

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



Escuela de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

“TRAUMATISMO Y REPARACIÓN PERINEAL”

ISABEL SERNA GONZÁLEZ

Tutor: José Javier Gonzalo Martín

Salamanca, enero 2013

INDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. EPISIOTOMÍA.....	5
3.1.1. DEFINICIÓN.....	5
3.1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	5
3.1.3. INDICACIONES.....	5
3.1.4. TIPOS DE INCISIÓN.....	6
3.1.5. TÉCNICA DE REALIZACIÓN.....	9
3.1.6. RECOMENDACIONES.....	10
3.2. DESGARRO ESPONTÁNEO.....	13
3.2.1. CLASIFICACIÓN.....	13
3.2.2. EPISIORRAFIA (= DESGARROS DE SEGUNDO GRADO)...	14
3.2.3. REPARACIÓN DEL DESGARRO DE TERCER Y CUARTO GRADO.....	17
4. CONCLUSIONES.....	21
5. BIBLIOGRAFÍA.....	22

RESUMEN

Las matronas son el personal sanitario que está cualificado para acompañar a la mujer embarazada y a su familia en el parto espontáneo. Deben respetar el derecho a la intimidad, el derecho a la decisión informada e incrementar la seguridad y el bienestar de ellos. Deben garantizar la humanización de este proceso.

En el periodo expulsivo del parto se pueden producir traumatismos perineales. Las matronas deben conocer las últimas recomendaciones, basadas en la evidencia científica, sobre la reparación de dichas lesiones para clasificarlas adecuadamente y suturarlas de forma correcta.

Entre estas sugerencias hay que destacar el uso selectivo de la episiotomía, el uso de la episiotomía media-lateral, la realización de la sutura de los desgarros de I grado y la reparación perineal de los desgarros de II grado utilizando la técnica de sutura continua.

Palabras claves: matrona, parto espontáneo y humanizado, traumatismos y reparación perineales, episiotomía, desgarros de I y II grado, sutura.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha observado una tendencia creciente a utilizar en exceso las tecnologías y realizar intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas, en la atención al parto normal. La atención sanitaria al parto en España se puede situar en un modelo intervencionista institucionalizado. Cada vez más, asociaciones de mujeres reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones, y en las mejores condiciones para ellas y sus hijos. Distintas organizaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejería de Salud de Andalucía, Federación Nacional de Matronas, SEGO) se han hecho eco de estas demandas, elaborando documentos de consenso sobre la asistencia al parto normal.

La OMS en su Guía Práctica para los Cuidados en el Parto Normal considera el uso sistemático de la episiotomía como práctica que se utiliza inadecuadamente (1).

Con el uso sistemático de episiotomía, la incidencia de la misma es superior al 70% (>90% en nulíparas). En hospitales en donde se ha puesto en marcha una política selectiva de episiotomía, su incidencia ha descendido hasta el 30% (44% en nulíparas), teniendo como resultado un mayor número de perinés íntegros y desgarros de primer grado, así como un incremento del bienestar de la mujer traducido en disminución del dolor a nivel perineal, hematomas, dehiscencias y otras complicaciones de la cicatrización de la episiotomía.

Cada vez son más las organizaciones de mujeres y otros organismos (asociaciones profesionales y administraciones públicas) que cuestionan el alto nivel de intervencionismo durante el parto: episiotomía de rutina, posición de litotomía durante todo el parto, partos instrumentales, no oferta de otras alternativas analgésicas a la analgesia epidural,...

2. OBJETIVOS

- Enfocar el tema desde los cuidados independientes de la matrona.
- Exponer las pruebas que nos muestra la evidencia científica para que no existan variaciones entre los profesionales en cuanto a las técnicas y los materiales utilizados para la reparación perineal. Revisar nuestra práctica, y modificar aquellas acciones sobre las que no existe evidencia para así mejorar la calidad de la asistencia prestada a las mujeres.
- Informar de la importancia que tiene reparar el traumatismo perineal, mediante las mejores técnicas y materiales de sutura, a fin de disminuir la morbilidad asociada a corto y a largo plazo.
- Favorecer el parto humanizado conservando más perinés íntegros sin que con ello empeoren los resultados materno – fetales. Conservar el cuerpo de la mujer lo más intacto posible, sobre todo a nivel funcional, para permitir que mantenga una calidad de vida similar a la que tenía previo al parto.
- Aumentar la satisfacción de las mujeres y disminuir su ansiedad y dolor frente al parto y al puerperio.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. EPISIOTOMÍA (2)

3.1.1. Definición

Etimológicamente episiotomía significa “cortar el pubis” (episeion = pubis y temno = yo corto). También se puede llamar colpoperineotomía.

Es una incisión quirúrgica en el periné que permite ampliar el diámetro de la abertura de la vagina durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto. Comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, incluye las mismas estructuras que el desgarro de segundo grado.

3.1.2. Epidemiología

Los índices informados sobre esta práctica son de un 40% en EE.UU, un 30% en Europa y 92% en América Latina. Este procedimiento es más frecuente en países en desarrollo y en las clases desprotegidas.

En la actualidad, la tasa de episiotomía en países occidentales ha descendido hasta un 68% en primíparas y 23% en multíparas.

En España se realiza una episiotomía en una media del 68% de todos los partos.

En el 0.6-9% de los partos vaginales con episiotomía medio-lateral aparecen desgarros de tercer o cuarto grado.

3.1.3. Indicaciones

- Indicación materna: riesgo significativo de laceración perineal importante (periné poco elástico o muy resistente); urgencia materna y en ciertas patologías maternas en las que debemos acortar el periodo expulsivo y limitar los esfuerzos maternos como cardiopatías o hipertensión ocular, entre otras.
- Indicaciones fetales: prematuridad o CIR (con el fin de disminuir el periodo expulsivo y la compresión cefálica), distocia de hombros, sospecha de

hipoxia fetal en el expulsivo (para el recién nacido un periodo expulsivo prolongado durante el trabajo de parto podría causar asfixia fetal, traumatismo craneano, hemorragia cerebral y retraso mental) y presentación podálica.

La indicación debe individualizarse a cada paciente comparando los beneficios potenciales con los riesgos documentados.

3.1.4. Tipos de incisión

- Por su orientación
 - En la línea media o mediana. La incisión se realiza sobre el rafe fibroso ano-vulvar respetando los músculos elevadores (ver tabla 1).

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA EPISIOTOMÍA MEDIA	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
Fácil de realizar y fácil de reparar	Se asocia con tasas más elevadas de ampliación de la episiotomía y, en consecuencia, un mayor riesgo de trauma perineal severo (mayor tasa de desgarros de III y IV grado)
No incide lazadas musculares	
Mejor cicatrización	
Escaso dolor puerperal y dispareunia	
Buen resultado anatómico	

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de la episiotomía media

- Media lateral. La incisión parte en dirección oblicua (ángulo aprox. 45 grados) desde la horquilla vulvar, abarcando mucosa vaginal, piel y músculo. Se secciona el músculo constrictor vulvar, el músculo bulbocavernoso y haces del músculo transverso superficial del periné, incluida en su totalidad la fascia puborectal del elevador del ano (ver tabla 2 y 3).

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
Proporciona buen espacio vaginal (puede prolongarse hacia la fosa isquiorrectal cuando se considere necesario)	Incide lazadas musculares
Permite disminuir hasta un 78% el riesgo de lesión perineal, teniendo una baja frecuencia de desgarros tipo III y IV (< 1%)	Mayor pérdida hemática
Conlleva menor riesgo de lesión neurológica y de incontinencia anal residual	Dolor en el puerperio inmediato y dispareunia.
	Peor resultado anatómico estético

Tabla 2. Ventajas e inconvenientes de la episiotomía medio lateral

Diferencias entre episiotomía media y media lateral		
Características	Media	Media lateral
Episiorrafia	Sencilla	Más compleja
Cicatrización deficiente	Infrecuente	Más frecuente
Dolor posoperatorio	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelentes	Deficientes en ocasiones
Pérdida hemática	Menor	Mayor
Dispareunia	Infrecuente	Ocasional
Hematomas	Menos frecuentes	Más frecuentes
Tiempo quirúrgico	Menor	Mayor
Prolongación	Poco frecuente	Más frecuente
Desgarros de 3º y 4º grado	Mayor	Menor

Tabla 3. Diferencias entre episiotomía media y media lateral

- Lateral. La incisión se realiza desde unos centímetros por encima de la línea media en dirección a la tuberosidad isquiática. Se seccionan haces del músculo bulbocavernoso. Es menos recomendable.
- Por el número de incisiones
 - Única
 - Bilateral
 - En Y de Zaugemeister
- Por su extensión
 - Simple
 - Profunda: Schuchard

3.1.5. Técnica de realización

- En primer lugar es necesario informar a la mujer sobre la necesidad de realizar episiotomía si se diera el caso, los pros y los contras, y recibir su consentimiento antes de realizar la incisión.
- Limpieza de la región con una solución jabonosa y desinfección con una solución antiséptica.
- Infiltración de anestésico local si la mujer no tiene analgesia epidural, a lo largo de todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo.
- El momento más oportuno para realizar la episiotomía es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa intercontráctil, siendo visible en un diámetro de cuatro centímetros aproximadamente. Se realizará durante el acmé de una contracción. De esta manera se reduce el dolor y la hemorragia. Es importante conocer el momento exacto de realización de la episiotomía ya que si se realiza de forma muy tardía, prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión músculo-nerviosa ya se habrá producido, al igual que los desgarros si los hubiera; mientras que si se realiza de forma muy precoz, la hemorragia puede ser considerable y la sección pubo-rectal de la fascia del elevador del ano puede ser incompleta, y con ello, sobre todo en partos instrumentados, aumenta la posibilidad de desgarros. Una vez realizado el corte se procederá a la maniobra de Ritgen (retener la cabeza con una mano y proteger el periné con la otra).
- Se recomienda usar una tijera larga de punta roma, introduciendo una de sus ramas en la vagina entre el dedo índice y medio, que servirán de guía del corte y de protección del polo fetal. Se realiza un corte limpio desde la horquilla vulvar y se dirige a la tuberosidad isquiática ipsilateral (el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados) en la media lateral o al centro de la vulva en la media. Para asegurar que se realiza la media lateral con el ángulo adecuado, se recomienda marcar con rotulador el recorrido de la misma antes de la distorsión perineal producida por la cabeza fetal.
- La longitud es de 3-4cm.
- En las presentaciones de nalgas se hace cuando la nalga anterior está bajo la sínfisis y la región perineal del feto está visible.

- En el parto vaginal instrumentado, la aplicación debe realizarse antes de hacer la episiotomía, aunque en algunos casos de vacuoextracción, la episiotomía previa puede facilitar la aplicación de la campana.

3.1.6. Recomendaciones (1)

A través del análisis de diversos artículos y publicaciones se pueden establecer con distintos niveles de evidencia científica, las siguientes recomendaciones para una correcta práctica obstétrica.

Antes de proceder a la descripción de las recomendaciones se explicará la correlación de los diferentes niveles de evidencia científica, en relación a los tipos de estudios de los cuales se han sacado todas las conclusiones.

Categoría de evidencia:

I	Ensayos clínicos controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas con diseño correcto
II	Estudios controlados no aleatorios
III	Estudios no controlados

Fuerza de recomendación:

A	Basadas directamente en evidencia de categoría I
B	Basadas directamente en evidencia de categoría II o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I
C	Basadas directamente en evidencia de categoría III o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I ó II

EVIDENCIA A:

1.- El uso sistemático de la episiotomía en los partos de bajo riesgo: (3)

- No aporta ningún beneficio. Tasas superiores al 30% no están justificadas.
- No previene los desgarros de III y IV grado pero sí reduce los desgarros perineales anteriores.
- No previene la incontinencia de esfuerzo ni de urgencia.

2.- El uso restrictivo o selectivo de la episiotomía: (4)

- Reduce el riesgo de trauma perineal posterior y conlleva menor necesidad de sutura y una tasa inferior de complicaciones en la cicatrización.
- No aumenta el riesgo de desgarros severos del periné y vagina pero tampoco los evita.
- Aumenta la dispareunia en las primeras semanas del parto pero no a largo plazo.

3.-No se recomienda el uso de la episiotomía media ya que aumenta el riesgo de desgarros graves.

4.- Se recomienda realizar la sutura de los desgarros de I grado con el fin de mejorar la curación, a menos que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados. La sutura de los desgarros de I y II grado está relacionada con una mejor cicatrización en la sexta semana.

5.- Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de II grado utilizando la técnica de sutura continua, dado que se obtiene una menor tasa de dehiscencias y produce menos dolor (5 y 6).

6.- Si después de la sutura muscular de un desgarro de II grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación, realizarla con una técnica intradérmica continua.

EVIDENCIA B:

1.- Las lesiones perineales severas aumentan si se unen técnicas operatorias vaginales y episiotomía, aunque la relación causa efecto entre su realización y el desgarro no está claro.

2.- El uso sistemático de la episiotomía:

- No está justificado en todo parto instrumentado.
- Cuando parece que se va a romper el perineo, no causa beneficio para la madre ni para el feto, aunque sí aumenta el número de desgarros de III grado por probabilidad de elongación del corte.
- No previene el riesgo de incontinencia anal.
- No previene el riesgo de hemorragia posparto.

3.- La episiotomía incrementa el riesgo de lesión del esfínter anal en caso de instrumentación en variedad occipito-sacra, por lo que no se recomienda el uso sistemático.

4.- Si existe un antecedente de desgarro perineal severo la episiotomía no ofrece beneficio. En caso de desgarro severo la episiotomía no protege del riesgo de recidiva.

5.- Actualmente no es posible evaluar el papel preventivo de la episiotomía en los problemas del suelo pélvico a largo plazo. El único factor objetivo es la reducción de la fuerza muscular perineal a los tres meses del parto.

6.- Una política restrictiva o selectiva de episiotomía, aumenta por tres la tasa de periné intacto sin incrementar la de desgarros de III grado ni dolores posparto a largo plazo y aumenta el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes.

EVIDENCIA C:

1.- La presentación posterior persistente, la gestación gemelar y la presentación de cara, no presentan pruebas suficientes para la episiotomía sistemática.

2.- El uso sistemático de la episiotomía predispone, a un mayor riesgo de incontinencia anal en los tres primeros meses de postparto.

3.2. DESGARRO ESPONTÁNEO (8)

3.2.1. Clasificación

- Primer grado: lesión en la piel del periné solamente.
- Segundo grado: lesión del periné que incluye los músculos perineales, sin incluir el esfínter anal.
- Tercer grado: lesión del periné que incluye el complejo del esfínter anal:
 - 3a: menos de 50% del espesor del esfínter anal externo (EAE) desgarrado;
 - 3b: más de 50% del espesor del EAE desgarrado;
 - 3c: tanto el EAE como el esfínter anal interno (EAI) desgarrado.
- Cuarto grado: lesión del periné que incluye el complejo del esfínter anal (EAE y EAI) y la mucosa rectal.

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro, se debe optar por la opción más grave.

Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Ejemplos de ello son: lesión de la mucosa rectal con integridad del EAI y EAE, lesión de la uretra, lesión en la vagina y lesión en los labios menores.

3.2.2. Episiorrafia (= reparación de un desgarro de 2º grado)

Reparación, mediante el uso de sutura, de la herida dejada por la episiotomía.

La función principal de una sutura es mantener el cierre del tejido lesionado para promover la cicatrización en el primer intento, controlar la hemorragia y disminuir el riesgo de infección. Los bordes de la herida deben ser aproximados sin tensión, de otro modo se producirá la desvascularización del tejido y el proceso de cicatrización se interrumpirá. El traumatismo perineal que se ha suturado con cuidado en general cicatriza muy rápidamente en el primer intento, con complicaciones mínimas, en las dos semanas siguientes a la sutura. Este hecho probablemente se deba a que el área perineal inmediatamente después del parto proporciona las condiciones óptimas necesarias para promover una cicatrización de calidad. El factor local que se asocia con mayor frecuencia con la dehiscencia y la cicatrización retardada de la herida perineal es la infección, que hace que los bordes de la herida se ablanden, lo cual puede dar lugar a que los puntos se separen del tejido con la posterior abertura de la herida.

La reconstrucción de la incisión debe hacerse respetando al máximo la anatomía, para mantener íntegramente la función de los músculos y evitar la formación de cicatrices patológicas.

La episiorrafia se clasifica en:

- Precoz: inmediatamente después del parto
- Tardía: entre 12 y 24 horas después del parto
- Secundaria: restauración cuando no hubo una cicatrización adecuada.

Es preferible comenzar la sutura una vez que ha salido la placenta.

La mejor técnica para la reparación del periné sería aquella que requiriera menos tiempo en su ejecución, menos consumo de material en la realización, que generara menos dolor a corto y largo plazo, que permitiera un reinicio de las relaciones sexuales de forma más precoz y con menos dolor y que provocara menos necesidad de retirada del material de sutura y menos incidencia de resuturas.

Los profesionales relacionados con la asistencia al parto deberían estar familiarizados con la realización de ambos tipos de suturas, continua e interrumpida, y tener la habilidad quirúrgica necesaria para realizar cualquiera de ellas.

El material de sutura ideal debe causar una reacción tisular mínima y ser absorbido una vez que ha cumplido su función de mantener el tejido en aposición durante el proceso de cicatrización. Sin embargo, si los puntos permanecen en los tejidos por más tiempo que este período, actúan como un cuerpo extraño y pueden provocar una respuesta inflamatoria significativa y deteriorar la cicatrización. Los tejidos con buen suministro de sangre, que cicatrizan con rapidez y que no están bajo presión mecánica pueden suturarse con material sintético absorbible. Se recomienda el uso de hilos de material sintético de absorción rápida, ya que tienen un periodo de resistencia útil de unos 12 días. Ofrecen como beneficio una adecuada fuerza de tensión entre los bordes durante un tiempo medio suficiente para minimizar la reacción tisular sin que pueda producirse una respuesta inflamatoria significativa y predisponer la infección, la formación de abscesos y la dehiscencia de la herida, lo cual podría repercutir en gastos en los sistemas de asistencia sanitaria.

Las técnicas de sutura son las siguientes:

- Vagina: sutura continua por encima del ángulo de la incisión (1 cm), finalizando inmediatamente por fuera de la inserción del himen, consiguiendo así menor tasa de dehiscencia y menor dolor.
 - Plano muscular: puntos dobles o simples sueltos.
 - Fascia: puntos sueltos como el músculo.
 - Piel: sutura intradérmica o puntos sueltos “en U”.
- Una alternativa válida es la sustitución de los puntos de fascia y piel por una sutura única entrecortada.

- Otra es reparar la vagina, los músculos perineales, la fascia y la piel con una sutura continua para todas las capas, en tres etapas (1: cierre continuo de mucosa y la submucosa vaginales. 2: después del cierre de la herida vaginal y la reapproximación de los márgenes incididos, la aguja se coloca de tal forma que pueda repararse perineo. Súrgete continuo mismo tipo de sutura para afrontar fascia y músculos del perineo. 3: la sutura continua se dirige hacia arriba con una técnica subcuticular). Se usa sutura absorbible 2-0 o 3-0. Las ventajas que ofrece son las siguientes (3 y 4):
 - Emplea menor cantidad de sutura.
 - Su ejecución es más fácil y rápida.
 - Las técnicas de sutura continua, comparadas con cualquiera de las técnicas de sutura discontinua siguen asociándose con menos dolor a corto plazo (hasta 10 días después del parto).
 - Tiene buenos resultados cosméticos a seis semanas después del parto.
 - Se reduce el uso de analgésicos.
 - Existe menor dispareunia.
 - Se reduce el riesgo de dehiscencia.
 - Las mujeres presentan mayor satisfacción a los tres meses.
- Se puede usar la técnica de reparación en dos etapas, en la cual la vagina y el músculo se suturan, pero la piel perineal se deja opuesta pero no suturada. Sin embargo, hay un mayor riesgo de dehiscencia de los bordes cutáneos de la herida perineal en los grupos de reparación en dos etapas a los dos días y diez días posparto, aunque desaparece a los catorce días. Estas mujeres presentan menor dispareunia superficial hasta tres meses después del parto, menor tirantez y retirada de la sutura y una mayor frecuencia de sentir el área perineal normal, así como, un menor dolor y un menor grado de inflamación o hematoma, y además muestran un menor uso de analgésicos.

Para la sutura quirúrgica de la episiotomía, el eje de la aguja debe ser perpendicular al borde de la herida, con el mantenimiento de una separación constante entre punto y punto, garantizando una adecuada hemostasia y correcta tensión entre los puntos. Una vez finalizada la sutura, se comprobará que no hay cuerpos extraños en vagina y se realizará un tacto rectal para comprobar la integridad de la mucosa.

3.2.3. Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado (7)

La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión.

Para que la exploración perineal sea precisa 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. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada.

El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina 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 4):

- 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 cefalosporina de 2ª o 3ª generación ev o im antes de suturar (cefminox [Tencef], cefoxitina 1g, ceftriaxona 1g, cefuroxima [Zinnat]...). Las cefalosporinas de 1ª generación (Cefazolina [Kurgan]) no tienen una cobertura suficiente en estos casos. En pacientes alérgicas a β-lactámicos, administrar una dosis de Gentamicina 240mg ev + Metronidazol 500mg ev. Según el grado de desgarró, esta pauta se completará con un tratamiento antibiótico más prolongado (5-10 días). (Ver Manejo en la Sala de Hospitalización).
- 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 4).

MEDIDAS GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del campo y medidas de asepsia: Tallas y guantes estériles, suero fisiológico o antiséptico (clorhexidina) para lavados si se requieren. - Analgesia adecuada y relajación - Iluminación adecuada del campo - Profilaxis antibiótica 	
MATERIAL NECESARIO	
<ul style="list-style-type: none"> - Pinza sin dientes - 2 pinzas tipo Allis - Tijeras Metzenbaum - Tijeras Mayo - Porta agujas corto 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

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

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 o PDS 3/0, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. La separación entre los puntos debe de ser de 0,5 cm aproximadamente. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Sutura EAI:

La sutura del EAI debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no rapid) como primera elección o PDS 3/0.

Sutura EAE:

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 (figura 1): 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.

Los hilos monofilamento parecen tener menor riesgo de infección. Cuando se identifica la lesión del esfínter interno se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional.

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

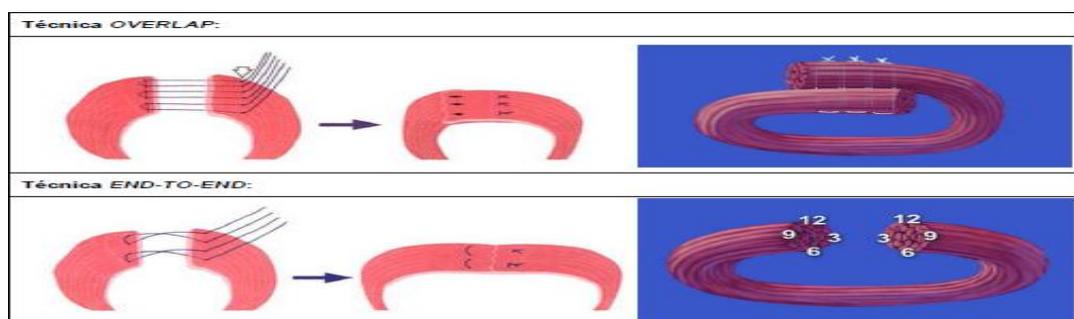


Figura 1: Técnicas de reparación de esfínter anal externo (7)

4. CONCLUSIONES

1. El momento más oportuno para realizar la episiotomía es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa intercontráctil, siendo visible en un diámetro de cuatro centímetros aproximadamente. Se realizará durante el acmé de una contracción.
2. El uso sistemático de la episiotomía en los partos de bajo riesgo no aporta ningún beneficio, se debe realizar un uso restrictivo o selectivo de la episiotomía.
3. No se recomienda el uso de la episiotomía media.
4. Se recomienda realizar la sutura de los desgarros de I grado.
5. Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de II grado utilizando la técnica de sutura continua.
6. Si después de la sutura muscular de un desgarro de II grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. **Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal**. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco (osteba). Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia (avalia-t). 2010. Guías de práctica clínica en el SNS: Osteba nº 2009/01, 6.7 y 6.8.
- 2) Carroli G, Belizán J. **Episiotomía en el parto vaginal** (revisión Cochrane traducida). En: la biblioteca Cochrane plus, 2008 número 4
- 3) Herrera B, Gálvez A. **Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias** prog obstet ginecol. 2004 sep 47(9):414-22.
- 4) Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. **Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas** prof 2007 8(3-4):5-11
- 5) Kettle C, Hills Rk, Ismail Kmk. **Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado**. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en la biblioteca Cochrane plus, 2008, número2
- 6) Montañón Nasarre M, Valenzuela Ruiz p2, Cordero Etchebarne E3, Zapico Goñi A4. **Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto**. Congreso nacional SEGO 2011.

1 Hospital Universitario Príncipe de Asturias
2 Hospital Universitario Príncipe de Asturias
3 Hospital Universitario Príncipe de Asturias
4 Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- 7) López M, Palacio M, Del Pino M, Puig M, Batalle E y Espuña M. **Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento**. Hospital Universitario Clínic de Barcelona, servicio materno-fetal. 2010, 1 a 4.