

SESSIÓ CIENTÍFICA

PREVENCIÓ DE LA INCONTINÈNCIA ANAL EN LA DONA. ABORDATGE DEL PART DESPRÉS D'UNA LESIÓ DE L'ESFÍNTER ANAL.

MARTINEZ i FRANCO, Eva

Presidenta Secció Sol Pelvià-Societat Catalana Obstetrícia
i Ginecologia

ESPUÑA i PONS, Montserrat

Acadèmica Numerària

Les disfuncions del sòl pelvià tenen un gran impacte en la salut de la dona.

Aquestes contemplen una gran diversitat de símptomes: incontinença urinària, prolapse genital, incontinença anal, disfuncions sexuals o dolor pelvià crònic.

La seva etiologia és multifactorial, però l'embaràs i el part vaginal són els factors més importants.

L'embaràs en sí genera una sèrie de canvis anatòmics i funcionals en la pelvis de la gestant, per permetre el creixement fetal i el seu naixement a través de la vagina i la vulva, i que són secundaris a l'augment del volum i pes de l'úter i el fetus i dels nivells hormonals de relaxina, progesterona i estrògens.

Però és durant el part el moment que més pot condicionar les lesions de les estructures del sòl pelvià, bé per la sobredistensió o bé pel seu trencament en el moment del pas fetal.

El traumatisme perineal pot resultar en lesions que van des de laceracions menors fins a estrips severes que involucren la musculatura del sòl pelvià (elevador de l'anús), l'esfínter anal i/o la mucosa rectal i que poden condicionar l'aparició de disfuncions del sòl pelvià.

Aquestes lesions poden tenir repercussions físiques i emocionals significatives per a la dona, que van des del dolor agut fins a dificultats en el control de l'anús o la vagina, i poden afectar la seva qualitat de vida tant a curt com a llarg termini.

La prevenció d'aquest tipus de traumatisme és una àrea d'interès clau per a professionals de la salut, ja que pot minimitzar les complicacions físiques i emocionals associades.

Les estratègies de prevenció han d'incloure maniobres de prevenció primària per evitar-ne l'aparició com maniobres de prevenció secundària per evitar l'aparició de símptomes un cop la lesió ja s'ha produït.

En relació a la prevenció primària existeixen diferents aspectes a tenir en compte (1):

Massatge Perineal: Practicat des de la setmana 34, té com a objectiu augmentar l'elasticitat i distensibilitat del perineu. Està demostrat que disminueix la incidència de lesions perineals lleus, episiotomia i lesions obstètriques de l'esfínter anal

Posició materna Durant el Part: No hi ha evidència que cap posició sigui millor que les altres. Totes tenen avantatges i inconvenients, per tant es recomana que cada persona pareixi en la posició que estigui més còmode. Ara bé, per evitar el traumatisme perineal, la posició del part ha de permetre al professional que l'assisteix una correcta visualització i protecció del perineu.

Maniobres de protecció perineal durant l'expulsiu: Tenen com a objectiu disminuir la tensió en la zona central del perineu, que és la que major distensió horitzontal pateix en el moment del pas fetal, fins a 4 vegades la seva longitud en repòs. Està demostrat que disminueix la incidència de lesions perineals lleus, episiotomia i lesions obstètriques de l'esfínter anal.

Massatge i Aplicació de Calor Local Durant l'Expulsió: L'aplicació de compreses calentes al perineu durant la segona fase del part, pot augmentar la flexibilitat dels teixits, disminuint la tensió i, per tant, el risc de lesió perineal, tot i que l'evidència científica actual és limitada.

Tècniques d'Episiotomia: L'episiotomia en l'assistència al part, no ha de ser una pràctica sistemàtica. El principal concepte respecte a l'episiotomia i la seva relació amb les lesions perineals severes, és l'angle respecte la vertical en què es realitza.

Està demostrat que per cada 6 graus que ens allunyem de la vertical, disminuïm el risc de lesió esfinteriana en un 50% (2), a més també sabem que l'angle que té l'episiotomia en el moment en què la realitzem, amb el cap fetal coronant, és diferent de l'angle de la cicatriu en repòs.

Per tant, per disminuir el risc de lesions perineals severes, aquesta ha de ser mediolateral a 60 graus respecte la vertical.

La prevenció secundària ha d'incloure el seguiment i la rehabilitació postpart.

A més de l'aspecte físic, aquestes lesions poden tenir un impacte emocional que pot necessitar temps. És important proporcionar suport tant mèdic com psicològic a les dones que experimenten aquestes lesions obstètriques.

La rehabilitació, per la seva banda, ha demostrat ser efectiva per la prevenció dels símptomes de incontinència urinària i anal.

Les lesions obstètriques de l'esfínter anal són lesions perineals severes que afecten el complexe esfinterià anal i que es poden produir durant qualsevol tipus de part, inclús aquells que d'entrada ens semblen més fàcils.

La seva incidència oscil·la, segons la literatura, entre el 0,5 i el 11% (3), tot i que algunes sèries pot arribar al 20-30% ja que algunes d'elles poden passar desapercebudes en el moment que es produeixen.

Perquè ens fem una idea en xifres, entre els anys 2018-2022 es van registrar un total de 204.869 nai-

xements de 45 centres de salut públics i concertats de Catalunya: 136.914 parts eutòcics, 23.642 parts instrumentats i 44.313 cesàries. La incidència registrada de lesions obstètriques de l'esfínter anal en aquest període va ser del 4,87% (0,7% en parts normals i 4,11% en parts instrumentats). Si apliquem aquests percentatges a la xifra de parts, significa gairebé 2.000 dones amb una lesió esfinteriana en aquests 5 anys, 400 anuals.

Les lesions obstètriques de l'esfínter anal són la causa més freqüent d'incontinència anal en la població jove. La incontinència anal és definida com la pèrdua involuntària de gasos i/o femta líquida o sòlida per l'anus (incontinència passiva), o la incapacitat per a diferir la defecació voluntària (incontinència d'urgència) i genera un impacte molt significatiu en l'autoestima i la qualitat de vida de les persones que la pateixen.

Dos metaanàlisis de l'any 2015 i 2020 mostren una prevalença d'incontinència anal, a curt termini després d'una lesió obstètrica de l'esfínter anal, molt variada, amb un rang entre el 2,16-36,7% (4,5). A més, les persones amb aquest antecedent tenen dos vegades més de risc de presentar incontinència anal, al llarg de la seva vida, que aquelles que no han patit una lesió d'aquest tipus durant el part.

Existeixen una sèrie de factors de risc associats a la producció d'aquest tipus de lesions, com per exemple, el part instrumental, la primiparitat, el pes neonatal, la posició occipitoposterior del cap fetal o l'existència d'una lesió prèvia a l'esfínter anal. Alguns d'aquest factors són modificables i són molt importants en la prevenció primària, però d'altres, com l'existència d'un antecedent de lesió esfinteriana, no ho són.

El 60% de les persones amb antecedent d'una lesió esfinteriana durant el part, tornaran a afrontar un nou embaràs i un nou part. El dubte que ens plantejem els professionals que ens dediquem a les disfuncions del sòl pelvià és: "quina és la millor via del part en aquests casos?"

L'evidència actual en relació a aquest tema és àmplia però limitada i per aquest motiu des de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia juntament amb la Societat Catalana de Cirurgia, ens vam plantejar redactar un document destinat a tots els professionals que es dediquen a l'assistència al part sobre la "Via del part després d'una lesió de l'esfínter anal".

En aquest document es recullen una sèrie de recomanacions i informació per poder oferir a les gestants amb antecedent d'una lesió esfinteriana, per assessorar-la i acompanyar-la en la decisió de la via del part.

El resum de les recomanacions es mostra a continuació:

1- GENERALITATS

Hi ha consens per:

- Informar que existeix un augment del risc entre 3-6 vegades de patir una nova lesió si es realitza un part vaginal. (80,65%)

- Informar que una nova lesió esfinteriana augmentaria el risc de patir incontinència anal x1,5 vegades, inclús a llarg termini. (90%)

- Informar que l'objectiu principal ha de ser que no apareguin o empitjorin els símptomes d'incontinència anal. (96,67%)

- Recomanar tenir en compte la preferència de la pacient per la via del part. (90%)

- Recomanar informar dels riscos del part vaginal i de la cesària per tal que la gestant triï la via del part. (93,33%)

2- VIA DEL PART

Hi ha consens per:

- No recomanar un part vaginal en tots els casos. (80%)

- No recomanar realitzar una cesària en tots els casos. (80%)

- Recomanar evitar la pràctica d'un part instrumentat. (86,67%)

- Recomanar que si hi ha necessitat d'instrumentació, s'ha de prioritzar l'ús de vaccum obstètric. (80%)

- Recomanar practicar una cesària quan la pacient té símptomes moderats o severos d'incontinència (Wexner > 9/St Mark's >8). (76,47%)

- Recomanar practicar una cesària si durant el treball de part s'anticipa un part difícil o instrumentat. (87,1%)

- Recomanar practicar una cesària si hi ha sospita de fetus macrosoma. (80%)

- Recomanar practicar una cesària sempre que s'hagi realitzat una reparació secundària*. (80%)

* reparació secundària s'entén com aquella realitzada degut al desenvolupament de símptomes de incontinència anal)

No hi ha consens per:

- Recomanar realitzar una cesària si la lesió prèvia afectava, a més de l'esfínter anal extern, l'esfínter anal intern i/o la mucosa rectal (70,59%)

3- EPISIOTOMIA

Hi ha consens per:

- Recomanar que si es realitza un part vaginal i creiem indicada la pràctica d'episiotomia, aquesta ha de ser sempre episiotomia mediolateral. (93,33%)

No hi ha consens per:

- Recomanar la pràctica sistemàtica d'episiotomia si es realitza un part vaginal. (61,76%)

4- PROVES DIAGNÓSTIQUES

Hi ha consens per:

- Recomanar un part vaginal quan l'ecografia endoanal i la manometria anorrectal són normals. (80%)

No hi ha consens per:

- Recomanar un part vaginal quan la pacient està asimptomàtica sense disposar de proves diagnòstiques complementàries. (70,59%)

- *Recomanar un part vaginal quan només l'ecografia endoanal és normal. (52,94%)*

- *Recomanar un part vaginal quan només la manometria anorrectal és normal.(50%)*

CONCLUSIONS:

El traumatisme perineal sever durant el part pot tenir un impacte profund tant en la salut física com en l'estat emocional de la dona, a curt i llarg termini.

El principal objectiu dels professionals que es dediquen a l'assistència al part ha de ser la seva prevenció primària i en els casos en què s'arriba a produir, prevenir l'aparició de símptomes secundaris.

L'abordatge d'aquesta situació ha de ser integral, considerant les necessitats físiques, emocionals i psicològiques de la pacient. Proporcionar un suport adequat i empàtic és fonamental per a la recuperació i el benestar de les dones que han experimentat aquest tipus de trauma durant el part.

Les lesions obstètriques de l'èsfinter anal són la principal causa de incontinència anal en la població jove.

El 60% de les dones amb antecedent d'una lesió esfinteriana, afrontaran un nou embaràs i part.

És molt important la pràctica de decisions compartides per tal d'individualitzar l'assessorament

i acompanyament en la decisió de la via del part després d'una lesió esfinteriana.

El principal objectiu en aquests casos ha de ser evitar l'aparició o empitjorament de símptomes de incontinència anal.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 13;6(6):CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3. PMID: 28608597; PMCID: PMC6481402.
- 2- Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? BJOG. 2006 Feb;113(2):190-4. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00835.x. PMID: 16411997.
- 3- Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, Templeton A, van der Meulen JH. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. BJOG. 2013;120(12):1516-25.
- 4- LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. J Midwifery Womens Health. 2015;60(1):37-47.
- 5- Sideris M, McCaughey T, Hanrahan JG, Arroyo-Manzano D, Zamora J, Jha S, Knowles CH, Thakar R, Chaliha C, Thangaratinam S. Risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and anal incontinence: A meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;252:303-12.