

Revisión bibliográfica

Cuidado de las lesiones posparto en la consulta perineal

The role of a specialist clinic to care for childbirth related perineal trauma

Margarita Manresa¹, Sara S. Webb², Ana Pereda-Núñez³, Eduardo Bataller⁴, Carmen Terré-Rull⁵

¹Matrona. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona). ²Doctora. Matrona. Birmingham Women's Hospital NHS Foundation Trust. Birmingham (Reino Unido). ³Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona). ⁴Doctor. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ⁵Doctora. Matrona. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue revisar bibliográficamente los principales problemas que se derivan de las lesiones perineales, así como dar a conocer el trabajo de la matrona en una consulta perineal y el modo en que se está implementando esta consulta en el Hospital General de Granollers.

Para cumplir con la primera parte del objetivo, se realizó una revisión bibliográfica sobre las complicaciones derivadas de las lesiones perineales que ocurren durante el parto. Los resultados obtenidos se han estructurado en los siguientes apartados: dolor perineal y dispareunia, infección y dehiscencia, incontinencia urinaria y prolapso genital (lesión del músculo elevador del ano) e incontinencia fecal y de gases (lesión del esfínter anal).

En la segunda parte del artículo se explica la experiencia que se realizó en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Granollers para disminuir la morbilidad posparto derivada de las lesiones perineales. Se implementaron diversas medidas de prevención, y se creó una consulta perineal para dar continuidad a los cuidados especializados para las mujeres que han sufrido alguna complicación perineal tras el parto vaginal. La matrona, integrada en el equipo multidisciplinario especialista en suelo pélvico, es la profesional que realiza este seguimiento y proporciona apoyo a la mujer.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Parto, lesión perineal, dolor, dispareunia, incontinencia anal, incontinencia urinaria, consulta perineal, matrona.

ABSTRACT

The objectives of this paper are twofold. Firstly, to review the morbidity associated with childbirth related perineal trauma (CRPT), and secondly, to outline the role of the Specialist Perineal Midwife and their integral role within a new Midwife-led Perineal Clinic in Hospital General de Granollers, Barcelona to care for women and reduce CRPT morbidity.

The first part of this paper details the findings from a review of the literature on the CRPT morbidities of perineal pain and dyspareunia; perineal wound infection and breakdown; urinary incontinence and genital prolapse (levator ani muscle injury), and fecal incontinence (anal sphincter injury).

The second part of this paper details the actions that have been implemented in the Obstetrics Service of the Hospital General de Granollers in order to reduce postpartum morbidity related to perineal injuries. These include the provision of a specialist perineal midwife who, through a dedicated perineal clinic, provides specialist care for women who suffer CRPT and is a core member of the perineal trauma/OASIS multi-disciplinary team.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Childbirth, perineal injury, pain, dyspareunia, anal incontinence, urinary incontinence, perineal clinic, midwife.

Fecha de recepción: 4/12/17. Fecha de aceptación: 9/07/18.

Correspondencia: M. Manresa. Hospital General de Granollers. Avda. Francesc Ribas, s/n. 08402 Granollers (Barcelona). Correo electrónico: margamanresa@gmail.com

Parte de los contenidos de este manuscrito han sido presentados como comunicación oral en la XXIV Reunió de Ginecòlegs i Obstetres, XI Reunió de Llevadores i Infermeres de les Comarques Catalanes, celebrada en Tarragona en 2017.

Manresa M, Webb SS, Pereda-Núñez A, Bataller E, Terré-Rull C. Cuidado de las lesiones posparto en la consulta perineal. Matronas Prof. 2018; 19(4): e58-e66.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres sufren alguna lesión perineal tras el parto vaginal. Los problemas derivados de estas lesiones pueden llegar a ser muy estresantes para la mujer, tanto fisiológica como psicológicamente, y comprometer su calidad de vida¹.

El suelo pélvico es un entramado de músculos que, junto con las fascias y ligamentos, forman el diafragma pélvico, que tiene como función básica el sostén de los órganos pélvicos y facilitar la micción, el coito, el parto y la defecación. En el momento del parto, esta musculatura se sobredistingue, llegándose a producir, en el 85% de los partos vaginales, una lesión perineal, ya sea espontánea (desgarro) o como consecuencia de la realización de una episiotomía². La sintomatología derivada de dichas lesiones es relativamente baja para la mayoría de las mujeres; sin embargo, cuando aparece, el dolor persistente, la dispareunia, la infección y dehiscencia de la lesión, la incontinencia de gases, fecal y/o urinaria y el prolapso genital producen un impacto físico y emocional negativo en el bienestar de la mujer^{1,3,4}.

El diagnóstico, la clasificación y el tratamiento de estas lesiones están ampliamente documentados^{5,6}, pero no así el seguimiento de su evolución y la atención y el cuidado de las mujeres que las padecen. En los países que tienen mayor experiencia en este campo, la matrona, integrada en un equipo multidisciplinario especialista en suelo pélvico, es la profesional que realiza este seguimiento y proporciona apoyo a la mujer. La incorporación de la matrona en este equipo ha demostrado tener grandes ventajas, puesto que ofrece una óptima atención especializada a la mujer, con la consiguiente reducción del coste económico para el sistema sanitario^{7,8}.

Este artículo se ha dividido en dos partes diferenciadas. El objetivo de la primera parte era conocer, mediante una revisión bibliográfica, los principales problemas que se derivan de las lesiones perineales posparto, y el de la segunda parte, dar a conocer el trabajo de la matrona en la consulta perineal, iniciada recientemente para el cuidado y el control de la evolución de estas lesiones, en el Hospital General de Granollers (Barcelona).

PRIMERA PARTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los principales problemas que se derivan de las lesiones perineales tras la consulta de las bases de datos Medline, EMBASE, CINAHL, MIDIRS, ENFISPO y CUIDEN. La

búsqueda se limitó al periodo comprendido entre 2002 y 2017. Las palabras clave utilizadas, integradas en la terminología MeSH y DeCS, fueron las siguientes: *childbirth, perineal injury, pain, dyspareunia, anal incontinence, urinary incontinence, pelvic organ prolapse, perineal clinic, midwifery; parto, desgarros, dolor, dispareunia, incontinencia urinaria e incontinencia fecal*. Se realizaron diferentes truncamientos utilizando los operadores booleanos OR y AND.

Se incluyeron estudios que trataban sobre las lesiones perineales tras el parto vaginal y las complicaciones posparto, realizados con metodología tanto cualitativa como cuantitativa y con cualquier tipo de diseño, en idioma español, inglés y francés. Se excluyeron los estudios no accesibles a la totalidad del texto o previo pago.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 1.056 referencias bibliográficas, de las cuales 142 cumplían los criterios de inclusión. Después de analizarlas se seleccionaron 35 artículos; de ellos, 2 eran artículos de metodología cualitativa, 8 revisiones sistemáticas, 23 artículos originales y 2 revisiones bibliográficas. Además, se han utilizado documentos de interés científico, como las guías NICE y las de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Los resultados obtenidos se han estructurado en los siguientes apartados: 1) dolor perineal y dispareunia; 2) infección y dehiscencia; 3) incontinencia urinaria y prolapso genital (lesión del músculo elevador del ano), y 4) incontinencia fecal y de gases (lesión del esfínter anal).

Las principales consecuencias de las lesiones perineales se describen a continuación:

Dolor perineal y dispareunia

Un 92% de las mujeres experimentan dolor perineal el primer día posparto; este porcentaje desciende hasta un 22% a los 2 meses⁹ y a un 7% a los 18 meses posparto¹⁰. El dolor persistente frecuentemente se relaciona con la extensión de la lesión perineal (tabla 1). Según MacArthur, el dolor persiste a las 6 semanas posparto en un 4% de las mujeres que han sufrido una lesión de primer o segundo grado, en un 12% de las que han sufrido una episiotomía y en un 20% de las que han tenido una lesión de tercer o cuarto grado¹¹.

Este dolor interfiere directamente en la realización de las actividades de la vida diaria, como el reposo, la sedestación o el movimiento⁹. Por otra parte, el estudio de Leeman et al.¹² ha puesto de manifiesto que también las mujeres que mantienen el periné íntegro presentan una prevalencia de dolor perineal a los 7 días posparto de hasta un 38%, y de un 9% a las 6 semanas.

Tabla 1. Clasificación de las lesiones perineales de origen obstétrico*

Grado I	Lesión perineal o de la mucosa vaginal
Grado II	Lesión de los músculos superficiales del periné sin afectación del esfínter anal
Grado III	Lesión del esfínter anal IIIa: <50% esfínter anal externo IIIb: >50% esfínter anal externo IIIc: esfínter anal interno
Grado IV	Lesión del periné. Musculatura perineal, esfínter anal (externo e interno) y mucosa anal

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Third- and fourth-degree perineal tears, management (Green-top guideline N.º 29). RCOG, 2007.

La técnica de sutura y el material utilizado también repercuten en el dolor perineal posparto. Diversas revisiones sistemáticas han mostrado los beneficios de una técnica de sutura continua en todas las capas (mucosa vaginal, muscular y piel) utilizando un material preferiblemente de absorción rápida^{5,6}. Sin embargo, no se ha encontrado suficiente evidencia para afirmar que el dolor perineal es menor si las lesiones de primer o segundo grado no se suturan¹³.

El dolor genital asociado a las relaciones sexuales, o dispareunia, persiste a los 6 meses posparto en un 21,2-43% de las mujeres que han tenido un parto vaginal, y perdura en un 23,4% de las mujeres a los 18 meses posparto^{14,15}.

En una revisión sistemática, Andreucci et al.¹⁶ señalan que cuanto mayor es la extensión de la lesión perineal, mayor es la persistencia de dispareunia, especialmente a los 3 meses posparto; a los 6 meses, sólo una pequeña parte de las mujeres expuestas a lesiones más profundas todavía sufren dispareunia. Por el contrario, en el estudio de cohortes de De Souza et al.¹⁷ no se encontraron diferencias ni en la función sexual a los 6 meses posparto ni respecto al grado de lesión perineal. El tipo de parto ha demostrado tener un importante impacto en la función sexual, ya que se ha observado que las mujeres con partos eutócicos presentan menos problemas sexuales posparto que las que han tenido un parto instrumentado^{14,18}.

Algunos estudios recientes valoran el efecto negativo que producen en la función sexual la lactancia, el cansancio y la depresión posparto^{14,15}. Las mujeres que lactan tienen mayor riesgo de sufrir dispareunia a los 6 meses posparto¹⁵; Barbara et al.¹⁸ resaltan en su estudio un aumento de dispareunia debido a la poca lubricación vaginal, secundaria a la situación hipoestrogénica producida por la misma lactancia.

Infeción y dehiscencia

La mayoría de las lesiones cicatrizan rápidamente en primera intención, pero se estima que un 5% (rango: 0,1-11) de las lesiones perineales se infectan y/o sufren una dehiscencia, aunque se sospecha que este dato está subestimado¹⁹. Estas complicaciones enlentecen el proceso de cicatrización y aumentan la morbilidad asociada, lo que afecta al bienestar de la mujer²⁰.

Existe una falta de consenso en las definiciones de infección y dehiscencia de la herida perineal, así como una limitada información en el inicio, la evolución y el manejo de dichas complicaciones. Si bien el documento del Center for Disease Control/National Healthcare Safety Network define que una episiotomía está infectada cuando presenta un drenaje purulento y/o un absceso, no existe ninguna referencia a la infección de las lesiones perineales ni a la dehiscencia²¹.

Los factores de riesgo asociados más frecuentemente a complicaciones en la cicatrización de la herida perineal son la obesidad, la desnutrición, el tabaco, el estrés y la falta de sueño, los tratamientos farmacológicos que dificulten la cicatrización, la mala reparación de los tejidos y la errónea clasificación de las lesiones perineales²².

Incontinencia urinaria y prolapso genital: lesión del músculo elevador del ano

La integridad de la musculatura del suelo pélvico, especialmente la del músculo elevador del ano (MEA), desempeña un importante papel en el soporte de los órganos pélvicos y en la continencia^{23,24}. La lesión del MEA, o avulsión, está directamente relacionada con el parto²⁵. La avulsión ocurre en el 15% de los partos vaginales de mujeres nulíparas²⁶ y provoca una disminución de la fuerza, la rapidez y la duración de la contracción muscular²⁷. Los factores de riesgo para la lesión del MEA se muestran en la tabla 2.

Algunos estudios sostienen que las mujeres que han sufrido una lesión del MEA tienen mayor riesgo de padecer incontinencia urinaria que las que lo han mantenido íntegro²⁸; sin embargo, otros indican que no existe tal relación²⁹. Van Delft et al.³⁰, en una cohorte prospectiva de gestantes nulíparas, observaron que las mujeres que durante el embarazo tenían peores resultados en los cuestionarios de incontinencia urinaria fueron las que después presentaron más lesiones del MEA. En las mujeres con este tipo de lesión persistió la incontinencia urinaria de esfuerzo en el posparto.

La asociación entre la lesión del MEA y el prolapso está más documentada. Estas mujeres presentan un riesgo 7 veces mayor de tener los primeros signos de prolapso al año posparto³¹, así como de sufrir prolapso a largo plazo³².

Tabla 2. Factores de riesgo de lesión del esfínter anal y del músculo elevador del ano

	Lesión del esfínter anal ¹	Lesión del músculo elevador del ano
Nuliparidad	RR= 6,97 (IC del 95%: 5,40-8,99)	Sí
Fórceps	OR= 1,34 (IC del 95%: 1,21-1,49)	OR= 3,83 (IC del 95%: 1,34-10,94) ²
Segunda fase del parto prolongada 2-3 h	RR= 1,47 (IC del 95%: 1,20-1,79)	OR= 1,01 por minuto (IC del 95%: 1-1,02) ²
Lesión perineal de grado III o IV		OR= 3,2 (IC del 95%: 1,5-6,4) ³
Lesión de la pared vaginal lateral		OR= 3,35 (IC del 95%: 1,30-8,61) ⁴
Recién nacido con un peso >4.000 g	OR= 2,27 (IC del 95%: 2,18-2,36)	
Distocia de hombro	RR= 2,44 (IC del 95%: 2,07-2,89)	

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; RR: riesgo relativo.

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Third- and fourth-degree perineal tears, management (Green-top guideline N.º 29). RCOG, 2007.

2. Shek K, Dietz HP. Intrapartum risk factors for levator trauma. BJOG. 2010.

3. Caudwell-Hall J, Kamisa I. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017.

4. Berger M, Morgan D, DeLancey J. IUGJ. 2014.

Incontinencia fecal y de gases: lesión del esfínter anal

La incontinencia anal (IA), definida como pérdida involuntaria de gases, heces líquidas o sólidas, provoca un problema higiénico y social muy importante para la mujer. El parto es el principal factor de riesgo, especialmente cuando el esfínter anal se ha dañado. Está documentado que en el 2,8% de los partos vaginales la lesión perineal o la episiotomía se extienden lesionando el esfínter anal³³, aunque se cree que este porcentaje está infravalorado y que la mayor parte de estas lesiones siguen sin diagnosticarse en el momento del parto, ya que mediante ecografías realizadas en el posparto se han llegado a detectar lesiones del esfínter anal hasta en el 27,9% de las mujeres primíparas³⁴.

La probabilidad de sufrir IA a los 12 meses posparto, cuando el esfínter anal está lesionado, es del 22,9%³⁵. Se estima que la prevalencia total de IA a los 3 meses posparto es del 8,2%, a los 6 años del 9,7% y a los 12 años del 12,9%. En el 43% de las mujeres que refirieron tener IA a los 3 meses posparto, ésta persistió hasta los 12 años³⁶.

Tras una correcta reparación de la lesión anal en el momento del parto, Reid et al.³⁷ demuestran que la urgencia defecatoria, la incontinencia de gases y la calidad de vida mejoran significativamente a lo largo del tiempo, aunque en algunos casos la incontinencia fecal puede persistir. Además, los mismos autores no encontraron cambios significativos en la sintomatología de las mujeres en las que persistió el defecto anal después de su reparación. Los únicos factores predictivos para la IA a los 3 años posparto fueron la urgencia defecatoria, que fue 4 veces más frecuente, y la obtención de malos resultados en el test de incontinencia anal de St. Mark's, ambos medidos a las 9 semanas posparto³⁷.

El tipo de parto también está relacionado con tener más probabilidad de sufrir IA (tabla 2).

Hay que resaltar que cerca de un 70% de las mujeres que sufren incontinencia fecal y/o urinaria posparto no han consultado estos síntomas con ningún profesional de salud y, por tanto, no reciben los cuidados adecuados³. Las principales razones por las que no buscan consejo son: creer que no hay solución, no saber a quién consultar, sentir vergüenza e incomodidad, y percibir que los profesionales de la salud no están interesados en esta cuestión⁴.

SEGUNDA PARTE: LA CONSULTA PERINEAL

Las guías de práctica clínica más actualizadas recomiendan que las mujeres que sufren estos problemas sean atendidas en consultas especializadas, donde los profesionales de la salud proporcionen cuidados expertos e información suficiente con el fin de disminuir la preocupación por esta cuestión tan vergonzante y silenciada³⁸.

En la consulta perineal se atienden principalmente dos tipos de casos o situaciones: mujeres que presentan problemas con la cicatrización de la herida perineal y mujeres que han sufrido una lesión perineal complicada en el momento del parto.

Las consultas uroginecológicas multidisciplinarias están ampliamente documentadas, y el equipo de profesionales está formado por ginecólogos, coloproctólogos y fisioterapeutas. Recientemente se han puesto de manifiesto las ventajas de incorporar una matrona en este equipo, al reconocer la importancia del cuidado de la mujer que ha sufrido una lesión perineal^{7,8}. La matrona especialista en suelo pélvico dispone de los conocimientos para manejar las lesiones perineales de alto grado y su sintomatología, así como para realizar el control y el cuidado de la cicatrización de la herida perineal. Es el primer profesional del equipo multidisciplinario que

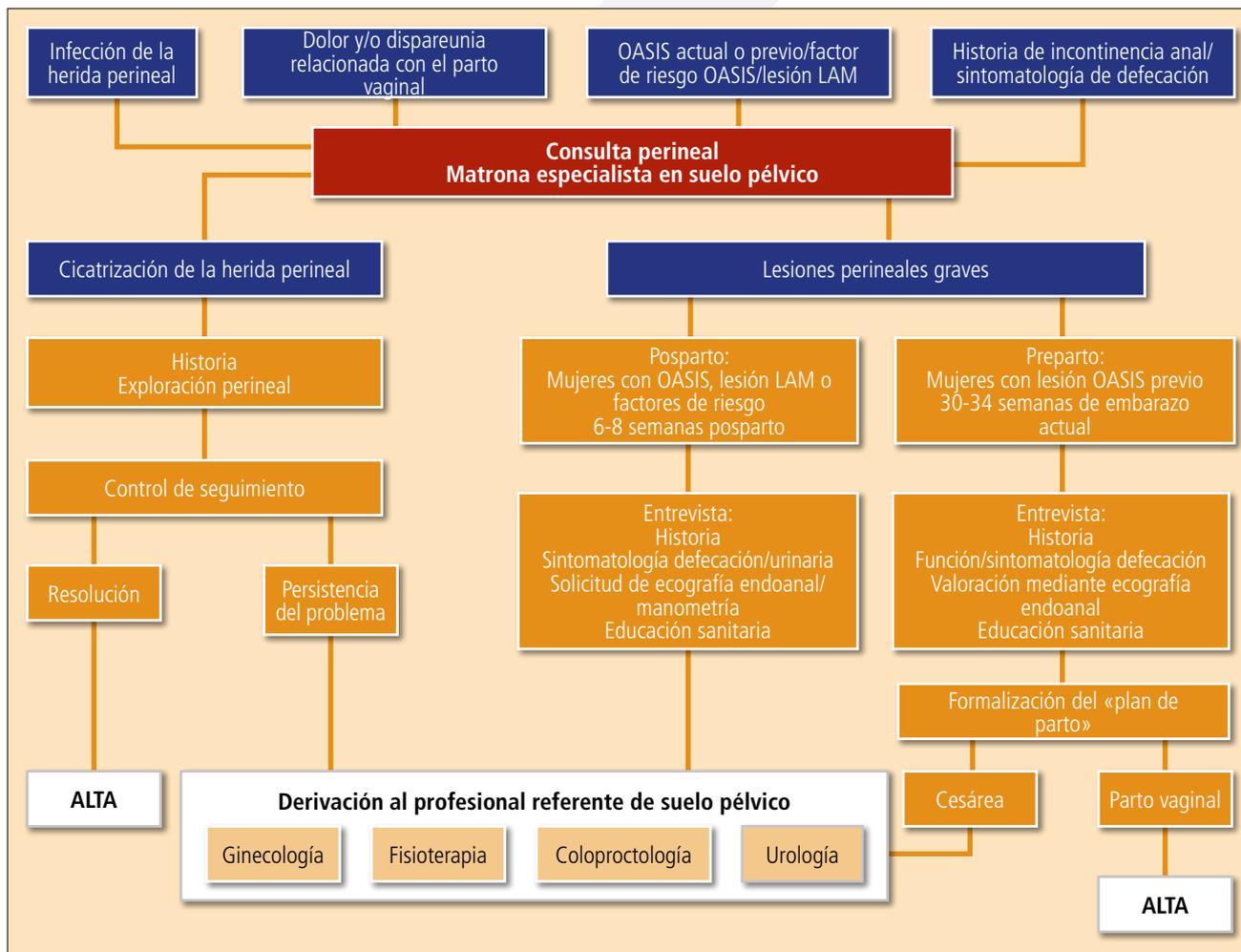


Figura 1. Diagrama de flujo de la consulta perineal del Hospital General de Granollers

atiende a estas mujeres en la consulta perineal; asimismo, las informa, les da soporte y las deriva, cuando así procede, al profesional especialista más adecuado dentro del equipo según la patología que presenten. El diagrama de flujo de este proceso está representado en la figura 1.

Siguiendo el modelo de la Perineal/OASIS Clinic del Birmingham Women’s Hospital (Birmingham, Reino Unido)^{7,8}, recientemente se ha establecido en el Hospital General de Granollers (Barcelona) una consulta perineal dirigida por matronas, en la que se atiende a las mujeres con esta problemática. Según la información disponible, ésta es la primera consulta de lesiones perineales que se establece en España.

Rol de la matrona en la consulta perineal en el Hospital General de Granollers

El Hospital General de Granollers es un hospital universitario de segundo nivel que atiende, según consta en la memoria del año 2017, una media de 1.500 par-

tos anuales, de los cuales un 70% son eutócicos. En el servicio de obstetricia de este hospital, las lesiones perineales representan un 53% y las del esfínter anal un 2% de todos los partos.

Con la intención de disminuir la morbilidad posparto derivada de las lesiones perineales, en el servicio de obstetricia se implementaron diversas medidas de prevención y seguimiento: protección manual del periné durante la extracción fetal; mayor utilización del *vacuum* extractor en detrimento del fórceps y las espátulas de Thierry; episiotomía selectiva, siempre lateral o mediolateral, sutura con una técnica continua y material reabsorbible para la reparación de la lesión de segundo grado, o episiotomía; y creación de una consulta perineal para dar continuidad a los cuidados especializados para las mujeres que han sufrido alguna complicación perineal tras el parto vaginal.

Así pues, las mujeres que sufren alguna alteración en la cicatrización de las lesiones perineales, ya sea infección, dehiscencia o alguna complicación, como dolor

perineal relacionado con la herida y/o dispareunia, se derivan a la consulta perineal.

En la primera visita se recogen los datos relacionados con el parto, la técnica y el material de sutura, la evolución y/o el tratamiento de la herida realizado, el dolor perineal y la dispareunia. Se explora la cicatriz perineal. Si se sospecha una infección, se recogen cultivos y se prescribe tratamiento antibiótico según el protocolo. Se realiza un seguimiento de la cicatrización y se cita a la mujer cada 2 semanas, aunque se personaliza según la necesidad de cada caso.

Respecto al tratamiento de las heridas que presentan dehiscencia, no hay suficiente evidencia para apoyar una nueva sutura de la herida dehiscente o dejar que cicatrice por segunda intención²⁰. Así pues, la valoración del tratamiento de estas lesiones se realizará conjuntamente con el médico especialista en obstetricia y ginecología y con la mujer, a fin de tomar la decisión más adecuada e individualizada.

La cicatrización total de una lesión perineal infectada y/o que presente dehiscencia oscila entre 4 y 8 semanas, según la extensión de la afectación. A menudo, la cicatrización completa de estas lesiones, ya sea por primera o segunda intención, conlleva la formación de tejido de granulación que puede sangrar y doler, lo que puede alargar el tiempo de curación²².

El exceso de tejido de cicatrización, o incorrecta reparación de las estructuras anatómicas en el momento de la sutura de la lesión perineal, provoca a menudo dispareunia superficial posparto. Un tratamiento conservador, como el masaje perineal, es una solución inicial a este problema. Si persiste, se derivará a la paciente al médico especialista en obstetricia y ginecología de referencia para valorar una cirugía reconstructiva. Tan pronto como la herida cicatrice, se recomendará iniciar los ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico².

Las mujeres que han sufrido una lesión perineal de alto grado como consecuencia del parto, las que han tenido un parto instrumentado o una lesión de segundo grado complicada, se atienden en la consulta para valorar la función urinaria y anal y el impacto que ésta produce en su calidad de vida. En este caso, el papel de la matrona se centra en el apoyo a la mujer, ofreciéndole la oportunidad de aclarar sus dudas y proporcionándole consejos de educación sanitaria, con el fin de favorecer la recuperación del suelo pélvico y prevenir sus complicaciones.

Estas mujeres se derivan a la consulta perineal antes del alta hospitalaria para ser visitadas a las 6-8 semanas posparto. En la primera visita se recogen los datos relacionados con el parto, se valora la función del esfínter anal y se realiza una exploración perineal para valorar la cicatrización y una ecografía transperineal para obser-

var la integridad de las estructuras anales. Si la lesión de esfínter anal ya ha sido diagnosticada durante el parto, o si se sospecha que podría haberse lesionado, se solicita una ecografía endoanal y una manometría anal a partir de los 3 y 6 meses posparto. Independientemente de la sintomatología que tengan, a todas las mujeres se les recomienda iniciar fisioterapia del suelo pélvico^{2,39}.

En un siguiente embarazo, las mujeres que han sufrido una lesión del esfínter anal en el primer parto se derivan a la consulta perineal a las 34 semanas de gestación. Con el fin de conocer la actual funcionalidad del esfínter anal, se recogen los datos del parto en el que se produjo la lesión, se pregunta acerca de su función anal y urinaria antes y durante el embarazo, y se analiza conjuntamente con el informe ecográfico endoanal. Con esta información se exponen los riesgos y beneficios de las posibles opciones de parto, vaginal o cesárea, siguiendo las recomendaciones internacionales sobre el manejo y control de estas lesiones^{38,40}. Junto con la gestante, se elabora el plan de parto, que quedará documentado en la historia clínica.

En caso de que opte por un parto vaginal, a partir de las 38 semanas de gestación y 1 vez por semana, se realiza la maniobra de Hamilton para despegar las membranas amnióticas, con el objetivo de que el parto se inicie alrededor de la semana 40 de gestación. En el supuesto de que solicite una cesárea, se le debe advertir de que no es totalmente preventiva de la incontinencia, puesto que las hormonas durante la gestación y el peso fetal pueden favorecer también la debilidad del suelo pélvico. Esta gestante se derivará al obstetra de referencia del equipo multidisciplinario.

Todas las puérperas, independientemente de su lesión y/o complicación, se derivan al fisioterapeuta para iniciar la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico lo antes posible³⁹.

En la tabla 3 se muestran los cuestionarios más utilizados en la consulta para valorar las consecuencias derivadas de las lesiones perineales de origen obstétrico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El dolor perineal es muy frecuente en las mujeres durante los primeros días posparto, y aumenta si se ha producido una lesión perineal^{9,11}. Existe consenso respecto a la recomendación de técnicas de suturas continuas absorbibles para minimizar el dolor perineal^{5,6}.

Las mujeres con partos eutócicos sufren menos dispareunia posparto que aquellas que han tenido un parto instrumentado, que la mayoría de las veces, además de una mayor manipulación del suelo pélvico, conlleva también un mayor grado de lesión perineal^{14,18}.

Generalmente, las lesiones cicatrizan rápidamente en primera intención, pero también pueden infectarse y/o sufrir una dehiscencia. Hay una falta de consenso en las definiciones de infección y dehiscencia de la herida perineal y poca información sobre el manejo de dichas complicaciones²¹.

Entre los autores no existe un claro acuerdo sobre la relación entre la lesión del músculo elevador del ano durante el parto y la incontinencia de orina²⁸⁻³⁰, pero sí lo hay respecto a su relación con el prolapso uterino^{31,32}. En cuanto a las lesiones del esfínter anal, se estima que el porcentaje está infravalorado, puesto que muchas pasan desapercibidas en el momento del parto^{33,34}. Una

correcta reparación primaria de la lesión del esfínter anal mejora la sintomatología asociada, aunque en ocasiones sigue persistiendo la incontinencia fecal³⁷.

Pese a la importancia de este trastorno y el impacto que produce en la calidad de vida de las mujeres y sus familias, muchas de ellas no consultan a los profesionales sanitarios, ya sea por vergüenza o por la aceptación del problema como una consecuencia del parto^{3,4}. Así pues, estas lesiones perineales no cuentan con un seguimiento de cuidados adecuado, y en un futuro podrían ser sintomáticas si no se diagnostican y se tratan adecuadamente. Una consulta especializada en los problemas del suelo pélvico favorece la competencia en el manejo del cuidado

Tabla 3. Cuestionarios más frecuentemente utilizados en la consulta perineal en relación con las lesiones perineales de origen obstétrico

	Escalas	Qué miden	Instrumento	Cumplimentación	Interpretación
Dolor	VAS (Visual Analog Scale) ¹	Intensidad del dolor	Línea horizontal con puntuación del 0 al 10	Autocumplimentado	Mayor puntuación significa mayor dolor
	NRS (Numerical Rating Scale) ²	Intensidad del dolor	Escala de 11 ítems que puntúan del 0 al 10	Autocumplimentado	Mayor puntuación significa mayor dolor
	MPQ (PPI) McGill Pain Questionnaire (Present Pain Intensity) ³	Aspectos sensoriales, afectivos, e intensidad del dolor	Preguntas con respuestas que puntúan del 0 al 5	Entrevista	Mayor puntuación significa mayor dolor
Cicatrización de la herida perineal	REEDA (Redness Edema Ecchymosis Discharge Approximation) ⁴	Eritema, edema, equimosis, supuración, dehiscencia	Regla milimétrica para medir ítems de la herida perineal. Se puntúa del 0 al 3	Exploración clínica	Mayor puntuación significa peor cicatrización
Dispareunia	Escala CAROL ⁵	Función sexual de la mujer posparto	Cuestionario de 7 preguntas con respuesta tipo Likert y 4 pregunta con respuesta del 0 al 10, que responden a 6 dominios	Autocumplimentado	2 dominios: mayor puntuación, mejor función sexual 4 dominios: mayor puntuación, peor respuesta sexual
	FSFI (Female Sexual Function Index) (versión en español) ⁶	Respuesta sexual en la mujer: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor	Preguntas con respuestas numéricas	Autocumplimentado	Mayor puntuación significa mejor respuesta sexual
	SFQ (Female Sexual Questionnaire) ⁷	Función sexual femenina y de la pareja: deseo, satisfacción, excitación/ erección, orgasmo, lubricación/eyaculación	Preguntas con respuestas numéricas	Autocumplimentado	Mayor puntuación significa mejor respuesta sexual
	PISQ-IR (Prolapse Sexual Incontinence Questionnaire-IUGA Review) (versión en español) ⁸	Función sexual de la mujer con prolapso genital: excitación, satisfacción, orgasmo, dolor, respuesta sexual de la pareja, deseo y satisfacción	Preguntas cuyas respuestas son descriptores que puntúan numéricamente	Autocumplimentado	Mayor puntuación significa peor respuesta sexual

(Continúa)

Tabla 3. Cuestionarios más frecuentemente utilizados en la consulta perineal en relación con las lesiones perineales de origen obstétrico (continuación)

	Escalas	Qué miden	Instrumento	Cumplimentación	Interpretación	
Disfunciones del suelo pélvico	Incontinencia urinaria	ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) (versión en español) ⁹	Pérdida de orina y reducción de la calidad de vida de la mujer	Cuestionario de 3 preguntas con respuesta tipo Likert y 1 pregunta con respuesta politómica	Autocumplimentado	Mayor puntuación significa mayor incontinencia urinaria
		ISI (Incontinence Severity Index) (versión en español) ¹⁰	Pérdida de orina (cantidad y frecuencia)	Cuestionario de 2 preguntas de respuestas politómicas	Autocumplimentado	Mayor puntuación significa mayor incontinencia urinaria
Incontinencia anal	Wexner (versión en español) ¹¹	Pérdida de heces y gases, y calidad de vida de la mujer	Cuestionario de preguntas con respuestas tipo Likert	Entrevista	Mayor puntuación significa mayor incontinencia fecal (0-20)	
	St. Mark's ¹²	Pérdida de heces y gases, urgencia defecatoria, calidad de vida de la mujer y toma de medicación antidiarreica	Cuestionario de 4 preguntas con respuesta tipo Likert y 3 preguntas dicotómicas	Entrevista	Mayor puntuación significa mayor incontinencia fecal (0-24)	
Prolapso genital	POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) ¹³	Grado de prolapso genital a través de la correlación en cm entre 9 puntos vaginales	Tabla 3 × 3 donde se registran las correlaciones anatómicas. Las medidas determinan el grado de prolapso: 0-IV	Exploración clínica	Mayor grado significa mayor prolapso (0-IV)	
	EPI-Q (Epidemiology of Prolapse Incontinence-Questionnaire) ¹⁴	Calidad de vida, incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapso genital	Cuestionario de 22 preguntas con respuestas politómicas	Autocumplimentado o entrevista	Diagnóstico de incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapso	

1. Bijur P, Silver W, Gallagher J. Reliability of the Visual Analog Scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med.* 2001.
2. Bijur P, Latimer C, Gallagher E. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2003.
3. Lazaro C. The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assess.* 1994.
4. Davidson N. REEDA: evaluating postpartum healing. *J Nurs Midwifery.* 1974.
5. López-Lapeyere C, Serna-Gómez N, Hernández-López AB. The development and validation of a new postpartum sexual function and dyspareunia assessment tool: the Carol scale. *Midwifery.* 2018.
6. Pérez-López F, Fernández-Alonso A, Tralalón-Pastor M. Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item female sex function index. *Menopause.* 2012.
7. Quirk F, Heiman J, Rosen R. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Women's Health Gender-Based Med.* 2002.
8. Mestre M, Llebería J, Pubill J, España-Pons M. Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR): transcultural validation. *Int Urogynecol J.* 2007.
9. España M, Rebollo P, Puig M. Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence. *Med Clin (Barc).* 2004.
10. Sandvik H, España M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J.* 2006.
11. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993.
12. Roos AM, Sultan AH, Thakar R. St. Mark's incontinence score for assessment of anal incontinence following obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *Int Urogynecol J.* 2009.
13. Bump R, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996.
14. España-Pons M, Fillol-Crespo M, Pascual Amorós M, Rebollo Álvarez P, Prieto Soto M. Validación de la versión en español del cuestionario Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ. *Actas Urol Esp.* 2009.

y el tratamiento de estas complicaciones, lo que repercutirá en una mejora de la calidad de vida de las mujeres³⁸.

Disponer de una matrona especialista en cuidados perineales puede mejorar la atención de la mujer que sufre complicaciones secundarias a una lesión perineal relacionada con el parto^{7,8}. Con la implementación de la consulta perineal dirigida por matronas, éstas pasan a constituir el profesional de referencia para ofrecer edu-

cación sanitaria a las mujeres y dar respuesta a sus dudas, inquietudes y problemas perineales derivados del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Way S. A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: expectations, reality and returning to normality. *Midwifery.* 2012; 28(5): e712-9.

2. Webb S, Sherburn M, Ismail KMK. Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ*. 2014; g6829.
3. Brown S, Gartland D, Perlen S, McDonald E, MacArthur C. Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study. *BJOG* 2015; 122(7): 954-62.
4. Mason L, Glenn S, Walton I, Hughes C. Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. *Midwifery*. 2001; 17: 212-21.
5. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (6): CD000006.
6. Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (11): CD000947.
7. Webb S, Parsons M, Toozs-Hobson PM. The role of the specialised birth plans for women with previous third or fourth obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *MIDIRS Midwifery Dig*. 2007; 17(3): 353-4.
8. Fowler G, Williams A, Murphy G, Taylor K, Wood C, Adams E. How to set up a perineal clinic. *Obstet Gynaecol*. 2009; 11(2): 129-32.
9. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia: a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 137(2): 152-6.
10. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998; 105(12): 1262-72.
11. MacArthur AJ, MacArthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191(4): 1.199-204.
12. Leeman L, Fullilove A, Borders N, Manocchio R, Albers LL. Postpartum perineal pain: association with genital trauma, labor care and birth variables. *J Pelvic Med Surg*. 2008; 306-7.
13. Elharmeel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (8): CD008534.
14. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Prevalence of postnatal dyspareunia and association of short-term and persisting dyspareunia with mode of delivery. *Int J Gynecol Obstet*. 2015; e113.
15. Alligood-Percoco NR, Kjerulf KH, Repke JT. Risk factors for dyspareunia after first childbirth. *Obstet Gynecol*. 2016; 128(3): 512-8.
16. Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, Chou D, Filippi V, Say L, et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15(1): 307.
17. De Souza A, Dwyer P, Charity M, Thomas E, Ferreira C, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG* 2015; 122(10): 1.410-8.
18. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovic I, Dridi D, Ronchetti C, et al. Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs cesarean section. *J Sex Med*. 2016; 393-401.
19. Johnson A, Thakar R, Sultan AH. Obstetric perineal wound infection: is there underreporting? *Br J Nurs*. 2014; 21 Supl 5: 28-35.
20. Dudley LM, Kettle C, Ismail KMK. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (9): CD008977.
21. Webb S, Manresa M, Hope L, Tincello D, Ismail K. SWIPE-study of wound infection following perineal tears and episiotomies: systematic review of incidence. *BJOG* 2017; 124 Supl 2: 50-81.
22. Dudley L, Kettle C, Carter P, Thomas P, Ismail KM. Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehiscence wound (PREVIEW): protocol for a pilot and feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2012; 2(4): e001458.
23. Dietz H, Simpson J. Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse. *BJOG* 2008; 115(8): 979-84.
24. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet*. 2006; 367(9504): 57-67.
25. Kearney R, Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Obstetric factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 2006; 107(1): 144-9.
26. Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Martin A, Guzmán Rojas R, Langer S, Shek K, et al. Intrapartum predictors of maternal levator ani injury. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(4): 426-31.
27. Cyr MP, Kruger J, Wong V, Dumoulin C, Girard I, Morin M. Pelvic floor morphometry and function in women with and without puborectalis avulsion in the early postpartum period. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216(3): 274.e1-e8.
28. Brincat CA, DeLancey JOL, Miller JM. Urethral closure pressures among primiparous women with and without levator ani muscle defects. *Int Urogynecol J*. 2011; 22(12): 1.491-5.
29. Dietz HP, Kirby A, Shek KL, Bedwell PJ. Does avulsion of the puborectalis muscle affect bladder function? *Int Urogynecol J*. 2009; 20(8): 967-72.
30. Van Delft K, Sultan A, Thakar R, Schwertner-Tiepelmann N, Kluivers K. The relationship between postpartum levator ani muscle avulsion and signs and symptoms of pelvic floor dysfunction. *BJOG* 2014; 121(9): 1.164-72.
31. Laterza RM, Schrutka L, Umek W, Albrich S, Koelbl H. Pelvic floor dysfunction after levator trauma 1-year postpartum: a prospective case-control study. *Int Urogynecol J*. 2015; 26(1): 41-7.
32. DeLancey JOL, Morgan DM, Fenner DE, Kearney R, Guire K, Miller JM, et al. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(2, part 1): 295-302.
33. Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *Int Urogynecol J*. 2014; 25(12): 1.621-7.
34. Guzmán Rojas RA, Shek KL, Langer SM, Dietz HP. Prevalence of anal sphincter injury in primiparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013; 42: 461-6.
35. Brown SJ, Gartland D, Donath S, MacArthur C. Fecal incontinence during the first 12 months postpartum. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(2, part 1): 240-9.
36. MacArthur C, Wilson D, Herbison P, Lancashire R, Hagen S, Toozs-Hobson P, et al. Faecal incontinence persisting after childbirth: a 12 year longitudinal study. *BJOG* 2013; 120(2): 169-79.
37. Reid AJ, Beggs AD, Sultan AH, Roos AM, Thakar R. Outcome of repair of obstetric anal sphincter injuries after three years. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 127(1): 47-50.
38. Fernando RJ, Sultan AH, Freeman R, Williams A, Adams EJ. Management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery. *Guideline n. 29. RCOG Green Top Guidel*. 2015.
39. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012; (10): CD007471.
40. Webb SS, Yates D, Manresa M, Parsons M, MacArthur C, Ismail KMK. Impact of subsequent birth and delivery mode for women with previous OASIS: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2017; 28(4): 507-14.