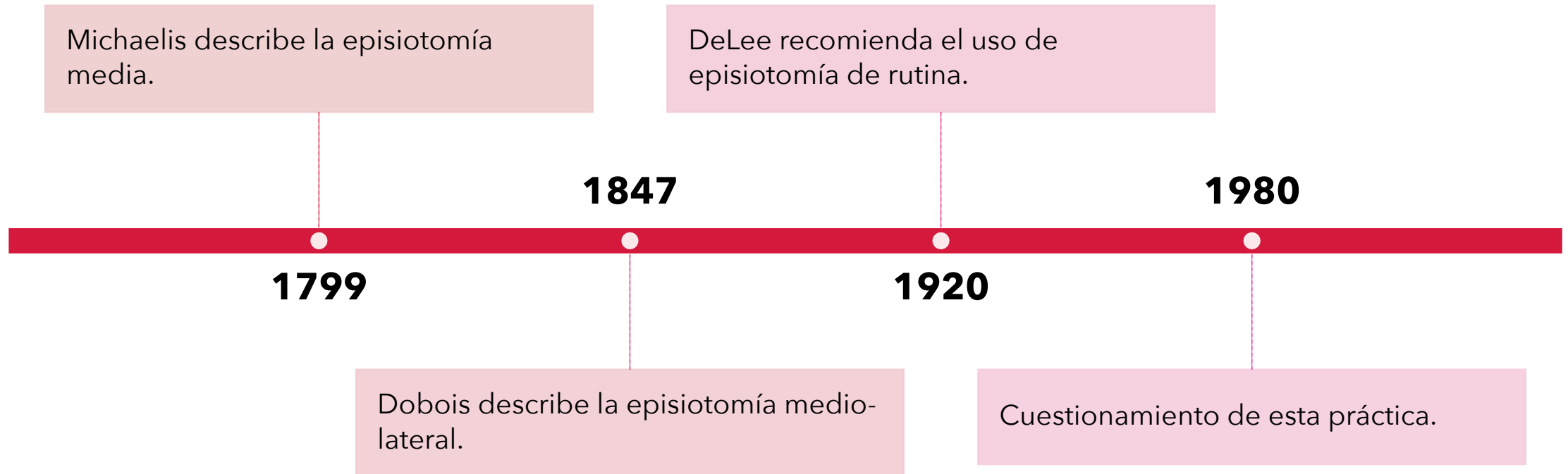




Actualización en sutura perineal

- **Prof. Cristhel Fagerstrom Sade.**
- Matrona. Universidad de Chile.
- Especialista en Piso pélvico. Université Catholique de Louvain, Bélgica.
- Magister en Envejecimiento y Calidad de vida. INTA, Universidad de Chile.
- Diplomada Docencia Universitaria, Universidad Diego Portales, Chile
- Directora de Diplomado en piso pelvico para obstetrician y ginecología, UDD

Episiotomías





Episiotomía y desgarrros





Tipos de episiotomía

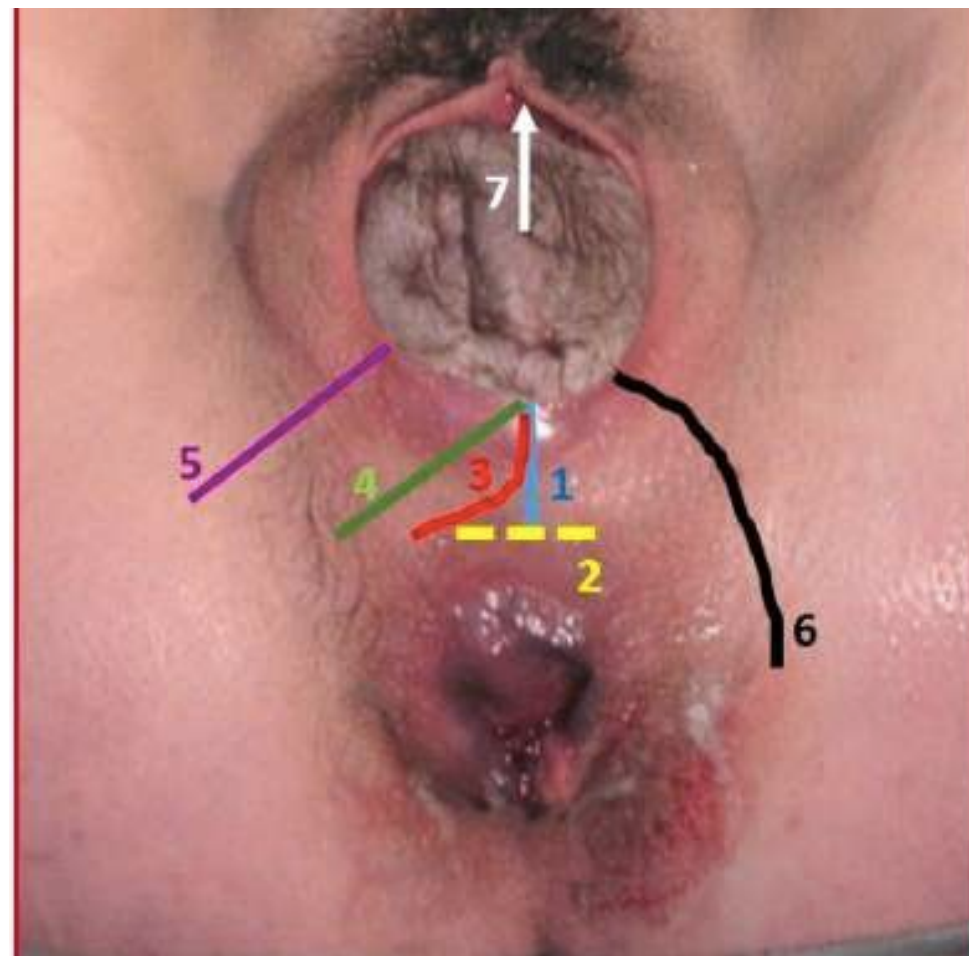


Figura 1: Clasificación de la episiotomía, según tipo de corte. Números; 1: Mediana. 2: Mediana modificada. 3: En forma de J. 4: Medio lateral. 5: Lateral. 6: Lateral radical. 7: Anterior.

Extraída de: V Kalis, K Laine, JW de Leeuw, KM Ismail, DG Tincello. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Revista en Internet] 2012; 522(5). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364



Expulsivo

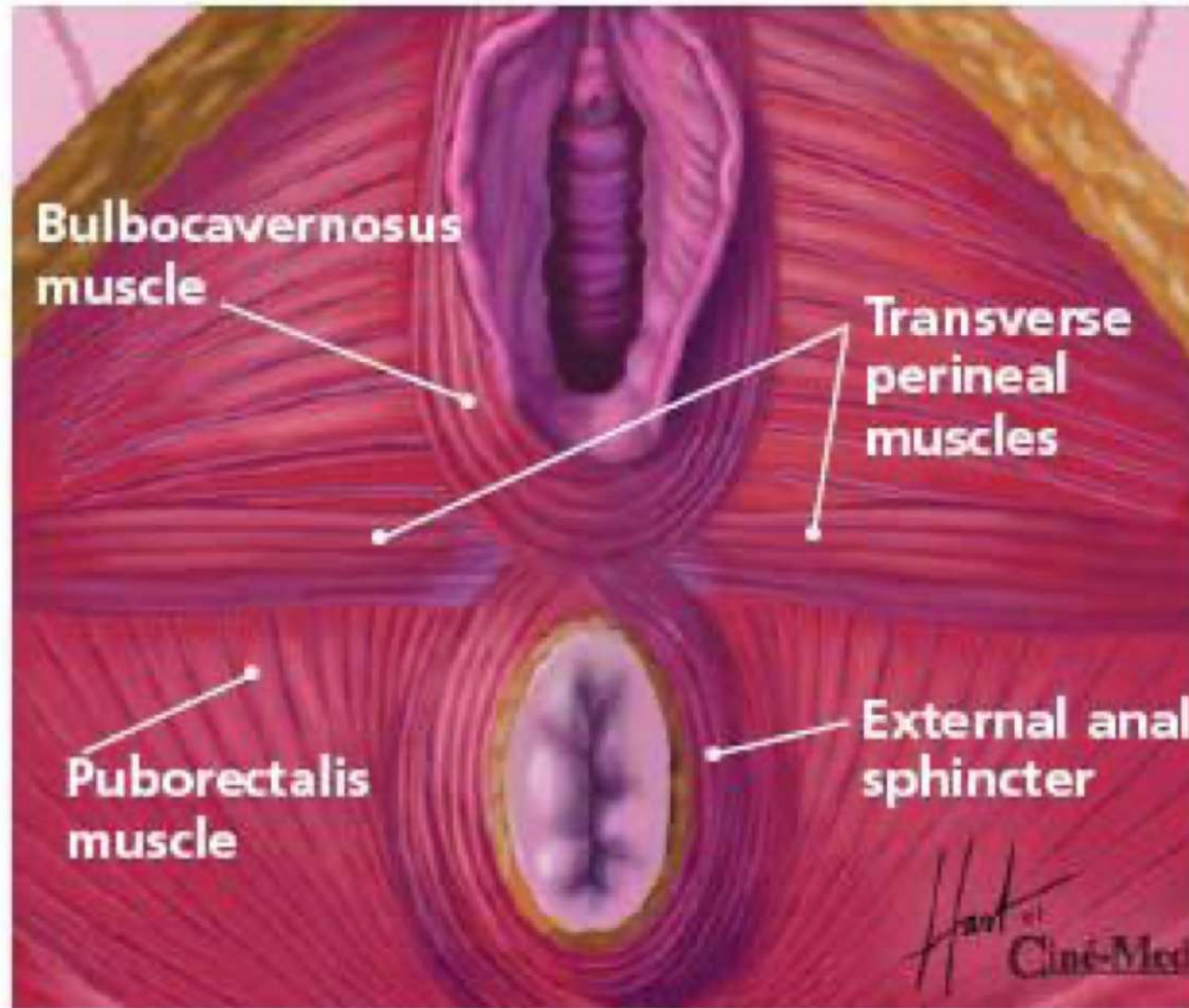
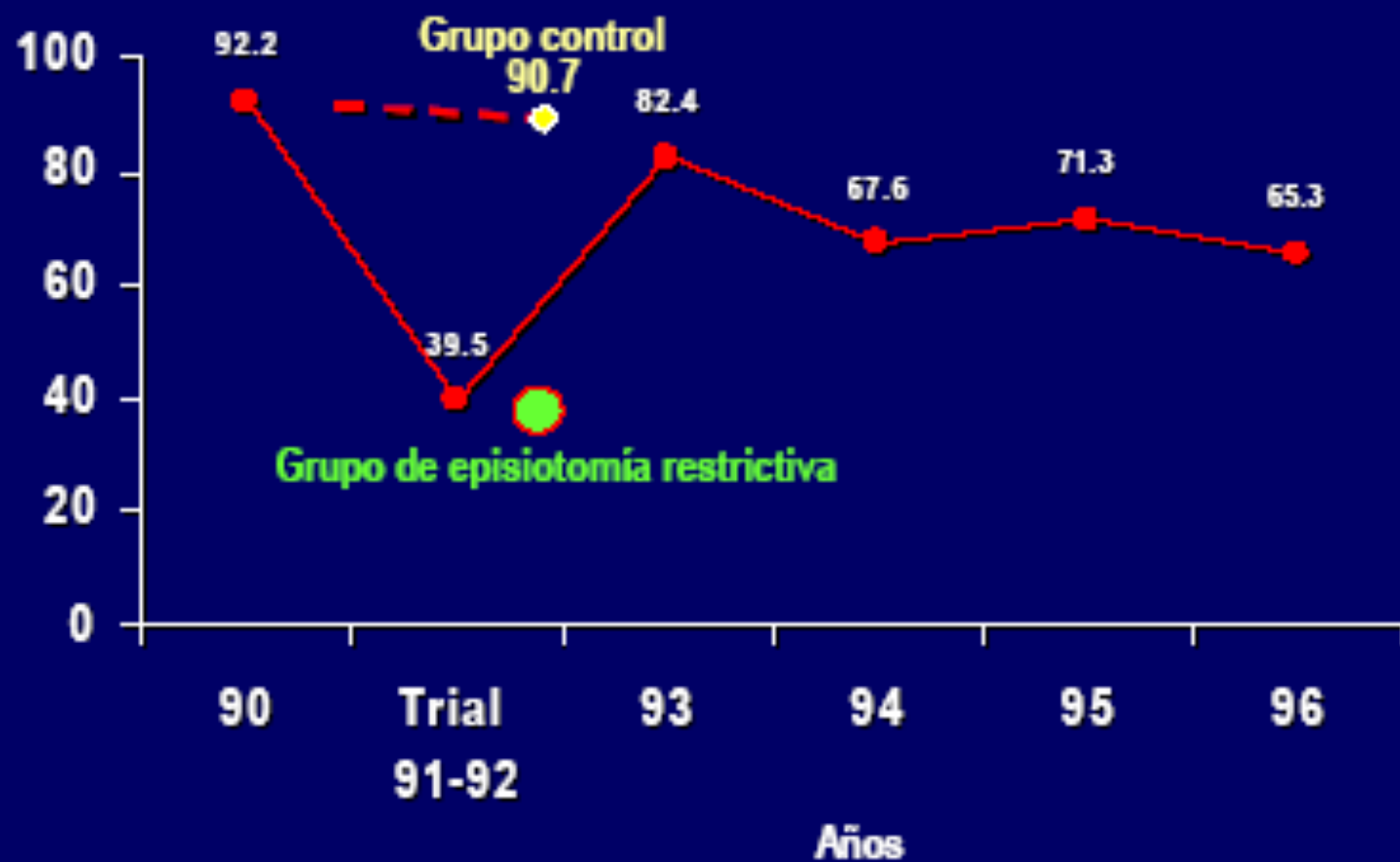


Figura 3. Músculos del cuerpo tendinoso del periné.
(Tomado de Leeman 2003)

**Tasas de episiotomía hospitalarias en los países.
Mujeres nulíparas con partos espontáneos**

País	Cantidad de hospitales	Cantidad de partos	Tasas de episiotomía (%)	
			Mediana	Rango IQ *
Bahamas	2	1,031	41.7	40.0 – 43.4
Mexico	2	1,375	69.2	45.7 – 92.7
Belize	1	330	72.1	-
Panama	1	55	81.8	-
Argentina	36	32,454	85.7	78.7 – 91.3
Colombia	3	3,496	86.2	85.7 – 88.5
Nicaragua	1	146	86.3	-
Bolivia	3	1,811	90.8	88.5 – 95.2
Paraguay	4	3,933	91.5	90.7 – 92.5
Honduras	2	888	92.0	90.7 – 93.2
Brasil	3	406	94.2	47.2 – 98.9
Peru	9	7,134	94.4	93.1 – 94.8
Dominican Rep.	1	5,368	94.9	-
Uruguay	38	31,456	95.1	93.3 – 96.4
Chile	1	5,020	95.9	-
Ecuador	1	930	96.2	-
Total	108	95,833	91.9	85.8 – 94.9

Tasas de episiotomía en mujeres nulíparas en un hospital que participó en el Estudio Argentino de Episiotomía



Episiotomía restrictiva

- La tasa ideal de episiotomía es alrededor del 20%. OG 100 ; 1117.
- Logran disminuir en un 50% la tasa de desgarros vaginales grado 3 y 4 Clemons, AJOG 2005.
- El parto instrumental no obliga su uso.

Evidencia actual

Falla en la prevención del daño perineal.

Aumenta el sangrado.


Aumenta dolor post operatorio.

No mejora los resultados perinatales.

Aumenta el tiempo quirúrgico.

Retorno laboral más lento

Mayor probabilidad de daño recto-anal



En América Latina y el Caribe (estudio realizado en 108 hospitales de 16 países de la Región) la tasa de episiotomía en mujeres nulíparas con partos espontáneos tiene una mediana de 91.9%. Estas cifras muestran que debido a una resistencia al cambio fuertemente arraigada en nuestro personal de salud que atiende partos, casi todas las mujeres en América latina que tienen su primer parto espontáneo reciben una episiotomía en forma innecesaria.

CLAP, OPS OMS 2002



Consideraciones mínimas

Evaluar necesidad real de episiotomía.

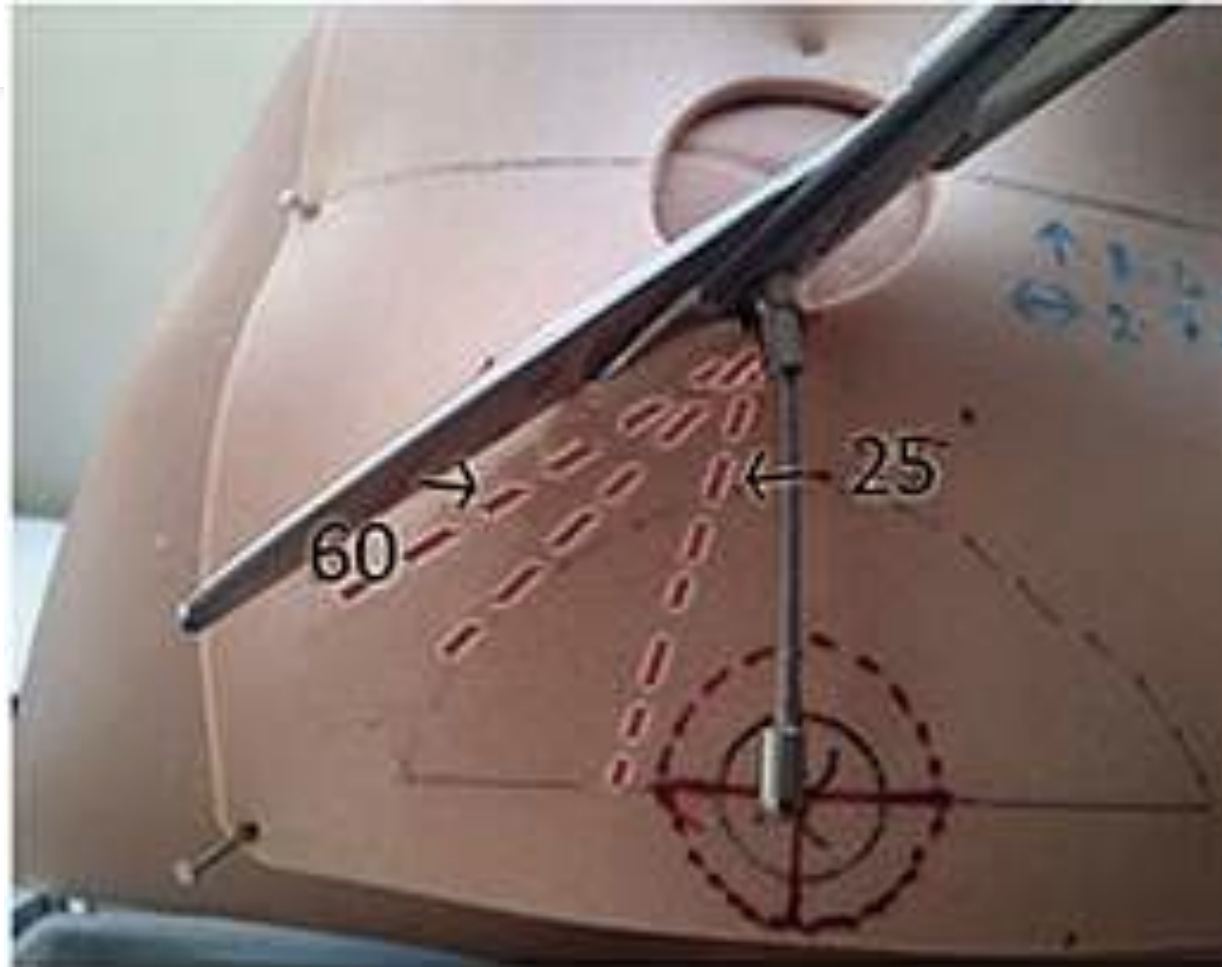
Utilizar técnicas de asistencia al parto seguras.

Rutinizar el TR post parto.

Hay evidencia 1B que la rehabilitación del piso pélvico es mejor que el placebo o que no tratar.



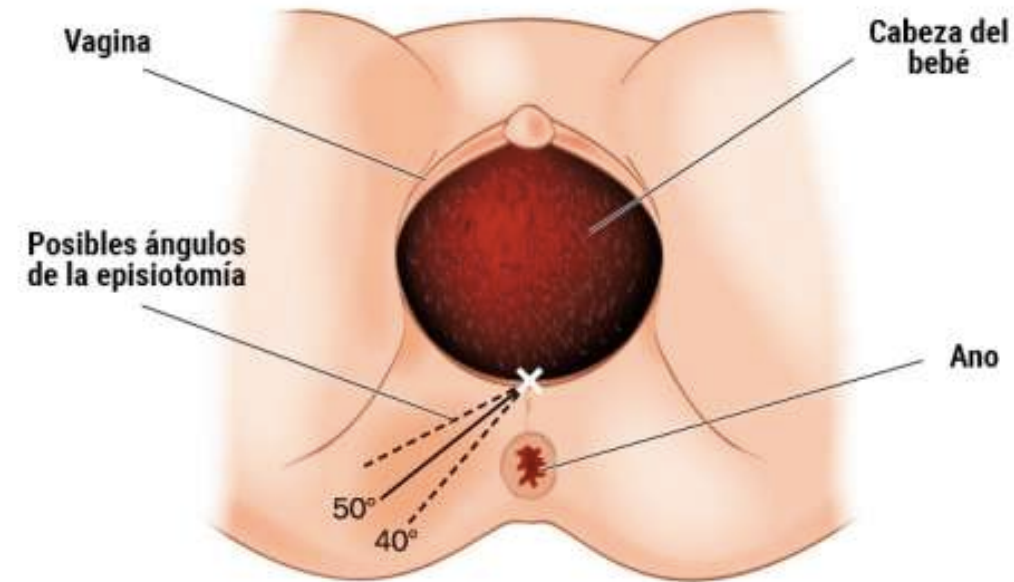
Episissors



Realización de episiotomía



Zona segura entre 40 y 60%



EML a menos de 20
grados, aumenta **80%**
RR de OASIS 3-4.



Reducción de **50%** por
cada **6 grados** de
alejamiento de EA.



Zona segura es entre
40-60 grados

Sutura do músculo bulbo-esponjoso



Episiotomía y recomendaciones para la práctica clínica

- **Problemas de los estudios/investigaciones:**
 - ▶ Frecuencia en disminución en países occidentales.
 - ▶ Beneficios/inconvenientes muy delicada.
 - ▶ Consecuencias muy tardías.
- **Análisis crítico de la literatura**
 - ▶ “Operador dependiente”
 - ▶ Estudios comparativos, jamás sistemática (100% versus 0%)
 - ▶ Clasificación de lesión perineal no son idénticas en la literatura
 - ▶ Numerosos factores confunden el recurso episiotomía

Episiorrafia

**Repair of a
Mediolateral
Episiotomy:
a simplified animation
of the closure procedure**

Técnica episiorrafia monohebra

- Vagina punto corrido
- Precarucular hacia plano muscular
- Bajar por Musculo con pto. Corrido
- Volver con punto subcuticular hasta union mucocutánea



Puntos de referencia en episiorrafia

- Vértice de la mucosa vaginal
- Carúnculas himeneales
- Músculos
- Horquilla vulvar





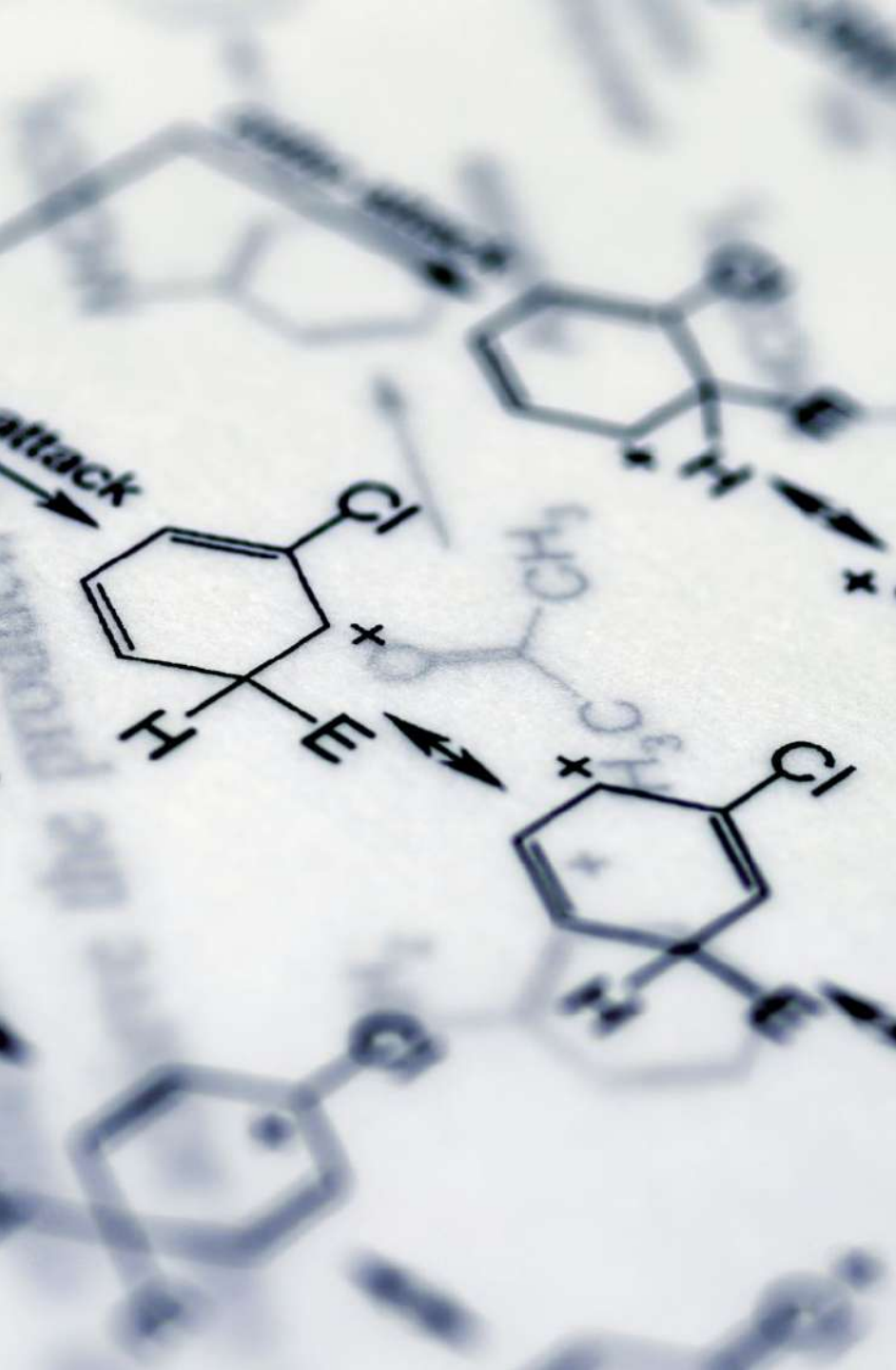
Recomendaciones de prudencia

Ilógico definir tasa ideal bruta global de episiotomías.

Es necesario instaurar una política de disminución de tasa de episiotomía bajo el 30%.

Necesario crear formaciones teóricas y prácticas acerca de prevención de traumatismo perineal del parto y técnicas de reparación.

Información correcta debe ser entregada a la paciente.



Material de sutura

- Origen:
- Naturales: (> reacción inflamatoria y < distribución de fuerzas) Lino, algodón, catgut, seda,
- Sintéticos: (< reacción inflamatoria y > distribución de fuerzas) ac, poliglicólico, poligliconato, poliéster, nylon, Vycril.

Material de sutura

- **Comportamiento:**

- Absorbibles (heridas profundas, mucosas, vasos)
- No absorbibles (alta resistencia, agunas se encapsulan, tejidos que cicatrizan lentamente o en piel y se pueden retirar)

- **Estructura:**

- Monofilamento: hebra única, menor resistencia y menos propensa a contaminación
- Multifilamento: trenzados o torcidos, > resistencia y elasticidad, >R de contaminación por microorganismos.

Hilos más habituales

hilo	comportamiento	estructura
nylon	No absorbible	monofilamento
vycryl	absorbible	multifilamento
monocryl	absorbible	monofilamento
Catgut crómico	absorbible	monofilamento

Sugerencia para episiorrafia y desgarros G1 y 2

- Absorbible
- Sintética
- Multifilamento (contiene triclosano)
- Fuerza tensil 35 días
- Absorción 56-72 días. Por hidrólisis lenta.



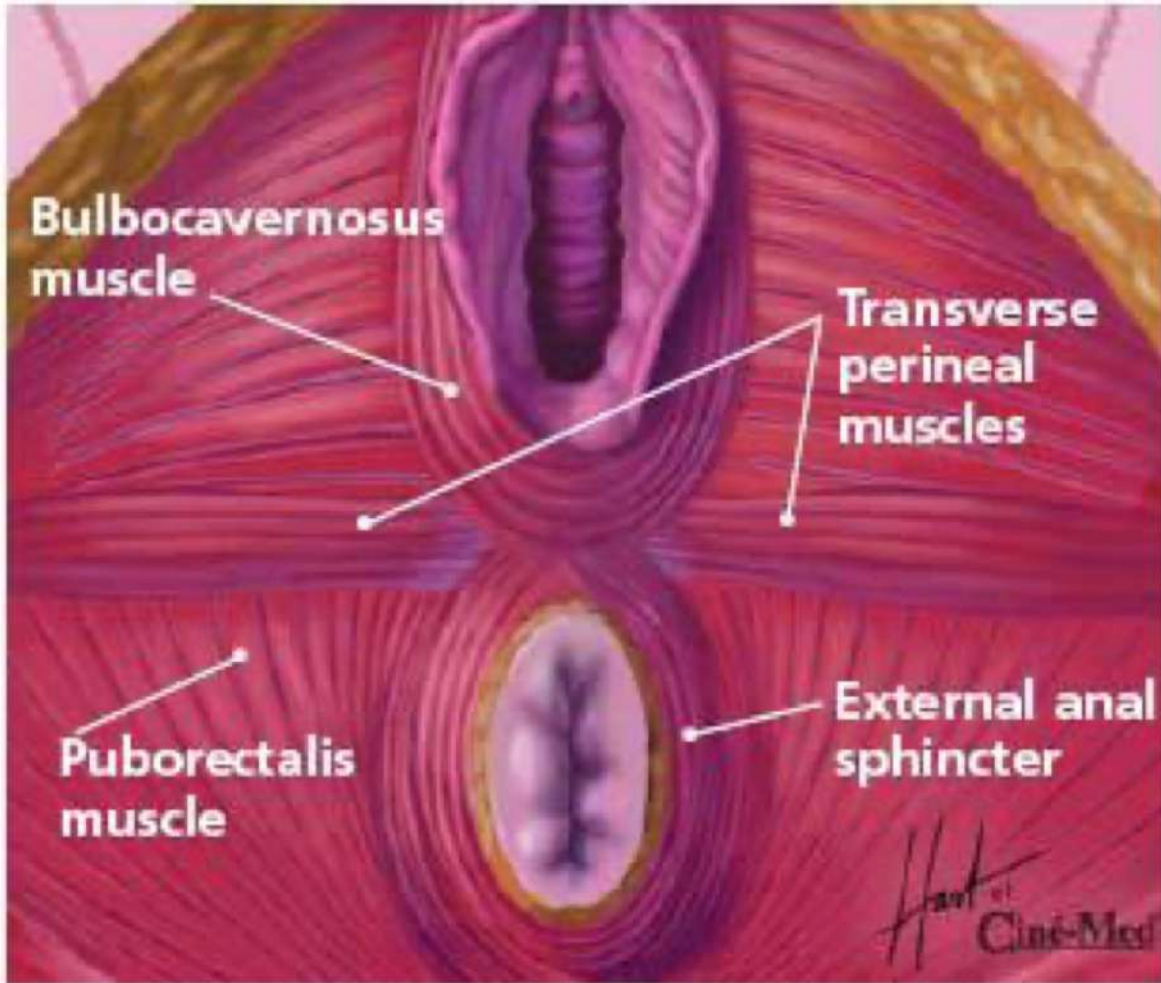
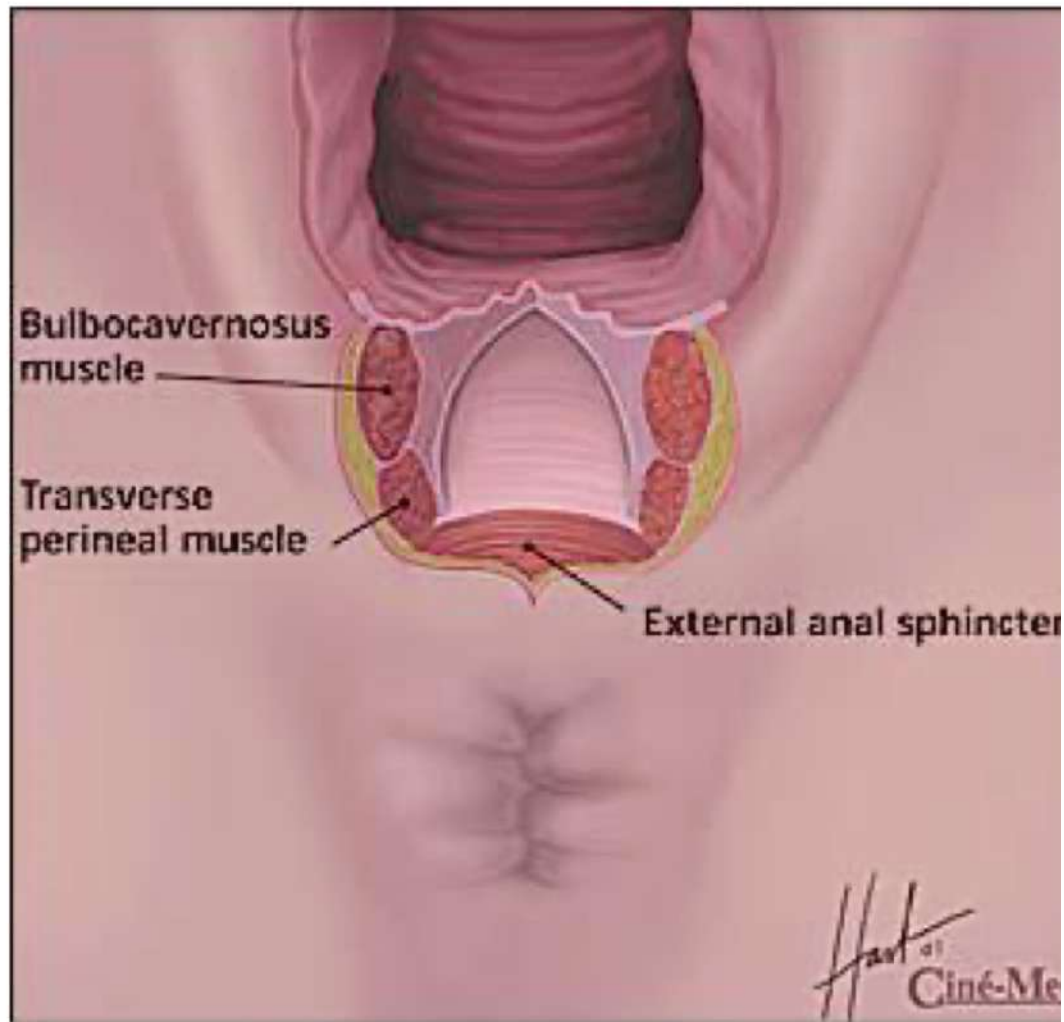


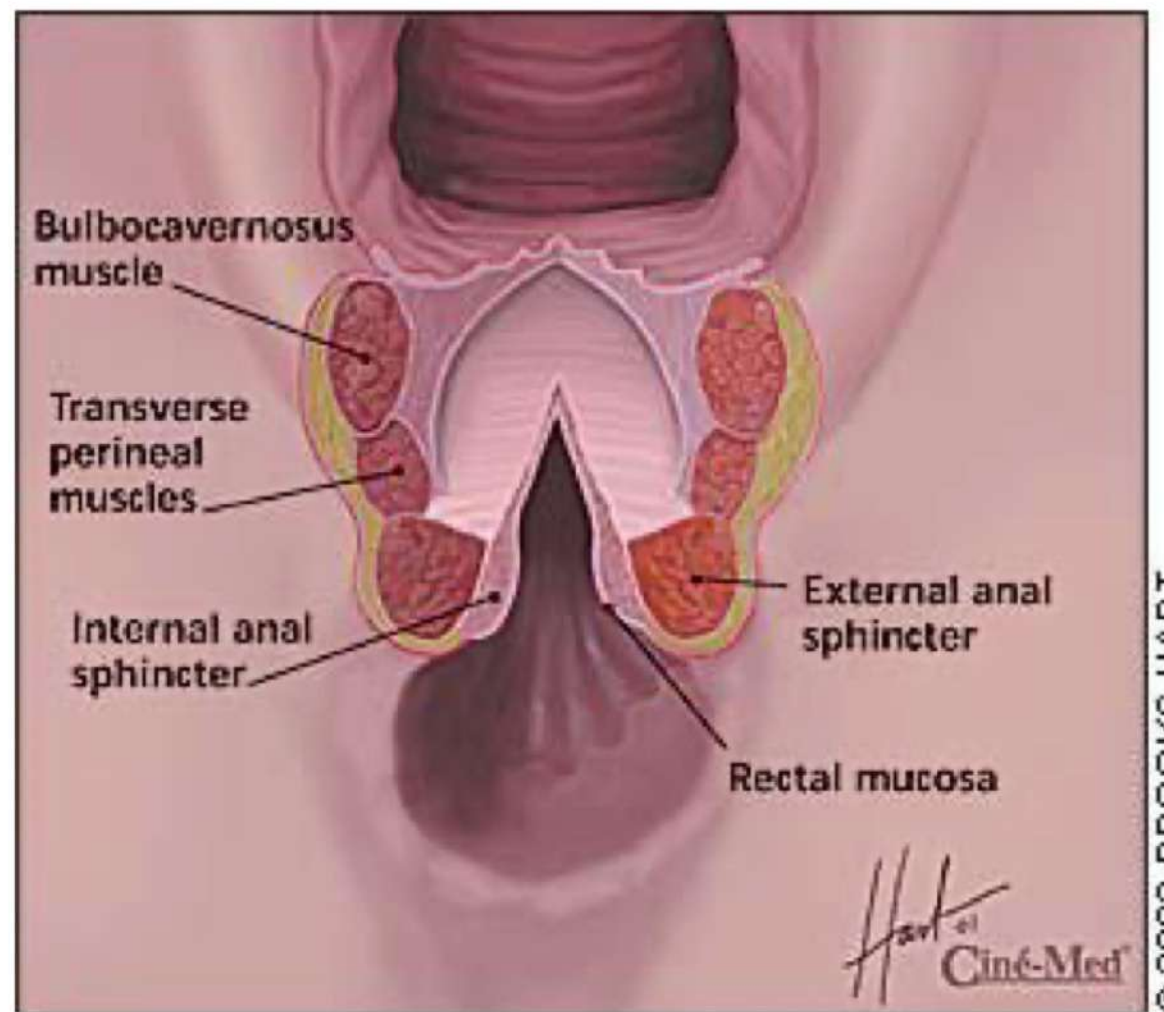
Figura 3. Músculos del cuerpo tendinoso del periné.
(Tomado de Leeman 2003)

Clasificación de lesiones

- G1
- G2
- G3
- G4



Desgarro II grado




Desgarro IV grado



¿Qué
encontramos
en la
literatura?

Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis

[Giulia Magoga^a](#), [Gabriele Saccone^{b,*}](#),  , [Huda B. Al-Kouatly^c](#), [Hannah Dahlen G^d](#), [Charlene Thornton^e](#), [Marzieh Akbarzadeh^f](#), [Tulin Ozcan^g](#), [Vincenzo Berghella^c](#)

EJOG septiembre 2019; 240: 93-98

Uso de compresas tibias

- Segunda etapa del parto
- Atención con anestesia
- Mayor protección es en periné intacto (RR: 1.46)
- Desgarros de tercer y cuarto grado (RR0.34)

Cuestionamientos

Inaplicabilidad de estudios Casos-contróles.



Múltiples variables influyen en los resultados.

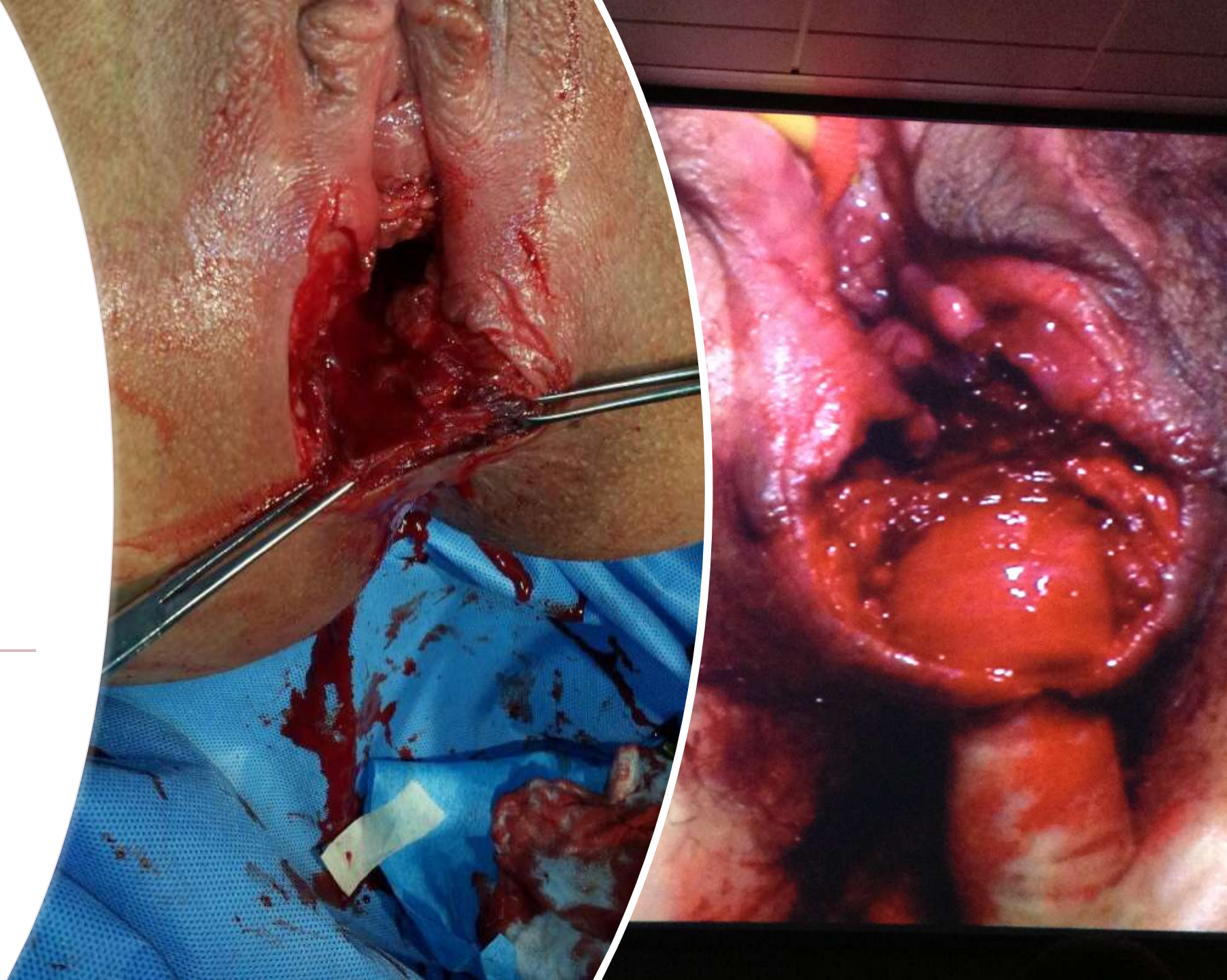


Resultados : operador dependiente.



Disfunciones pueden aparecer muy tardíamente.

Que
buscamos
prevenir?
OASIS



VALOREMOS EL
PRIVILEGIO Y LA
RESPONSABILIDAD
DE ASISTIR PARTOS

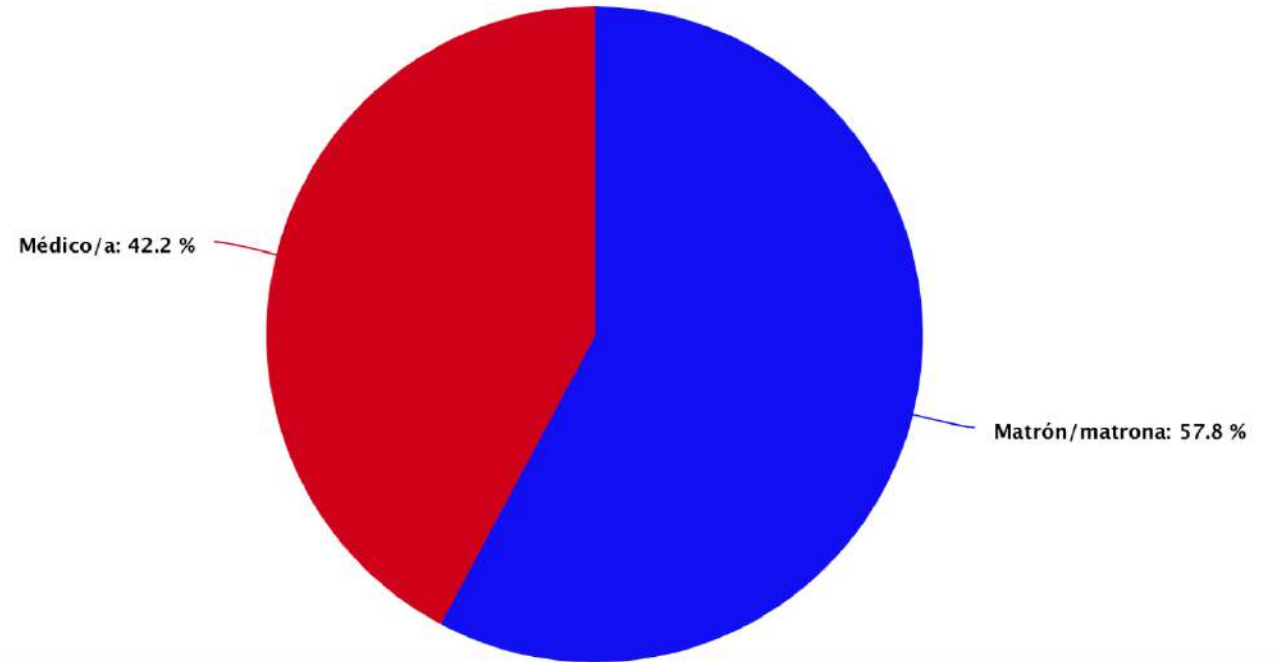


Figura N°1: Cantidad de partos asistidos en 12 meses.

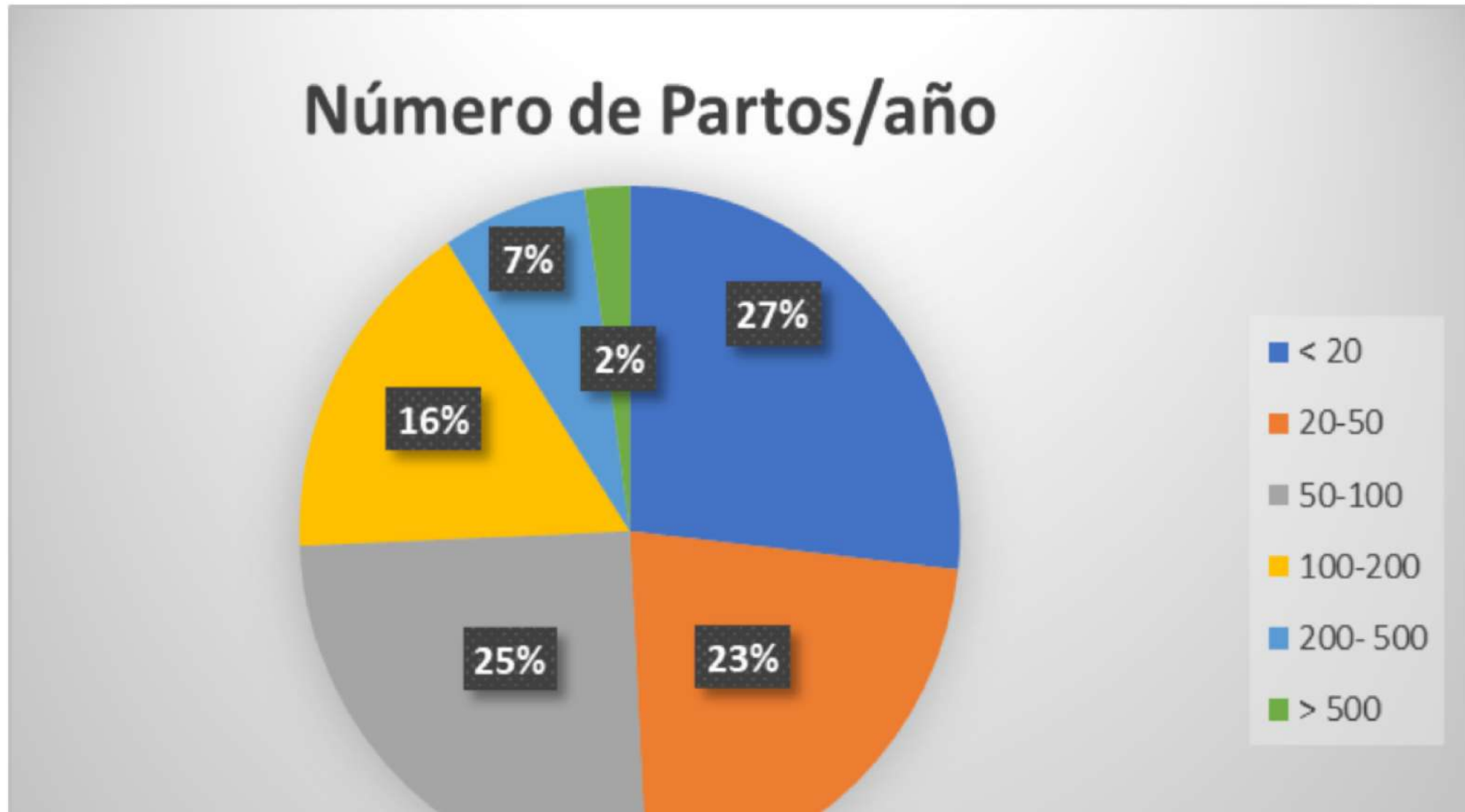


Tabla N°3: Condiciones en las que se realiza Episiotomia según N° de partos

Condición	< 100 partos/año		> 100 partos /año		Total	
	n	%	n	%	n	%
Correctamente	33	63,5	19	36,5	52	28.4
Incorrecto	104	79.4	27	20,6	131	71.5

Fuente: Encuesta Diagnóstico y manejo de episiotomías y OASI

Test chi² P < 0.05

*n=183 respondentes a ambas preguntas

¿ Qué pasa en Chile?

Open access peer-reviewed chapter - ONLINE FIRST

Perineal Management and Episiotomy Practice in Chile

By Cristhel K. Fagerstrom-Sade, Sara Parada-Ibañez, Marcela M. Gurovich, Esther Ayala-Pérez,
Pablo Ortega-Plancic, Jaime Roa-Burgos, Fabián Vasquez-Vergara and Jorge Rodriguez-Suazo

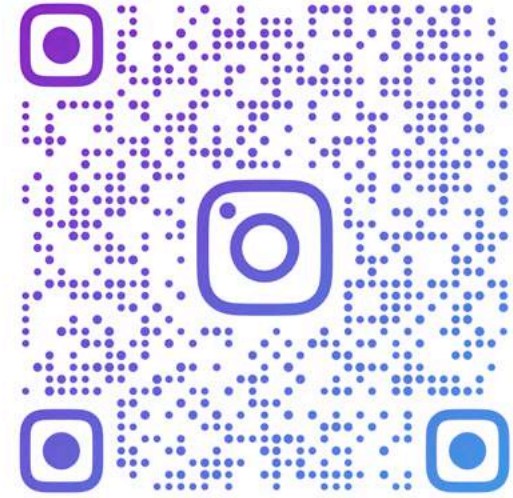
Submitted: April 13th 2021 Reviewed: August 20th 2021 Published: September 10th 2021

DOI: [10.5772/intechopen.100033](https://doi.org/10.5772/intechopen.100033)



Culpabilidad

**No de encontrar un desgarró G III o IV
Si de ocultarlo.**



PISOPELVICOPARAAPRENDER

Gracias

@pisopelvicoaprender