



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Dolor durante la reparación perineal tras parto vaginal: prevalencia y factores asociados

Emilio José Becerra*, David Herrera, M. Dolores Amo y Nuria Torres

Bloque Obstétrico, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

Recibido el 31 de agosto de 2009; aceptado el 27 de octubre de 2009

Accesible en línea el 13 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Reparación perineal;
Episiotomía;
Trauma perineal;
Analgésia obstétrica;
Parto

KEYWORDS

Perineal repair;
Pain;
Episiotomy;
Perineal trauma;
Obstetric analgesia
delivery

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia del dolor durante la reparación perineal según su abordaje terapéutico.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en la Fundación Hospital Alcorcón. Se analizó a 324 mujeres que precisaron reparación perineal tras parto vaginal. El dolor fue evaluado mediante la escala analógica visual y el cuestionario de dolor de McGill.

Resultados: Según la escala de valoración categórica, la prevalencia global de algún tipo de dolor fue de 75% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 70,4% a 80,1%) y la prevalencia del dolor intenso fue de 14,5% (IC del 95%, 10,5% a 18,4%). El análisis de regresión logística multivariante revela que el tipo de analgesia utilizada durante la reparación, el tipo de trauma perineal y el tiempo de dilatación fueron factores asociados de manera independiente a la presencia de dolor durante la reparación perineal.

Conclusiones: La prevalencia del dolor durante la reparación perineal es alta. Es necesario mejorar su abordaje clínico e interdisciplinar (matronas, ginecólogos y anestesiistas) para su adecuada evaluación y tratamiento.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pain during perineal repair after vaginal delivery: prevalence and associated factors

Abstract

Objective: To determine the prevalence of pain during perineal repair according to the therapeutic approach used.

Material and methods: A descriptive, cross-sectional study was carried at the Fundación Hospital Alcorcon (Madrid, Spain). Data from 324 women requiring perineal repair after vaginal delivery were analyzed. Pain was evaluated using a visual analogue scale and the McGill Pain Questionnaire.

Results: The overall prevalence of pain was 75% (95% CI: 70.4% to 80.1%). The prevalence of intense pain was 14.5% (95% CI: 10.5% to 18.4%). Logistic regression analysis revealed that

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ebm00002@telefonica.net (E.J. Becerra).

independent risk factors for pain during perineal suturing were the type of analgesia used, the type of perineal trauma and dilatation time.

Conclusions: The prevalence of pain during perineal repair is high. The clinical and interdisciplinary approach (midwives, obstetricians and anesthesiologists) to pain during this procedure should be improved to provide suitable evaluation and treatment.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El trauma perineal es frecuente durante el parto vaginal espontáneo y es causado por la episiotomía, por desgarros espontáneos o por ambos. La introducción de una política de episiotomía selectiva ha supuesto una disminución en el número de episiotomías realizadas, pero asociándose a un aumento de los desgarros perineales de primer y segundo grado, gran parte de los cuales requieren sutura^{1,2}. En España, el número de episiotomías según los datos de algunos estudios observacionales, ha venido descendiendo paulatinamente desde proporciones del 89% en 1996 hasta el 61% en 2006³, si bien con importantes diferencias interhospitalarias y según el tipo de parto. Así la episiotomía se realizó en el 54% de los partos eutócicos y en el 92% de los partos instrumentales⁴.

Son numerosos los ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que han evaluado los materiales y el método que se deben utilizar en la reparación perineal^{5,6}. Sin embargo, son escasos los estudios que abordan el dolor producido durante la reparación del trauma perineal. Entre los pocos estudios realizados destacan el estudio cualitativo de Salmon⁷ y el estudio cuantitativo de Sanders et al⁸. Ambos ponen de relieve que muchas mujeres sufren inaceptables niveles de dolor durante la reparación del trauma perineal. La proporción de dolor en el estudio de Sanders sobre una muestra de 68 mujeres fue del 67%; destacó que el 4,5% de las mujeres lo consideraron intenso, un 7,5% fuerte y el 4,5% insoportable; el dolor se evaluó según el modelo corto del cuestionario de dolor de Mc Gill⁹. Las diferencias en las puntuaciones de dolor eran significativamente menores en las mujeres que habían recibido analgesia epidural durante el parto respecto de aquellas sin analgesia epidural. Concluía con la necesidad de evaluar la efectividad de los diferentes procedimientos utilizados para tratar ese dolor. Desde entonces se han publicado diversos estudios centrados específicamente en la evaluación de las técnicas analgésicas, dirigidas al tratamiento del dolor durante la reparación perineal¹⁰⁻¹³.

Con estos antecedentes, nos parece oportuno plantear el siguiente trabajo con el objeto de conocer la prevalencia de dolor durante la reparación perineal en nuestro hospital en función de su abordaje terapéutico.

Material y método

La Fundación Hospital Alcorcón (FHA) está ubicada en el Área 8 de la Comunidad de Madrid y atiende a una población de 230.000 habitantes. El presente estudio descriptivo transversal fue realizado en el período comprendido entre diciembre de 2007 y abril del 2008, y contó con la aprobación del Comité de Ética.

Fueron invitadas a participar todas aquellas púerperas, tanto primíparas como múltíparas, que precisaron reparación perineal tras la expulsión fetal. Se excluyó a las gestantes que desconocían el idioma español y tuvieron limitaciones para entender y contestar el cuestionario, así como a las que libremente rechazaron participar en el estudio. La valoración se realizó a partir de las 2 h posparto en el bloque obstétrico por personal de enfermería ajeno a la asistencia al parto.

La prevalencia de dolor se valoró con la frase «Deseamos conocer si mientras "le daban los puntos", usted sintió dolor o no». A todas las gestantes se les aplicó el cuestionario de dolor en español (C3DE), versión validada del cuestionario original de Mc Gill (MPQ), en el que se evalúan aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor. El cuestionario completo comprende: 62 descriptores distribuidos en 15 clases y, a su vez, en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa) y una escala visual analógica (EVA). El cuestionario obtiene tres resultados: valor de intensidad total, valor de intensidad actual y EVA.

El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno, puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectiva oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativa será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se estará comprendido entre 0 y 14. El valor de intensidad actual se obtiene con la siguiente escala: 0 = no dolor, 1 = leve, 2 = molesto, 3 = fuerte, 4 = intenso, y 5 = insoportable. El valor de intensidad de dolor se midió mediante la EVA, se puntúa de 0 a 100 mm y se agrupó en 4 categorías: 0 mm (no dolor), 1-30 mm (leve), 31-60 mm (moderado) y 61-100 mm (intenso). De las diferentes escalas de valoración del dolor, se eligió la EVA por su adaptación al tratamiento estadístico.

De la historia informatizada del parto se obtuvo la información necesaria sobre las siguientes variables cuantitativas: edad materna (años), peso del recién nacido (g), edad gestacional (semanas), tiempo de dilatación (min), tiempo de expulsivo (min) y tiempo con epidural, mientras que las cualitativas fueron: paridad (nulípara o múltipara); tipo de parto (eutócico o instrumental); trauma perineal (episiotomía, desgarros de primer grado, desgarrado de segundo grado); analgesia durante la reparación: analgesia epidural (perfusión continua de bupivacaína 0,0625% con fentanilo 2 µg/ml); anestesia local (lidocaína 1%); analgesia epidural + bolo de lidocaína al 1%.

La proporción de dolor durante la reparación perineal según el estudio realizado por Sanders et al⁸ fue del

67,2%. Si asumimos que la muestra se obtendría mediante muestreo de casos consecutivos y queremos que la estimación esté dentro de 5 puntos porcentuales ($\pm 5\%$) de la verdadera proporción, con una confianza del 95%, necesitamos una muestra de 339 mujeres.

Para su análisis se ha utilizado el programa SPSS versión 16.0. Las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante correlación de Pearson y la prueba de la t de Student para muestras independientes, cuando se cumplían los supuestos de normalidad, y pruebas no paramétricas Rho de Spearman y U de Mann-Whitney. Para la comparación de proporciones utilizamos la prueba de la χ^2 de Pearson. Para evaluar los factores asociados al dolor durante la reparación perineal (variable dependiente), se utilizó un modelo de regresión logística utilizando como variables independientes la edad, la paridad, el tipo de analgesia, el tipo de parto y el tipo de trauma, los cuales fueron introducidos en el modelo por el «método introducir» de SPSS. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se reclutó a un total de 373 púérperas, con un 13% de pérdidas, de las cuales 32 no entregaron el cuestionario y en 17 el cuestionario estaba mal cumplimentado; se realizó el análisis definitivo sobre 324 mujeres.

Los resultados del dolor experimentado durante la reparación perineal según las diferentes escalas del cuestionario y del abordaje terapéutico realizado quedan reflejados en la (tabla 1).

Los descriptores elegidos por las púérperas coincidieron en los distintos tipos de analgesia (analgesia epidural + bolo, analgesia epidural, anestesia local), aunque en proporciones diferentes.

En la dimensión sensorial las características de dolor elegidas dentro de cada clase fueron: como pulsaciones (el 27,6 frente al 30,3 frente al 25%); pellizco (el 31,3 frente al 38,2 frente al 56,3%); como pinchazo (el 34,5 frente al 40,6 frente al 46,9%); tirante (el 40 frente al 40,2 frente al 66,7%);

superficial (el 13,8 frente al 20,1 frente al 31,3%). Hubo discrepancia en la clase térmica, donde el descriptor por las mujeres bajo analgesia epidural fue caliente, mientras que la elección de las mujeres con anestesia local fue frío.

En la dimensión afectiva, los descriptores elegidos con mayor frecuencia de cada clase fueron: temible (el 17,2 frente al 31,1 frente al 21,9%) e incómodo (el 17,2 frente al 37 frente al 37,5%); Finalmente, en la dimensión evaluativa el descriptor elegido fue momentáneo (el 24,1 frente al 35,4 frente al 56,3%).

En total, presentaron algún tipo de dolor, según la escala análogo visual (EVA) 244 mujeres para una prevalencia de 75% (IC del 95%, 70,45% a 80,15%) en la muestra estudiada. El dolor leve (de 1-30 mm) presentó una prevalencia del 35,8% (IC del 95%, 30,42% a 41,17%), el dolor moderado (de 31-60 mm) fue del 25% (IC del 95%, 20,13% a 29,86%) y el intenso (de 61-100 mm) de 14,5% (IC del 95%, 10,51% a 18,49%).

La prevalencia del dolor fue significativamente mayor en la analgesia epidural y en la analgesia local que con analgesia epidural más bolo. La prevalencia del dolor fue significativamente mayor en el parto eutócico que en el instrumental (el 76,9 frente al 58,6%; *odds ratio* [OR] 0 2,35; IC del 95%, 1,07 a 5,17). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la prevalencia del dolor según grupos de edad y paridad (tabla 2).

Con respecto al tipo de trauma, la prevalencia de dolor fue mayor en la reparación de la episiotomía 78,5% que en los desgarros de primer grado 67,9% ($p = 0,05$). De igual forma, la prevalencia de dolor en desgarros de segundo y tercer grado fue del 80,4% frente al 67,9% en los desgarros de primer grado, sin alcanzar tampoco estas diferencias significación estadística ($p = 0,11$) (tabla 2).

Las variables cuantitativas exploradas mediante regresión logística simple quedan reflejadas en la tabla 2. Tras la inclusión de las variables en un análisis de regresión logística multivariante se obtuvo que el tipo de analgesia utilizada durante la reparación, el tipo de trauma perineal y el tiempo de dilatación fueron factores asociados de manera independiente a la presencia de dolor durante la reparación perineal (tabla 3).

Tabla 1 Resultados del cuestionario de dolor según abordaje terapéutico

Categoría	Analgesia epidural + bolo		Analgesia epidural		Anestesia local		p*
	n	Media \pm DE [rango]	n	Media (DE) [rango]	n	Media (DE) [rango]	
VIS	29	3,07 (2,73) [0-7]	254	3,84 (2,68) [0-7]	32	3,84 (2,45) [0-7]	NS
VIA	29	1,66 (2,31) [0-6]	254	1,93 (2,19) [0-6]	32	1,81 (2,19) [0-6]	NS
VIE	29	0,62 (0,49) [0-1]	254	0,68 (0,47) [0-1]	32	0,68 (0,47) [0-1]	NS
VIT	29	5,21 (5,17) [0-14]	254	6,40 (4,83) [0-14]	32	6,25 (4,47) [0-14]	0,02
Vlact	29	1,24 (1,43) [0-5]	254	1,54 (1,32) [0-5]	32	1,97 (1,28) [0-5]	NS
EVA	29	19,69 (26,45) [0-85]	254	28,11 (26,63) [0-100]	32	32,72 (25,86) [0-98]	0,04

EVA: escala visual analógica; VIA: valor de intensidad afectiva; VIE: valor de intensidad evaluativa; VIT: valor de intensidad total; VIS: valor de intensidad sensorial; Vlact: valor de intensidad actual.

* Test de Kruskal-Wallis.

Tabla 2 Asociación entre las variables independientes exploradas y dolor* según regresión logística simple

Variables	n	Dolor	%	Coficiente	p	OR	IC del 95%
<i>Tipo de analgesia</i>							
Analgesia epidural + bolo	29	17	58,6			1	
Analgesia epidural	254	193	76	0,80	0,04	2,23	1,01-4,93
Anestesia local	41	34	83	1,33	0,02	3,42	1,14-10,29
<i>Paridad</i>							
Nulípara	197	153	77,7		1,00	1	
Múltipara	127	91	71,7	-0,31	0,22	0,72	0,43-1,21
<i>Tipo de parto</i>							
Instrumental	29	17	58,6		1,00	1	
Eutócico	295	227	76,9	0,85	0,03	2,35	1,07-5,17
<i>Tipo de trauma</i>							
Desgarro 1.º	106	72	67,9			1	
Episiotomía	172	135	78,5	0,54	0,05	1,72	0,99-2,97
Desgarro 2.º y 3.º	46	37	80,4	0,66	0,11	1,94	0,84-4,47
<i>Edad (años)</i>							
15-22	25	23	92			1	
23-30	111	81	73	-1,44	0,06	0,23	0,05-1,05
31-37	162	120	74,1	-1,39	0,06	0,24	0,05-1,09
38-45	26	20	76,9	-1,23	1,55	0,29	0,05-1,60
<i>Tiempo de dilatación (h)</i>	324			0,01	0,03	1,088	1,007-1,176
<i>Tiempo de expulsivo (h)</i>	324			-0,03	0,16	0,997	0,999-1,001
<i>Duración del parto (h)</i>	324			0,001	0,10	1,001	1,002-1,003

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

* Variable dicotómica: escala analógica visual (EVA) = 0; EVA > 0.

Discusión

El dolor experimentado durante la reparación perineal es un problema común durante la asistencia al parto. Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Sanders et al⁸ en el que se utilizó el MPQ para la valoración del dolor, aunque con un tamaño muestral pequeño.

Los resultados muestran que, a pesar de la amplia utilización de la analgesia epidural en 283 gestantes (87,4%), sólo 73 (25,8%) de estas mujeres manifestaron no haber sentido dolor durante la reparación perineal. Si bien

se reconoce a la analgesia epidural como el patrón de oro en el tratamiento del dolor del parto, es conocido que existe un índice de fallos en la instauración y el mantenimiento del bloqueo epidural considerablemente más alto en la paciente obstétrica que en el resto de los pacientes quirúrgicos¹¹.

Las diferencias encontradas en los niveles de dolor según el tipo de parto se deben al tipo de abordaje analgésico que se utiliza en el parto instrumental. La analgesia epidural más bolo forma parte de la asistencia al parto instrumental en aquellas gestantes que optaron por analgesia epidural durante el parto. Por tanto, todas las mujeres con parto instrumental son las que se beneficiaron del bolo anestésico y, en consecuencia, la variable «tipo de parto» no se incluyó en el análisis multivariante por colinealidad con la variable «categoría analgésica». El bolo anestésico pautado por protocolo en aquellas mujeres portadoras de catéter epidural y que manifestasen dolor durante la reparación podría contribuir a reducir la prevalencia de dolor. La anestesia local en aquellas gestantes sin epidural es claramente insuficiente. Dos son los factores que pueden influir en la eficacia anestésica. En primer lugar, el anestésico utilizado ha sido la lidocaína al 1% sin vasoconstrictor; es posible que esto contribuyese al aumento de la prevalencia. Colacioppo et al¹² confirman la hipótesis de que el uso de anestésicos locales con vasoconstrictor es superior al anestésico solo, pero únicamente en la reparación de desgarros y no de episiotomías. En segundo lugar, el tiempo de latencia anestésica entre la inyección y la disminución de dolor es clave para la eficacia anestésica y en el caso de la lidocaína se ha

Tabla 3 Factores independientes asociados al dolor durante la asociación entre las variables exploradas y dolor según regresión logística multivariante

Variables	p	OR	IC del 95%
<i>Tipo de analgesia</i>			
Analgesia epidural + bolo	0,02	1	Ref.
Analgesia epidural	0,005	3,57	1,47-8,63
Anestesia local	0,001	8,90	2,56-30,9
<i>Tipo de trauma</i>			
Desgarro 1.º	0,03	1	Ref.
Episiotomía	0,01	2,15	1,16-3,96
Desgarro 2.º y 3.º	0,08	2,12	0,91-4,96
<i>Tiempo de dilatación (horas)</i>	0,01	1,12	1,02-1,22

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

establecido en 2 min. Desconocemos si este tiempo de espera se ha tenido en cuenta en el grupo de la analgesia local.

El dolor durante la reparación de los desgarros de primer grado tuvo una prevalencia elevada (67,9%); este resultado señala al dolor como un factor más que se debe tener en cuenta en la decisión de suturar o no este tipo de desgarros¹³.

El cansancio debido a la duración del parto podría influir en aumentar la percepción del dolor experimentado durante el procedimiento; esto justificaría la duración del parto y en especial el tiempo de dilatación como variable independiente del dolor. En este estudio no se incluyó la inducción como variable independiente, pero a la vista de los resultados expuestos sería de interés tenerlo presente en futuros estudios.

Es preciso mencionar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, el cuestionario de dolor es un cuestionario complejo que requiere un asesoramiento directo que no pudo mantenerse en todos los casos debido a la presión asistencial. Esto justificaría las pérdidas y las faltas en la cumplimentación. En segundo lugar, no se han recogido datos sobre el anestésico local utilizado, la cantidad administrada y el tiempo de espera.

Es posible que la técnica de reparación también pueda influir en el dolor experimentado durante la reparación, aspecto no evaluado en este trabajo y que puede ser de interés en futuros estudios.

Puede suceder que determinadas actitudes contribuyan a mantener su alta prevalencia. Considerar la prioridad de la asistencia al parto solo la expulsión fetal, infravalorando la intensidad del dolor manifestada por la mujer durante la reparación perineal, así como la tendencia de la paciente a complacer al personal sanitario, podrían ser algunas de esas actitudes. Sería de interés conocer la contribución de la analgesia epidural mediante bombas de PCA en la disminución de la prevalencia del dolor durante la reparación perineal en futuros estudios.

Conclusiones

Los resultados revelan que el dolor producido durante la reparación perineal tras el parto está globalmente subestimado, y su evaluación y manejo son claramente insuficientes. Es necesario un abordaje interdisciplinar (matronas, ginecólogos y anestesiólogos) para su adecuada evaluación y tratamiento. Disminuir su prevalencia supone un reto y un objetivo claro de mejora de la calidad en la asistencia al parto.

Conflicto de intereses

Los autores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la ayuda prestada en la recogida de datos al personal de enfermería del bloque obstétrico de la Fundación Hospital Alcorcón; sin su colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

Bibliografía

1. Albers L, García J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*. 1999;26:11–7.
2. Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States 1980–1998. *Birth*. 2001;28:152–60.
3. Romero Martin J, De Pedro Amian M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Prof*. 2002;8:33–9.
4. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:559–62.
5. Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 4. Art No. CD000006. DOI: 10.1002/14651858.CD000006.
6. Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 4:CD000947.
7. Salmon D. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. *Midwifery*. 1999;15: 247–56.
8. Sanders J, Campbell R, Peters TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *BJOG*. 2002;109:1066–8.
9. Melzack R. The short –form McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1987;30:191–7.
10. Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery*. 2005;21:154–60.
11. Fernández Martínez MA, Ros Mora J, Villalonga Morales A. Fallos en la analgesia epidural obstétrica y sus causas. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2000;47:256–65.
12. Colacioppo PM, Gonzalez Riesco ML. Effectiveness of local anaesthetics with and without vasoconstrictors for perineal repair during spontaneous delivery: Double-blind randomised controlled trial. *Midwifery*. 2009;25:88–95.
13. Cioffi JM, Arundell F, Swdin J. Clinical decision –making for repair of spontaneous childbirth trauma: validation of cues and related factors. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54:65–72.