

Evidencia científica sobre la sutura continua para reparar el perineo tras el parto

Estefanía Bueno Montero*

**Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica, Matrona en Hospital de Jerez.*

Resumen

El embarazo y el parto además de causar cambios de forma global en la gestante, es una etapa en el ciclo vital de la mujer que modifica la anatomía y función del suelo pélvico de forma directa. Estas modificaciones comprenden desde trauma en el tracto genital visible en el mismo momento del parto, hasta la lesión ocultas de nervios y estructuras musculares pélvicas.

Las disfunciones que se generan por la alteración de dichas estructuras poseen un origen multifactorial y entre los daños que puede sufrir nos encontramos: Incontinencia urinaria y anal, cambios anatómicos, disfunción sexual y dolor perineal.

Desgraciadamente son problemas muy comunes con una gran incidencia, en la mayoría de las ocasiones[?], una elevada incidencia frecuentemente subestimada, entendiéndose como consecuencias normales derivadas del trabajo de parto.

Palabras clave: Parto, sutura y desgarro.

Abstract

Pregnancy and childbirth as well as causing changes globally in the mother, is a stage in the life cycle of the woman who changes the anatomy and function of the pelvic floor directly. These modifications range from trauma to the genital tract visible at the moment of birth until the hidden nerve injury and pelvic muscle structures. Dysfunctions that are generated by the alteration of these structures has a multifactorial origin and between the damage we may cause: urinary and anal incontinence, anatomical changes, sexual dysfunction and perineal pain. Unfortunately they are very common problems with a high incidence in most cases, a high incidence often underestimated understood as normal consequences arising from labor.

Key words

Delivery, suture and tear.

Introducción

Se define al suelo pélvico como aquella estructura fibromuscular que abarca todo el estrecho inferior de la pelvis desde la piel hasta el peritoneo. Actúa como un sistema de soporte que evita el descenso de los órganos pélvicos, actuando como una hamaca que los sujeta. Es atravesado por la uretra, la vagina y el recto. Está formado por una membrana Perineal llamada Diafragma Urogenital, el diafragma pélvico que se encuentra compuesto por el músculo elevador del ano y una fascia endopélvica compuesta por un soporte fibroso.

Dentro de sus principales funciones encontramos que previene el desplazamiento de los órganos pélvicos,

conservar la continencia y controla las actividades de expulsión. Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados y esta clasificación aporta un valor pronóstico, a mayor nivel de desgarro, mayores serán las complicaciones derivadas del mismo.

Existen varios tipos de desgarros:

➤ Desgarros de primer grado:

Sólo afectan a los tejidos superficiales del cuerpo perineal. Lesionan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia ni el músculo subyacentes.

➤ Desgarros de segundo grado:

Incluyen a todo el cuerpo perineal, sin alcanzar el esfínter anal. Además de las estructuras anteriores, incluyen los músculos perineales y la fascia, sin compromiso del esfínter anal.

➤ Desgarros de tercer grado:
Abarcan la piel, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y la musculatura del esfínter anal.

➤ Desgarros de cuarto grado:
Se extienden a la mucosa anorrectal y exponen la luz del recto.

Cuando el parto acaba, ya ha nacido el bebé y la madre alumbró la placenta, toca revisar la cavidad vaginal y reparar los desgarros producidos derivados del proceso de parto y esta es otra situación donde nos preguntamos ¿sutura continua o sutura discontinua?. La sutura continua se define como aquella técnica consistente en una sutura continua no entrecruzada, suelta, sin tensión, que cierra la mucosa de la vagina, que luego continúa profundizando en el tejido muscular con el objetivo de cerrar la musculatura del periné y finalmente aproxima la piel a través del tejido subcutáneo, anudando el nudo terminal en el anillo himeneal, frente a la mucosa vaginal y la sutura discontinua que es un tipo de sutura en la que se aproximan los bordes de la laceración mediante la colocación de puntos simples anudados por separado.

La técnica de sutura de la lesión perineal después del parto puede tener un efecto considerable sobre el tipo y el grado de morbilidad en mujeres a corto y a largo plazo.

La reparación del suelo pélvico de la gestante tras el parto es una de las actividades más cotidianas de los profesionales de la salud tras el nacimiento del bebé, bien después de una episiotomía, la cual conocemos que su uso hoy en día debe de ser restrictivo¹, o tras un desgarro fortuito provocado como consecuencia del expulsivo, es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia².

Se conoce que la gran mayoría de las mujeres padecen cierto grado de dolor o incomodidad a corto plazo tras un parto vaginal. Casi un 91% de las mujeres que han dado a luz manifiestan tener al menos un síntoma clínico persistente a las 8 semanas después de un parto vaginal normal³.

Existe el mito de que en las mujeres multiparas los desgarros perineales son menores que en las mujeres nulíparas, cosa que Deering estudió observando la longitud del cuerpo tendinoso perineal en relación con las laceraciones espontáneas

de los partos vaginales, encontrando que no existen diferencias significativas entre las mujeres nulíparas y multiparas⁴.

El dolor perineal crónico, la dispareunia, la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada, provocando serias lesiones en la mujer y con ello aumentando la morbilidad en el puerperio así como provocando un deterioro en la relación de la madre con su recién nacido⁵. Además se asocia a un coste económico elevado para los servicios sanitarios⁶.

Justificación

Ante la pregunta: ¿Cuál es la mejor forma de suturar el periné tras el parto, de forma continua o discontinua? surgió la idea de realizar este artículo ya que es una situación que nos encontramos a diario en nuestra práctica.

Material y método

Se ha realizado esta revisión a través de una búsqueda bibliográfica exhaustiva, se buscó en las bases de datos: Pubmed, Uptodate, Cochane, Medline y Scielo además de páginas de las siguientes asociaciones: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Federación de Asociaciones de Matronas de España, la Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Fisioterapia en Pelviperineología.

Criterios de inclusión:

La búsqueda se ha realizado entre los años 2005 al 2014 en el idioma español e inglés. Se han utilizado artículos publicados en revistas científicas, trabajos de investigación realizados y monografías.

Objetivo: Dar a conocer a los profesionales de la salud los beneficios de emplear la técnica de sutura continua en periné, ya que con ello trabajaremos siguiendo la evidencia científica y proporcionaremos unos cuidados de calidad a la población.

Resultados

El embarazo y parto vaginal es un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los

músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios.

Los desgarros perineales son la complicación más frecuente dentro de la morbilidad materna asociada al parto. Más de un 65% de las mujeres lo padecen tras un parto vaginal eutócico⁷. La sutura continua en la reparación de los músculos perineales está asociada con un menor dolor e incomodidad a corto plazo⁸.

La identificación y correcto diagnóstico de los desgarros perineales es fundamental, se debe de seguir una conducta rutinaria de exploración tras el parto, deberemos⁹:

- Colocar a la mujer en posición de litotomía para visualizar el suelo pélvico con más facilidad.

- Poseer una buena fuente de luz.
- Mantener una buena asepsia durante el procedimiento

- Analgesia adecuada.

Además de los desgarros podemos encontrarnos con laceraciones labiales y vaginales, son muy frecuentes en los partos vaginales y aunque suelen asociarse a los partos instrumentales, también pueden provocarse de forma espontánea.

La mayoría de las veces estas laceraciones no necesitan ser reparadas mediante sutura¹⁰.

La mayor parte de ellas suelen ser superficiales, pero algunas pueden profundizar y abarcar hasta la fosa pararectal, siempre debemos inspeccionar la vagina y el recto para asegurarnos de que no se hayan producido desgarros mayores de los que se pueden apreciar a simple vista, y sobre todo cerciorarnos de que no han afectado a la mucosa anal y/o esfínter anal.

La reparación primaria del esfínter anal es otro de los motivos que genera controversia entre los profesionales a la hora de suturar, ya que cada uno emplea una técnica diferente, según la evidencia científica se ha objetivado que las técnicas de reparación por aproximación y por superposición parecen estar asociadas con un menor riesgo de urgencia fecal, un menor grado de incontinencia y menor deterioro de la continencia anal¹¹.

Si las laceraciones se sitúan en cérvix y no presentan sangrado abundante se suelen resolver sin necesidad de suturarlas, si afectan al cérvix de manera más profunda y con un sangrado importante deben ser reparados en quirófano empleando anestesia regional incluso general en algunos casos.

Se hallaron siete estudios, con 3822 mujeres de cuatro países¹². Los ensayos fueron heterogéneos con respecto a la habilidad y el entrenamiento de los cirujanos. El metanálisis demostró que las técnicas de sutura continua comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal (todas las capas o piel perineal solamente) se asociaron con menos dolor hasta 10 días después del parto (riesgo relativo [RR] 0,70; intervalo de confianza del 95%: 0,64 a 0,76).

El análisis de subgrupos demostró que hay una mayor reducción del dolor cuando se usan las técnicas de sutura continua para todas las capas (RR 0,65; IC del 95%: 0,60 a 0,71).

Hubo una reducción general del uso de analgesia asociado con la técnica subcutánea continua versus puntos interrumpidos para la reparación de la piel perineal (RR 0,70; IC del 95%: 0,58 a 0,84).

[El análisis de subgrupos demostró ciertas pruebas de reducción de la dispareunia que experimentan las participantes en los grupos con sutura continua de todas las capas (RR 0,83; IC del 95%: 0,70 a 0,98)].

También hubo una reducción de la extracción de suturas en los grupos de sutura continua versus interrumpida (RR 0,54; IC del 95%: 0,45 a 0,65), pero no se observó ninguna diferencia significativa en la necesidad de volver a suturar las heridas o en la evolución del dolor a largo plazo.

Los autores concluyeron afirmando que las técnicas de sutura continua para el cierre perineal, comparadas con los métodos interrumpidos, se asocian con menos dolor a corto plazo.

Además, si se usa la técnica continua para todas las capas (vagina, músculos perineales y piel) comparada con la piel perineal solamente, la reducción del dolor es aún mayor.

Con respecto al material de sutura, el reabsorbible ha demostrado ser mejor que los hilos no reabsorbibles, ya que provocan menos dolor e incomodidad perineal a corto plazo¹³.

Otra de las ventajas del material de sutura reabsorbible, versus hilos no reabsorbibles, es que no necesita ser retirado y puede ser usado para suturar todas las capas del suelo pélvico¹⁴.

Discusión

Tras esta revisión debemos plantearnos que la sutura continua para reparar

desgarros en el periné ocasionados por el parto, es la forma más adecuada de suturar el periné y con ello obtendremos unos mejores resultados a la hora de la cicatrización de ese tejido así como menos dolor para la mujer durante el proceso de cicatrización.

Debido a estos motivos evidenciados por varios estudios, los profesionales de la salud debemos incluir este tipo de sutura para proporcionar unos mejores cuidados y favorecer un estado más saludable en la madre y con ello una mejor recuperación posparto, a la vez que favoreceremos una buena interacción materna con el recién nacido, ya que si la madre se encuentra

física y psicológicamente bien y con menos dolor, la relación materno-neonatal es mejor que en madres que padezcan un alto grado de dolor posparto y por ello a nivel psicológico se encuentren más deprimidas y ansiosas.

Es nuestra obligación trabajar siguiendo unas pautas de actuación basadas en la evidencia científica y que promuevan conductas y acciones generadoras de salud, siendo por esto necesario que incorporemos la sutura continua en nuestra práctica diaria y con ello fomentaremos una mejora en el nivel de salud de la mujer y estaremos proporcionando unos cuidados de enfermería excelentes.

Bibliografía

1. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
2. Herbruck, L.F. The impact of childbirth on the pelvic floor. *Urol Nurs*, 2008;28(3):173-84; quiz 185.
3. Fernando, R.J., Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2007;17(8):238-243.
4. Deering, S.H., et al., Perineal body length and lacerations at delivery. *J Reprod Med*. 2004;49(4):306-10.
5. Albers, L.L. and Borders, N., Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):246-53.
6. Rogers, R.G., et al., Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function?. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(3):429-35.
7. Stepp, K.J., et al., Textbook recommendations for preventing and treating perineal injury at vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;107(2 Pt 1):361-6.
8. Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105:435-40
9. Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D, Constantini S, Ragni N. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006;13(5):457-62.
10. Buchan PC, Nicholls JAJ. Pain after episiotomy - a comparison of two methods of repair. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1980;30:297-300.
11. Quijano C. Métodos de reparación para lesiones obstétricas del esfínter anal: Comentario de la BSR (última revisión: 27 de agosto de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
12. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida). (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
13. Buchan, P.C. and Nicholls, J.A., Pain after episiotomy-a comparison of two methods of repair. *J R Coll Gen Pract*. 1980;30(214):297-300.
14. Grant, A., The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989;96(11):1281-9.