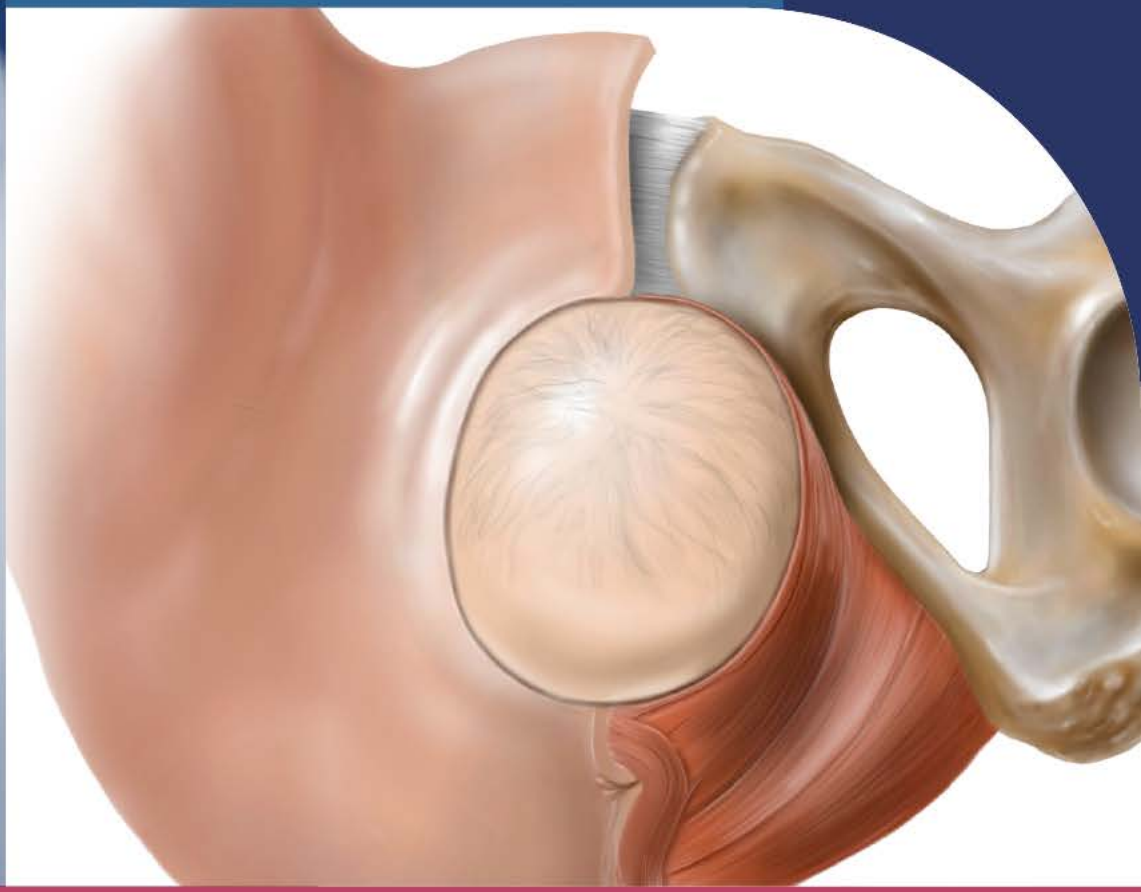
SODUP

GUÍA CLÍNICA LESIONES OBSTÉTRICAS DEL ESFÍNTER ANAL (OASIS)

SODUP 2025



Sociedad Chilena de Uroginecología y Piso Pélvico
contacto@sodup.cl · https://www.sodup.cl

Autores

Dr. Rodrigo Guzmán Rojas
Especialista en Ginecologia y Obstetricia de la Universidad de Chile
Fellow en Uroginecología en el Hospital Nepean, Campus clínico Universidad de Sydney, Penrith, Australia
Profesor Asistente Universidad de Chile, Santiago, Chile
Profesor Asociado Adjunto Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile
Delegado académico del Departamento de Ginecología y Obstetricia de Clínica Alemana de Santiago
Jefe de la Unidad de Uroginecología y Cirugía Reconstructiva de Piso Pélvico de Clínica Alemana de Santiago

Dra. Macarena Fernandez Albornoz
Especialista en Cirugía de la Universidad de Valparaiso
Subespecialista en Coloproctologia Hospital Militar de Santiago (CONACEM)
Master disfunciones del suelo pélvico universidad Miguel Hernandez Alicante España
Profesora Adjunta Universidad de Chile
Hospital Clínico San Borja Arriaran

Editor

Dr Henry Castro Arias
Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Concepción
Post titulo en Cirugía pélvica y uroginecología Hospital JM Penna, Buenos Aires, Argentina
Magister en educación para ciencias de la salud, Universidad de Concepción
Profesor asociado, Universidad de Concepción
Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción
Past president SODUP

Colaboradores

Carolina Bascur Castillo, matrona Universidad San Sebastián, Concepción
Magdalena Nalda Arancibia, kinesióloga Clínica Alemana Santiago, past president SODUP-SOKIP
Julio Sepulveda Zúñiga, uroginecólogo Hospital Militar de Santiago
Pablo Ortega Plancic, uroginecólogo, Clínica Dávila Santiago
Diego Arevalo Vega, uroginecólogo, Hospital Las Higueras de Talcahuano
Cesar Sandoval Sepúlveda, uroginecólogo, Clínica Alemana de Santiago

Ilustraciones: **Alfredo Torres Parra**
Diagramación: **Sebastián Cuadra Olmos**

Índice

Introducción **3**
Resumen del documento 8
Ámbito 8
Alcance 8
Objetivos 9

I. Principios **10**
Recomendaciones 10
Factores de riesgo potencial para lesiones del esfínter anal obstétrico (oasis) 14

II. Prevención **15**
Protección perineal 15
Recomendaciones 16

III. Evaluación **17**
Recomendaciones 19

IV. Reparación del trauma del canal del parto y perineal **20**
Principios 20
Reparación de desgarros de 1° y 2° grado 21
Episiotomía 22
Manejo de desgarros de tercer y cuarto grado 23
Principios de la reparación 23
Elección de materiales de sutura 25
Documentación 25
Reparación del trauma del esfínter anal paso a paso 26
Cuidados postoperatorios 29

V. Cuidados en el seguimiento **30**
Evidencia 31
Embarazos posteriores 31

VI. Bibliografía **33**

Anexo 1: Kit OASIS **34**

Anexo 2: Ficha Clínica OASIS **35**

Introducción

A pesar de la creciente atención en la prevención de lesiones del esfínter anal obstétrico (OASIS), estas aún ocurren en hasta el 11% de los partos vaginales (1). Por lo tanto, es responsabilidad de los profesionales involucrados en la atención del parto **conocer los factores de riesgo** (2), estar bien entrenados y familiarizados en las técnicas para prevenir este tipo de lesiones (OASIS) y en el óptimo manejo de ella, que pueden ser técnicamente desafiantes. Sin embargo, estudios recientes han señalado que los médicos especialistas en obstetricia y ginecología que realizan turnos de urgencia y los médicos becarios en formación en esta especialidad están mal capacitados para identificar y reparar los desgarros de tercer y cuarto grado (3,4,5).

La incidencia exacta de OASIS es difícil de establecer de manera confiable debido a: diagnóstico insuficiente o incorrecto, variabilidad en la experiencia del profesional, registro clínico inadecuado o incompleto, lesiones no diagnosticadas que se presentan tardíamente, falta de tecnología y el no uso de ellas en el seguimiento (6). Sin ir más lejos, en Chile no existe un registro riguroso de este tipo de lesiones lo cual dificulta obtener datos estadísticos objetivos. Es por esto, que la mayor parte de las tasa de incidencia se obtiene a partir de la literatura internacional y/o de registro de países extranjeros. Los datos más recientes de la Muestra Nacional de Pacientes Internos de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud de Estados Unidos de Norteamérica informan una incidencia de desgarros de tercer grado del 3.3% y de desgarros de cuarto grado del 1.1% (8). Esto probablemente subestima la verdadera incidencia de estas lesiones (1). Según revisión de Lallemant et al., las tasas de OASIS varían entre 0,25 y 6 % en la población general y la tasa de complicaciones es de alrededor del 2,8 % en los países de altos ingresos (9).

Parte de la razón para la subestimación de la incidencia de OASIS es la dificultad para diagnosticar correctamente la condición en el momento del parto. Se estima que la falta de diagnóstico de OASIS ocurre en hasta el 40% de los casos, y contar con un examinador/a senior capacitado/a que reexamine a la usuaria previo a la reparación puede duplicar las tasas de detección (10,11). Es por esto que la literatura internacional aconseja que ante cualquier caso dudoso, la usuaria debe ser reexaminada por un profesional senior capacitado.

Aunque es difícil predecir con precisión, ciertos factores de riesgo pueden sugerir un aumento en el riesgo de OASIS en usuarias que tendrán un parto vaginal. La nuliparidad se asocia consistentemente con un mayor riesgo de OASIS, lo cual algunos autores reportan hasta un riesgo 10 veces mayor en comparación con multíparas (12-15). Además, los datos sugieren que el riesgo se encuentra realmente en el primer parto vaginal, lo cual se refleja en que las usuarias que se someten a un parto vaginal después de una cesárea presentan riesgo similar (OR 5.1-5.46) que las mujeres nulíparas (12,16). El riesgo de OASIS también varía entre razas. Las razas asiática e india confieren el mayor riesgo, casi 3 veces más alto que las caucásicas (12,17), mientras que la raza afroamericana parece proporcionar un efecto protector (OR 0.37) (13).El peso al nacer del neonato también contribuye a un mayor riesgo de OASIS (15). Este aumenta ligeramente con pesos al nacer superiores a 3500 g (13,16) y casi 2.5 veces más alto cuando el peso al nacer excede 4000 g (12).

Existen ciertos eventos durante el trabajo de parto y el parto que pueden aumentar aún más el riesgo de OASIS. Notablemente, el parto vaginal operatorio está fuertemente asociado con un mayor riesgo. La mayoría de los estudios sugieren un riesgo más alto con el uso de fórceps (hasta 13 veces) en comparación con los partos asistidos por vacuum o ventosa (hasta 4 veces) (12,14,18). La duración prolongada de la segunda etapa, las episiotomías medias y la mal presentación de la cabeza fetal (principalmente occipito posterior) también se han asociado con un mayor riesgo (12,13,16,18). La presencia de más de uno de estos factores de riesgo parece conferir un riesgo aún mayor (18). A pesar de estos factores de riesgo conocidos, predecir adecuadamente qué usuarias sufrirán OASIS sigue siendo un desafío.

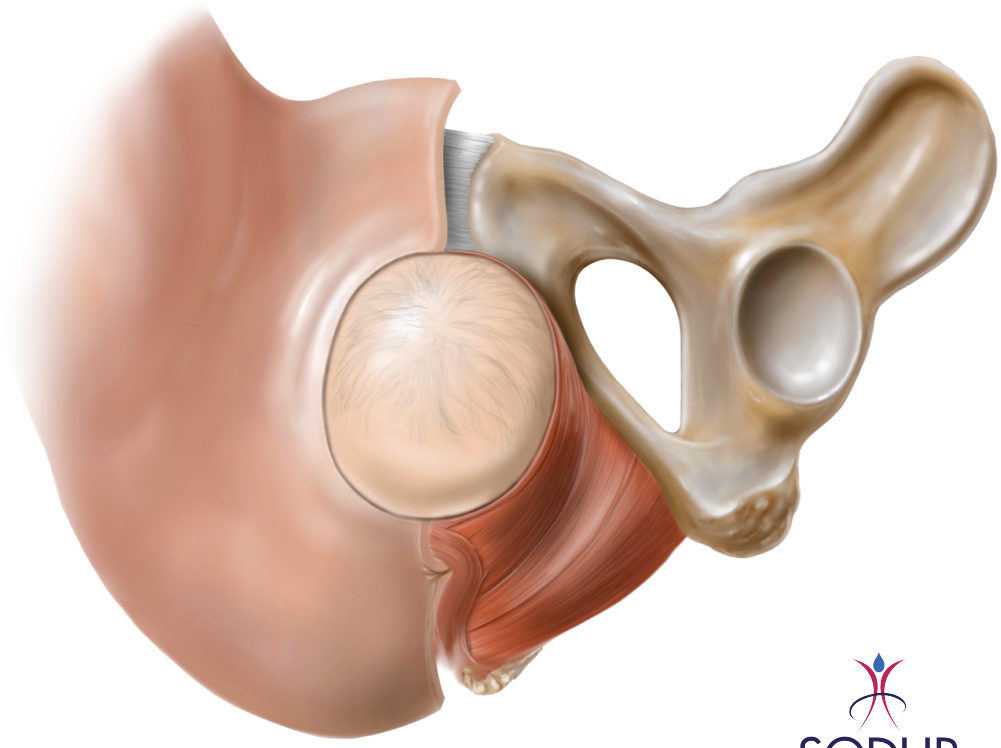


Figura 1: Feto en expulsivo

Referencias

1. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. Annals of surgery. 2008; 247(2):224–237. [PubMed: 18216527]
2. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595
3. Uppal S, Harmanli O, Rowland J, et al. Resident competency in obstetric anal sphincter laceration repair. Obstet Gynecol. 2010; 115(2 Pt 1):305–309. [PubMed: 20093903]
4. Siddighi S, Kleeman SD, Baggish MS, et al. Effects of an educational workshop on performance of fourth-degree perineal laceration repair. Obstet Gynecol. 2007; 109(2 Pt 1):289–294. [PubMed: 17267826]
5. Bunn JG, Sheeder J, Schulkin J, Diko S, Estin M, Connell KA, Hurt KJ. Obstetric anal sphincter injuries and other delivery trauma: a US national survey of obstetrician-gynecologists. Int Urogynecol J. 2022 Jun;33(6):1463-1472. doi: 10.1007/s00192-021-05062-9.
6. Sultan, Abdul H., et al. "An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction." International urogynecology journal 28 (2017): 5-31.
7. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstetrics & Gynecology. 2016; 128(1):e1–e15. [PubMed: 27333357]
8. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, et al. Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. Obstet Gynecol. 2015; 125(4):927–937. [PubMed: 25751203]
9. Lallemant M, Ferdinando Ruffolo A, Kerbage Y, Garadebian C, Ghesquiere L, Rubod C, Cosson M. Clinical practices in the management and follow-up of obstetric anal sphincter injuries: a comprehensive review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024 Nov;302:362-369. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.09.042
10. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002; 101(1):19–21. [PubMed: 11803094]
11. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries--myth or reality? Bjog. 2006; 113(2):195–200. [PubMed: 16411998]
12. Richter HE, Brumfield CG, Cliver SP, et al. Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous patients, vaginal births after cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187(5):1194–1198. [PubMed: 12439502]
13. Meister MR, Cahill AG, Conner SN, et al. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. Am J Obstet Gynecol. 2016

14. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(1):255–260. [PubMed: 12861171]

15. Zetterstrom J, Lopez A, Anzen B, et al. Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. Obstet Gynecol. 1999; 94(1):21–28. [PubMed: 10389712]

16. Lowder JL, Burrows LJ, Krohn MA, Weber AM. Risk factors for primary and subsequent anal sphincter lacerations: a comparison of cohorts by parity and prior mode of delivery. Am J Obstet Gynecol. 2007; 196(4):344.e341–345. [PubMed: 17403415]

17. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. Obstet Gynecol. 2001; 98(2):225–230. [PubMed: 11506837]

18. Fitzgerald MP, Weber AM, Howden N, et al. Risk factors for anal sphincter tear during vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2007; 109(1):29–34. [PubMed: 17197584]

Resumen del documento

Esta guía tiene como objetivo **garantizar un manejo adecuado y coherente de las Lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS).** También busca prevenir estas lesiones, asegurar un seguimiento apropiado y proporcionar información relevante a personas gestantes que presenten este tipo de lesiones, tanto después del parto como en futuros embarazos.

Ámbito

Esta guía se aplica a personas gestantes que experimentan Lesiones Obstétricas del Esfínter Anal (OASIS) durante el parto vaginal y debe ser adoptada por los profesionales médicos de ginecoobstetricia y profesionales de matronería. A partir de este punto, la presente guía utilizará los términos "usuaria" o “persona gestante” para referirse a cualquier persona que pueda cursar con un OASIS, independientemente de su identidad de género. Es esencial reconocer que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva no se limita exclusivamente a personas que se identifican como mujeres. En consecuencia, se deberá considerar dentro de la atención obstétrica a todas las personas embarazadas o en el puerperio reciente, sin importar su identidad de género. Los servicios y cuidados brindados deben ser pertinentes, inclusivos y sensibles a las necesidades específicas de toda persona que requiera atención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Alcance

Esta guía se aplica a personas gestantes en proceso de parto que sufren Lesiones Obstétricas del Esfínter Anal (OASIS) durante el parto, y debe ser adoptada tanto por matronas/nes como por Gineco-Obstetras .

Objetivos

El propósito de este documento es:

- Fortalecer el proceso diagnóstico de Lesiones del Esfínter Anal Obstétrico (OASIS) durante el parto
- Facilitar la gestión adecuada de este tipo de lesiones.
- Asegurar que se brinde seguimiento y atención consistente y estandarizada a las personas gestantes tras sufrir Lesiones Obstétricas del Esfínter Anal (OASIS) durante el parto.

Para alcanzar el propósito de este documento, se seguirán los siguientes objetivos:

- Identificar correctamente de las Lesiones del Esfínter Anal Obstétrico (OASIS) durante el parto
- Reparar adecuadamente el trauma perineal, específicamente de desgarros de 3er y 4to grado.
- Proporcionar información precisa y actualizada en el período postnatal a las usuarias que hayan presentado OASIS.
- Proporcionar información precisa y actualizada a las personas gestantes con antecedentes de OASIS en sus controles de embarazos posteriores.

I. Principios

Recomendaciones

1. Tanto las Matronas/nes y Gineco Obstetras deben examinar a todas las usuarias inmediatamente después del parto, incluyendo aquellas usuarias con parto cesárea en que hubo trabajo de parto vaginal avanzado o en expulsivo, para evaluar el grado de trauma perineal.
2. En caso de que se sospeche o sea evidente una Lesión del Esfínter Anal (OASIS) durante el parto, las usuarias deben ser reevaluadas o referidas a un profesional médico con las competencias en la reparación del esfínter anal o a un profesional médico en formación bajo supervisión.
3. Al evaluar el canal del parto, también se debe realizar un examen para descartar la presencia de una "Lesión en Ojal de la mucosa anorrectal".

Tabla 1: Clasificación – Tipos de desgarro obstétricos (a)

Tipo de desgarro	Estructuras anatómicas involucradas
Primer grado	Solo piel perineal y/o mucosa vaginal
Segundo grado	Lesión en canal del parto y periné que involucra músculos perineales
Tercer grado	Lesión en el canal del parto y periné que involucra el complejo esfinteriano anal
3A	<50% del grosor del EAE desgarrado
3B	>50% del grosor del EAE desgarrado
3C	Desgarro tanto del EAE como del EAI
Cuarto grado	Lesión en el perineo que involucra el complejo esfínter anal (EAE e EAI) y la mucosa anorrectal
Desgarro en Ojal de mucosa anorrectal	Desgarro en la mucosa anorrectal complejo con esfínter anal intacto

(a) Modificado de: Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clinical Risk 1999;5:193–6.

*EAE, esfínter anal externo; EAI, esfínter anal interno.

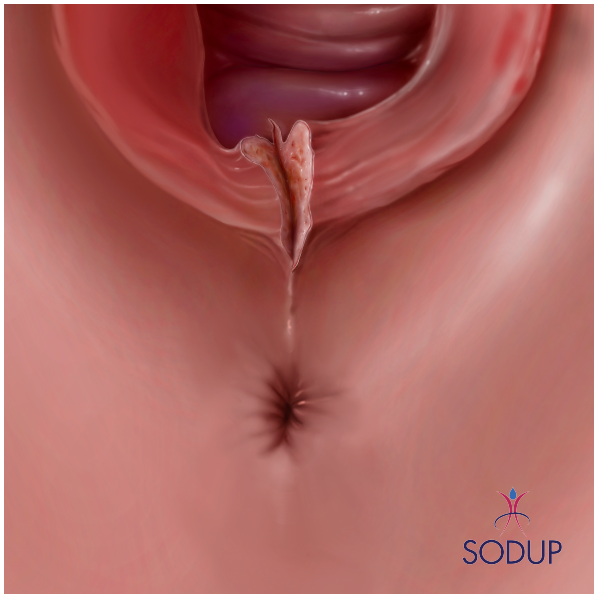


Figura 2: Desgarro primer grado

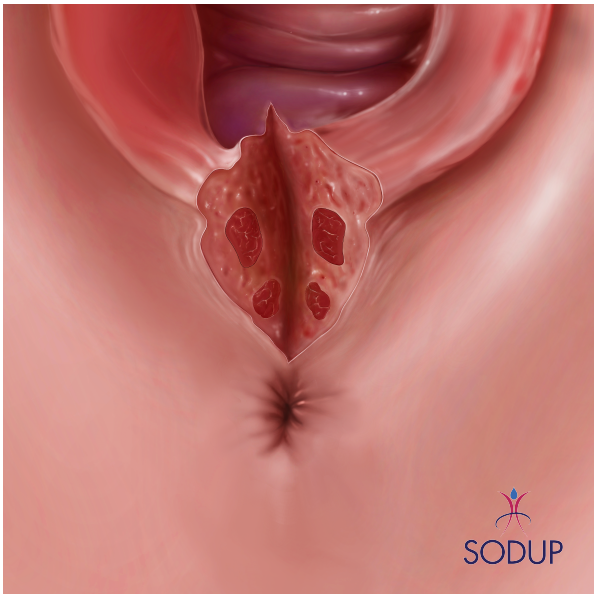


Figura 3: Desgarro segundo grado

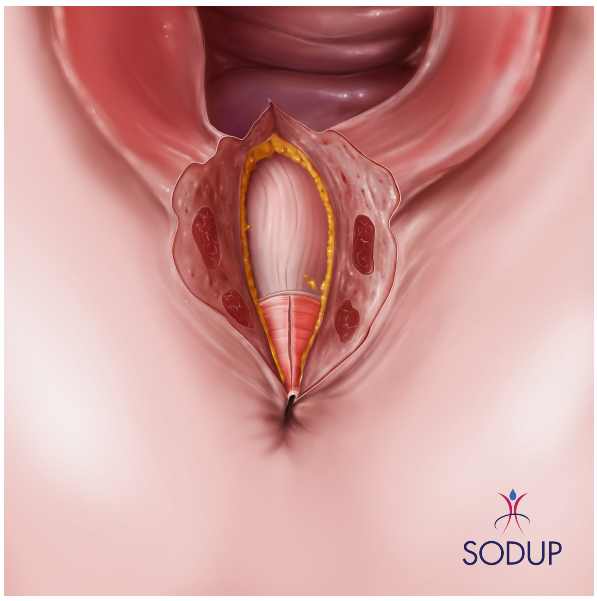


Figura 4: Desgarro tercer grado A (3A)

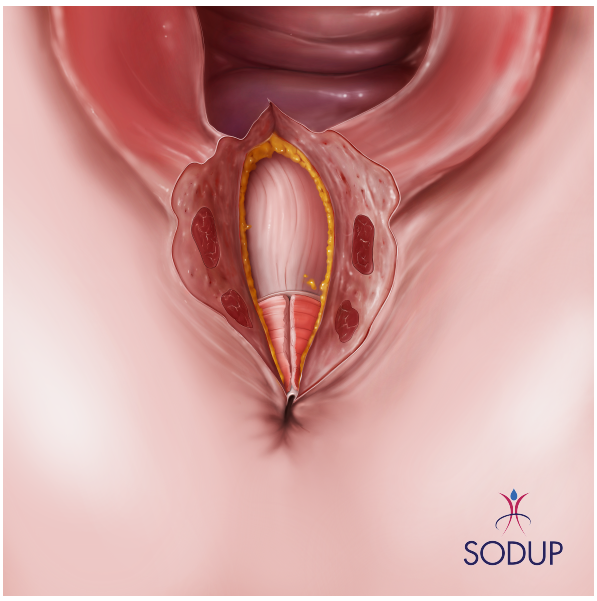


Figura 5: Desgarro tercer grado B (3B)

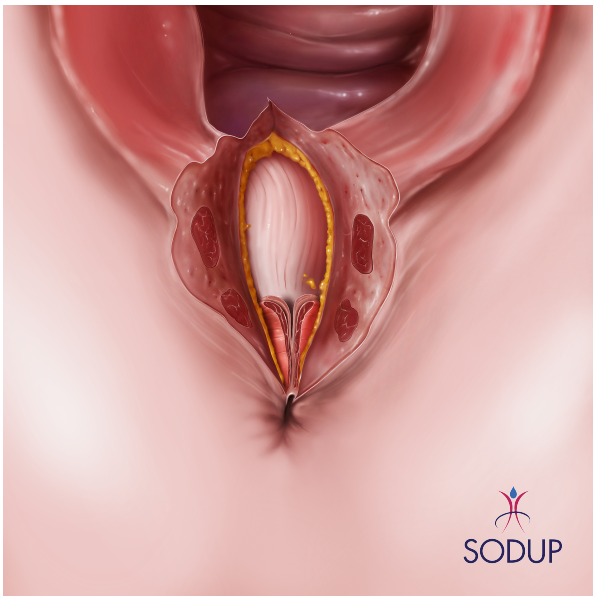


Figura 6: Desgarro tercer grado C (3C)

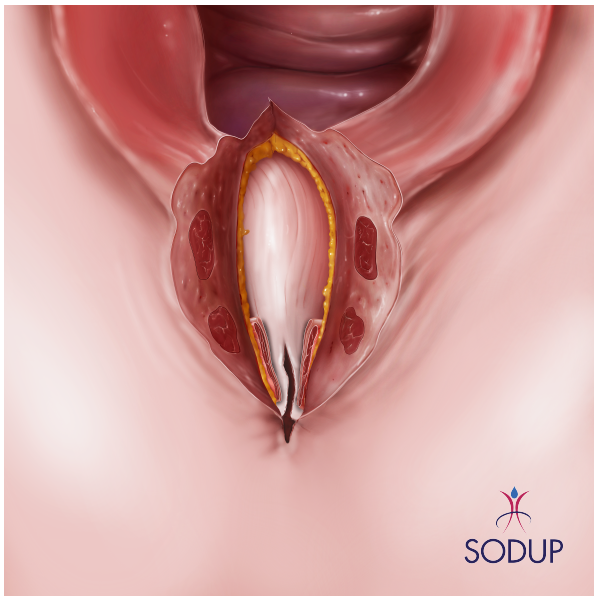


Figura 7: Desgarro cuarto grado

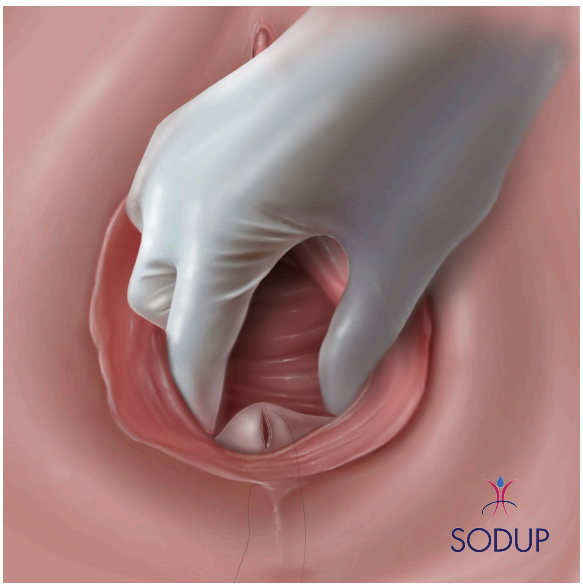


Figura 8: Desgarro en ojal (buttonhole)

Factores de riesgo potencial para lesiones del esfínter anal obstétrico (oasis)

1. Primer parto vaginal (incluyendo el parto vaginal tras una cesárea)
2. Peso del recién nacido superior a 4 kg
3. Parto vaginal complicado (ej. distocia de hombros)
4. Variedad de Posición Occipito Posterior, circunferencia cefálica grande, embarazo en vías de prolongación o Madurez, presentación compuesta (mano junto a la cabeza)
5. Segunda etapa prolongada
6. Parto instrumental, incluyendo fórceps, espátulas y ventosa. Sin embargo, el uso de fórceps sin episiotomía tiene la tasa más alta de OASIS.
7. Uso de Episiotomía Media
8. Uso de Episiotomía Media lateral o lateral con un ángulo menor de 30°.
9. Etnia asiática
10. Lesión del Esfínter Anal Obstétrico (OASIS) previa
11. Mutilación genital femenina (MGF)
12. Baja estatura (menor a 1.58 m)
13. Mayor edad materna, sobre 35 años

II. Prevención

Protección perineal

Recientemente, se han realizado estudios intervencionales que han utilizado programas que han reducido con éxito las tasas de OASIS, todos describiendo técnicas manuales de “protección perineal” o "manos sobre".

Las principales maniobras incluyen:

- La mano izquierda (en personas diestras) desacelerando la entrega de la cabeza.
- La mano derecha (en personas diestras) protegiendo el periné.
- La persona gestante “NO” debe pujar cuando la cabeza está saliendo, o realizar un pujo controlado en espiración.
- Considerar la episiotomía medio lateral o lateral (en grupos en riesgo y con un ángulo correcto, idealmente de 60°).

No está claro cuál es el mejor método de apoyo/protección perineal. Sin embargo, los efectos positivos del apoyo perineal sugieren que se debe promover frente a las técnicas de "manos fuera" o "en posición", con el fin de proteger el periné y reducir la incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado.

Una revisión de Cochrane encontró que la aplicación de compresas tibias durante la segunda etapa del parto tiene un efecto significativo en la reducción del OASIS.

Otra revisión de Cochrane mostró que el masaje perineal realizado durante el último mes de embarazo (a partir de las semana 34 de gestación), ya sea por la propia persona gestante o alguna persona entrenada, se asoció con una reducción general en la incidencia de trauma canal del parto y periné que requiere de sutura.

Recomendaciones

1. Realizar protección perineal.
2. Puede utilizar compresas tibias durante la segunda etapa del parto.
3. Recomendar la realización de masaje perineal previo al parto.

III. Evaluación

La evaluación sistemática, que incluye el examen rectal (TR) después de cada parto, es vital para diagnosticar correctamente este tipo de trauma. Es esencial proporcionar la información que fundamenta este examen y obtener el consentimiento informado. Se descubrió que el 50% de las usuarias con incontinencia anal tras el parto habían recibido una evaluación incorrecta y se había pasado por alto un OASIS. La técnica para realizar el examen rectal es crucial para un diagnóstico preciso del OASIS. Si hay dudas sobre la naturaleza o extensión del trauma del piso pélvico, se debe remitir a la usuaria a un profesional médico más experimentado.

Todos los profesionales de salud relevantes en la atención del parto deben asistir a capacitaciones prácticas en evaluación y reparación perineal/genital, y asegurarse de mantener estas habilidades.

Antes de evaluar el trauma genital/perineal, los profesionales de salud deben:

- Explicar a la usuaria lo que planean hacer y por qué.
- Ofrecer analgesia.
- Asegurar una buena iluminación.
- Posicionar a la usuaria en una postura cómoda para que las estructuras genitales sean claramente visibles (generalmente en litotomía dorsal con pierneras).
- Pedir asistencia de ser necesario para una correcta exposición del tejido comprometido.

El momento de esta evaluación sistemática no debe interferir en el vínculo madre-neonato, a menos que haya sangrado que requiera atención urgente y que imposibilite a la madre de poder sostener a su recién nacido. El examen

inicial debe realizarse de manera suave y sensible, y puede llevarse a cabo en el período inmediato posterior al parto.

Se debe realizar una evaluación sistemática con un examen rectal (TR) después de todos los partos vaginales, incluyendo a las usuarias con periné intacto.

Esto debe incluir:

- Explicación adicional sobre lo que se planea hacer, por qué y obtener el consentimiento de la usuaria para continuar.
- Confirmación por parte de la usuaria de que la analgesia es adecuada.
- Evaluación visual del trauma, las estructuras afectadas, el lugar de la lesión y evaluación del sangrado.
- Examen rectal para determinar si ha habido daño en los esfínteres anales.
- Si hay dudas sobre la naturaleza o extensión del trauma, se debe buscar asistencia de personal médico más experimentado.

Recomendaciones

1. Todos los profesionales de salud relevantes en la atención del parto deben estar capacitados en evaluación y reparación perineal.
2. Realizar evaluación de trauma perineal a todas las usuarias postparto.
3. Realizar evaluación del esfínter anal a todas las usuarias postparto.
4. Asegurar reevaluación de profesional médico capacitado en caso de dudas.

IV. Reparación del trauma del canal del parto y perineal

Principios

- Los traumas difíciles deben ser realizados por un operador experimentado en un pabellón, bajo anestesia regional o general. Puede ser necesario instalar un catéter urinario (sonda Foley) para prevenir la retención urinaria.
- Las desgarros de primer grado no necesitan sutura si la piel está alineada y no hay sangrado.
- Los desgarros de segundo grado deben suturarse para mejorar la cicatrización.
- La reparación del Trauma del canal del parto y Perineal debe hacerse utilizando una técnica aséptica y enjuagando el periné con solución fisiológica o agua antes de iniciar la reparación. Por lo tanto, se deben cambiar los guantes después de asistir el parto y realizar el examen rectal.
- La reparación del periné debe realizarse lo antes posible para minimizar el riesgo de infección y pérdida de sangre. Solo se debe diferir la reparación no más de 12 horas, ante la espera de un profesional médico con mayor experiencia en este tipo de lesiones que pueda acudir en forma oportuna.
- La reparación solo debe hacerse después de asegurar una analgesia efectiva, ya sea con infiltración de hasta 20 ml de lidocaína al 1% o reforzando la epidural de estar presente. Si la usuaria reporta alivio del dolor inadecuado en cualquier momento, esto debe abordarse de inmediato.
- Es esencial una buena exposición e iluminación para ver e identificar las estructuras implicadas. Solicitar asistencia de ser necesario para lograr la correcta exposición del tejido dañado.

Reparación de desgarros de 1° y 2° grado

- Se debe utilizar un material de sutura sintético absorbible (idealmente Vicryl Rapide) para suturar los desgarros de segundo grado.
- Identificar el punto más alto de la lesión en el tejido y usar un nudo quirúrgico para comenzar 1 cm por encima de este.
- La pared vaginal y la capa muscular deben repararse utilizando una técnica de sutura continua “no bloqueada”, y el espacio muerto en el interior debe cerrarse para prevenir sangrado y disminuir el riesgo de infección.
- Si la piel está bien alineada después de suturar el músculo, no es necesario suturarla. Si la piel necesita sutura, se debe hacer utilizando una técnica continua subcuticular, donde también se recomienda material de sutura sintético absorbible (idealmente Vicryl Rapide)
- Siempre finalizar con un nudo quirúrgico o de Aberdeen.
- Se debe lograr una buena alineación anatómica de la herida y considerar el resultado estético.
- Se debe realizar un examen rectal tras la reparación para asegurar que el material de sutura no se haya insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.
- Se deben ofrecer medicamentos antiinflamatorios no esteroidales de manera rutinaria después de la reparación perineal, siempre que no estén contraindicados. Las contraindicaciones incluyen hemorragia posparto, preeclampsia, enfermedades renales, asma y uso concurrente de otros AINEs.
- Se debe informar a la usuaria sobre la extensión del trauma, alivio del dolor, dieta y la importancia de una buena higiene.
- Tras completar la reparación, se debe documentar con precisión en la hoja de Parto, con un dibujo si es necesario, lo siguiente: consentimiento, extensión del trauma, método de reparación, tipo y número de suturas utilizados. Se requiere una segunda firma para el conteo de gasas,

compresas y agujas. Las matronas/es y ginecoobstetras deben evaluar visiblemente el periné en busca de signos de infección y dehiscencia de la herida, con el consentimiento de la usuaria, en cada chequeo posnatal. Si hay signos de infección, se deben prescribir antibióticos a través del profesional médico que debe evaluar a la usuaria e idealmente tomar un cultivo. Se estima que entre 1 de cada 10 a 20 heridas presenta dehiscencia de algún grado. La herida puede sanar por segunda intención, lo que es un proceso mucho más largo y doloroso.

Episiotomía

La episiotomía no debe realizarse de forma rutinaria, sino únicamente cuando sea necesario acelerar la salida del feto por sospecha de compromiso del bienestar fetal-materno o cuando existan factores de riesgo materno para OASIS.

- Se recomienda realizar una episiotomía si es el primer parto vaginal de una persona gestante y se requiere el uso de fórceps.
- La mayoría de los partos instrumentales requieren una episiotomía y actualmente incluso existe la recomendación de realizarla cuando el parto instrumental sea por Ventosa o Vacuum.
- La hoja de la tijera debe colocarse en la base del introito vaginal, comenzando la episiotomía justo a la derecha de esta.
- Si se cuenta con una anestesia epidural efectiva, este debe ser reforzado durante el parto con la usuaria en posición vertical, para cubrir mejor el área perineal, o se debe infiltrar el periné con anestésico local en la zona donde se realizará la episiotomía.
- Si un desgarro es inminente, puede ser necesaria una episiotomía sin anestésico local.
- Se recomienda realizar una episiotomía mediolateral o lateral con un ángulo de al menos 60° para evitar OASI.
- La “episiotomía media” se encuentra proscrita.

Manejo de desgarros de tercer y cuarto grado

Al realizar el diagnóstico de una lesión de tercer o cuarto grado (OASIS), estas deben ser reparados por un profesional médico con la competencia apropiada para corregir este tipo de lesiones.

La extensión completa de la lesión debe evaluarse mediante un examen "vaginal y rectal" cuidadoso en posición de litotomía dorsal, bajo anestesia espinal o analgesia local adecuada, consignando el grado de lesión según la Clasificación entregada en este documento (tabla 1). Se recomienda que el profesional médico obstetra que atiende a la persona gestante debe informar al consultor para este tipo de lesiones (si es que existe en el centro en que se atiende el parto), cuando una usuaria haya sufrido un desgarro de cuarto grado. El profesional médico consultor decidirá quién debe realizar la reparación y aconsejará sobre la técnica adecuada.

Se debe utilizar un "Kit de Reparación de OASIS" (anexo 1), especialmente preparado para este propósito, junto con el documento "Ficha Clínica OASIS" (anexo 2) donde quede consignado el tipo de reparación realizado.

Principios de la reparación

- Se requiere anestesia adecuada, la que puede ser general o regional (espinal, epidural, caudal). Se preferirá la de tipo regional de ser posible.
- La reparación debe realizarse en el quirófano, donde haya buena iluminación.
- Se debe solicitar la ayuda de un asistente.
- Considerar el uso de un catéter urinario (sonda Foley) para evitar la retención urinaria a corto plazo hasta que la movilidad se recupere y se asegure la micción espontánea.

La Ficha Clínica OASIS (anexo 2) debe ser completada por el profesional médico que realice la reparación.

- La mucosa anorrectal desgarrada debe repararse con suturas, utilizando técnica continua o interrumpida. Se deben evitar las suturas en figura de ocho durante la reparación de la mucosa anal, ya que pueden causar isquemia.
- Cuando se pueda identificar el esfínter anal interno desgarrado (EAI), es aconsejable repararlo por separado de forma termino-terminal con suturas interrumpidas o colchonera, sin intentar traslapar el EAI.
- Para la reparación de un desgarro completo del esfínter anal externo (EAE), se puede utilizar la técnica de Traslape (overlap) o término terminal, obteniendo resultados equivalentes.
- Para desgarros de espesor parcial (todas los 3a y algunos 3b), se debe utilizar una técnica término terminal.
- Al realizar la reparación de lesiones obstétricas del esfínter anal, se recomienda enterrar los nudos quirúrgicos bajo los músculos perineales superficiales para minimizar el riesgo de migración de nudos y suturas hacia la piel, reduciendo necesidad de retiro de las mismas.

Se debe realizar un examen recto vaginal para confirmar la reparación completa, que no exista evidencia de sutura remanente intraluminal y para asegurar que todos las compresas o gasas han sido retiradas. Todas las compresas, gasas, agujas e instrumentos deben ser contados antes y después de la reparación por dos profesionales clínicos, y esto debe ser registrado en la Ficha Clínica OASIS (anexo 2). La inserción de cualquier taponamiento vaginal con compresas o gasas debe ser claramente registrada en el documento.

- Se deben prescribir antibióticos profilácticos a todas las mujeres que presentan este tipo de lesiones.
- La prescripción de laxantes tras la reparación perineal ha demostrado reducir el riesgo de dehiscencia de la herida. Se recomienda el uso de Polietilenglicol.

Se recomienda que los profesionales de salud involucrados en la atención del parto se encuentren capacitados para la reparación de este tipo de lesiones, con cursos de capacitación continua en esta área.

Elección de materiales de sutura

Se recomienda utilizar suturas de poliglactina (vicryl) 3-0 para reparar la mucosa anorectal, ya que pueden causar menos irritación y malestar que las suturas de polidioxanona (PDS) . Para la reparación de los músculos del esfínter anal externo (EAE) y/o interno (EAI), se pueden emplear suturas monofilamento como PDS 3-0 o suturas trenzadas modernas como poliglactina (vicryl) 2-0 o 3-0, obteniendo resultados equivalentes. El catgut se encuentra proscrito para este tipo de reparación.

Documentación

Se espera que cada episodio de atención sea registrado de manera clara, en orden cronológico y lo más contemporáneamente posible por todos los profesionales de la salud involucrados en este evento. Todas los registros deben incluir la fecha, la hora, así como la firma y nombre del profesional responsable.

Asegúrese de una documentación adecuada utilizando la Ficha Clínica OASIS (anexo 2) en los documentos de la atención del parto.

Esta debe incluir:

- La extensión del trauma, según la clasificación actual (tabla 1).
- Analgesia utilizada para la reparación.
- Material de sutura empleado.

- Técnica de reparación utilizada.
- Conteo de compresas, gasas y agujas antes de finalizar el procedimiento.
- Documentación de los consejos y recomendaciones proporcionadas.

Reparación del trauma del esfínter anal paso a paso

1. En pabellón quirúrgico.
2. Adecuada Iluminación
3. Pedir ayuda para asistencia en exposición de tejidos
4. Bajo anestesia regional o general.
5. Puede ser necesario colocar un catéter urinario (sonda Foley) para prevenir la retención urinaria.
6. Tacto rectal que evidencia el grado de lesión para su clasificación.
7. Cambio de guantes.
8. Reparación de la mucosa anorrectal utilizando técnica continua o interrumpida con vicryl 3-0 desde su vértice superior a borde mucocutáneo.
9. Esfínter anal interno desgarrado (EAI), repararlo por separado con suturas interrumpidas o colchonera con PDS 3-0 o Vicryl 3-0 o 2-0, sin intentar traslapar el EAI.
10. Reparación del esfínter anal externo (EAE), se puede utilizar la técnica de Traslape (overlap) o término terminal, obteniendo resultados equivalentes con PDS 3-0 o vicryl 3-0 o 2-0.
11. Se recomienda enterrar los nudos quirúrgicos bajo los músculos perineales superficiales.

12. Se debe realizar un examen recto vaginal para confirmar la reparación completa, que no exista evidencia de sutura remanente intraluminal y para asegurar que todas las compresas o gasas han sido retiradas.

13. Reparar cuerpo perineal con Vicryl rapide 2-0 reconstruyendo su anatomía.

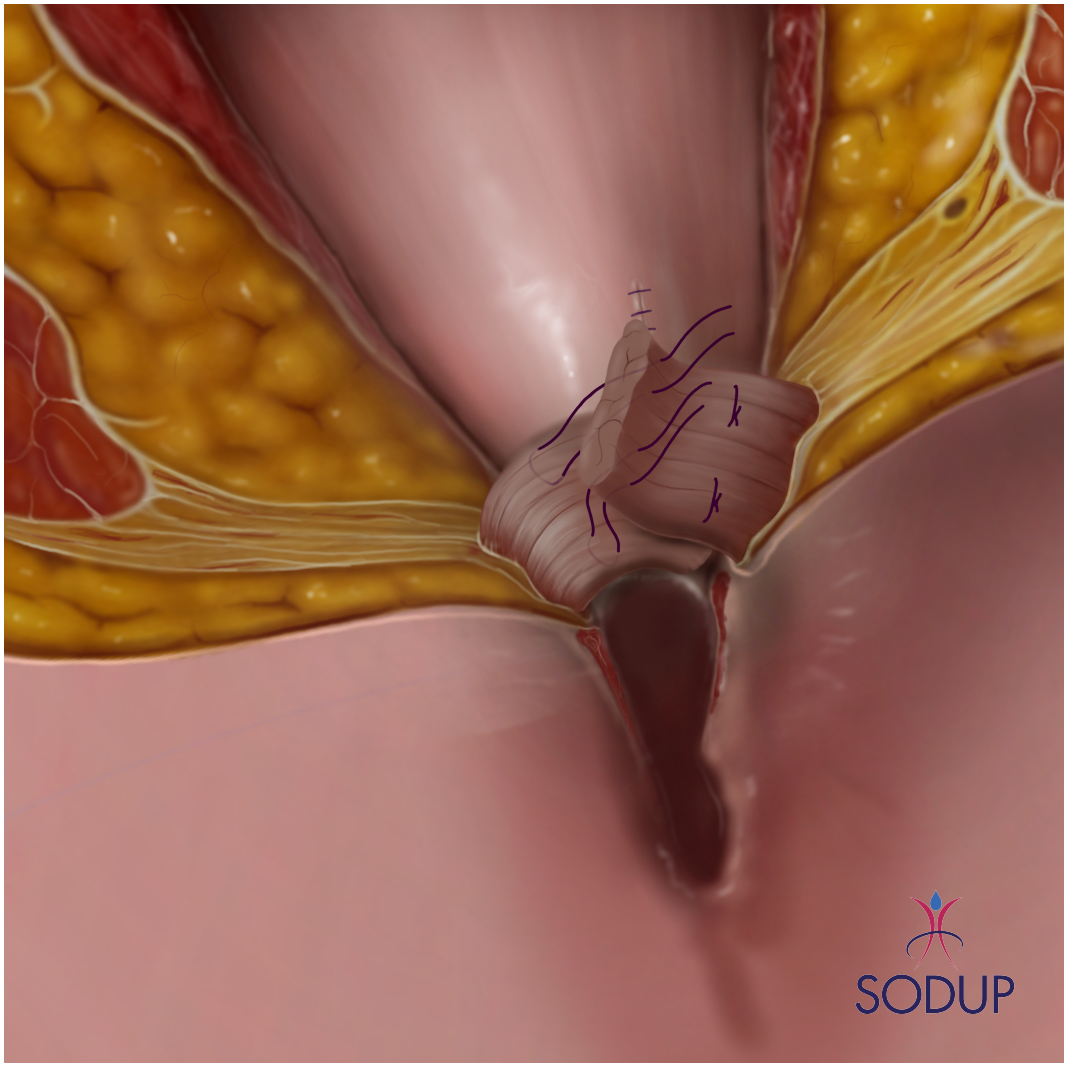


Figura 9: Reparación tipo traslape (overlap)

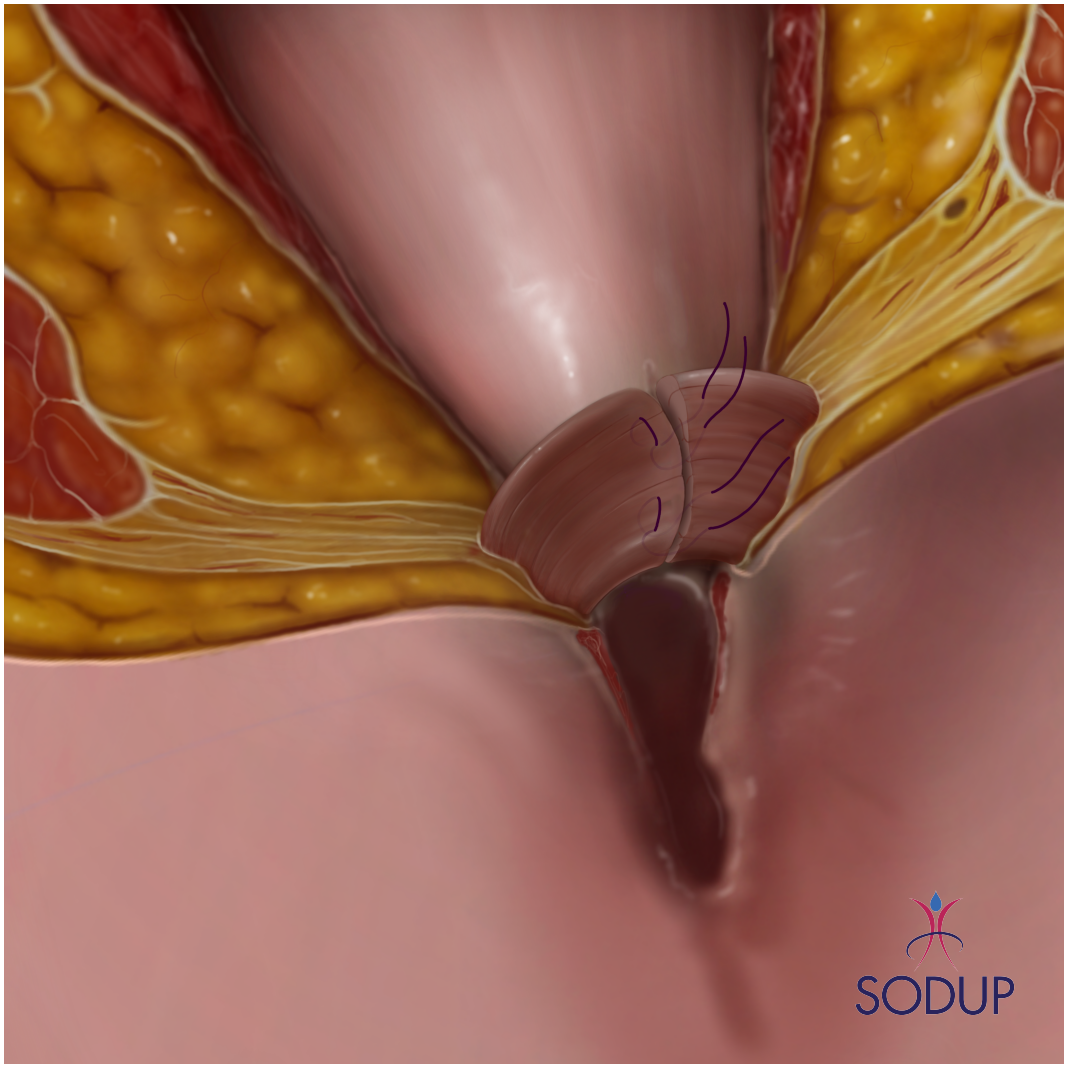


Figura 10: Reparación tipo terminoterminal (end to end)

Cuidados postoperatorios

- Asegurar analgesia eficiente durante la hospitalización y los primeros 15 días si es necesario. No indicar opiáceos.
- Uso de sonda vesical por las primeras 24 horas o hasta que la usuaria pueda orinar espontáneamente.
- Uso de laxantes por los primeros 15 días, de preferencia Polietilenglicol. Ajustar según respuesta.
- Uso de antibióticoprofilaxis durante 7 días posterior a la reparación.
- Control ambulatorio por profesional médico de una unidad de piso pélvico en un plazo no mayor a 7 días.

V. Cuidados en el seguimiento

Todas las pacientes que hayan sufrido una lesión OASIS deben ser citadas a una evaluación de seguimiento multidisciplinaria entre las 6 y 12 semanas postparto, que incluya:

- Proporcionar información escrita sobre las implicancias de los desgarros de tercer y cuarto grado
- Valoración funcional del esfínter anal (síntomas de incontinencia, dolor, dispareunia, etc.)
- Evaluación psicológica (detección de depresión, ansiedad, disfunción sexual).
- Referir al equipo de Kinesiología de Piso Pélvico, idealmente a las 6 semanas post parto.
- Derivación a coloproctología o uroginecología si persisten síntomas o se detectan defectos anatómicos importantes.

Idealmente, esta cita debe realizarse de manera presencial en una unidad especializada y preparada para este tipo de atención. Si el establecimiento no cuenta con una clínica perineal o una unidad de piso pélvico, la paciente debe ser derivada a un centro que sí disponga de dicha infraestructura. La cita debe programarse antes del alta hospitalaria.

Evidencia

- El impacto de OASIS no es solo físico, sino también psicológico y social. Muchas mujeres desarrollan incontinencia, dolor crónico, dispareunia y síntomas depresivos o ansiosos.
- El seguimiento estructurado permite identificar precozmente complicaciones y ofrecer intervenciones oportunas (rehabilitación, apoyo psicológico, cirugía secundaria si es necesario)
- La Kinesioterapia de piso pélvico reduce el riesgo de incontinencia y mejora la calidad de vida.
- Esta práctica es recomendada por RCOG, NICE e IUGA y está ampliamente implementada en centros de excelencia.
- Nivel de evidencia: 1a (Revisión sistemática de estudios de seguimiento y manejo multidisciplinario post-OASIS)

Embarazos posteriores

- Las usuarias que han tenido un desgarro previo de tercer o cuarto grado deben recibir información relevante para tener en consideración en embarazos posteriores.
- El riesgo de sufrir otro desgarro de tercer o cuarto grado tras un parto posterior es del 7%.
- Se debe evaluar cualquier síntoma urinario o defecatorio que pueda contraindicar un parto vaginal, es decir, mujeres que presenten síntomas o tengan ultrasonido endoanal y/o manometría anormales.
- Todas las usuarias que hayan sufrido OASIS en un embarazo anterior y que presenten síntomas deben ser asesoradas sobre la opción de un parto por cesárea electiva.
- Si la usuaria presenta síntomas, se debería considerar una cesárea electiva.

Las siguientes medidas pueden reducir la posibilidad de un desgarro de tercer o cuarto grado repetido:

- Posición lateral izquierda durante el parto.
- Compresas tibias.
- Empuje no dirigido.

No hay evidencia de que la episiotomía profiláctica prevenga la recurrencia de la ruptura del esfínter.

La episiotomía solo debe realizarse si hay factores predisponentes, como macrosomía, variedad de posición OP, distocia de hombros, cicatrices fibrosas y perineo inelástico.

VI. Bibliografía

1. OASI care bundle-Laine 2012 Incidence of OASI after training to protect the perineum NICE recommendations for Intrapartum care for healthy women and their babies. NICE clinical guideline 190; published 2017, updated Feb 2017.

2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Greentop guideline 29. The management of 3rd and 4th degree perineal tears. June 2015.

3. Royal College of Midwives 2012 Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour- suturing the perineum

4. Keighley et al, 2016 The social, psychological, emotional morbidity and adjustment techniques for women with anal incontinence following obstetric Anal Sphincter Injury. BMC pregnancy and childbirth

5. Kettle C, Hills R K, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. (2002) Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginalcbirth: a randomised controlled trial. Lancet: 359; 2217-23.

6. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM.(2011) Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev (12):CD006672.

7. Beckmann MM, Stock OM.(2013) Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev (4):CD005123.

Anexo 1: Kit OASIS

Instrumental sugerido para reparación del Trauma Obstétrico del Esfínter anal
1 Separador Weitlaner
1 Tijera Metzembaum CRV fina 145 mm
1 Tijera Stille CRV 150 mm
1 Porta-agujas Mayo- Hegar 185 mm
1 Pinza Quirúrgica 160 mm
5 Pinza Intestinal Allis 6x6 dientes 155 mm
1 Pinza Anatómica Standard 16 cm

Anexo 2: Ficha Clínica OASIS

Nombre		**Edad**	
Teléfonos (2)		**Fecha**	
Profesional que atiende el parto			
Profesional que realiza reparación OASIS			

Factores de la madre | Factores del feto | Factores del parto

Factores de riesgo	**Si**	**No**
Edad materna > 35 años		
Estatura materna < 1.58 metros		
1° parto vaginal*		
Antecedente de OASIS		
Posición Occipito Posterior		
Distocia de hombros		
Presentación compuesta (mano junto a la cabeza)		
Circunferencia cefálica grande		
Peso RN > 4.000 gramos		
Segunda etapa prolongada		
Parto instrumental-Forceps		
Parto instrumental-Vacuum		
Episiotomía Media		
Episiotomía Media lateral o lateral con un ángulo menor de 30°		

* Incluye el parto vaginal tras una cesárea.

SODUP

Factores de protección	SI	NO
Masaje perineal desde la semana 34 del embarazo		
Protección perineal		
Aplicación de compresas tibias durante la segunda etapa del parto		

Clasificación del desgarro obstétrico	
1° grado	Solo piel perineal y/o epitelio vaginal
2° grado	Lesión en canal del parto y periné que involucra músculos perineales
3° grado	Lesión en canal del parto y periné que involucra el complejo esfinteriano anal
3a	<50% del grosor del EAE desgarrado
3b	>50% del grosor del EAE desgarrado
3c	Desgarro tanto del EAE como del EAI
4° grado	Lesión perineal que involucra EAE + EAI y la mucosa anorrectal
Ojal en mucosa anorrectal	Desgarro en la mucosa anorrectal en ojal pero complejo esfinteriano anal intacto

Check list diagnóstico y manejo del trauma obstétrico

Etapa I: Preparación	Si	No
Consentimiento informado firmado para evaluación y reparación del trauma perineal post parto		
Analgesia afectiva confirmada por la paciente		
Mantención del vínculo madre-neonato si no existe contraindicación médica		
Iluminación adecuada		
Posición de litotomía con pierneras		
Asistencia		

Etapa II: Diagnóstico y evaluación de la extensión del trauma obstétrico	Si	No
Evaluación visual del trauma, estructuras afectadas, lugar de la lesión y sangrado		
Tacto rectal determinar si ha habido daño en los esfínteres anales		
Asistencia de personal médico más experimentado en caso de duda.		
Clasificación del desgarro		
Primer grado		
Segundo grado		
Tercer grado		
Cuarto grado		
Desgarro en Ojal de mucosa anorrectal		

Etapa III: Reparación	Si	No
Desgarros de primer grado		
Sutura piel por defecto mayor y/o sangrado		
Desgarros de segundo grado		
Anestesia regional o general		
Cambio de guantes después de asistir el parto y realizar el examen rectal.		
Aseo perineal y del canal de parto con suero fisiológico		
Sonda Foley		
Infiltración de anestesia local o reforzamiento de la epidural		
Reparación de pared vaginal y capa muscular con material de sutura sintético absorbible		
Aproximación de piel con sutura continua subcuticular con material sintético absorbible		
Tacto rectal y vaginal post reparación		
Presencia de material de sutura insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal		
Desgarros de tercer y cuarto grado		
Reparación del EAI con monofilamento (PDS 3-0) o poliglactina (vicryl 2-0 o 3-0)		
Reparación del EAE traslape con monofilamento (PDS 3-0) o poliglactina (vicryl 2-0 o 3-0)		
Reparación del EAE termino terminal con monofilamento (PDS 3-0) o poliglactina (vicryl 2-0 o 3-0)		
Reparación de la mucosa anorrectal con poliglactina (vicryl 3-0)		
Taponamiento vaginal con compresas o gasas		
Número de gasas/compresas		

SODUP

GUÍA CLÍNICA LESIONES OBSTÉTRICAS DEL ESFÍNTER ANAL (OASIS)

SODUP 2025

Sociedad Chilena de Uroginecología y Piso Pélvico
contacto@sodup.cl · https://www.sodup.cl