétricos	
Primigestante	184 (78,9)
Abortos	32 (13,7)
Cesáreas	8 (3,4)
Partos	15 (6,4)
Desgarros perineales previos, N = 15	2 (13,3)
Episiotomía previa, N = 15	2 (13,3)
Parto actual	
Edad gestacional \geq 37 semanas	224 (96,1)
Duración de expulsivo, min - mediana (RIQ)	19 (12-35)
Presentación cefálica	232 (99,6)
Parto vértice instrumentado	155 (66,5)
Episiotomía	191 (81,9)
Mediana	165 (86,3)
Medio-lateral	26 (13,7)
Complicaciones intrapartos	46 (19,7)
Atonía uterina	25 (10,7)
Desgarros no perineales	17 (7,3)
Distocia de hombros	7 (3,0)
Recién nacido	
Peso, gr – promedio (DE)	3238 (375,3)
Perímetro cefálico, cm – mediana (RIQ)	34 (33-35)
Perímetro torácico, cm – mediana (RIQ)	32,3 (31-33)
Perímetro abdominal, cm – mediana (RIQ)	30,5 (29-32)

Fuente: elaboración propia

Entre las características del parto de las pacientes con DPS se destaca que el 96,1% (224/233) fueron embarazos a término, se realizó episiotomía en el 81,9% (191/233), utilizando la técnica mediana con mayor frecuencia, y el 66,5% (155/233) tuvo parto instrumentado con fórceps. La mediana del periodo expulsivo fue de 19 minutos (RIQ 12-35). Se observaron desgarros no perineales en el 7,3% (17/233) y distocia de hombros en el 3% (7/233) de las pacientes. Respecto a las características del neonato, el promedio del peso fue 3,248 gr (DE: 375,3) y el perímetro cefálico tuvo una mediana de 34 cm (RIQ 33-35) (ver Tabla 1).

Con relación a la sutura, en el 11,2% (26/233) de las pacientes se utilizó exclusivamente un tipo; la poliglactina, se usó en el 5,6% (13/233) –nueve pacientes calibre 2-0 y cuatro con calibre 0– y en el otro 5,6% (13/233) Catgut cromado 2-0. En general, las suturas utilizadas en la reparación de los DPS que más se utilizaron fueron la combinación de Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910, 2-0 en un 37,8% (88/233), Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910, 0 en un 33,0% (77/233), y en el 9,9% de las pacientes se utilizaron tres suturas Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910 de calibre 2-0 y 0 correspondientes al 9,9% (23/233) de las pacientes (Tabla 2).

Tabla 2. Manejo de desgarros perineales graves y sus complicaciones

Características	N = 233 (%n)
Suturas utilizadas para la corrección del desgarro	
Una sutura	26 (11,2)
Dos tipos de suturas	207 (88,2)
Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910, 2-0	88 (37,8)
Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910, 0	77 (33,0)
Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910, 2-0 y 0	23 (9,9)
Catgut cromado 2-0	13 (5,6)
Poliglactina 910, 2-0	9 (3,9)
Otro	23 (9,8)
Esquema de tratamiento antibiótico en desgarro; N = 80	
Metronidazol	72 (90)
Clindamicina + gentamicina	3 (3,8)
Metronidazol + ciprofloxacina	1 (1,3)
Otros	4 (4,9)
Frecuencia antibioticoterapia según tipo desgarro	
Grado III n = 184	33 (17,9)
Grado IV n = 47	47 (100,0)
Orden de Uroginecología	196 (84,1)
Asisten a valoración por Uroginecología	43 (22,1)
Complicaciones evaluadas en el parto (tempranas)	
Dehiscencia de la sutura	4 (1,7)
Reintervención por dehiscencia	1 (0,4)
Infección de la herida	3 (1,3)

Fuente: elaboración propia

Todos los desgarros grado IV recibieron manejo antibiótico, así como el 18% (33/184) de los de grado III. Entre los esquemas utilizados, el metronidazol fue el más formulado intrahospitalaria o ambulatoriamente (90%).

Las complicaciones inmediatas más frecuentes (primeras 48 horas) del manejo del desgarro grave fueron la dehiscencia de sutura en el 1,7% (4/233), donde una paciente requirió reintervención, y la infección de la herida quirúrgica en tres pacientes (1,3%) (ver Tabla 2). Ninguna de las pacientes en las que se utilizaron tres suturas para la reparación del DPS presentó complicaciones inmediatas como dehiscencia o infección de la herida. Las cuatro pacientes que presentaron dehiscencia de sutura fueron suturadas con Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910, 0 y tres no recibieron antibiótico. Las tres pacientes que presentaron infección de la herida no recibieron antibiótico, fueron suturadas con Catgut cromado 2-0 / Poliglactina 910 y la severidad del desgarro era grado III.

El 84,1% (196/233) de las pacientes con DPS fueron dadas de alta con una orden para valoración ambulatoria por la unidad de uroginecología tres meses después del parto; el 21,9% (43/196) asistieron a la cita. Las complicaciones tempranas identificadas en este grupo de pacientes fueron: incontinencia fecal en el 16,2% (7/43), incontinencia de flatos en el 13,9% (6/43), incontinencia urinaria, principalmente de urgencia, en el 9,3% (4/43), fístulas en el 6,9% (3/43), incluidas dos recto-vaginales, y dispareunia en el 6,9% (3/43). El 83,7% (36/43) requirió algún tipo de tratamiento; entre ellas, el 83,3% (30/36) recibió terapia de piso pélvico exclusiva, y las restantes recibieron múltiples terapias. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Evaluación clínica de pacientes con desgarros perineales graves que asistieron a valoración uroginecológica, tres meses después del parto

Desenlaces evaluados	N = 43 (%n)
Al menos una complicación	13 (38,2)
Incontinencia fecal	7 (16,2)
Incontinencia de flatos	6 (13,9)
Incontinencia urinaria	4 (9,3)
**Esfuerzo	1 (2,3)
**Urgencia	3 (6,9)
Fístulas	3 (6,9)
Dispareunia	3 (6,9)
Manejo: n = 36	
Fisioterapia de piso pélvico	31 (83,3)
Quirúrgico	4 (2,7)
Farmacológico	4 (2,7)
Necesidad de seguimiento ecográfico después de tres meses	13 (30,2)

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

La incidencia de los DPS fue del 1,6% (233/14.247) en la población estudiada entre enero del 2015 y diciembre del 2017. Se considera que este es el principal hallazgo del presente estudio. Este es el primer reporte de este tipo realizado en Colombia con un número significativo de pacientes y en un centro de referencia de atención obstétrica a nivel nacional.

La institución donde se realizó el estudio es un hospital universitario de referencia regional para el manejo de pacientes obstétricas. En él se atienden en promedio 6600 partos al año; la atención es dada por especialistas en ginecología y obstetricia, además de la participación continua de personal en formación en ginecología y obstetricia.

Se aprecia una incidencia de DPS mucho menor a la esperada, comparada con lo reportado en la literatura (4). En Europa se ha reportado una frecuencia de estos desgarros entre el 2,1% y el 8,3% en un número similar de partos (1,4). En Latinoamérica la incidencia es menor, entre el 0,3% y el 2,2% (10). Es posible que la variabilidad en la incidencia de esta complicación del parto se deba a diferentes características de las gestantes, de los neonatos y de la atención del parto, así como de características propias del centro de atención (4-5).

Se ha reportado que la incidencia de OASIS varía según la edad de la gestante al momento del parto; a partir de los 25 años, se observa una mayor frecuencia de lesiones ocultas del piso pélvico evidenciadas por ecografía (11), aunque en otros estudios se reporta incluso en edades por encima de los 19 años (12). Una posible explicación es dada por Bowling *et al.*, quienes proponen que la pelvis femenina antes de los 25 años está bajo desarrollo estructural, lo que de cierta forma podría explicar el menor riesgo de DPS (11,12). En el mismo sentido, la primiparidad ha sido 4,9 a 7 veces más frecuente en las maternas con DPS (2,13-14), lo que concuerda con los hallazgos de esta investigación, donde el 79% de las pacientes eran primigestantes (15). Gundabattula *et al.* encontraron que la primiparidad aumentaba la probabilidad de sufrir un DPS en 4,9 veces (13), mientras que el Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) reportan un aumento del riesgo en 6,9 (2) y 7,0 (8) veces, respectivamente.

En contraste, el sobrepeso y la obesidad se han asociado con disminución lineal del riesgo de trauma perineal (16), avulsión del músculo elevador del ano y del esfínter anal (17), debido a la alta concentración del colesterol sérico y del localizado en la membrana miometrial que modula el receptor de oxitocina en el músculo liso uterino y evita la sobreestimulación uterina durante el segundo estadio del trabajo de parto (16). En este estudio, el 39,8% (93/233) de las pacientes con OASIS –de quienes se encontró información de peso y talla– tenían un IMC entre 25 y 35.

Todo lo anterior sugiere que las lesiones del piso pélvico son multifactoriales, con un papel importante de los uterotónicos durante la segunda fase del trabajo de parto, como se ha encontrado en algunos estudios (18). Adicionalmente, la duración del segundo estadio del trabajo de parto, la instrumentación con fórceps y las características antropométricas del recién nacido se han asociado con mayor riesgo de desgarro (2,4,18-20). El uso de fórceps se ha reportado como factor de riesgo de desgarros del esfínter anal (4,13,21). De las 233 pacientes con DPS del estudio, el 66,5% (155/233) tuvo parto instrumentado, y al 84,5% (131/155) se les realizó episiotomía; la frecuencia del parto instrumentado y de la episiotomía hacen parte integral del periodo formativo en la institución del estudio, y la experticia adquirida los hace pioneros a nivel nacional en estas prácticas.

La reparación de la mucosa anorrectal debe realizarse con sutura Poliglactina 3-0, con lo que se genera menos irritación y molestia, mientras que el esfínter anal externo e interno se deben corregir con suturas monofilamento como poliglactina 2-0 (2,10,22). El RCOG, la ACOG (10) y las últimas guías de práctica clínica del Ministerio de Protección Social de Colombia del 2013 apoyan esta recomendación respecto al uso de suturas sintéticas absorbibles para la corrección quirúrgica de desgarros perineales, debido a su fuerza tensil, propiedades hipoalérgicas y baja probabilidad de complicaciones infecciosas; sin embargo, no hay suficientes estudios (22-23).

Algunas recomendaciones de práctica clínica de asociaciones científicas sugieren que el Catgut cromado es una alternativa aceptable para el cierre, sin ser la ideal (23). Kettle *et al.* realizaron una revisión sistemática con 10.171 pacientes con desgarros perineales, en quienes compararon el uso de diferentes materiales de sutura para su reparación, se encontró que las suturas sintéticas estándar se asociaban a menor dolor al tercer día, requerimiento de analgésicos y probabilidad de dehiscencia de la herida, al compararlo con el uso de Catgut cromado (24).

No hay consenso respecto a la duración del manejo antibiótico en pacientes que presentan desgarros grado III y IV. El Royal College del Reino Unido recomienda que el cubrimiento intra y posoperatorio con antibióticos de amplio espectro solo se debe usar para las pacientes que presentan desgarros grado IV, con el propósito de reducir la incidencia de infecciones y dehiscencia de heridas (2). Se recomienda el uso de metronidazol para cubrir la posible contaminación anaeróbica de la materia fecal (2). Igualmente, ACOG recomienda que una dosis única de antibiótico en el momento de la reparación es razonable en el contexto de OASIS (13), y las guías colombianas del Ministerio de Protección Social recomiendan el uso de antibiótico intraoperatorio en dosis única en el caso de los desgarros grado IV (22). En esta investigación se encontró como práctica habitual el uso antibiótico en todas las pacientes con desgarro grado IV, y en menor frecuencia en las de grado III, principalmente con metronidazol. Acorde a la guía colombiana y a otras internacionales, las pacientes recibieron metronidazol como primera elección. También se recomienda el uso de cefalosporinas de segunda o tercera generación, y en casos de alergia a betalactámicos, gentamicina asociada con metronidazol (24). Dentro de la investigación, una posible limitación para la evaluación de las complicaciones inmediatas, es que la vigilancia del puerperio inmediato de manera intrahospitalaria se da en las primeras 24 horas por protocolo institucional. Se desconoce si algunas pacientes con posibles complicaciones consultaron a otras instituciones posteriormente.

Los trastornos del piso pélvico en el periodo posparto son frecuentes. El 80% de las pacientes puede desarrollar al menos una alteración que puede persistir en el primer año, y lograr la mejoría hasta en el 80% de los casos (23-26). Se han reportado diversos tipos de desenlaces a corto y largo plazo, tales como incontinencia fecal, de flatos y urinaria, así como fístulas rectovaginales y otras manifestaciones que evidencian disminución de la contracción del piso pélvico (PP) (7,20,26). Las guías europeas y americanas de ginecología y obstetricia recomiendan la evaluación de un especialista en uroginecología y PP entre 6 y 12 meses después de la corrección de los desgarros, así como el inicio de fisioterapia del piso pélvico en todas las pacientes (2,10).

El seguimiento uroginecológico es importante para identificar complicaciones a corto plazo y en los 3 meses posparto. Esta práctica no se realizó en la totalidad de las pacientes del estudio, y en las que asistieron a la consulta se reafirma la importancia de la valoración posparto para identificar complicaciones del DPS.

La principal limitación del estudio en la identificación de complicaciones de DPS fue la pobre asistencia a las citas de control uroginecológico, a las cuales solo una de cada cinco pacientes acudió. Asimismo, se evidenció la falta de información completa en la historia clínica en cuanto a antecedentes obstétricos e IMC, por lo cual se observa la necesidad de estandarizar la historia clínica y las guías de manejo, con el fin de garantizar una atención integral y el seguimiento posparto por parte de un grupo interdisciplinario. Así, será posible evaluar los resultados de una manera objetiva a largo plazo.

Los resultados de este estudio han permitido mejorar la guía de manejo de las pacientes con desgarros perineales grado III y IV en la institución, con la finalidad de garantizar mayor adherencia, unificación del material de sutura y las dosis y esquemas de antibiótico profiláctico aplicados durante la corrección quirúrgica y al alta según la evidencia disponible. Ahora el reto será fortalecer el seguimiento ambulatorio de estas pacientes, y generar estrategias que se adapten al sistema de salud colombiano, para así tratar de disminuir la morbilidad asociada a corto y largo plazo en estas pacientes.

CONCLUSIONES

La incidencia de DPS y de complicaciones en el posparto inmediato fueron poco frecuentes en una institución de alta complejidad para la atención obstétrica y de carácter universitario. Este trabajo ofrece la oportunidad de realizar estrategias que permitan el seguimiento de las mujeres atendidas en la institución, para tratar de mitigar las dificultades que se presentan por procesos del sistema de salud y administrativos, para identificar y brindar un manejo oportuno e integral a las complicaciones a mediano plazo, y así generar impacto en la calidad de vida y en la incidencia de la morbilidad del tracto genitourinario en nuestra población obstétrica. Además, ofrece la posibilidad de desarrollar estudios adicionales para evaluar la importancia del parto instrumentado con relación a OASIS, de forma que se pueda determinar si este es un factor de riesgo tan importante como hasta ahora se ha creído.

FINANCIACIÓN

No se requirió.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno reconocido por los autores.

REFERENCIAS

1. Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Tegerstedt G, Dahlgren H, Nilsson K. Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women - the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020;20(1):749. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>
2. Third- and fourth-degree perineal tears, management (green-top guideline no. 29) [Internet]. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. [consultado 2022 Jun 13] Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg29/>
3. Košec V, Djaković I, Čukelj M, Ejubović E, Sumpor B, Djaković Ž. Increased oasis incidence - indicator of the quality of obstetric care? *Acta Clin Croat* [Internet]. 2019;58(2):365–70. <http://dx.doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.22>
4. Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, Cueto-Hernández I, Ruiz-Labarta J, Cuñarro Y, et al. Risk factors in third and fourth degree perineal tears in women in a tertiary centre: An observational ambispective cohort study. *J Pers Med* [Internet]. 2021;11(8):685. <http://dx.doi.org/10.3390/jpm11080685>
5. Gachon B, Desgranges M, Fradet L, Decatoire A, Poireault F, Pierre F, et al. Is increased peripheral ligamentous laxity in term pregnant women associated with obstetric anal sphincter injury? *Int Urogynecol J* [Internet]. 2018;29(11):1589–95. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-018-3598-2>
6. Spinelli A, Laurenti V, Carrano FM, Gonzalez-Díaz E, Borycka-Kiciak K. Diagnosis and treatment of obstetric anal sphincter injuries: New evidence and perspectives. *J Clin Med* [Internet]. 2021;10(15):3261. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10153261>

7. Meister MR, Rosenbloom JI, Lowder JL, Cahill AG. Techniques for repair of obstetric anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2018;73(1):33–9. <http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0000000000000521>
8. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(12):CD002866. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002866.pub3>
9. Weiland A, Nannette LK, Zipfel S, Ehehalt S, Ziser K, Junne F, et al. Predictors of weight loss and weight loss maintenance in children and adolescents with obesity after behavioral weight loss intervention. *Front Public Health* [Internet]. 2022;10:813822. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.813822>
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;132(3):e87–102. <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000002841>
11. Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Guzman Rojas R, Langer S, Shek KL, Dietz HP. Atraumatic normal vaginal delivery: how many women get what they want? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;219(4):379.e1-379.e8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2018.07.022>
12. Marschalek M-L, Worda C, Kuessel L, Koelbl H, Oberaigner W, Leitner H, et al. Risk and protective factors for obstetric anal sphincter injuries: A retrospective nationwide study. *Birth* [Internet]. 2018;45(4):409–15. <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12346>
13. Gundabattula SR, Surampudi K. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries (OASI) at a tertiary centre in south India. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2018;29(3):391–6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3398-0>
14. Tan ACC, Mohd-Yusoff FB, Salleh MFAB, Chua AC. What are the factors that may predict the severity of perineal tears in obstetric anal sphincter injuries and how are their outcomes? A 10-year retrospective analysis in a Southeast Asian population. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2022;33:1667-1674. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-022-05164-y>
15. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (ASBOG). Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones [Internet] [consultado 2022 Jun 23]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/GuiasAtencion.aspx>
16. Durnea CM, Jaffery AE, Gauthaman N, Doumouchtsis SK. Effect of body mass index on the incidence of perineal trauma. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2018;141(2):166–70. <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12403>
17. Kamisan-Atan I, Lai SK, Langer S, Caudwell-Hall J, Dietz HP. The impact of variations in obstetric practice on maternal birth trauma. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2019;30(6):917–23. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-03887-z>
18. Joris F, Hoesli I, Kind A, Ries JJ, Kavvadias T. Obstetrical and epidemiological factors influence the severity of anal incontinence after obstetric anal sphincter injury. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019;19(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2238-2>
19. Ali M, Migisha R, Ngonzi J, Muhumuza J, Mayanja R, Joe Lapat J, et al. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries among women delivering at a tertiary hospital in southwestern Uganda. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2020;2020:6035974. <http://dx.doi.org/10.1155/2020/6035974>
20. Aguiar M, Farley A, Hope L, Amin A, Shah P, Manaseki-Holland S. Birth-related perineal trauma in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J* [Internet]. 2019;23(8):1048–70. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-019-02732-5>
21. Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Martin A, Guzman Rojas R, Langer S, Shek K, et al. Intrapartum predictors of maternal levator ani injury. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2017;96(4):426–31. <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13103>
22. Ministerio de salud y protección social - Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio [Internet]. Bogotá: 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
23. Marty N, Verspyck E. Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie : aspects techniques. *RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018;46(12):948–67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.024>

24. López M, Espuña M, Ros C, Bataller E, Palacio M, Anglès S, et al. Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-federico-villarreal/obstetricia/lesiones-perineales-de-origen>
25. Ramage L, Yen C, Qiu S, Simillis C, Kontovounisios C, Tekkis P, et al. Functional and quality of life outcomes following obstetric anal sphincter injury (OASI): does the grade of injury affect outcomes? *Int Urogynecol J* [Internet]. 2017;28(11):1709–17. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3334-3>
26. Volløyhaug I, Taithongchai A, Van Gruting I, Sultan A, Thakar R. Levator ani muscle morphology and function in women with obstetric anal sphincter injury: Levator injury, muscle contraction and incontinence. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;53(3):410–6. <http://dx.doi.org/10.1002/uog.20115>