PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n25/366.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" **V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería**, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Estudio comparativo con diferentes suturas en la reparación perineal postparto**

Autores Lorena Corcuera *Ortiz de Guzmán*,[1] Rocío *Palomo Gómez*,[2] Luciano *Rodríguez Díaz*[3]
Centro/institución (1) Matrona asistencial, Hospital Jerez Puerta del Sur. (2) Matrona asistencial, Hospital Quirón Campo de Gibraltar. (3) Matrona, Hospital Universitario de Ceuta; Profesor Unidad Docente de Matronas de Ceuta y componente del grupo SEEUE de urgencias obstétrico-ginecológicas
Ciudad/país (1) Jerez de la Frontera (Cádiz), España. (2) Gibraltar (Cádiz), España. (3) Ceuta (Cádiz), España
Dirección e-mail lorenacorcuera@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

En el momento del parto se produce, en ocasiones, un desgarro del periné o puede ser necesario practicar una episiotomía para facilitar la salida del feto. La reparación perineal afecta a millones de mujeres y puede dar lugar a morbilidad materna a largo plazo. En España, alrededor del 80% de las mujeres presentará un grado de traumatismo perineal durante el parto vaginal y de estas, 60%-70% requerirá puntos (1,2). Se estima que la mayoría de las mujeres presentará dolor postparto y un 20% continuará con problemas por un tiempo. Sin embargo, las tasas de traumatismo perineal variarán considerablemente según las prácticas individuales y las políticas del personal y las instituciones en el ámbito mundial. El traumatismo perineal puede ocurrir espontáneamente durante el parto, o la matrona o el obstetra pueden necesitar hacer una incisión quirúrgica
(epsiotomía) para aumentar el diámetro de la salida vaginal y así facilitar la salida del feto.
Los factores asociados con la morbilidad y relacionados con la sutura por trauma perineal están basados en escoger el tipo de sutura, la técnica de la misma y la competencia profesional, los cuales generan campos de investigación en el área de asistencia al parto.

Nuestro objetivo es determinar diferencias en infección y dolor postparto tras cierre de episiotomía o desgarro perineal en el parto vaginal cuando se utiliza sutura monofilamento o multifilamento reabsorbibles.

Marco teórico - justificación

La reparación perineal afecta a millones de mujeres y puede dar lugar a morbilidad materna a largo plazo. En España alrededor del 80% de las mujeres presentarán un grado de traumatismo perineal durante el parto vaginal y de estas, 60%-70% requerirá puntos.[1] Sin embargo, las tasas de traumatismo perineal variarán considerablemente según las prácticas individuales y las políticas del personal y las instituciones a nivel mundial. El traumatismo perineal puede ocurrir espontáneamente durante el parto, o la matrona o el obstetra pueden necesitar hacer una incisión quirúrgica (episiotomía) para aumentar el diámetro de la salida vaginal y así facilitar la salida del feto.
Las episiotomías y los desgarros que involucran la capa muscular (segundo grado) necesitan puntos de sutura. Una matrona o médico cerrará la episiotomía o el desgarro de segundo grado en tres capas (vagina, músculo perineal y piel).
Los desgarros espontáneos se clasifican en: primer grado: que afecta la piel perineal solamente, segundo grado: los músculos perineales y la piel, tercer grado: lesión del esfínter anal: 3a = o < 50% del esfínter anal externo desgarrado; 3b = o > 50% del esfínter anal externo desgarrado; 3c = lesión del esfínter anal externo e interno y cuarto grado: lesión del periné incluyendo el esfínter y el epitelio anal.[2]
La mayoría de las mujeres presenta algún malestar o dolor a corto plazo después de la reparación perineal, y hasta el 20% presentará problemas a largo plazo como dispareunia superficial (coito doloroso).[1] La morbilidad materna a corto y a largo plazo asociada con la reparación perineal puede llevar a importantes problemas físicos, psicológicos y sociales, afectando la capacidad de la mujer para atender a su recién nacido y a otros miembros de la familia.[3]
La forma localizada de infección puerperal más frecuente es la infección de la episiotomía, donde se observa dolor local, rubor, tumefacción y al final supuración, acompañada de malestar general e impotencia funcional para la marcha por lo que la técnica de la 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 lesión perineal se repara tradicionalmente en tres etapas. Primero, se aplica una sutura continua "cerrada" para cerrar la herida vaginal, comenzando en el vértice y finalizando a nivel de la horquilla vulvar con un nudo en asa. A continuación, se vuelven a aproximar los músculos profundos y superficiales con tres o cuatro suturas interrumpidas y finalmente, se cierra la piel perineal con puntos continuos subcutáneos o interrumpidos transcutáneos. Durante más de 70 años, los investigadores han sugerido que las técnicas de sutura continua sin cierre para la reparación de la vagina, los músculos perineales y la piel son mucho mejores que los métodos "tradicionales" interrumpidos en cuanto al alivio del dolor después del parto; sin embargo, todavía no hay un uso generalizado.[4-5]
También hay pruebas de que si se realiza la reparación perineal con material de sutura absorbible, como poliglactina estándar 910 (Vicryl; Ethicon, Edimburgo, Reino Unido) o ácido poliglicólico (Dexon; Davis y Geck, Gosport, Reino Unido) en comparación con catgut, se reduce el dolor perineal a corto plazo.[2]
Actualmente, las matronas se encargan de suturar la mayor parte de las lesiones perineales después del parto vaginal espontáneo. Sin embargo, hay variaciones amplias en las técnicas y en los materiales usados para la reparación perineal entre los

profesionales individuales y las unidades de maternidad. Debe entrenarse adecuadamente a todos los profesionales en la reparación perineal con el uso de la técnica de sutura más apropiada, basado en evidencia sólida y no solamente en la costumbre.
Continúa en discusión la utilización de suturas monofilares, más modernas, frente a las clásicas multifilares, ya que estas, según algunos estudios, asocian una mayor tasa de infecciones. La clasificación de suturas es actualmente un tema complicado, y la utilización de las mismas en las diferentes situaciones clínicas, continúa siendo motivo de controversia.[6-7]
La aparición de suturas sintéticas y su utilización, casi universal, ha permitido una simplificación de la clasificación de los materiales empleados, y lo que es más importante, ha permitido una mejora en la tolerancia por los tejidos. Esto último se evidencia al disminuir el número de granulomas crónicos o sinus, así como el número de infecciones.
Según los meta-análisis de Weiland y de Hodgson,[8-9] los monofilamentos absorbibles son los que mejor resultados han aportado cuando se utilizan para el cierre de heridas, principalmente en los cierres laparotómicos, y sobre todo en pacientes con riesgo de dehiscencia de las mismas. De hecho, las suturas trenzadas en pacientes inmunodeprimidos en general o con otros factores de riesgo, se han asociado a un aumento de la adhesión bacteriana, con formación de granulomas crónicos e infecciones. [10]
La HIPÓTESIS planteada en este trabajo es establecer si el uso de sutura monofilar en la reconstrucción del periné desgarrado o que ha sufrido una episiotomía disminuye la tasa de infección y el dolor de la herida perineal en el postparto frente al uso actual de las suturas multifilamento, basándonos en los estudios previos analizados.
Queremos comprobar si puede haber una diferencia significativa entre el uso de las dos suturas descritas que nos lleve a plantearnos cambiar el tipo de hilo de sutura a la hora de la reparación del periné materno.

Material y Método

Se diseña estudio prospectivo randomizado y aleatorizado.
Muestra: 60 mujeres embarazadas controladas en el área de salud de Ceuta, que paren en el hospital universitario de Ceuta y que tras episiotomía o desgarro perineal han necesitado ser suturadas. El tipo de sutura será continua en todos los casos.
Se establecen dos grupos de 30 mujeres cada uno:

-Grupo 1: Mujeres suturadas con monofilamento reabsorbible.
-Grupo 2: Mujeres suturadas con multifilamento reabsorbible.

Los criterios de inclusión son: Parto normal con presentación de vértice controladas en el área sanitaria de Ceuta, que tengán que ser suturas por desgarro o episiotomía y con un tipo de sutura contínua.
Los criterios de exclusión son: mujeres no controladas en el área o con barrera idiomática, partos instrumentales, o que desgarro de tercer o cuarto grado.
Se tendrán en cuenta las siguientes variables:

-Edad
-Paridad: G P
-Diabetes

-HTA
-Ser portadora del Estreptococo Grupo B
-Tratamiento con Antibióticos intraparto
-Rotura Prematura de Membranas >24h
-Presencia Meconio
-Infección local asociada
-Otros antecedentes de interés

Se elaborará una guía de recomendaciones sanitarias para que todas las mujeres objeto de este estudio sigan las mismas pautas a la hora de asearse y curarse la zona de la herida perineal, ya sea episiotomía o desgarro, fomentando así el autocuidado.
Se confeccionará una ficha de recogida de datos relacionados con el parto y las variables a estudiar que se adjuntará a la cartilla de embarazo de la puérpera para presentarla en la visita puerperal que realiza la matrona del centro de Salud.
La mujer realizará su revisión puerperal entre el 4º y 7º día posparto en su centro de salud correspondiente donde se comprobará:
Presencia de signos de infección de la herida perineal para lo que se elaborará una ficha de recogida de datos para valorar la aparición de infección
Dolor de la herida perineal constatado a través de la EAV (escala analógica visual) con una numeración del 1 al 10 donde el 1 será el menor grado de dolor percibido y el 10 el máximo.
Al mes de parto se realizará la misma comprobación de los signos de infección y de dolor de la herida perineal, pero esta vez por vía telefónica.
El proyecto ha sido aprobado por el comité ético del hospital y bajo consentimiento de todas las mujeres que participen en el estudio.

Plan de actuación

El estudio se llevará a cabo entre el mes de septiembre del 2016 y se terminará en mayo del 2017. En el mes de Septiembre se han realizado la petición de permisos institucionales y la solicitud de financiación. En el mes de octubre se ha comunicado al equipo de atención primaria, se han elaborado las indicaciones y tablas específicas Elaboración de indicaciones y tablas específicas, junto a material de suturas. Desde el mes de noviembre hasta el de marzo del año 2017, se desarrollará el trabajo y se realizará la revisión de las historias e informes de atención primaria. Se recogerán los datos y se analizarán en el mes de abril. Finalmente, en el mes de Mayo se sacarán conclusiones y recomendaciones, junto con la elaboración de protocolo derivado del resultado de la investigación y análisis e interpretación de los datos (Tabla 1).
Los autores serán 3 matronas del servicio de partos del hospital universitario de Ceuta: Lorena Corcuera Ortiz de Guzmán, Juana María Vázquez, Luciano Rodríguez Díaz.
Los recursos que contamos son las salas de paritario, sutura monofilar y multifilar e instrumental para suturar el desgarro o episiotomía. También será necesario material de como folios, impresora y ordenador.

Tabla 1. Cronograma

SEPTIEMBRE 2016	OCTUBRE 2016	NOVIEMBRE 2016-MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017
Elaboración anteproyecto de investigación Petición permisos institucionales Solicitud financiación	Comunicación al equipo de atención primaria Elaboración de indicaciones y tablas específicas Petición del material de sutura	Desarrollo del trabajo Revisión de historias e informes de atención primaria	Recogida de datos Análisis e interpretación de los datos	Conclusiones y recomendaciones Elaboración de protocolo derivado del resultado de la investigación.

Bibliografía

1. Christensen S, Andersen G, Detlefsen GU, Hansen PK .Treatment of episiotomy wound infections. Incision and drainage versus incision, curettage and sutures under antibiotic cover-a randomized trial. UgeskrLaeger. 1994 Aug.
2. Kokanali D, Ugur M, KuntayKokanali M, Karayalcin R, Tonguc E. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. ArchGynecolObstet. 2010 Aug 1.
3. Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. BJOG. 2008 Mar.
4. 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). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008.
5. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomisedcontrolled trial. Lancet.2002 Jun.
6. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2010 Jun.
7. Rodríguez Montes JA. Tipos y componentes del material de sutura. En: Materiales de sutura en Cirugía. Ed: ScientificCommunication Management, B Braun 2004, págs 91-141).
8. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. Am J Surg. 1998 Dec.
9. Hodgson NC, Malthaner RA, Ostbye T. The search for an ideal method of abdominal fascial closure: a meta-analysis. Ann Surg. 2000 Mar.
10. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercê LT. “Fundamentos de Obstetrícia (SEGO)” 2007.