DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO Y LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 2
2. PREVENCIÓN PRIMARIA DE DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO Y LESIONES PERINEALES OBSTÉTRICAS 3
a) Durante la gestación 3
b) Intraparto 3
3. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES PERINEALES OBSTÉTRICAS 4
4. REPARACIÓN DE LAS LESIONES OBSTÉTRICAS 5
a) Primer, Segundo Grado y Lesión Elevador Del Ano 6
b) Reparación De Desgarros De Tercer y Cuarto Grado 7
5. TRATAMIENTO ANALGÉSICO LOCAL EN EL POSPARTO INMEDIATO 10
6. MANEJO EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN 11
a) Dehiscencia de la Herida Perineal 12
b) Derivación durante el Posparto a la Consulta Perineal 13
7. SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA PERINEAL 14
a) Sede Maternitat (HCM) – Matrona 14
b) Sede Villarroel (HCB) – Ginecólogo y Fisioterapeuta 14
8. CONDUCTA EN EL SIGUIENTE EMBARAZO / PARTO DE MUJERES CON DESGARROS EN EL ESFÍNTER ANAL 15
a) Vía del Parto 15
b) Recomendaciones Intraparto 17
9. ANEXOS 18
a) Anexo 1. Encuesta factores de riesgo DSP durante la gestación 19
b) Anexo 2. Documentos informativos sobre disfunciones de suelo pélvico 21
c) Anexo 3. Documento sobre ejercicios del suelo pélvico y masaje perineal 23
d) Anexo 4. Tríptico consulta suelo pélvico posparto 24
e) Anexo 5. Tríptico OASIS 25
f) Anexo 6. Cuidados de la herida perineal 26
g) Anexo 7. Criterios de derivación para la Consulta Perineal 27

1. INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) tienen un gran impacto negativo en la salud de la mujer a lo largo de su vida. Se estima que hasta un 46% de las mujeres presentan algún tipo de DSP, entre las que se encuentran: incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA), prolapso de órganos pélvicos (POP), disfunción de vaciado (DV), disfunciones sexuales y dolor pélvico crónico. Aunque sabemos que la etiología es multifactorial, el embarazo y el parto son los principales factores de riesgo.

Durante el embarazo aumenta la presión sobre el suelo pélvico y se produce un estiramiento de la musculatura, nervios y ligamentos. Durante el parto pueden producirse lesiones por un efecto mecánico (compresión de la cabeza fetal sobre el tejido muscular o conectivo) o por una lesión nerviosa (por compresión) y están favorecidas por factores indirectos como los cambios hormonales propios del embarazo (relaxina y oxitocina) que modifican la textura y resistencia de los tejidos, o por las propias características intrínsecas de los tejidos de cada mujer. El primer parto tiende a asociarse a un mayor riesgo de lesiones.

Factores de riesgo de DSP durante la gestación

- Edad materna avanzada (>40 años)
- IMC>35 pregestacional o ganancia de peso > 20kg durante la gestación
- Antecedentes familiares de primer grado (madre o hermanas) con disfunción de suelo pélvico
- Síntomas de DSP moderados-severos
- Antecedente de lesión obstétrica de esfínter anal (OASIS, por sus siglas en inglés: Obstetric Anal Sphincter InjurieS) en un parto anterior.

Factores de riesgo de lesiones de suelo pélvico durante el parto

- Primer parto vaginal
- Macrosoma (peso neonato > 4000 g)
- Distocia de hombros
- Posición fetal en occipito-sacra en el momento del expulsivo
- Fase de expulsivo prolongada (> 4 horas en dilatación completa con dinámica regular).
- Parto instrumentado (espátula, ventosa o fórceps)

Con el fin de disminuir las disfunciones de suelo pélvico, es importante prevenir las lesiones o, en caso de que existan, repararlas correctamente para disminuir las disfunciones de suelo pélvico.

Las mujeres con lesiones perineales de alto grado, con disfunciones de suelo pélvico o con riesgo a padecerlas, se citarán en la **CONSULTA PERINEAL**.

2. PREVENCIÓN PRIMARIA DE DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO Y LESIONES PERINEALES OBSTÉTRICAS

a) Durante la gestación

Se ha creado un circuito de derivación a la consulta perineal para aquellas pacientes con factores de riesgo de DSP durante la gestación:

- Primíparas > 40 años
- IMC pregestacional > 35
- Síntomas de DSP moderados-severos (IU con moderado impacto en la calidad de vida (ICIQ-UI-SF ≥12), IA a gases de forma habitual o fecal.

Estas pacientes podrán ser identificadas en el primer trimestre, coincidiendo con la visita de cribado genético o, a partir de las 24 semanas, coincidiendo con la analítica de 2º trimestre. En ambos momentos, se les ofrecerá la posibilidad de contestar una encuesta disponible en CCEE [Anexo 1], que permitirá identificar aquellas pacientes con factores de riesgo de DSP y que deberían ser derivadas a la Consulta Perineal (Tabla 1). A estas pacientes de riesgo, se les solicitará una Visita telefónica a las 26-28 semanas de gestación (solicitud: 1ª visita enfermería, especificar en notas administrativas: matrona suelo pélvico: PREVSP)

Tabla 1: Criterios de derivación durante la gestación a la Consulta Perineal (Matrona):

GESTACIÓN	≥ 24w	Cuestionario DSP Visita embarazo	**Primiparas >40a** **IMC >35** **ICIQ-IU-SF ≥ 12** **Incont Anal habitual** **POP sintomático** **OASI parto previo**	Telefónica **Matrona HCM**	Información DSP Recomendaciones: Control peso, Kegel, masaje perineal Sitomatología: Cuestionarios IU, IA

Durante esta visita, se dará información acerca de las DSP [Anexo 2] y de su riesgo individual de sufrirlas. Las recomendaciones para disminuir el riesgo de DSP incluyen: el control del incremento de peso durante la gestación (si es necesario); información acerca de ejercicios para entrenar la musculatura de suelo pélvico (Kegel) y masaje perineal [Anexo 3]; y el riesgo individual al elaborar el plan de parto.

b) Intraparto

Las intervenciones intraparto que han demostrado ser más eficientes para prevenir las lesiones perineales son:

- Protección manual del periné, “hands-on”, basada en la reducción de la tensión perineal en el momento de la extracción de la cabeza fetal y del hombro posterior, y el enlentecimiento de la expulsión de la cabeza, en máxima flexión, lentamente y entre contracciones. La mano que protege el periné posterior seguirá protegiéndolo hasta haber extraído el hombro posterior (Maniobra Finlandesa de protección perineal). Cualquier postura materna que nos permita visualizar y proteger el periné será adecuada para prevenir las lesiones perineales.
- Valorar la realización de una episiotomía selectiva medio-lateral, con un ángulo suficiente (a 60º desde el punto medio de la horquilla vulvar), dirigiendo la tijera hacia las 8 horarias, ya que permite alejarse de las fibras del esfínter anal.
- En caso de indicarse un parto instrumentado es preferible, siempre que las condiciones obstétricas lo permitan, el uso de la ventosa en lugar del fórceps.
- Cuando se realice un parto instrumentado, se recomienda retirar las ramas o la cazoleta para la fase final del expulsivo, una vez se ha conseguido el descenso suficiente de la cabeza. Se realizará igualmente protección perineal, valorando la realización de episiotomía.

3. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES PERINEALES OBSTÉTRICAS

Cuando ocurren desgarros perineales, es necesario una exploración adecuada para poder clasificarlos y repararlos correctamente.

Éstos se clasifican en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG, tal como se especifica en la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de desgarros perineales

<table>
<tr><td>1º grado</td><td colspan="3">Lesión de piel perineal +/- mucosa vaginal</td></tr>
<tr><td>2º grado</td><td colspan="3">Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3º grado</td><td rowspan="3">Lesión del esfínter anal</td><td>3a</td><td>Lesión del esfínter externo <50% grosor</td></tr>
<tr><td>3b</td><td>Lesión del esfínter externo >50% grosor</td></tr>
<tr><td>3c</td><td>Lesión de esfínter externo e interno</td></tr>
<tr><td>4º grado</td><td colspan="3">Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal</td></tr>
</table>

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro:

- Los desgarros de grado I suelen cicatrizar sin consecuencias.

- Los desgarros de II grado pueden afectar únicamente a los músculos del periné, o pueden involucrar lesión del músculo elevador del ano (MEA). Durante la segunda fase del parto, el haz pubococcígeo y puborrectal del MEA están sometido a un enorme grado de estiramiento que puede dar como resultado una avulsión de estos, que se produce en el 20% de los partos eutócicos, el 30% de las ventosas y el 50% de los fórceps. La avulsión del MEA es considerado factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos (POP), por lo que es importante identificarlo intraparto y remitir a estas pacientes a la consulta perineal.

- En cuanto a los desgarros de 3º y 4º grado (OASIS), constituyen la principal causa de IA en la mujer joven. Su prevalencia estimada es del 2.9% de los partos (oscila entre 0.5-11%), siendo del 6% en nulíparas y del 1.7% en multíparas. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de IA que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la opción más grave. La correcta identificación y sutura de estas lesiones ha condicionado una disminución muy significativa de los síntomas de IA en estas pacientes. Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año, aunque la prevalencia de IA a largo plazo dobla a las de las mujeres sin antecedente de OASIS. Entre las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria.

Finalmente, existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Puede detectarse una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto-vaginales.

4. REPARACIÓN DE LAS LESIONES OBSTÉTRICAS

La reparación del periné después de un desgarro, o una episiotomía, es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia. El dolor perineal crónico, la dispareunia, el POP y la IA son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente tras una lesión perineal, cuya incidencia se puede reducir aplicando una técnica quirúrgica adecuada.

Antes de iniciar la sutura de la lesión, se deben identificar las estructuras anatómicas a ambos lados de la lesión: mucosa vestibular en periné anterior, mucosa vaginal, MEA, músculos superficiales del periné (bulbocavernoso y transverso superficial periné), esfínter anal, piel perineal.

En la sutura de cualquier lesión perineal será importante una buena iluminación y visualización del campo, una apropiada asepsia (lavado, aplicación de clorhexidina acuosa y cambio de guantes), una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

a) Primer, Segundo Grado y Lesión Elevador Del Ano

El material de absorción rápida ha demostrado disminuir el tiempo de dolor perineal y la dispareunia a largo plazo.

Lesiones de 1º grado:

1. Las lesiones con bordes afrontados y que no presentan sangrado activo no será necesario suturarlas.
2. Las lesiones que presenten sangrado o cuyos bordes no estén bien afrontados serán tributarias de ser suturades con sutura sintética trenzada de absorción rápida de poligalactin 910, tipo Novosyn® Quick 3/0 aguja cilíndrica ½ HR26 punta cilíndrica, 70cm, o similar. La técnica de sutura será con puntos simples.

Lesiones de 2º grado (desgarros y episiotomías):

La sutura continua para la reparación perineal de 2º grado ha demostrado una reducción en el periodo de tiempo de dolor comparado con los métodos de sutura discontinua. Además, si la sutura continua se utiliza en todas las capas, la reducción en el dolor es todavía mayor.

Técnica de sutura: triple capa con sutura continua única: mucosa vaginal – musculatura superficial periné – piel perineal

Material de sutura: sutura sintética multifilamento trenzado de absorción rápida de ácido poliglicólico, tipo PGA Rapid (Aragó), de 2/0 con aguja cilíndrica en punta trócar de 37mm y 90cm de longitud; pudiendo utilizar la sutura sintética multifilamento trenzado de absorción rápida de ácido poliglicólico, tipo PGA Rapid (Aragó), del 0, con aguja cilíndrica en punta trócar de 40 mm y 90cm de longitud para desgarros más profundos (tras fórceps, si precisa)

En casos de antecedentes de rechazo / alergia a sutura de ác poliglicólico, se optará por sutura monofilamento absorbible. Actualmente disponemos de: PDO (Aragó) de 2/0 con aguja cilíndrica punta trocar de 37 mm y 70 cm.

Descripción de la técnica:

- **Sutura de mucosa vaginal:**

1. Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 0,5 – 1cm por encima de este ángulo.
2. Realizar una sutura continua sin cruzar desde el ángulo hasta anillo himenal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Solo se realizará una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.

3. Último punto, se dará a nivel de la mucosa vestibular una vez sobrepasado el anillo himenal. Insertar la aguja a nivel de la mucosa vestibular y extraerla alcanzado las fibras lesionadas más profundas del músculo bulbocavernoso.

- **Sutura de músculos perineales:** bulbocavernoso y transverso superficial periné:

4. Continuar con puntos continuos sin cruzar hasta el borde distal de la herida perineal, enfrentando las dos caras de la herida.

- **Sutura de piel:**

5. Volver hacia carúnculas himenales con sutura continua subcutánea / intradérmica. Al llegar a carúnculas, sobrepasarlas interiormente y anclar el nudo en mucosa vaginal.

Lesión Músculo Elevador del Ano:

Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al MEA. Se objetiva por la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa, procedente de la fosa isquiorectal, entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que la sutura de este es difícil. Pueden buscarse los cabos mediante pinzas atraumáticas (tipo Foester o Allis) e intentar unirse mediante puntos sueltos. El material de sutura a utilizar será sutura sintético multifilamento trenzado de absorción normal, del 2/0 o del 0. Actualmente disponemos de sutura sintética de absorción standard PDO (Aragó) de 2/0, con aguja cilíndrica del 2/0, con aguja cilíndrica de 37mm y 70cm de longitud.

Cuando hay desinserción del elevador, el extremo inferior se puede resuturar al arco tendíneo, que es similar a una cuerda (engrosamiento de la fascia del músculo obturador interno que actúa a modo de tendón), donde se inserta la porción ileococcígea del MEA. Al reconstruir el MEA, el tejido muscular queda superpuesto de nuevo sobre la grasa. Si no se localizan los extremos, la sutura puede no ser posible y no se recomienda dar puntos a ciegas.

Se recomienda registrar la sospecha de lesión en el informe de partos y en la historia obstétrica, pues la lesión del MEA es un criterio de derivación a la consulta perineal para control posparto.

b) Reparación De Desgarros De Tercer y Cuarto Grado

Se debe realizar, de forma sistemática, un **tacto rectal** con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. Durante esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo perineal del dedo índice permite una mejor exposición de la zona lesionada.

El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina, situada entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento agudo. Estas fibras son responsables del 75% del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser

visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno.

Preparación (Tabla 3):

- Se consideran lesiones contaminadas, por lo que antes de iniciar su reparación, debe asegurarse un **campo quirúrgico limpio** y con medidas de asepsia adecuadas, realizando lavados si es necesario.
- Conseguir una **buena relajación y analgesia** de la zona para poder suturar correctamente.
- Administrar una **PROFILAXIS ANTIBIÓTICA**: dosis única de **cefazolina 3g ev + metronidazol 500 mg ev**. Repetiremos la dosis de cefazolina (no del metronidazol) si la cirugía tiene una duración superior a 3h. En pacientes **alérgicas a penicilina**, administraremos dosis única de tigeciclina 100 mg ev + metronidazol 500 mg ev (independientemente de la duración del procedimiento no es necesario repetir dosis). Una vez realizada la sutura, y dado que son heridas profundas contaminadas, se mantendrá la pauta antibiótica durante 7 días con amoxicilina-clavulánico 875/125 cada 8 h (en caso de alergias, con ciprofloxacino 750 mg/12h vo + metronidazol 500 mg/8h vo) durante 7 días. Dicha pauta se aplicará tanto en lesiones de esfínter grado 3 como grado 4.
- Para la sutura de lesiones de esfínter se dispondrá en sala de partos de un kit específico con todo el instrumental necesario para su reparación (Tabla 3).
- La valoración y reparación de lesiones de 3º-4º grado será realizada por un médico, con participación activa del miembro entrenado más sénior del equipo de guardia.

Tabla 3: Reparación de desgarros perineales de 3º- 4º grado

<table>
<tr><td colspan="2">MEDIDAS GENERALES</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Reparación por el médico. Asesoramiento senior.
- Preparación del campo y medidas de asepsia: Tallas y guantes estériles, suero fisiológico o antiséptico (clorhexidina o povidona iodada) para lavados si se requieren.
- Analgesia adecuada y relajación
- Iluminación adecuada del campo
- Profilaxis antibiótica</td></tr>
<tr><td colspan="2">MATERIAL NECESARIO</td></tr>
<tr><td>- Pinza sin dientes
- 2 pinzas tipo Allis
- Tijeras Metzenbaum
- Tijeras Mayo
- Porta agujas corto
- 2 Mosquitos</td><td>- SUTURAS
• Esfínter anal: PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional (end-to-end o overlap)
• Mucosa rectal: Vicryl 3/0 convencional o PDS 3/0 submucosa continua o puntos sueltos.</td></tr>
</table>

Sutura mucosa rectal:

La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no Rapid) como primera elección, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Sutura de esfínter (Figura 1):

Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para identificar y aislar los extremos.

- Técnica de reparación:

- Esfínter interno: Cuando se identifica la lesión del **esfínter interno** se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional.
- Esfínter externo: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: **overlap** o bien ***end-to-end*** utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura. En lesiones de tipo 3a la técnica de elección sería el end-to-end. Para la técnica overlap puede usarse la regla nemotécnica “far-near-near-far” para proceder a la sutura.

Aunque los hilos monofilamentos (PDS) tienen un menor riesgo teórico de infección, no parece haber diferencias entre ambos tipos de hilos de sutura. Debe tenerse en cuenta que los hilos monofilamentos son de lenta absorción. En puntos muy superficiales, se recomienda cortar los cabos cortos y dejar el nudo lo más profundo posible para evitar la extrusión de la sutura a la superficie de la piel.

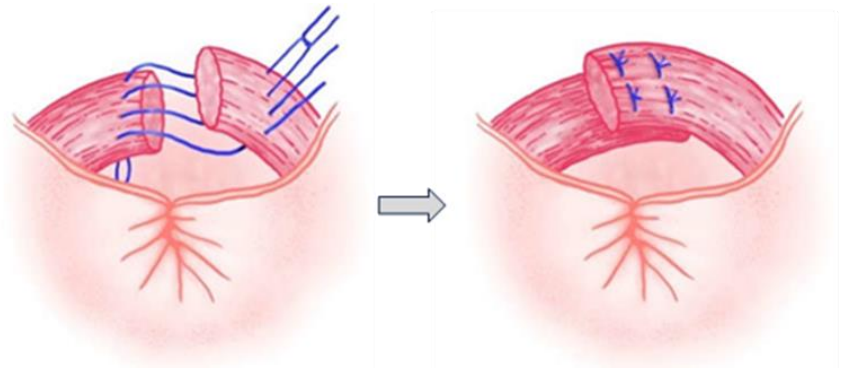
Al finalizar la sutura se comprobará mediante tacto rectal que no se hayan realizado suturas inadvertidas en la mucosa anal.

La sutura de mucosa vaginal, músculos perineales, y piel se realizará según las indicaciones anteriormente descritas.

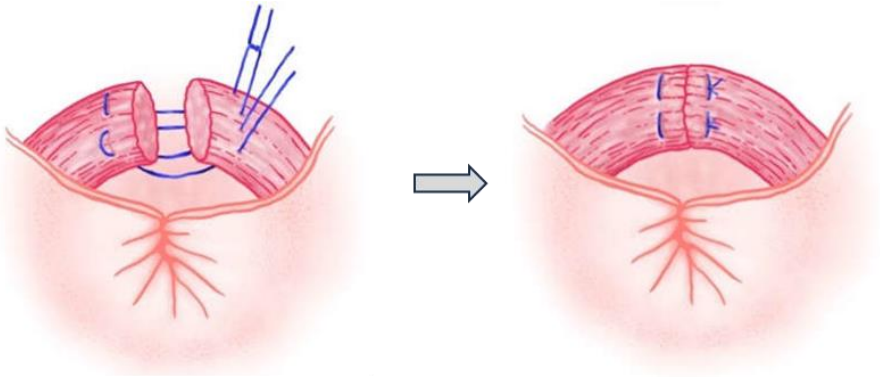
Figura 1: Técnicas de reparación de esfínter anal externo

Imagen de: *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. 2021 Jul 23;10(15):3261.*

- **TÉCNICA OVERLAP**



- **TÉCNICA END-TO-END**



5. TRATAMIENTO ANALGÉSICO LOCAL EN EL POSPARTO INMEDIATO

En pacientes con lesión de 2º grado, se recomendará:

Diclofenaco rectal, una dosis en el posparto inmediato (en pacientes alérgicas a AINES administrar paracetamol ev).

En pacientes con lesión de 3º grado, se recomendará:

Diclofenaco rectal + Bomba elastómera: 2 Enantyum, 1 Tramadol, 1 Ondansetrón / 100cc SF a 4ml/h + Enantyum ev

En pacientes con lesión de 4º grado, se recomendará:

Bomba elastómera: 2 Enantyum, 1 Tramadol, 1 Ondansetrón / 100cc SF a 4ml/h + Enantyum ev

Aplicación de hielo local en todas las puérperas con parto vaginal con o sin lesión perineal: se colocará protegido con gasas, no en contacto directo con la piel, durante 15-20 minutos de duración y cada 8 horas durante las 24-72h posparto.

6. MANEJO EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN

Durante el posparto, en la sala de hospitalización, se garantizará una buena cobertura analgésica, ya que un mal control del dolor se ha relacionado con disfunción de vaciado (revisar protocolo específico). En caso de presentar edema vulvar, se recomienda crioterapia local (durante 15-20 minutos de duración y cada 8 horas durante las 24-72h posparto).

Los **DESGARROS DE 1º Y 2º GRADO** suelen cicatrizar sin incidencias durante el posparto, aun así, se recomienda revisar el periné en la sala de hospitalización y derivar a la consulta perineal a aquellas pacientes con desgarros importantes o si presentan alguna complicación.

Los **DESGARROS DE 3º Y 4º GRADO** (OASIS) precisan tratamiento antibiótico profiláctico para disminuir el riesgo de infección y dehiscencia de la herida. Como se ha comentado previamente, el tratamiento antibiótico se iniciará vía endovenosa en sala de partos, en el momento de la reparación y se continuará vía oral en sala y posteriormente en domicilio con amoxicilina-clavulánico 875/125 cada 8 h (en caso de alergias, con ciprofloxacino 750 mg/12h vo + metronidazol 500 mg/8h vo) durante 7 días.

Además, en las pacientes con OASIS se recomienda el uso de laxantes osmóticos como la lactulosa (Duphalac®) o el lactitol (Emportal®) 1 cada 12-24 horas hasta asegurar una deposición correcta. No se recomiendan los laxantes formadores de bolo (ispagula, plantaben…). Puede aparecer flatulencia y cierto grado de incontinencia a gases relacionada con el uso de laxantes y no con la propia lesión de esfínter. Se recomienda informar a la paciente de este posible efecto adverso. Si es necesario puede administrarse Micralax® (pero debe colocarlo alguien de personal auxiliar o enfermería y no la propia paciente, para evitar lesiones accidentales). Debe asegurarse que se produce deposición en un término no superior a 5 días (aunque sea en domicilio). Si no es así, debe explorarse a la paciente para descartar impactación fecal. Al alta, se entregará el tríptico informativo [Anexo 4] a las pacientes con OASIS.

Al alta: se revisarán los factores de riesgo para derivar las pacientes a la consulta perineal (Tabla 4) y se preguntará, de forma oportunista, si ha sufrido incontinencia de orina diaria durante el embarazo. En caso afirmativo, también será derivada a la consulta perineal y se entregará el tríptico informativo [Anexo 4 y 5]

a) Dehiscencia de la Herida Perineal

La mayoría de las heridas perineales cicatrizan sin complicaciones. Pero en un 10-15% de los casos, las heridas sufren una dehiscencia de la sutura, definida como una separación >0,5cm de los bordes de la herida. Para garantizar una correcta cicatrización de dicha complicación se proponen las siguientes medidas:

- Si la herida muestra signos de infección, pero no hay compromiso del estado clínico del paciente se puede optar por un manejo ambulatorio y tratar con Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8h (si alergia ciprofloxacino 750 mg/12h vo + metronidazol 500 mg/8h vo) durante 7 días.
- En caso de absceso, malestar general, sospecha de sepsis, se ingresará a la paciente para tratamiento parenteral con piperacilina-tazobactam 4g/6h ev (en caso de alergias tigeciclina 100 mg única y posteriormente tigeciclina 50 mg/12h ev + metronidazol 500 mg/8h ev), al menos durante 48-72h. Se desescalará a antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico 875/125 cada 8 h o con antibiótico específico según antibiograma en función del resultado de los cultivos y la evolución clínica del paciente hasta completar 7 días de tratamiento.

- **Sutura de dehiscencia:**
  - Si plano muscular está afectado en todo el espesor del musculo bulbocavernoso y no signos de infección: se recomienda **re-suturar** (individualizar tratamiento y deseo de la puérpera). Se programará de forma electiva.
  - La profilaxis antibiótica para el procedimiento quirúrgico será cefazolina 3g ev + metronidazol 500 mg ev monodosis.
  - Procedimiento: Reavivar el tejido de la superficie dehiscente mediante resección de los bordes de la herida. La sutura se realizará por capas y utilizando un hilo de ácido poligligólico absorción standard del 2/0 o monofilamento (polidioxanona): Actualmente disponemos de: PDO (Aragó) de 2/0 con aguja cilíndrica punta trocar de 37 mm y 70 cm.del 2/0 :
    - **mucosa vaginal**: sutura continua sin cruzar desde el ángulo vaginal hasta carúnculas himenales.
    - disecar los **músculos perineales** de la piel si fuera necesario para liberar la tensión y luego suturarlos con sutura continua una o dos capas.
    - sutura de piel con puntos en U sutura de absorción standard del 2/0.
    - comprobación mediante tacto rectal integridad de mucosa rectal/anal.
- **Cierre por segunda intención:**
  - Lavado de la herida con abundante suero fisiológico. Aplicar antiséptico.
  - Retirar el material de sutura dehiscente bajo anestésico tópico (Lidocaína spray) y analgesia endovenosa (Enantyum 1amp ev, si alergia: Paracetamol 1g ev), si precisa.

- Recomendaciones al alta:
  - 2 lavados diarios (y después de defecar) con agua y/o jabón neutro, íntimo o similar.
  - recambio frecuente de compresas
  - entregar tríptico explicativo (Anexo 6)

b) Derivación durante el Posparto a la Consulta Perineal

Las pacientes candidatas a ser derivadas a la Consulta Perineal durante el posparto se identificarán en la sala de partos, sala de hospitalización, en urgencias o en la visita cuarentena (Tabla 4). Se solicitará:

- **Visita presencial a los 3-4 días posparto o desde Urgencias a los 3-4 días** (solicitud: 1ª visita enfermería, especificar en notas administrativas: STRIP). Al programar la visita, entregar el **tríptico informativo** cuidados dehiscencia herida perineal [Anexo 6]**:**
  - Evolución tórpida de lesión perineal: dehiscencia, hematoma, infección.

- **Visita presencial 8-10 semanas** (solicitud: 1ª visita enfermería, especificar en notas administrativas: matrona suelo pélvico). Al programar la visita, entregar el **tríptico informativo** de consulta suelo pélvico posparto [Anexo 4] y/o el de OASIS [Anexo 5] cuando proceda**:**
  - Cicatrices dolorosas / dispareunia.
  - **Primípara con parto de macrosoma** (peso neonato > 4000 g)
  - **Parto instrumentado** (espátula, ventosa o fórceps)
  - Desgarro con **afectación del MEA**
  - **Desgarro 3º y 4º grado (OASIS),** en parto actual o anteriores (Solicitud: Pruebas/Perfiles/Ecografies/Ecografies Ginecologia HCP/Ecografia uroginecológica – especificar: pack posparto completo).

En **HSJD** se solicitará visita en la Unidad de Uroginecología y se derivará a Seu Villarroel a aquellas pacientes con lesión del MEA o OASIS para realizar ecografía uroginecológica a los 6 meses posparto, o antes si presentan clínica importante. Del mismo modo, se presentarán en Comité de Suelo Pélvico aquellos casos que precisen derivación a Seu Villarroel para poder ser valoradas.

Tabla 4: Criterios de derivación durante el posparto a la Consulta Perineal (Matrona – Ginecólogo – Fisioterapeuta)

POSPARTO	Al Alta	Sala Hospitalización	**Entregar trípticos informativos: consulta perineal o OASI**			
	1ª sem PP	Sala Hospitalización Urgencias ASSIR	**Complicaciones cicatrización:** **- Dehiscencias** **-Infección** **- Hematoma +++/+++**	Presencial **Matrona HCM**	Valoración proceso cicatrización y dolor	
	8ª -10ª sem	Sala Hospitalización Visita cuarentena	**Primíparas con RN>4000g** **Instumentados (Forceps o Vacuum)** **Lesiones Músculo Elevador Ano** **Lesiones esfínter anal** **IU o IA habitual durante embarazo** **Cicatriz dolorosa / dispareunia**	Presencial **Matrona HCM**	Valoración cicatriz perineal Valoración suelo pélvico: Cuestionarios IU, IA + PERFECT Valoración dispareunia Plan recuperación tono y fuerza suelo pélvico y mejoría síntomas DSP	
	6 meses	Sala Hospitalización Consulta Perineal HCM	**Lesión esfínter anal** **Lesión MEA** **Si síntomas +++: derivar <6m**	Presencial **HC Villarroel Gine - Fisio**	Ecografía Uroginecológica	Asintomática Eco normal → ALTA (instrucciones) Asintomática Lesión eco → RHB, info, ALTA (instruciones) Síntomas Incont. Fecal (con o sin lesión eco) → RHB, manometría, coloproctología

7. SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA PERINEAL

En Anexo 7 se ofrece un resumen de todos los criterios de derivación a la Consulta Perineal

a) Sede Maternitat (HCM) – Matrona

<u>Primera visita y sucesivas:</u>

- Valoración del periné (cicatrización de la herida perineal y seguimiento hasta su completa cicatrización)
- valoración síntomas de DSP mediante interrogatorio abierto y entrega de cuestionarios de síntomas específicos.
- exploración pélvica dirigida, incluyendo la valoración de la función muscular del MEA y esfínter anal.

Según los hallazgos, se darán recomendaciones sobre el cuidado de la herida perineal, y una pauta de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico siguiendo fórmula PERFECT. Se realizará seguimiento hasta *testing* muscular medio (Oxford 3) y asintomática

Paciente con sintomatología persistente, dispareunia *de novo* y/o *testing* muscular muy bajo (Oxford 0/1) a los 6 meses posparto, se derivará a la sede Villarroel. En los casos con sintomatología relevante, se valorará adelantar la visita a la sede Villarroel.

b) Sede Villarroel (HCB) – Ginecólogo y Fisioterapeuta

<u>Primera visita y sucesivas:</u>

En el dispensario de ecografía uroginecológica, se repetirán la anamnesis y los cuestionarios, la exploración física, y se realizará una ecografía uroginecológica (valoración de uretra, MEA y esfínter

anal). Se informará a la paciente de los hallazgos, se darán recomendaciones sobre los factores de riesgo de DSP y los factores protectores, y será visitada por la fisioterapeuta de suelo pélvico. Se realizará una valoración muscular, del dolor pélvico posparto y funcional de cavidad abdominopélvica. Según los hallazgos, se indicará entrenamiento de la musculatura de suelo pélvico (EMSP) supervisado (con o sin electroestimulación), y/o tratamiento de la cicatriz o del eventual síndrome miofascial asociado en casos de dolor persistente.

Las pacientes con síntomas de IA persistentes tras el EMSP, con lesiones ecográficas de esfínter anal externo (no cicatrices) y/o que afecten al esfínter anal interno o la mucosa rectal (3c y 4), se derivarán a la unidad de motilidad digestiva para visita y estudio manométrico anal. La mayor parte de estas pacientes podrán beneficiarse del tratamiento conservador con *biofeedback* anal. Sólo un número muy limitado de pacientes precisarán una reparación secundaria del esfínter.

Las mujeres con síntomas de IU persistentes al año del parto que no hayan respondido a EMSP, se remitirán al dispensario de uroginecología para valorar la realización de un estudio urodinámico.

8. CONDUCTA EN EL SIGUIENTE EMBARAZO / PARTO DE MUJERES CON DESGARROS EN EL ESFÍNTER ANAL

a) Vía del Parto

Las pacientes con **desgarros del MEA** podrán optar a parto **vaginal**, dado que existe un aumento del área del hiato urogenital que facilita un segundo parto por vía vaginal.

Todas las pacientes con **antecedentes de OASIS** requieren un asesoramiento personalizado sobre la vía del parto en un siguiente embarazo. Para ello, deberán ser citadas durante la siguiente gestación, en la consulta perineal, a las 32-33w (solicitud: 1ª visita enfermería, especificar en notas administrativas: matrona suelo pélvico):

- Consulta perineal Sede Maternidad: mujeres asintomáticas, sin lesión residual ecográfica (esfínter intacto o cicatriz del esfínter anal externo)
- Consulta perineal Sede Villarroel:
  - pacientes con lesiones en el esfínter anal externo
  - cualquier afectación del esfínter interno
  - aparición o empeoramiento de los síntomas de IA
  - mujeres que no tengan ecografía del complejo esfinteriano anal tras el 1º OASIS (con petición de ecografía + visita).

- RECOMENDACIONES VÍA DEL PARTO:

- Indicación de Cesárea electiva: siempre que se haya realizado una reparación secundaria del esfínter (única contraindicación del parto vaginal).

- Opción de parto vaginal:

Se informará a las mujeres que el mayor riesgo de desgarro perineal de alto grado (3º o 4º grado) ocurre en el primer parto. Y que, en un siguiente parto vaginal tras OASIS previo, existe un riesgo aumentado x3-6 de nueva lesión esfinteriana; en caso de producirse, el riesgo de IA incrementa 1.5-2 veces a corto y largo plazo. La cesárea electiva evita la posibilidad de un nuevo desgarro pero NO protege de la aparición de IA a largo plazo (otros factores como edad, obesidad, depresión u otras enfermedades concomitantes, cirugía ano-rectal, etc...tienen una fuerte influencia).

La valoración de la vía del parto (parto vaginal *vs* cesárea electiva) tendrá en cuenta los siguientes factores:

- Síntomas de IA persistentes, sobre todo moderados-severos (Wexner >9 / St Mark's>8)
- Subtipo de OASIS: el riesgo de nueva lesión y de síntomas de IA es superior en mujeres con OASIS de alto grado (3c y 4) comparado con OASIS de bajo grado (3a y 3b)
- Resultado de la ecografía del complejo esfinteriano anal: tras un OASIS, podemos encontrar un esfínter íntegro en la ecografía (6-30% de sobrediagnóstico intraparto); una cicatriz residual (ángulo <30º en la ecografía endoanal); o una lesión residual en cualquiera de los dos esfínteres (ángulo >30º). Las mujeres con lesiones residuales tienen más riesgo de complicaciones que las mujeres con esfínter intacto o cicatrices.
- Resultado de la manometría anorrectal, en caso de haber sido indicada (en mujeres con síntomas persistentes, lesión residual del esfínter externo, o cualquier lesión o cicatriz del esfínter interno): cualquier resultado manométrico anormal incrementa el riesgo de IA (controvertido).
- Otros factores de riesgo de DSP: la edad materna y el peso fetal estimado deberán también ser considerados al aconsejar sobre la vía del parto.

El necesario describir en el curso clínico las recomendaciones sobre la vía del parto, las preferencias de la paciente y la decisión final tras balancear riesgo/beneficio de parto vaginal vs cesárea.

Independientemente de la vía del parto que se proponga, es necesario:

- Citar a la paciente a las 32–33 semanas de gestación en la consulta perineal (sede Maternidad) para confirmar eco SP previa y valorar sintomatología (o solicitar eco si no dispone de ella) y realizar conjuntamente el plan de parto e iniciar la primera sesión de masaje perineal. En las visitas de seguimiento en la consulta, se ofrecerá a la gestante realizar una maniobra de Hamilton a la semana 39, e inducir el parto cuando el PFE>4000g >p97.

- Seguimiento en consulta perineal a las 8-10 semanas posparto (sede Maternidad) para valoración de síntomas (si parto vaginal, se realizará un nuevo seguimiento a los 6 meses en la sede Villarroel para nuevo control ecográfico del esfínter tras el parto).

b) Recomendaciones Intraparto

En caso de decidir un parto vaginal, recordar INTRAPARTO:

- Evitar la práctica de un parto instrumentado en la medida de lo posible. Si necesario, priorizar vacuum vs fórceps.
- Considerar indicación de cesárea en curso de parto, si pronóstico de parto difícil o instrumentado.
- Recordar maniobras de protección perineal, y si episiotomía, recordar medio-lateral a 60º.
- El parto deberá ser asistido y/o supervisado por personal sénior

Responsables del protocolo:	Servei Medicina Maternofetal: M López, T.Cobo, S Gómez, M Palacio, M Manresa Servei Ginecologia: C Ros, C. Box, E Bataller, S. Anglès, S. Escura, M. Espuña HSJD: R. Pascal, Ll.Amat
Fecha del protocolo y actualizaciones:	15/5/2006, 18/2/2008, 6/4/2010, 16/10/14, 13/3/18
Última actualización:	22/05/2024
Próxima actualización:	22/05/2028
Código Hospital Clínic:	MMF-31-2007
Código Sant Joan de Déu:	A-GIN-PC-0003-05

9. ANEXOS

Anexo 1. Encuesta factores de riesgo DSP durante la gestación

Anexo 2. Documentos informativos sobre disfunciones de suelo pélvico

Anexo 3. Documento sobre ejercicios del suelo pélvico y masaje perineal

Anexo 4. Tríptico consulta suelo pélvico posparto

Anexo 5. Tríptico OASIS

Anexo 6. Cuidados de la herida perineal

Anexo 7. Resumen Criterios de derivación para la Consulta Perineal

a) Anexo 1. Encuesta factores de riesgo DSP durante la gestación

Riesgo de disfunción de suelo pélvico durante embarazo

¿Estás embarazada y quieres conocer si tienes riesgo de disfunción de suelo pélvico?Desde el servicio de Ginecología y Medicina Maternofetal del Hospital Clínic de Barcelona, queremos detectar a las mujeres embarazadas entre las 24 y 37 semanas que tienen riesgo de sufrir algún problema relacionado conel suelo pélvico, conla finalidad de ayudar a prevenirlas y reducirlas.

Contesta las siguientes preguntas y, en caso de que detectemos algún factod de riesgo, recibirás una cita telefónica para darte información y recomendaciones personalizadas para proteger tu suelo pévico.

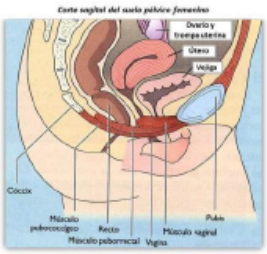
Nombre y Apellidos	_____
Teléfono contacto	_____
Número de Historia Clínica (si la conoce)	_____
Edad	_____
Semanas de gestación	_____
¿Cuánto mides de altura? (en centímetros)	_____
¿Cuánto pesabas antes de quedarte embarazada? (en kilogramos)	_____
IMC	_____
¿Tienes pérdidas de orina relacionadas con la actividad física, al toser, estornudar o cuando sientes necesidad urgente de ir a orinar?	◯ No ◯ Sí
¿Con qué frecuencia pierdes orina?	◯ Nunca ◯ Una vez a la semana o menos ◯ Dos o tres veces por semana ◯ Una vez al día ◯ Varias veces al día ◯ Continuamente
Nos gustaría saber tu impresión acerca de la cantidad de orina que crees que se te escapa habitualmente, tanto si llevas protección como si no:	◯ No se me escapa nunca ◯ Muy poca cantidad ◯ Una cantidad moderada ◯ Mucha cantidad

Estos escapes de orina que tienes ¿cuánto te afectan a tu vida diaria? Por favor, marca un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho)	◯ 0 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10
Habitualmente, ¿se te escapan gases sin poder controlarlos?	◯ No ◯ Sí
¿Tienes pérdidas involuntarias de heces (sólidas o líquidas)?	◯ No ◯ Sí
En un parto anterior, ¿tuviste un desgarro en el esfínter anal?	◯ No ◯ Sí ◯ No lo sé
¿Tu madre o hermana(s) sufren de incontinencia o prolapso?	◯ No ◯ Sí ◯ No lo sé

b) Anexo 2. Documentos informativos sobre disfunciones de suelo pélvico

Detección precoz de disfunciones del suelo pélvico durante el embarazo: información que debes saber

Desde el *Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatología* del Hospital Clínic de Barcelona, queremos informar a todas las embarazadas sobre las posibles disfunciones del suelo pélvico que pueden ocurrir durante el embarazo, el parto y en el posparto inmediato, pero también pasadas semanas, meses o años, para así ayudar con la prevención y reducción de las mismas.



¿Qué es el suelo pélvico?

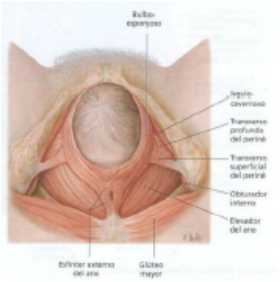
El suelo pélvico es un conjunto de tejido muscular y conectivo que se encuentra en la base de la pelvis, es decir, que cierra la pelvis por debajo. Entre sus funciones destacan: sostener las vísceras de la pelvis (vejiga, útero y recto), asegurar la continencia urinaria y anal, y permitir la función sexual.

¿Qué tipo de disfunciones del suelo pélvico conocemos?

Entre éstas destacan: la **incontinencia urinaria** (que es con diferencial, la más frecuente), **el prolapso genital** (aparición de bulto en la vagina como consecuencia del descenso de la vejiga, útero o recto), la **incontinencia a gases o heces** o **disfunciones sexuales** (dolor durante las relaciones sexuales debido al tejido cicatricial del periné o a contracturas en la musculatura pélvica).

¿Qué causa las disfunciones del suelo pélvico?

Las disfunciones del suelo pélvico se producen por lesiones del suelo pélvico que ocurren cuando se producen daños en la musculatura, nervios u otros tejidos que afectan a su funcionamiento y conducen a la debilidad del mismo.



El parto vaginal (espontáneo o instrumentado), aunque es la vía de parto más fisiológica y con menor riesgo materno, es el principal factor de riesgo de lesión del suelo pélvico. El primer parto tiende a asociarse a un mayor riego de lesiones. Las lesiones pueden producirse por un efecto mecánico (por la compresión de la cabeza del bebé sobre el tejido muscular y conectivo), por una lesión nerviosa (por compresión sobre nervios) y están favorecidas por factores indirectos; como los cambios hormonales propios del embarazo (relaxina y oxitocina) que cambian la textura y resistencia de los tejidos, o las propias características del tejido.

¿Qué factores favorecen el riesgo de padecer disfunciones del suelo pélvico?

Existen diversos factores que incrementan el riesgo de padecer disfunciones de suelo pélvico. Algunos no se pueden modificar ni prevenir, como los cambios hormonales que se producen durante el embarazo o la calidad del tejido conectivo de la gestante. Otros, en cambio, pueden ser evitados o podemos minimizar el impacto. La reducción del riesgo está dirigida en **identificar y abordar los factores que pueden ser modificados** sin arriesgar el embarazo ni el parto.

Servei de Medicina Maternofetal i Servei de Ginecologia
Institut Clínic de Ginecología , Obstetrícia i Neonatologia
Hospital Clínic de Barcelona

1/2

Los principales factores de riesgo de disfunciones de suelo pélvico que podemos identificar durante la gestación y en el posparto son:

- Primer parto vaginal (no modificable)
- Edad materna avanzada (no modificable)
- Antecedente familiar de primer grado de disfunción de suelo pélvico (no modificable)
- Índice de masa corporal por encima de lo recomendado o ganancia excesiva de peso durante la gestación (modificable)
- Peso del recién nacido por encima de los 4 kg (no modificable)
- Distocia de hombros: que el hombro del bebé se quede atascado detrás del pubis de la gestante en el momento del expulsivo (no modificable)
- Posición de la cabeza fetal en occipito-posterior en el momento del expulsivo (no modificable)
- Lesión sobre el esfínter anal previa en un parto anterior (no modificable)
- Segunda fase de trabajo de parto (fase expulsiva) prolongada (modificable)
- Parto instrumentado (con fórceps, espátula, ventosa) (modificable)

¿Cómo podemos reducir o evitar la lesión de suelo pélvico durante el parto?

Te sugerimos una serie de recomendaciones que podrían ayudarte a reducir el riesgo de lesión de suelo pélvico:

- Si sufres sobrepeso, reducir el peso antes o durante el embarazo para lograr un índice de masa corporal recomendado.
- Realizar ejercicios de suelo pélvico (de Kegel) antes, durante y después del embarazo.
- Realizar masaje perineal a partir del 3º trimestre para preparar tus tejidos de cara al parto.
- Optar por un parto con un expulsivo controlado y protección perineal.

Por otro lado, queremos informarte de que el equipo de profesionales que atiendan tu parto tendrá en cuenta tu riesgo de disfunción de suelo pélvico y adoptarán las medidas que consideren necesarias para disminuir el riesgo de lesión de suelo pélvico, entre las que destacan:

- Realizar protección perineal durante el parto, ejerciendo con sus manos soporte sobre tu periné para protegerlo y reducir la tensión sobre el mismo, disminuyendo así el riesgo de lesiones en el momento de la salida del bebé.
- De forma selectiva, si es necesaria, realizar una episiotomía medio-lateral para evitar desgarros severos.
- Evitar que el expulsivo del bebé se alargue excesivamente no realizar pujos durante un periodo de tiempo muy prolongado.
- Realizar una exploración vaginal, perineal y rectal tras el parto para identificar y reparar las posibles lesiones.

¿Qué seguimiento haremos después del parto?

En la mayoría de los casos, el riesgo de disfunción puede ser tratado y revertido si se detecta y se aborda con recomendaciones específicas. En el caso de que detectemos un riesgo elevado de disfunción de suelo pélvico (ya sea por presentar factores de riesgo antes mencionados, por síntomas significativos o por desgarros obstétricos de alto grado), te remitiremos a nuestra **Clínica Perineal**. Está formada por un equipo multidisciplinar que valorará tus síntomas, te explorará, y en caso necesario, te propondrá un tratamiento basado, fundamentalmente, en medidas conservadoras (entrenamiento de la musculatura de suelo pélvico supervisado por un fisioterapeuta), tratamiento de cicatrices dolorosas o contracturas o utilización de dispositivos.

En los casos en que los síntomas no mejoren lo suficiente durante el primer año posparto, te seguiremos en la Unidad de Uroginecología, con el objetivo de poner en marcha un tratamiento específico de acuerdo con la disfunción diagnosticada y el deseo de la mujer de ser tratada.

c) Anexo 3. Documento sobre ejercicios del suelo pélvico y masaje perineal

Cómo prevenir las lesiones perineales y la incontinencia urinaria durante embarazo, parto y posparto

Ejercicios de Suelo Pélvico (Kegel)

Masaje perineal

↓ episiotomía
↑ periné sin lesión
↓ lesión esfínter anal
↓ dolor perineal posparto
↓ necesidad analgesia posparto
↓ incontinencia urinaria en embarazo y posparto

Clínic Barcelona

BCNATAL

Ejercicios Musculatura del Suelo Pélvico

El suelo pélvico está formado por un conjunto de músculos que sostienen la vejiga, el útero y el recto y aseguran la continencia urinaria, de gases y heces. El embarazo y el parto producirán una distensión de estas fibras. Los ejercicios ayudan a mantener la función de estos músculos.

¿Cómo hacerlos? Contrae los músculos que rodean la uretra, la vagina y el ano a la vez. Imagina que tienes una 'bola' en la vagina que se resbala y quieres mantenerla dentro. No contraigas ni los glúteos, ni el abdomen, ni las piernas. Realízalos con la vejiga vacía.

¿Cuándo? Repite 3 veces al día estos ejercicios:

¡Empieza a hacerlos cuanto antes!

Masaje perineal

Masaje que se realiza en el periné y entrada de la vagina para conseguir mayor elasticidad a la piel y musculatura perineal.

¿Cómo hacerlo?

1.- Introduce tu dedo en la vagina unos 3-4cm.

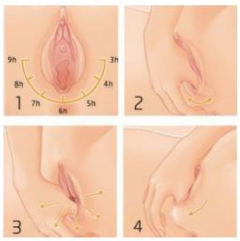
2.- Imagina que la entrada de la vagina es como una esfera de reloj.

3.– Presiona cada uno de los puntos horarios (desde las 4 hasta las 8), hasta que notes un 'quemazón', y mantén esta presión durante unos segundos.

4.– Desplaza tu dedo, ejerciendo presión, a lo largo de esta zona.

Puedes ayudarte utilizando aceite de almendras dulces, de rosa de mosqueta etc..

¿Cuándo? Realízalo mínimo 4-5 veces/semana

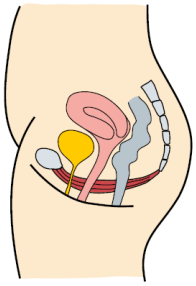


¡Empieza a las 35 semanas de gestación!

d) Anexo 4. Tríptico consulta suelo pélvico posparto

Consulta de suelo pélvico posparto

Información para pacientes, familiares o cuidadores



Servicio de Ginecología
Servicio de Medicina Maternofetal
Instituto Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON)

CLÍNIC BARCELONA Hospital Universitari

PRESENTACIÓN

Le damos la bienvenida a nuestro centro.

En este folleto encontrará información sobre el suelo pélvico y las posibles disfunciones tras el parto. Léalo atentamente y consúltenos cualquier duda que pueda tener.

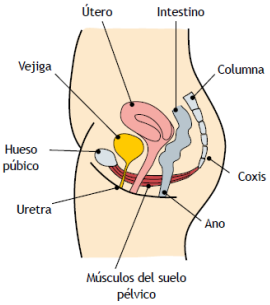
Gracias por confiar en nosotros.

EL SUELO PÉLVICO

Es el conjunto de estructuras musculares, con sus fascias (redes de tejido conectivo) y ligamentos, que están fijadas a los huesos y que constituyen la pelvis.

Estas estructuras se encargan de:

- Sostener los órganos pélvicos (vejiga urinaria, uretra, útero, vagina, recto y ano).
- Garantizar la continencia (urinaria y fecal) y permitir la micción y la defecación.
- Facilitar y permitir el coito y dar sensibilidad a las relaciones sexuales.
- Ayudar en el momento del parto.



DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

Embarazo y parto son los principales factores de riesgo para una disfunción del suelo pélvico: durante el embarazo aumenta la presión sobre esta zona y en el parto los músculos, nervios y ligamentos se estiran. Otros factores de riesgo son la obesidad, la tos crónica o la edad.

Las disfunciones del suelo pélvico pueden provocar pérdidas de orina (incontinencia urinaria), escapes de heces o gases (incontinencia anal), descenso de órganos (prolapso) o dolor durante las relaciones sexuales.

El suelo pélvico mejora por sí solo a los 6 meses del parto, pero en ocasiones estas disfunciones pueden volverse permanentes si no se tratan.

LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO

En la consulta valoramos la fuerza del suelo pélvico para detectar posibles lesiones, comprobamos la correcta cicatrización de las heridas perineales y evaluamos las posibles disfunciones. La visita suele ser a los 3 meses del parto, aproximadamente. Alguna visita puede ser telefónica.

Atendemos a mujeres que tienen o han tenido:

- Incontinencia, previa o durante el embarazo.
- Problemas con la cicatrización de la herida perineal.
- Un parto instrumentalizado.
- Un recién nacido de 4 kilos o más.
- Lesión del esfínter anal.

Servicio de Ginecología - Servicio de Medicina Maternofetal (ICGON)
Tel. visitas y cambio de visitas: 93 227 56 01.
Horario: de 8 a 19 h, de lunes a viernes.
Correo electrónico: suelopelvicoposparto@clinic.cat

Autoría:
Margarita Manresa, Anna Flotats, Margarita Rodríguez, Cristina Ros, Sònia Anglès, Marta López.

Servicio de Ginecología
Servicio de Medicina Maternofetal
Instituto Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON)

© Hospital Clínic de Barcelona, 2021
Tel.: 93 227 54 00

Versión 1

www.clinicbarcelona.org

Estos materiales se han confeccionado siguiendo las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Información y Educación Terapéutica (GTIET) para la elaboración de materiales dirigidos a pacientes, familiares o cuidadores.

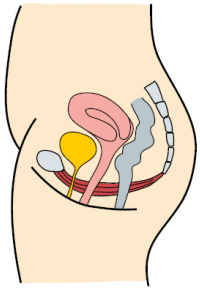
Ref. 20200025

CLÍNIC BARCELONA Hospital Universitari

e) Anexo 5. Tríptico OASIS

Lesión anal posparto

Información para pacientes, familiares o cuidadores



Servicio de Ginecología
Servicio de Medicina Maternofetal
Instituto Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON)

Clínic Barcelona

PRESENTACIÓN

Le damos la bienvenida a nuestro centro.

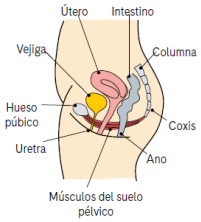
En este folleto le ofrecemos información sobre la lesión anal. Léalo atentamente y consúltenos cualquier duda que pueda tener.

Gracias por confiar en nosotros.

LESIÓN EN EL ESFÍNTER ANAL

El esfínter anal es la musculatura que hay alrededor del orificio del ano. Está formado por dos músculos en forma de anillo, uno interno y otro externo, que se encargan de mantener la continencia correcta de gases y heces para que no se escapen de forma involuntaria.

Esta musculatura se puede lesionar hasta en un 5 % de los partos. En la mayoría de los casos, la evolución es buena.



INDICACIONES

Hasta el final de la cuarentena, le recomendamos seguir estas indicaciones:

- Tómese los antiinflamatorios que le haya indicado el equipo médico para el dolor. Puede tomarlos durante la lactancia materna.
- Si le han prescrito un antibiótico, tómelo durante el tiempo indicado.

- Tome laxantes suaves para facilitar la defecación (tipo plantago ovata o lactitol).
- Lávese la zona cada día, y también después de cada deposición, con jabón neutro.
- Siga una dieta rica en fibra: kiwis, vegetales de hoja verde, zumo de naranja, cereales integrales, linaza, etc. Beba 2 litros de líquido al día.

CONTROLES

Durante el primer año tras el parto, le realizaremos unos controles específicos con un equipo especializado en suelo pélvico posparto. La primera visita será a a las 8 semanas, aproximadamente. En los controles, valoraremos:

- La cicatrización de la herida.
- Los síntomas y el tratamiento, si precisa.
- El tono del suelo pélvico y la rehabilitación personalizada.

Aproximadamente 6 meses después del parto, le realizaremos una ecografía del esfínter anal para valorar su estado.

CONTACTO

Servicio de Ginecología - Servicio de Medicina Maternofetal (ICGON)
Sede Maternitat
Calle Sabino Arana, 1
08028 Barcelona

Tel. Visitas y cambio de visitas: 93 227 56 01.
Horario: de 8 a 19 h, de lunes a viernes.
Correo electrónico: suelopelvicopospart@clinic.cat.

Autoría:
Margarita Manresa, Anna Flotats, Margarita Rodríguez, Cristina Ros, Sònia Anglès, Marta López.

Servicio de Ginecología
Servicio de Medicina Maternofetal
Instituto Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON)

© Hospital Clínic de Barcelona, 2023
Tel.: 93 227 54 00

Versión 2

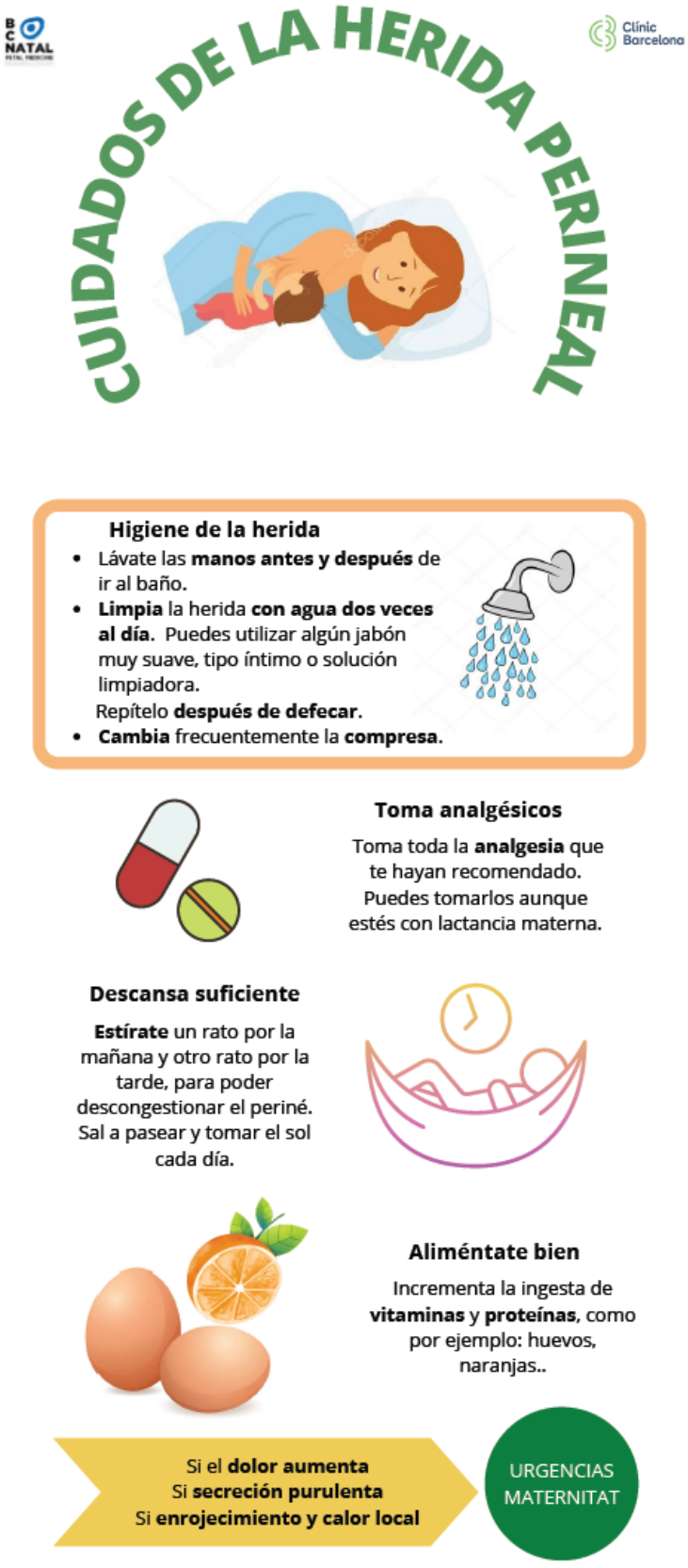
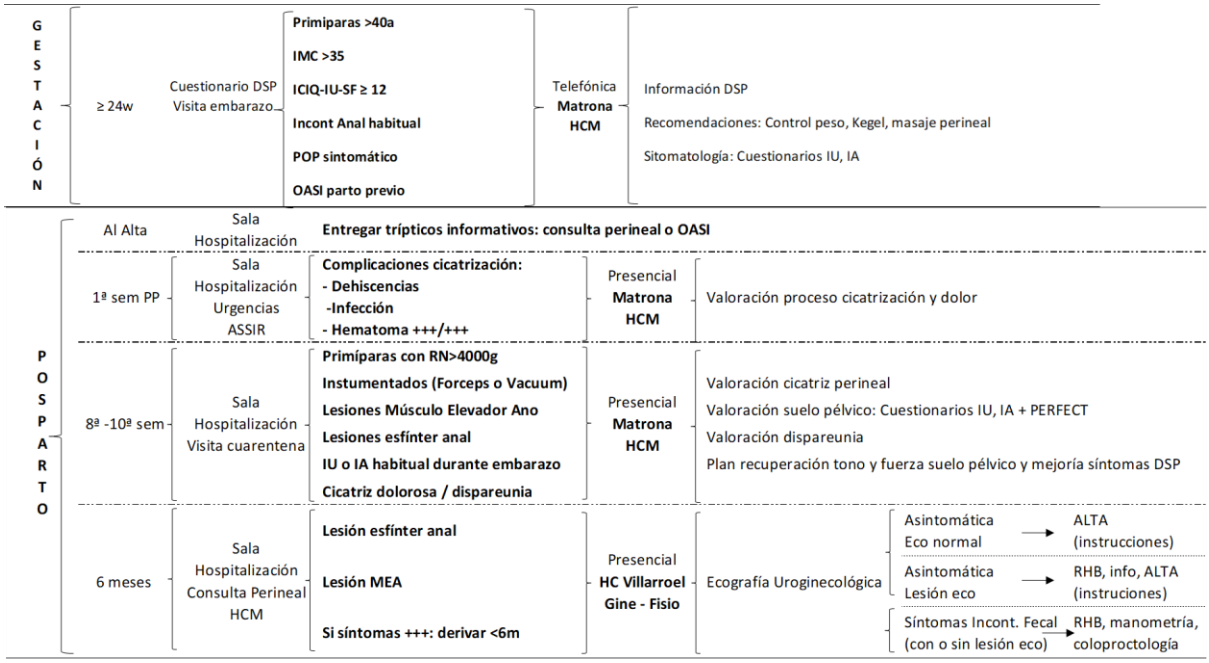
www.clinicbarcelona.org

Estos materiales se han confeccionado siguiendo las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Información y Educación Terapéutica (GTIET) para la elaboración de materiales dirigidos a pacientes, familiares o cuidadores.

Ref: 20230070

Clínic Barcelona

f) Anexo 6. Cuidados de la herida perineal



g) Anexo 7. Criterios de derivación para la Consulta Perineal