



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

TESIS DOCTORAL



Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado

Presentada por:

BEATRIZ ARREDONDO LÓPEZ

Dirigida por:

Dr. D. JUAN MIGUEL MARTÍNEZ GALIANO

Dr. D. MIGUEL DELGADO RODRÍGUEZ

JAÉN, 30 de Julio 2019

A Juanpe y mis hijos, Mario y Elena
A mi familia y amigos, gracias por vuestro apoyo

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos

Durante estos años han sido muchas las personas que me han ayudado de una manera u otra a realizar la tesis, y a todas ellas me gustaría mostrarle en estas líneas, mi más profundo agradecimiento.

En primer lugar, a mis directores de tesis:

Mi **DIRECTOR** Dr. D. Miguel Delgado Rodríguez. Gracias por su dedicación y compromiso, sus enseñanzas y su sabiduría. Su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora, con él he comenzado mis primeros pasos en este campo. Gracias por su paciencia infinita, su disponibilidad y generosidad, por haber compartido su experiencia y amplio conocimiento. Mi más profundo agradecimiento.

Mi **DIRECTOR**, Dr. D. Juan Miguel Martínez Galiano. A él le debo todas las ganas e ilusión que se ha despertado en mi por la investigación. Sin su dedicación, compromiso y trabajo continuo, sin su comprensión, paciencia y ánimo, no hubiera sido posible el desarrollo de esta tesis. Ejemplo como docente y gran persona. Mi más sincero y eterno agradecimiento por creer en este proyecto desde el principio hasta el final, por su apoyo incondicional y la confianza depositada en mí. Gracias por su generosidad.

GRACIAS también...

... A mis **PADRES** Bernardo y María, que tanto les debo, por su cariño y seguridad, sin su ejemplo a seguir, no sería la persona que soy.

... A mis **HERMANOS** Bernardo y Mario, por estar a mi lado y confiar siempre en mí, gracias por estar en mi vida.

... A mi **AMIGA** M^a Ángeles, por su apoyo incondicional, su dedicación diaria a mi familia y a mi persona. Por hacerme ver siempre lo positivo de la vida, por sus consejos y su amistad. Por estar a mi lado en lo bueno y en lo malo.

... A **Ángela**, por su dedicación, disponibilidad y generosidad desde el primer día. Gracias por tu sonrisa y buen trato.

... A mis **COMPAÑEROS**, Leticia, Manolo, Ana, Eva, Sonia, Alicia, Ada, M^a Carmen e Inma, por su colaboración en la recogida de casos, sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

... A mis **COMPAÑEROS**, matronas y auxiliares del paritorio del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, por el apoyo y comprensión mostrado desde el principio.

... A las **MUJERES** que voluntariamente colaboraron en la investigación, por el tiempo que invirtieron y sin cuya participación este trabajo no hubiera sido posible.

... A cada uno de **QUIENES ME ACOMPAÑARON** en esta tarea y con su apoyo y colaboración contribuyeron al logro.

... A **JUANPE**, por todo el apoyo incondicional que me ha brindado siempre, apoyándome y aconsejándome en lo que creía mejor para mí. Por su apoyo en los momentos difíciles. Por estar siempre ahí.

... En especial a mis hijos, **MARIO y ELENA**, por respetarme en los momentos de trabajo, por darme su cariño y comprensión en los momentos más difíciles, por el tiempo que les he restado. Gracias por estar en mi vida.

ÍNDICE

Índice

1. Introducción.....	17
1.1. Atención Perinatal.....	17
1.1.1. Concepto y componentes.....	17
1.1.2. Situación en España y en otros países.....	21
1.2. Atención y cuidados en el proceso de embarazo, parto y puerperio.....	23
1.2.1. Recomendaciones y cuidados en el embarazo.....	23
1.2.2. Atención en el proceso del parto.....	26
1.2.2.1. Complicaciones obstétricas en el proceso del parto.....	31
1.2.2.2. Complicaciones del suelo pélvico.....	35
1.2.3. Cuidados en el puerperio.....	36
1.2.3.1. La sexualidad en el puerperio y la restauración de las relaciones sexuales.....	36
1.3. El periné.....	37
1.3.1. Anatómo-fisiología del periné.....	37
1.3.2. Determinantes que influyen en la integridad del suelo pélvico durante el parto.....	39

1.3.3. Lesiones perineales obstétricas.....	40
1.3.3.1. Desgarros perineales.....	41
1.3.3.2. Episiotomía.....	43
1.3.3.3. Lesiones cervicales y uterinas.....	47
1.3.3.4. Desgarros vaginales.....	48
1.3.3.5. Lesiones del tracto urinario.....	49
1.3.4. Factores de riesgo de lesión obstétrica perineal.....	49
1.3.5. Técnicas de sutura de la lesión perineal.....	50
1.3.6. Material de sutura.....	51
1.3.7. Tipos de sutura.....	52
1.3.7.1. Sutura continua.....	53
1.3.7.2. Sutura discontinua.....	53
2. Justificación.....	55
3. Hipótesis y Objetivos.....	59
3.1. Hipótesis.....	60
3.2. Objetivos.....	60
3.2.1. Objetivo general.....	60
3.2.2. Objetivos específicos.....	60

4. Metodología.....	63
4.1. Diseño.....	64
4.2. Periodo de realización.....	64
4.3. Ámbito de realización.....	64
4.4. Selección de la población.....	64
4.4.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	64
4.4.2. Procedimiento de reclutamiento.....	65
4.4.3. Tamaño de muestra.....	65
4.5. Intervención: descripción de esta y forma de asignación.....	65
4.6. Recogida de datos.....	66
4.6.1. Variables de estudio.....	67
4.6.2. Fuentes de información.....	68
4.6.3. Existencia de ciego Análisis de datos.....	68
4.7. Seguimiento.....	69
4.8. Análisis de datos.....	70
4.9. Aspectos éticos de la investigación.....	71
5. Resultados.....	73

6. Discusión.....	87
6.1. Limitaciones del estudio.....	88
6.2. Fortalezas.....	89
6.3. Contraste con otros estudios.....	90
6.4. Aspectos a desarrollar en un futuro.....	95
7. Conclusiones.....	97
8. Bibliografía.....	101
9. Anexos.....	117
9.1. Anexo 1. Tipos de sutura	
9.2. Anexo 2. Cuestionario sutura continua versus discontinua	
9.3. Anexo 3. Consentimiento informado y hoja de información a la paciente	
9.4. Anexo 4. Certificados de los comités de Ética e Investigación de los diferentes centros sanitarios que participan en el estudio	

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1. Atención Perinatal

1.1.1. Concepto y componentes

La salud perinatal, entendida como la referida a la madre, el feto y el recién nacido, ha mejorado de manera importante en Europa a lo largo de las tres últimas décadas [Organización Mundial de la Salud (OMS) 1999]. Esto es reflejo de los avances tecnológicos en los cuidados obstétricos, ginecológicos y neonatales, un desarrollo importante de los servicios de salud materno infantiles, así como la mejora del nivel de vida de estos países. Se puede señalar que en el ámbito sanitario se ha producido una creciente medicalización de algunos procesos fisiológicos, como el embarazo y el parto, gracias a la influencia del desarrollo científico-tecnológico [Escuret et al 2014]. Por eso la búsqueda de una mayor calidad y seguridad ha supuesto en la mayoría de los países industrializados la institucionalización en los hospitales de la atención al parto [Goberna Tricas 2012].

En nuestro país los servicios de maternidad hospitalaria están organizadas por equipos de profesionales multidisciplinares que atienden a la mujer, al recién nacido y a la familia durante el parto y el nacimiento. Dichas unidades cumplen los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia [Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2009]. Se identifican dos tipos de estructuras en la organización hospitalaria: secuenciales (salas de dilatación, paritorio y salas de recuperación posparto) e integradas (unidades de trabajo de parto, parto y recuperación). En los últimos años, algunos hospitales públicos han adecuado espacios integrados para una asistencia más natural en dicho proceso.

En el año 2007, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), elaborada por el Ministerio

de Sanidad y Política Social con la participación de todas las entidades implicadas (sociedades científicas y profesionales, comunidades autónomas, personas expertas, organizaciones sociales y de mujeres) [EAPN 2007], en la que se iniciaron acciones para formar y sensibilizar a los profesionales y se elaboraron diferentes documentos que promueven un modelo de atención al parto y nacimiento centrado en la fisiología del proceso y en las necesidades de las mujeres y sus familias [Salud sexual y reproductiva 2012]. Dichas acciones están ayudando a la incorporación de nuevas prácticas beneficiosas y a abandonar progresivamente aquellas sin evidencia sobre los beneficios que aportan o que, aplicadas de forma rutinaria, incluso podrían resultar perjudiciales [EAPN 2007, Escuriet et al 2014].

El concepto general de la EAPN se articula en torno al principio de que el parto y nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad y que los profesionales deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, y respetar la privacidad y dignidad de las mujeres [EAPN 2007].

El estado de salud integral de la mujer es un tema prioritario para aquellos profesionales que se dedican a la atención materno-fetal, como también lo es el bienestar del recién nacido, que se encuentra directamente relacionado con la salud de la madre y su capacidad para proporcionarle unos cuidados adecuados. En dicho proceso hay implicados multitud de profesionales sanitarios, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, los cuales cuidan, informan y orientan para que el nacimiento del futuro recién nacido se consiga de la manera más saludable y positiva [Guía de atención en el embarazo y puerperio 2014].

En términos generales, en algunos países de la Unión Europea pueden diferenciarse tres tipos de localizaciones para la atención al parto: el hospital, con espacios dotados para atender situaciones complejas y espacios adecuados para una atención al parto normal, que pueden funcionar como unidades separadas; en segundo lugar, un tipo de localización separada del hospital, con la infraestructura necesaria para atender a mujeres sin riesgos obstétricos; y en tercer lugar, en el domicilio, donde

los profesionales se desplazan para atender el parto. Los profesionales implicados en la atención a las mujeres que presentan riesgos se organizan en equipos multidisciplinares y trabajan en un entorno hospitalario. Las mujeres que no presentan riesgos pueden ser atendidas por matronas, ginecólogos, médicos de familia o médicos con diploma obstétrico, aunque en la mayoría de los modelos se identifica a la matrona como profesional preferente para la atención al parto de mujeres sin riesgos, y en ellos se cuenta con planes o estrategias para el desarrollo de sus competencias y autonomía [The Strategy of the Office of Nursing and Midwifery Services Director 2011].

En nuestros días las mujeres tienen poder de decisión respecto a su salud. Ellas y sus familias se implican en el periodo reproductivo, se involucran en los cuidados y participan activamente en el proceso del embarazo, parto y puerperio [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008, Guía de atención en el embarazo y puerperio 2014]. Todo esto puede verse favorecido con una información adecuada y en el momento oportuno, en la que se consensuan con los profesionales los cuidados y conductas a seguir. Se define la participación activa de los padres a la disposición de un estado emocional óptimo con la que se favorece positivamente la nueva relación con su futuro hijo, en el que se produce un sentimiento de no separación [Guía de atención en el embarazo y puerperio 2014]. Se pretende que el uso de los avances científicos, con los que se garantiza la seguridad de la madre y el recién nacido, sea compatible con la participación de los progenitores en el proceso del embarazo, parto y crianza de sus hijos. Otro de los componentes integrados dentro de la atención perinatal es el apego. Se llama periodo sensitivo (alerta tranquila) a las dos primeras horas después del nacimiento, que se caracteriza por la descarga de noradrenalina durante el parto. Múltiples organizaciones recomiendan realizar un contacto inmediato piel con piel del recién nacido con su madre por la multitud de efectos beneficiosos que tiene para ambos [Guía de atención en el embarazo y puerperio 2014, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008]. Facilita reconocer el olor materno, establecer el vínculo, la lactancia y la adaptación a la vida extrauterina [Moore et al 2016]. Los recién nacidos se recuperan más rápido del estrés, normalizan

antes su glucemia y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumenta la duración de la lactancia materna y evita experiencias emocionales negativas [OMS 2004].

Una atención de calidad en la asistencia a los partos, al integrarlos como un proceso natural y fisiológico, implica trabajar desde la perspectiva de la embarazada, su pareja y el recién nacido, proporciona el mejor de los vínculos entre los tres, y facilita un ambiente donde dicho proceso se pueda producir de forma adecuada. De esta manera se define apego como el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad

1.1.2. Situación en España y en otros países

A nivel mundial la mortalidad materna ha disminuido de forma significativa en las últimas décadas desde las primeras estadísticas realizadas en 1840 (de 600/100000 nacidos vivos hasta 10/100000 en la última década) [Sultán Fernando 2001], debido fundamentalmente a avances como el uso de transfusiones sanguíneas, antibióticos y al desarrollo de técnicas y estrategias de tratamiento específicas en la patología materno-fetal. Sin embargo, a pesar de este importante descenso todavía existe una considerable morbilidad asociada al proceso del parto, que está poco documentada y escasamente investigada. Es fundamental tener en consideración que dicha morbilidad es potencialmente reducible y puede prevenirse beneficiando a millones de mujeres.

En la Declaración de la OMS de Fortaleza se inició un cambio en la atención al parto, en la que se llegó a la conclusión de que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, que incluyen la participación en la planificación, ejecución y evaluación de dicho proceso. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es

un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones, y a veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado [Declaración de Fortaleza 1985].

En 2012 la OMS publicó una guía en la que se evidenció que las mujeres desean que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva [OMS 1999]. Esta experiencia se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva, incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas, con lo que se concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos reciban una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal [OMS 2012]. Así, en 2015, la UNICEF estableció como meta reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad derivada de la maternidad, ya que cada minuto muere una mujer debido a complicaciones derivadas del parto (alrededor de 529000 todos los años) y la gran mayoría en países en desarrollo [UNICEF 2015].

Hay que destacar que España se caracteriza por una atención al parto especialmente intervencionista en comparación con sus vecinos europeos. Este intervencionismo no parece justificarse con unos mejores resultados en otros aspectos, como puede ser la mortalidad perinatal o neonatal [FAME 2007, SEGO 2007]. En realidad, muchos de los países europeos con menores tasas de mortalidad son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto (los países nórdicos). Este intervencionismo tampoco tiene su base en la evidencia científica disponible, lo que da lugar a las recomendaciones de los diferentes organismos sanitarios [Recio 2015]. El artículo de Recio describe y analiza la variabilidad de la atención perinatal existente en España, que muestra que el resultado de un parto depende mucho más de factores, como la zona geográfica o de si el centro hospitalario es público o privado, que del propio proceso de parto de la mujer. Además analiza la adecuación de las intervenciones a los estándares fijados

por organismos como la OMS o el Ministerio de Sanidad [Recio 2015]. En España la cifra anual de partos es algo menor de medio millón.

En los últimos años se ha producido un cambio de paradigma en la atención al parto en Andalucía. En 2008 la Junta de Andalucía junto con el Ministerio de Sanidad llevaron a cabo el Proyecto de Humanización de la atención perinatal, en el que se trabajó en la implementación de estrategias de mejora y se orientó la actividad a la práctica basada en la evidencia, al respetar el parto como un proceso fisiológico, siempre y cuando se considere una gestación de bajo riesgo. Si se parte de la base científica de la práctica médica, Andalucía propone un modelo de atención al parto más humanizado, en el que se asegure unos cuidados de calidad hacia la madre y el recién nacido al usar correctamente la tecnología más actual, pero haciendo partícipe de forma libre e informada a las mujeres y sus parejas en los cuidados relacionados con su embarazo, parto y crianza de sus hijos. Para llevarlo a cabo hay que incorporar plenamente y como sujetos de derecho a la mujer, su pareja y a la persona recién nacida, procurar mantener el mejor vínculo posible entre ellos, así como el entorno más adecuado [Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía 2013].

1.2. Atención y cuidados en el proceso de embarazo, parto y puerperio

1.2.1. Recomendaciones y cuidados en el embarazo

Los cambios culturales de las últimas décadas han influido de manera determinante en la vivencia de la maternidad, que incluyen los hábitos, estilos de vida y políticas sanitarias que han determinado la mejora en el estado de salud de la población [Chalmers 2001]. Cabe señalar que un estado más saludable de la mujer es uno de los factores más influyentes en el descenso de la morbi-mortalidad materno-

infantil. Además, durante la etapa preconcepcional y el embarazo, ésta presenta una mayor motivación para adquirir y practicar hábitos de vida saludables, que van a repercutir de una forma positiva en su salud y la de su futuro hijo.

Desde 2008 la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía apuesta por un control del embarazo de calidad, que proporciona información y cuidados desde la etapa preconcepcional. Existe una tendencia al cambio que apuesta por una asistencia perinatal más humana y menos intervencionista y hace sentir a las mujeres y a sus parejas protagonistas de su embarazo y de su parto [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008]. A través del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal Andalucía propone un modelo de atención al parto más humanizado, en el que se asegure unos cuidados de calidad hacia la madre y el recién nacido, usar correctamente la tecnología más actual, pero haciendo partícipe de forma libre e informada a las mujeres y sus parejas en los cuidados relacionados con su embarazo, parto y crianza de sus hijos [Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía 2013]. Se recomiendan una serie de hábitos de vida saludable, como la alimentación a seguir durante el embarazo, en la que es importante el consumo de una dieta variada y equilibrada [Embarazo, Parto y Puerperio 2014], con todos los nutrientes apropiados, en la que tienen que estar presentes alimentos ricos en proteínas (animales como las carnes y, vegetales como las legumbres), la leche y sus derivados, verduras, frutas y asegurar el gasto energético con hidratos de carbono, en definitiva, comer para dos y no por dos.

El Ministerio de Sanidad lanza campañas de información y recomendaciones para las mujeres gestantes, las madres, los padres, el entorno familiar y social y los profesionales sanitarios, con el fin de sensibilizar de la importancia de tener unos hábitos de vida saludables durante el embarazo y los dos primeros años de vida de su hijo, ya que suponen un gran referente a lo largo de toda la vida, y especialmente durante la infancia y la juventud.

Otro hábito durante el embarazo es el ejercicio y los deportes, que producen bienestar físico y psicológico. Se recomienda hacer al menos 30 minutos al día de ejercicio moderado para tener un embarazo saludable, conveniente para el fortalecimiento de los músculos y para la activación de la circulación venosa [Embarazo, Parto y Puerperio 2014]. El aumento de peso excesivo está asociado a complicaciones como la diabetes gestacional, hipertensión arterial y ansiedad, pero reduce también algunos riesgos durante el parto. Además ayuda a una recuperación postparto más rápida y menos costosa.

Las actividades físicas más recomendables son el pasear, la natación, el yoga, y los ejercicios de relajación combinados con la respiración, específicamente los indicados para la preparación al parto. No se recomienda durante el embarazo la práctica de las artes marciales, el esquí, el step, ni la hípica [Guía de práctica clínica del SNS 2104]. No se debe dar lugar a situaciones anaeróbicas, ya que la falta de oxígeno puede afectar al feto. Asimismo se deben evitar esfuerzos que supongan un incremento de temperatura y en todo momento se debe mantener un buen estado de hidratación, que se asegura con la ingesta de líquidos.

Los ejercicios de Kegel son muy simples y efectivos, y se pueden realizar en casi cualquier momento y lugar [Albers y Borders 2007]. Tienen como objetivo fortalecer y mejorar la circulación del suelo pélvico o periné, que se compone de un conjunto de músculos y tejidos que cierran la parte inferior del abdomen y soportan el peso de la vejiga, los órganos genitales y el recto, y que de forma natural se ven afectados por el embarazo. Su realización puede representar una gran ventaja para el parto y la recuperación posterior y se recomiendan también para el puerperio [Leah et al 2007].

Y, por último, y no por ello menos importante, se destaca el masaje perineal como aspecto importante en el proceso del embarazo [Embarazo, Parto y Puerperio 2014]. El masaje perineal digital prenatal a partir de aproximadamente las 35 semanas de gestación reduce la incidencia del traumatismo perineal que requiere sutura (principalmente desgarros) y las mujeres tienen menor probabilidad de dolor perineal a los 3 meses después del parto (sin considerar si se realizó o no una episiotomía)

[Beckmann et al 2008]. Según la evidencia, el masaje perineal aumenta la flexibilidad de los músculos perineales y, por consiguiente, reduce la resistencia muscular, lo que le permite al periné extenderse durante el parto sin que se produzcan desgarros o la necesidad de episiotomía. Se recomienda realizarlo con productos naturales, como el aceite de oliva, rosa de mosqueta o de almendras [Embarazo, Parto y Puerperio 2014].

1.2.2. Atención en el proceso del parto

El profesional sanitario encargado de la atención al parto normal es la matrona, definida por la ICM (International Confederation of Midwives), la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y la OMS, como profesionales (enfermera obstétrico-ginecológica) competentes en obstetricia, entrenadas para el cuidado del parto normal. Entre sus funciones están la evaluación continua de la evolución del proceso de parto, la identificación de las desviaciones de la normalidad y detección temprana de complicaciones y problemas materno-fetales, el control de constantes maternas (sangrado, contracción del útero, reparación de lesiones como desgarros de primer y segundo grado, y episiotomías), entre otras [FAME 2007]. La función de los médicos obstetras se dirige a los partos de riesgo y al tratamiento de las complicaciones, aunque a veces atienden también a partos normales [Estrategia de Atención al Parto Normal 2012, Oliver et al 2003]. Según la OMS el objetivo del profesional es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención, de la manera más segura. Esto supone que debe haber una razón válida para interferir con el proceso natural [OMS 1996].

El parto se divide en tres etapas: dilatación, expulsivo y alumbramiento.

Primera etapa del parto: dilatación

Esta etapa se caracteriza porque comienza con el inicio del parto (inicio de las primeras contracciones efectivas sobre la dilatación del cuello) y acaba con la

dilatación completa, que es aproximadamente de unos 10 cm. Suele durar entre 12 horas en primíparas y unas 8 horas en multíparas [OMS 2015]. Uno de los aspectos más importantes para que la evolución de un parto no se desvíe de la normalidad es la evaluación correcta de su inicio. La Guía de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad en 2010 hace una distinción entre fase latente y activa. La fase latente se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 ó 4 cm. La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones, con un mínimo de 2 contracciones de mediana intensidad cada 10 minutos, y el cuello del útero modificado o borrado un 50%, y una dilatación de 4 cm o más [Acién 2011]. La duración del parto varía en cada mujer y está influenciada por el número de embarazos y partos anteriores [Albers et al 1996, Gross et al 2005, Kilpatrick et al 1989] y su progreso no tiene por qué ser lineal [Lavender et al 2005].

La estrategia del parto normal indica que se debe realizar desde el inicio una valoración del bienestar materno-fetal, tanto físico como emocional. Esto supone toma de tensión arterial, temperatura y pulso, vigilancia de la ingesta de líquidos y diuresis, evaluación del dolor y necesidad de apoyo y prestar atención también a su intimidad y respeto a la elección del acompañante. Se debe facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo con sus necesidades y preferencias. Respecto al tacto vaginal, a través del cual se conoce la evolución real de la dilatación del cuello del útero y la altura de la presentación fetal, se debe limitar al número mínimo imprescindible y no se debe realizar amniotomía de rutina [FAME 2007, SEGO 2007]. Se debe controlar la frecuencia cardíaca fetal y de la dinámica uterina y a través del cardiotocógrafo.

Segunda etapa del parto: expulsivo

En líneas generales, el período expulsivo comienza cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la salida del feto [OMS 2015]. Si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que

lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta dos horas en nulíparas y hasta una hora en multíparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. En caso de anestesia epidural los límites se establecen en tres y dos horas para nulíparas y multíparas, respectivamente [SEGO 2008].

Según las recomendaciones de la OMS el manejo más fisiológico del expulsivo debería ser el de esperar a que la mujer sienta ganas de empujar. Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella desee para su comodidad, y facilita el momento de la salida fetal. Se dará la opción a la mujer a adoptar la posición en la que esté más cómoda, y se respetarán siempre los principios de calidad

asistencial y control del estado fetal. No se realizará rasurado del periné de forma rutinaria, que queda limitado a aquellos casos en que sea necesaria practicar una episiotomía, y se hará solo en la zona mínima necesaria. En los últimos 20 años la evidencia respalda el uso restrictivo de la episiotomía. La aceptación internacional de este enfoque se puede ver en las declaraciones políticas y las recomendaciones de práctica clínica emitidas por muchos organismos de salud pública y profesionales de la obstetricia [Graham et al 2005]. La OMS recomienda que la episiotomía se use solo en indicaciones selectivas [World Health Organization 1985]. La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria [Carroli 2008]. Durante mucho tiempo se realizó la episiotomía para prevenir complicaciones como desgarros perineales graves, el síndrome de relajación pélvica y para la protección del recién nacido. Múltiples estudios han mostrado que el uso de la episiotomía en realidad aumenta el riesgo de las mismas, puede producir más complicaciones después del parto y sólo debe realizarse a criterio del profesional sanitario de manera individualizada [Muhleman et al 2017].

El Plan de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008] y la guía de práctica clínica del parto normal [Ministerio de Sanidad 2010] recomiendan el establecimiento del contacto piel con piel inmediato entre madre e hijo. El recién nacido no se separará de la madre, excepto

que sea imprescindible. Se coloca, siempre que sea posible, piel con piel, desnudo, sobre el abdomen de la madre, donde se realiza el test de Apgar, se seca y se tapa con paños calientes, y se le pone un gorro para evitar la pérdida de calor. La atención inicial se ha de hacer, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres. Se facilita el inicio de la lactancia materna lo antes posible, siempre que no haya contraindicación [Gómez Papi et al 1998].

Tercera etapa del parto: alumbramiento

La tercera etapa del parto transcurre desde el nacimiento del recién nacido hasta la expulsión de la placenta [OMS 2015]. En esta fase la mayor preocupación es la hemorragia posparto y su magnitud se asocia con la rapidez que la placenta se separa del útero y la efectividad de la contracción del útero. Dicho sangrado es definido por la OMS como una pérdida sanguínea mayor de 500 ml. El diagnóstico se hace por una estimación clínica de la pérdida sanguínea, que es a menudo infravalorada.

Según las recomendaciones que da la SEGO el manejo del alumbramiento se puede hacer:

- Expectante o fisiológico: no hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento. Se recomiendan llevar a cabo investigaciones sobre el riesgo de sangrado del alumbramiento expectante en condiciones óptimas de intimidad y respeto al proceso fisiológico para un mayor conocimiento de los beneficios de una experiencia más natural que evitaría los efectos de los uterotónicos empleados en el manejo activo [Estrategia de atención al parto normal 2007]
- Dirigido o activo: reduce significativamente las hemorragias del alumbramiento, la necesidad de transfusión, la tasa de anemia grave posparto y la duración del tercer periodo del parto, siendo el recomendado por la Estrategia de atención al parto normal 2008. El fármaco más usado es la oxitocina. Se administra lentamente 2-10 UI IV o 10 UI IM en el momento de la salida del hombro anterior. El manejo activo puede prevenir hasta un 60%

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo [Prendiville et al 2007].

El pinzamiento tardío (o incluso el no pinzamiento) es el medio fisiológico de tratar el cordón y el pinzamiento temprano es una intervención que necesita de una buena justificación [Casás et al 2009]. La transfusión de sangre de la placenta al niño, si se realiza el pinzamiento tardío, es un proceso fisiológico y los efectos adversos son improbables, al menos en casos normales [Estrategia en el parto normal 2008].

Una vez expulsada la placenta se revisará de manera cuidadosa y se comprobará su integridad, detectando anormalidades (infartos, hematomas, inserción anómala del cordón umbilical), pero ante todo para asegurarse de que está completa [Acién 2011]. Se debe observar meticulosamente a la madre durante las dos primeras horas postparto, controlar posibles hemorragias y el estado del útero, que debe estar contraído y situado por encima de la sínfisis del pubis.

Según la Estrategia en el parto normal (2008) se recomienda no realizar analgesia de rutina e informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos alternativos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos y la posibilidad de elegir uno o varios si lo desean. Se debe informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura.

Existe evidencia científica sobre la libertad de movimientos de la mujer durante el parto y se le permite adoptar posturas en las se produzca un alivio del dolor y mejore así su bienestar y la sensación de control [OMS 1999]. No existe la postura ideal, lo ideal será poder elegir en cada momento la que sea más cómoda [Calais-Germain 2007].

El Decreto 101/1995 recoge el derecho de la embarazada a estar acompañada por una persona de su confianza durante el preparto, parto y postparto. La pareja tiene un papel fundamental. Será quien le dé tranquilidad y apoyo, crear un clima de confianza para afrontar positivamente la situación, y le ayude a superar los momentos más complicados [Barrero García et al 2006]. La evidencia muestra los beneficios del

acompañamiento y apoyo continuo: mejora los resultados del parto (menor probabilidad de analgesia, de partos vaginales instrumentales y de cesáreas), aumenta la satisfacción de las mujeres por su experiencia y vivencia del parto, y forma parte integral del objetivo de humanización [Estrategia de atención al parto normal 2007].

1.2.2.1. Complicaciones obstétricas en el proceso del parto

Maternas

Se define parto anormal o distócico el que ocurre cuando hay anomalías anatómicas o funcionales del feto [Acién 2011]. Entre las causas maternas están las distocias mecánicas (de partes óseas o de partes blandas) y distocias dinámicas (relacionadas con las anomalías de la actividad contráctil del útero). Las causas fetales pueden estar relacionadas con la presentación fetal, con el feto en posición transversa, oblicua o podálica, lo que puede interferir con el curso normal del parto y alumbramiento y requiere intervención obstétrica para su correcta finalización, en el que se pueden usar los siguientes elementos para la extracción fetal: ventosa, fórceps o espátulas de Thierry, o bien la cesárea abdominal [Herrera et al 2006, Sacristán et al 2011]. De esta manera, si esta adaptación no es tan exitosa conlleva partos más largos, más molestos, con mayor probabilidad de parto instrumental, episiotomías o desgarros más complicados, dolor en el puerperio, el riesgo de lesiones del periné con secuelas a largo plazo y reduce las tasas de duración de la lactancia materna [Correa Rancel et al 2007].

Otra de las complicaciones obstétricas es la hemorragia postparto, una de las más temidas y una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo [Karlsson 2009, Khan et al 2006]. Aparte de un sangrado excesivo, es aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas o signos evidentes de hipovolemia. El diagnóstico se hace por una estimación clínica de la pérdida sanguínea.

Se puede clasificar en:

- Hemorragia postparto precoz: es la que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto, generalmente la más grave y la principal causa de muerte materna [Ronsmans y Graham 2006]. Las causas principales son la atonía uterina, traumatismos/laceraciones del canal del parto, alteraciones de la coagulación y retención de restos ovulares intracavitarios. Es una situación evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención en la fase del alumbramiento.
- Hemorragia puerperal tardía: pasadas las primeras 24 horas postparto hasta finalizado el puerperio (6-7 semanas).

Otra complicación materna frecuente es el dolor o disconfort que sufren las mujeres después de un parto vaginal. Se ve incrementado si se ha sufrido algún tipo de traumatismo perineal, relacionado con la reparación de la lesión, la posterior evolución y cicatrización, y el edema que puede ocasionar, lo que genera además un inicio de relaciones sexuales dolorosas y más tardías [López Lapeyrere et al 2014, Signorello et al 2001] y dispareunia [Hay-Smith 2008, Signorello et al 2001]. Puede provocar problemas físicos importantes, psicológicos y sociales, que interfieren incluso con las actividades normales y en la recuperación postparto, afectan a la relación entre la madre-padre y el niño e interfieren también con la lactancia materna [Valenzuela et al 2009]. En general, el dolor y las molestias suelen estar asociadas a la reparación de estos traumatismos perineales y a su posterior evolución. Un porcentaje elevado, el 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 normal [Fernando et al 2007], y hasta el 15% continuarán con molestias a largo plazo, tales como dispareunia leve a los tres años de haber tenido un parto vaginal [Glazener et al 1995]. Dicha morbilidad materna a corto y largo plazo asociada a la lesión y reparación perineal puede producir problemas graves físicos, psicológicos y sociales, que afectan a la capacidad de la mujer para amamantar y criar adecuadamente a su hijo.

Es una preocupación prioritaria para el personal sanitario el estado global de salud de la mujer que ha tenido un parto eutócico con o sin trauma perineal mínimo, ya que se sabe que presenta un mejor estado de salud postparto que la que ha tenido un parto instrumental o una cesárea [González 2011], registrar menores tasas de reingreso hospitalario por complicaciones postparto, menor dolor perineal, estructuras más sólidas del suelo pélvico, mejor función sexual, una menor tasa de depresión postparto y un mejor estado funcional en el puerperio [Albers Borders 2007].

Otra de las posibles complicaciones en el postparto es la dehiscencia de la herida quirúrgica [Dudley et al 2013]. Entre los factores que predisponen a esta complicación están la anemia, las infecciones, la paridad y el tipo de episiotomía [Little et al 1992].

Fetales

Entre las complicaciones neonatales que pueden presentarse en este proceso se destacan la asfixia perinatal, bajo peso al nacer/prematuridad y las infecciones graves [Hübner 2001]. A pesar de los avances de la neonatología y la organización del cuidado perinatal, así como la formación de los profesionales encargados de éste, la asfixia perinatal sigue siendo un problema muy relevante en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo [Cifuentes 2003]. Se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido por la falta de oxígeno o la falta de una perfusión tisular adecuada.

Se ha establecido la categoría de "evento hipóxico centinela", que incluye acontecimientos agudos, alrededor del parto, capaces de dañar a un feto neurológicamente intacto [García-Alix, Jiménez 2002]. Entre estos eventos se incluyen el desprendimiento prematuro de la placenta, la ruptura uterina, el prolapso de cordón, el embolismo de líquido amniótico, la exanguinación fetal por la existencia de vasa previa, y la hemorragia feto-materna [Asociación Española de Pediatría 2008].

Se han establecido una serie de elementos para hablar de asfixia perinatal que han de cumplir los siguientes cuatro parámetros [Cifuentes 2003]:

- Acidosis metabólica o mixta con un pH de cordón menor de 7.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Apgar con puntuaciones de entre 0 y 10, al minuto, a los cinco y a los diez minutos. La puntuación de Apgar por sí sola no puede establecer la hipoxia como la causa de la parálisis cerebral [Finster y Wood 2005]. Deben existir criterios adicionales al nacer, un pH de la arteria umbilical inferior a 7, una puntuación de Apgar de 0–3 durante más de 5 min, convulsiones neonatales, coma o hipotonía, y disfunción multiorgánica.
- Presencia de manifestaciones neurológicas en el período neonatal inmediato, derivadas de la hipoxia o de la isquemia, como convulsiones, hipotonía, como manifestaciones de encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Pruebas de compromiso multiorgánico.

El pilar fundamental es la identificación del feto de riesgo y para ello se cuenta con métodos clínicos como las semanas de gestación y altura uterina, asociado todo ello al crecimiento intrauterino retardado, oligoamnios, disminución de movimientos fetales y alteraciones del registro cardiotocográfico [Guía de práctica clínica del SNS 2014].

En el proceso del embarazo, parto y puerperio se resalta la prematuridad como otra de las complicaciones neonatales importantes. Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación [Kimberly y Choherty 2005]. El término pretérmino no implica valoración de madurez, como en el prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente [Rellan Rodríguez et al 2008]. Es el mayor desafío clínico actual de la medicina perinatal, al producirse en esta etapa la mayor parte de las muertes neonatales, además de ser un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales.

El *Streptococcus* grupo B (SGB) es uno de los principales agentes causales de sepsis neonatal precoz, y es un factor importante de morbimortalidad neonatal y de costes en salud pública [Cruz et al 2008], desde su identificación en los años 1970. Por este motivo, según el protocolo de la Junta de Andalucía, alrededor de la 35 y 37 semana de gestación se realiza la toma del cultivo vagino-rectal para detectarlo antes del parto. La principal forma de transmisión se produce de madre a hijo por vía transplacentaria ascendente o principalmente durante el trabajo de parto y parto [Cruz 2008]. La incidencia

de sepsis por SGB ha disminuido considerablemente tras la implementación de guías de prevención del contagio vertical, y hoy es de 0.23 a 1 por mil nacidos vivos en países desarrollados [Cruz et al 2008]. La prematuridad incrementa el riesgo de sufrir infecciones clínicas por SGB [Goncé et al 2015].

1.2.2.2. Complicaciones del suelo pélvico

- Incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos

El suelo pélvico o periné es una región muscular cubierta por piel entre el orificio vaginal y el ano [Martínez Galiano 2013], que sustenta la porción abdominal inferior y sirven de apoyo a la vejiga, el útero y una porción del intestino. Es fundamental que esta musculatura mantenga una buena función, ya que la debilidad del suelo pélvico es causa de incontinencia urinaria de esfuerzo, cisto y rectocele, prolapsos genitales y disfunciones sexuales (dispareunia, disminución de la sensibilidad e intensidad del orgasmo) [Pena Outeiriño et al 2007]. Los síntomas pueden variar desde una filtración de orina leve hasta su salida abundante e incontrolable. Es una enfermedad de elevada incidencia en el postparto, que conlleva además de una disfunción de carácter físico, una repercusión tanto a nivel social como psicológico [Fernández 2013].

Se puede clasificar en cuatro tipos [Urinary Incontinence: Prevalence, Risk Factors and Management Strategies. 2016]:

- Incontinencia de esfuerzo: suele ocurrir al realizar ciertas actividades como toser, estornudar, reírse o hacer determinados ejercicios.
- Incontinencia de urgencia: se define como fuga involuntaria acompañada o inmediatamente precedida por urgencia.
- Incontinencia por rebosamiento: ocurre cuando la vejiga no puede vaciarse completamente. Esto lleva a que se presente goteo posmiccional.
- Incontinencia mixta: se produce por una hiperactividad del musculo detrusor y un trastorno en los mecanismos esfinterianos.

La prevalencia de incontinencia urinaria en España se acerca al 10% en mujeres entre 25 y 64 años, está alrededor del 5% en varones entre 50 y 65 años y es superior al 50% en personas de más de 65 años de ambos sexos [Martínez Agulló 2009].

El prolapso de órganos pélvicos (POP) afecta hasta el 50% de las mujeres que han tenido hijos [Haya 2018]. A menudo no se hace sintomático hasta que el órgano descendido atraviesa el introito, y en otras ocasiones no se reconoce hasta que está en etapa terminal [García López 2002]. Existen múltiples factores que favorecen el prolapso, entre los que se encuentran el parto, los trastornos del tejido conectivo, neuropatías, factores congénitos y todos aquellos que conduzcan a un aumento de la presión intraabdominal como la obesidad, tos, ejercicio, etc.

- Incontinencia fecal

La correcta identificación y diagnóstico de los desgarros perineales, descritos más adelante, en concreto los de 3º y 4º grado, es fundamental para una correcta reparación de la lesión y poder establecer unas pautas correctas de control, tratamiento y seguimiento de estas mujeres [López 2010]. Se ha confirmado que, tras la correcta reparación del esfínter externo, el 60-80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. Los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria. Además se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas [López 2010].

1.2.3. Cuidados en el proceso del puerperio

1.2.3.1. La sexualidad en el puerperio y la restauración de las relaciones sexuales

El deterioro de la función sexual es una de las secuelas potenciales a largo plazo relacionadas con la lesión del suelo pélvico y del periné que pueden acontecer durante el parto. Existen pocos estudios publicados sobre la disfunción sexual postparto. Los

escasos estudios sobre salud sexual postnatal tienen limitaciones, ya sea con la muestra o en la medida en que se examinó la salud sexual [Barrett et al 2000].

La dispareunia puede producir tensión, ansiedad, modificar de forma negativa la visión sobre las relaciones sexuales y provocar rechazo a la pareja y una inhibición sexual. Es una experiencia común de las mujeres después del parto [Andrews et al 2008, Buhling et al 2006, McDonald et al 2016, Rodríguez Cano et al 2016, Signorello et al 2001]. Suele ser descrita como ardor, quemazón, contracción o dolor cortante, localizado en la parte interior o exterior de la vagina, en la región pélvica o el abdomen. Existen situaciones de riesgo durante el ciclo biológico de la mujer en las que pueden verse afectados los sistemas de sostén de los órganos pelvianos, y el embarazo y el parto actúan como factores predisponentes para presentar una disfunción sexual en la etapa del puerperio, que afecta de forma negativa al inicio de las relaciones sexuales con la pareja [Signorello et al 2001].

Las mujeres que han tenido un parto con periné íntegro experimentan mejores resultados en cuanto a la dispareunia, reinicio de relaciones sexuales, satisfacción en estas y la probabilidad de alcanzar el orgasmo [Signorello 2001]. Si se compara el dolor postparto tras un parto con episiotomía y con periné íntegro o con desgarros espontáneos, se ha encontrado que las mujeres con episiotomía referían más dolor que el otro grupo [Meyer 2002]. La paridad también es importante, porque las mujeres primíparas tienen tasas más altas de episiotomía y parto asistido que las mujeres multíparas e informan niveles más altos de dispareunia y dolor perineal [Barrett et al 200].

1.3. El periné

1.3.1. Anatomía-fisiología del periné

El suelo pélvico o periné es el conjunto de músculos y tejidos que tapizan la parte inferior de la pelvis. Se estructura en dos planos [Woodman Graney 2002]:

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Plano superficial: su función fundamental es la sexual. Está compuesta fundamentalmente por el músculo bulboesponjoso (a ambos lados y profundo a los labios mayores y al introito vaginal), isquiocavernoso y el transverso superficial del periné. A este nivel también se encuentra la porción subcutánea del esfínter anal externo. En este mismo plano, pero un poco más profundo, está en el transverso profundo del periné y el constrictor de la vulva.

- Plano profundo: formado por los músculos que sujetan los órganos pélvicos, controla los esfínteres y mejoran las relaciones sexuales. Destaca el músculo elevador del ano, que se compone de tres haces, el puborectal, pubococcígeo e iliococcígeo.

La continencia anal se mantiene gracias a una compleja interacción de nervios y músculos viscerales y somáticos. El traumatismo directo durante el parto, o la lesión del nervio pudendo pueden alterar su anatomía o fisiología lo que desencadena síntomas de incontinencia anal. Cuando se daña el esfínter externo, la urgencia defecatoria es el síntoma prioritario; si la lesión afecta también el esfínter interno la incontinencia suele empeorar, con incapacidad para controlar el paso de heces y gases [Stepp et al 2006].

La reparación perineal es a veces realizada de manera inadecuada, debido fundamentalmente al desconocimiento de la anatomía del periné femenino por parte de los profesionales que atienden el parto. En un estudio realizado por Deering et al en 2004 se señala la importancia de conocer que la medida media del cuerpo perineal es de 3.9 cm, sin encontrar diferencias significativas entre las mujeres nulíparas o multíparas. Un cuerpo perineal de una longitud de 2.5 cm o menos tiene un riesgo significativamente mayor de presentar un desgarro grave durante el parto vaginal (hasta 10 veces mayor) comparado con una longitud del cuerpo perineal de más de 2.5 cm. Las mujeres con cuerpos perineales cortos también presentan un riesgo mayor de parto instrumental [Deering et al 2004].

1.3.2. Determinantes que influyen en la integridad del suelo pélvico durante el parto

Existen una serie de actuaciones encaminadas a la prevención de lesiones en el momento del parto. Se pueden realizar durante el embarazo o en el mismo momento del expulsivo, en el paritorio. Entre las intervenciones que describe la literatura científica como posibles protectoras ante la lesión perineal hay algunas que pueden ser realizadas por la gestante durante el embarazo, como los ejercicios de tonificación de los músculos del suelo pélvico [Albers 2007], ejercicio aeróbico moderado [Carballo 2006], o por ella o su pareja como el masaje perineal [Beckmann et al 2008], y otras que van a depender del profesional que asiste el parto, como por ejemplo el uso de compresas calientes o lubricantes en la fase final del expulsivo, diferentes técnicas de tratamiento perineal [Aasheim et al 2011], proteger con una compresa en la mano la zona del periné, o tan solo controlar la deflexión brusca de la cabeza fetal [Beckmann et al 2008].

Cabe destacar el masaje perineal anteparto, del que se puede señalar la importancia de su realización. Se recomienda hacerlo desde aproximadamente las 35 semanas de gestación [Beckmann et al 2008], con una probabilidad menor de traumatismo perineal que requiera sutura. Se trata de un sencillo procedimiento con el que se preparan los músculos y tejidos que rodean la vagina, que aumentan la flexibilidad y disminuyen la resistencia muscular con lo que el periné puede extenderse durante el parto [Gómez de Enterría Cuesta 2009], facilita el paso de la cabeza del bebé y disminuye la posibilidad del riesgo de desgarro de estos músculos tras el parto. Ayuda a preparar a la mujer para las sensaciones de presión y estiramiento que acompañan el descenso de la cabeza del recién nacido por el canal del parto. Lo más importante es la elección de una postura cómoda, con las manos limpias, uñas cortas y una higiene genital óptima para evitar infecciones [Gómez de Enterría Cuesta 2009]. Este puede realizarse con algún aceite vegetal natural como el de oliva, caléndula, almendras dulces, rosa de mosqueta, onagra, aloe vera o aguacate. Los aceites naturales son los más indicados por sus propiedades hidratantes. En su composición destaca un alto porcentaje de ácidos grasos que en el organismo actúan facilitando la regeneración celular de membranas y procesos

reparativos de tejidos [Carrilo 2009]. El aceite de oliva es uno de los hidratantes naturales más efectivos que existen, potencia la hidratación y ayuda a combatir la sequedad de la piel. Uno de sus mayores beneficios es el aporte de elasticidad a los tejidos, y se puede aplicar en el periné durante el embarazo, y prepararlo para el parto.

La posición durante el parto es otro de los aspectos importantes a tener en cuenta. La situación actual en Andalucía es que la mayoría de los partos suceden en el medio hospitalario y durante el periodo expulsivo se hacen en posición horizontal [Cuerva Carvajal et al 2006]. No existe evidencia científica de que la posición adoptada por la madre durante el expulsivo pueda contribuir de alguna manera a aumentar o disminuir el riesgo de lesión perineal, por lo tanto, se debe fomentar que las mujeres adopten la postura en la que se encuentren más cómodas a la hora del parto [Cuerva Carvajal et al 2006]. En general, los estudios han encontrado una mayor frecuencia de desgarros y menor de episiotomías en las posiciones verticales que en las horizontales, y quizá un aumento en el sangrado del postparto inmediato sobre todo las posiciones verticales [Cuerva Carvajal et al 2006].

1.3.3. Lesiones perineales obstétricas

El traumatismo obstétrico en los partos vaginales, como indicador de calidad, supone una llamada de atención en cuanto a la necesidad de analizar las razones de una variación tan amplia, que va desde el 0.8% de Italia al 13.7% de Canadá [Escuret et al 2014].

La anatomía y la función del suelo pélvico se modifican por los cambios producidos por el embarazo y el parto. El parto puede producir traumatismos en el aparato genitales visibles en el momento del parto, incluso lesiones ocultas de estructuras musculares o nervios del suelo pélvico [Fernández Medina 2013]. Puede producirse un traumatismo perineal de forma espontánea (desgarro) o bien la matrona o el ginecólogo

pueden necesitar hacer una incisión quirúrgica (episiotomía) para ampliar el diámetro de la salida vaginal y así facilitar el nacimiento del recién nacido [Kettle et al 2008].

Resulta llamativo que en la literatura científica exista escaso interés respecto a la reparación del periné tras el parto. Esta aparente falta de interés científico en el tema puede explicarse por la ausencia de perspectiva clínica que resulta en la morbilidad materna [Ferrer de Sant Jordi Muntaner 2012]. De hecho, la mayoría de los síntomas clínicos que ocasiona el trauma perineal muchas veces son desconocidos para la matrona o el ginecólogo que realizó la reparación. En la mayoría de los casos se cree que se solucionarán con el tiempo y no se les da por ello demasiada importancia. Probablemente en este aspecto la morbilidad materna esté infravalorada y sea mucho mayor que las cifras de las que se dispone actualmente [Ferrer de Sant Jordi Muntaner 2012]. Es importante tener en consideración que esta morbilidad asociada al parto es potencialmente reducible y podría prevenirse beneficiando a millones de mujeres en todo el mundo [Grant 1986].

Cualquier medida para mejorar el grado de satisfacción de la púérpera, dirigida fundamentalmente a disminuir el dolor perineal postparto y la morbilidad a medio y largo plazo, debe ser bien recibida y valorada. El interés y la preocupación de las mujeres por las lesiones perineales producidas en los partos vaginales es uno de los motivos por los cuales demandan cesáreas electivas como método alternativo al parto vaginal, y se incrementan considerablemente en los últimos años. No cabe duda de que la cesárea no está exenta de riesgos y complicaciones y que la morbimortalidad materna es bastante mayor que la del parto vaginal [Al-Mufti 1997].

1.3.3.1. Desgarros perineales

Dentro de la morbilidad materna asociada al parto los desgarros perineales son la complicación más frecuente, y la reparación del periné la técnica quirúrgica más realizada. El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada.

Más de un 65% del total de las puérperas con un parto vaginal normal y hasta un 83% en las mujeres primíparas que han tenido embarazos y partos de bajo riesgo presentan cierto grado de lesión perineal, ya sea un desgarro o bien una episiotomía [Gould 2007], y miles de mujeres diariamente requieren la reparación del periné tras un parto vaginal.

Según el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y la SEGO (2015) los desgarros perineales se pueden clasificar en cuatro grados, según su intensidad y gravedad [Fernando et al 2006, Gálvez 2008, Kettle 2008, Kettle 2010]:

- **Desgarros de 1º grado:** sólo afectan a los tejidos superficiales del periné. Se puede lesionar la horquilla vulvar, la mucosa vaginal y la piel perineal sin comprometer la fascia ni el músculo subyacente.
- **Desgarros de 2º grado:** además de las estructuras anteriores, incluyen los músculos perineales y la fascia, sin compromiso del esfínter anal.
- **Desgarros de 3º grado:** abarcan la piel, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y la musculatura del esfínter anal. Se subdivide en tres categorías:

3a: desgarro de menos del 50% del grosor del esfínter anal externo.

3b: desgarro de más del 50% del grosor del esfínter anal externo.

3c: desgarro que incluye el esfínter interno (además del externo).

Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la opción más grave [López et al 2010].

- **Desgarros de 4º grado:** se extienden a la mucosa anorrectal y exponen la luz del recto. Lesión del periné que afecta el complejo del esfínter anal (interno y externo) y la mucosa anorrectal.

En la figura 1 se puede visibilizar las estructuras anatómicas afectadas en los diferentes tipos de desgarros.

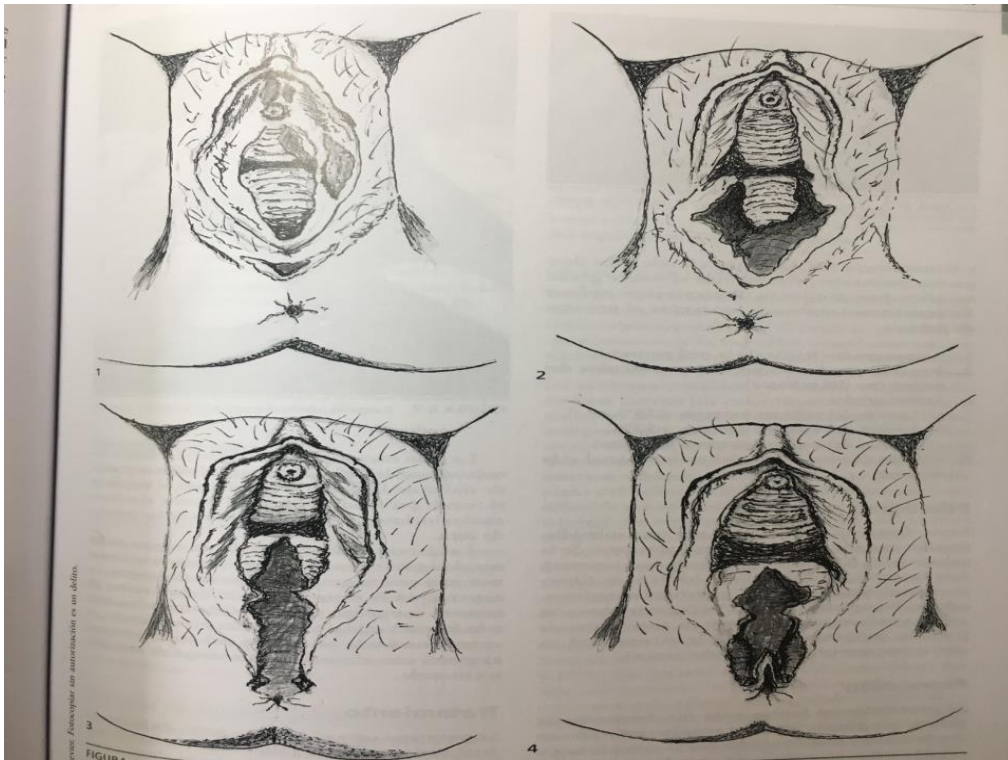


Figura 1 . Tipos de desgarros perineales. Imagen obtenida del Manual de asistencia al parto del autor Martínez Galiano, JM et al. Elsevier 2013

1.3.3.2. Episiotomía

- Definición y antecedentes

La episiotomía es una ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión en el periné [Carroli 2008, Muhleman et al 2017] con el objeto de ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné durante la fase final del expulsivo. Puede ser medio-lateral (si la incisión se realiza en dirección oblicua desde la horquilla vulvar abarcando vagina, piel y músculo) o media o central (realizada en el rafe ano-vulvar respetando los músculos elevadores) [Liljestrang 2003, López Lapeyrere et al 2014]. En la actualidad se sigue una política restrictiva en cuanto a uso de esta intervención en partos vaginales sin complicaciones. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo [Liljestrang 2003, Observatorio de Salud de la mujer y del Sistema Nacional de

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

Salud 2012, Oliver et al 2003, OMS 1999, Viswanathan et al 2005]. En la figura 2 se puede visibilizar la imagen de una episiotomía perineal.



Figura 2. Episiotomía. Imagen obtenida del Manual de asistencia al parto del autor Martínez Galiano, JM et al. Elsevier 2013

Según el estudio realizado por Hernández-Martínez et al en 2014, la variabilidad en la tasa de episiotomías es alta y no se relaciona con la mayor presencia de desgarros tipo 3° y 4°, ni con una mayor morbilidad neonatal. No se justifica una tasa mayor del 25% de episiotomía para prevenir el trauma perineal ni la pérdida de bienestar fetal [Hernández-Martínez et al 2014]. En España se desconoce la tasa real de episiotomías. Según los datos de los que se disponen oscila entre un 33% y un 73% del total de partos asistidos [Observatorio de Salud de la mujer y del Sistema Nacional de Salud. 2012]. Las tasas de traumatismo varían considerablemente según las prácticas individuales y las

políticas del personal de cada hospital. En 2010 se realizó un estudio europeo en el que se comunicó que la tasa de desgarro perineal varió entre el 0.1% en Rumanía y el 4.9% en Islandia, y la tasa de episiotomía entre el 3.7% en Dinamarca y el

75.0% en Chipre [Blondel et al 2016]. Estas lesiones producen morbilidad a corto y largo plazo que pueden afectar al suelo pélvico [Leeman et al 2016], causar incontinencia urinaria y anal, dolor perineal y alterar la función sexual de la mujer [Blondel et al 2016, Kudish et al 2006, Leeman et al 2016, Viswanathan et al 2005].

- Tipos de episiotomía

En términos general están descritas dos tipos de episiotomías: la media y la mediolateral (derecha o izquierda), aunque existe una tercera, la lateral, como se puede observar en la figura 3.

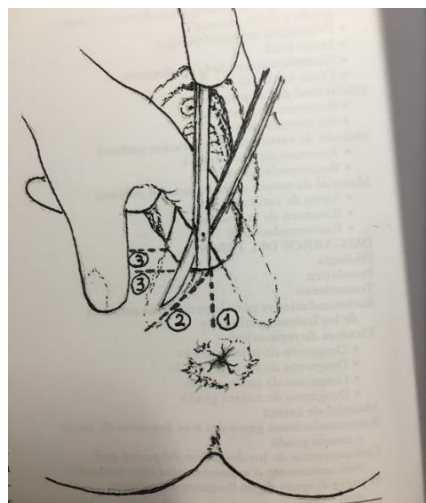


Imagen 3. Tipos de episiotomías. Obtenida del Manual de asistencia al parto. Juan Miguel Martínez Galiano

- *Episiotomía media:* se realiza una incisión vertical de unos 4 cm de longitud desde la horquilla vulvar siguiendo la línea media hasta el punto medio entre el ano y la

horquilla posterior [Muhleman et al 2017]. Es sencilla de realizar y de reparar, las mujeres refieren menos dolor postparto, menor dispareunia, menor sangrado y mejor resultado estético. El punto negativo de la misma es que hay mayor riesgo de desgarros del esfínter anal y recto [Scetti 2005].

- *Episiotomía medio lateral*: se inicia desde la horquilla vulvar posterior, con una trayectoria en sentido diagonal (hacia la derecha o izquierda, según quien la realice) hacia la tuberosidad isquiática ipsilateral, por lo que su trayecto respeta el músculo del esfínter externo anal, con un ángulo de 45° con respecto a la vertical y con una longitud media de 3-4 cm [Muhleman et al 2017]. Se realiza con unas tijeras rectas colocando una de las ramas entre la presentación fetal y la parte posterior de la vulva, y la otra rama por fuera, en el periné materno. A favor está que proporciona buen espacio vaginal y menor frecuencia de desgarros tipo III y IV. En contra está una mayor pérdida hemática, peor resultado estético, cicatrización más tórpida y defectuosa, mayor dolor postparto y dispareunia [Scetti 2005, Scott 2005].

- Riesgos, beneficios y complicaciones de la técnica

No existe evidencia que justifique esta práctica iniciada en el siglo XVIII y todavía ampliamente utilizada, que subestima los potenciales efectos adversos, como disfunción del esfínter anal, incontinencia urinaria y dispareunia, así como su asociación a una mayor frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado [Estrategia de atención al parto normal 2008, Muhleman et al 2017]. La prevención del síndrome de relajación pélvica no ha disminuido con su uso. Aumenta también el riesgo de otros problemas pélvicos, como las fístulas anorrectales, cistoceles, uretroceles, enteroceles, endometriosis de la línea de sutura y prolapsos del útero y la vagina [Muhleman et al 2017].

Está ampliamente documentada la relación existente entre la episiotomía (en especial la episiotomía media) y el incremento de riesgo de desgarros perineales graves.

Las ventajas que sugiere la práctica de la episiotomía media en lugar de la episiotomía mediolateral son una mejor función sexual y mejor cicatrización con un aspecto más satisfactorio de la cicatriz. Quienes no apoyan el uso de este método indican que se asocia con una tasa más elevada de prolongación de la episiotomía y, en consecuencia, un mayor riesgo de traumatismo perineal grave [Carroli 2008, Shiono 1990].

Entre las complicaciones más frecuentes están la extensión de la incisión, la disfunción anatómica, la pérdida de sangre, el dolor, el edema y la dehiscencia, infección, nódulos, granulomas inflamatorios, fístulas ano-vaginales, endometriosis de la cicatriz edemas, hematomas, dispareunia transitoria o permanente y cicatrización dolorosa y molesta [Casanova Chang y Luna Zafra 2002, Muhleman et al 2017, Nasarre 2010].

- Indicaciones de la episiotomía

En la práctica de la obstetricia existen indicaciones claras para la realización de una episiotomía, donde no solo está justificada, es más, es recomendable y beneficiosa. Se incluyen el riesgo de pérdida de bienestar fetal que requiera acelerar el expulsivo, la posible distocia de hombros, la macrosomía, algunos tipos de partos instrumentales [Cleary-Goldman y Robinson 2003], el parto de nalgas y el agotamiento materno [Melchor et al 2008], al buscar siempre el bienestar fetal y materno y el criterio del personal que asiste el parto.

1.3.3.3. Lesiones cervicales y uterinas

El *desgarro cervical* implica una solución de continuidad que parte del orificio cervical externo, se extiende hacia la zona ístmica, y puede llegar en ocasiones hasta su nivel [Martínez Galiano 2013]. Su importancia es muy variable, desde pequeñas heridas de la mucosa hasta desgarros profundos que atraviesan el mismo cuello, la bóveda vaginal e incluso el parametrio. La mayoría de los desgarros se producen por un traumatismo y sólo un pequeño porcentaje (15%) se originan de forma espontánea [Martínez Galiano 2013]. Suelen diagnosticarse después del parto, con el útero contraído, al observar una

hemorragia, normalmente ligera, salvo si ha ocurrido la rotura de alguna rama importante de la arteria uterina, que exige un examen visual.

Dentro de las lesiones uterinas se destaca la rotura uterina, que es una entidad rara y en la mayoría de las ocasiones catastrófica, con una alta incidencia de morbilidad y mortalidad materno fetales [Martínez-Garza et al 2012]. En general se refiere a aquella en la que la pared uterina completa (serosa, miometrio y decidua) está rota, que generalmente se acompaña de sangrado y a veces de extrusión de parte o de la totalidad del feto y la placenta [Martínez Galiano 2013]. Se puede asociar a la dehiscencia de la cicatriz uterina previa, a un parto espontáneo rápido, a una cesárea anterior, con la estimulación excesiva con oxitocina, multiparidad (más de 4 partos), a la desproporción cefalopélvica o con una presentación transversa no reconocida. Sin embargo, más del 80% de las roturas uterinas son espontáneas y sin ninguna explicación obvia [Martínez-Garza et al 2012].

1.3.3.4. Desgarros vaginales

Se producen durante el periodo expulsivo y pueden ser longitudinales o transversales. Según su localización se dividen en desgarros de cúpula vaginal, del tercio medio y del tercio inferior [Martínez Galiano 2013]. Se asocian habitualmente a los partos instrumentales, pero también pueden tener lugar de forma espontánea en los partos eutócicos [Scott 2005].

Se debe realizar una cuidadosa revisión de la cavidad y del recto por la posibilidad de encontrar desgarros mayores, y no necesitan reparación quirúrgica en la mayoría de los casos. En el caso de vaginas friables y que sangran por varias laceraciones se pueden tratar con un taponamiento compresivo durante 24 horas [Sultan y Fernando 2001].

1.3.3.5. Lesiones del tracto urinario

Las más frecuentes son los prolapsos, por déficit de sostén, aunque también pueden ser por traumatismos directos; la incontinencia urinaria, que es la incapacidad

para contener la orina por insuficiencia del esfínter vesical por desgarros, rotura de estructuras de sostén de la uretra y del cuello de la vejiga; y por último la retención de orina, por paresia o parálisis del esfínter por traumatismo [Martínez Galiano 2013].

1.3.4. Factores de riesgo de lesión obstétrica perineal

Durante las últimas décadas se han realizado múltiples estudios [Herbruck 2008, Hirayama et al 2012] con la intención de identificar y analizar los factores de riesgo de lesión obstétrica perineal, especialmente de lesiones graves que afectan al esfínter anal (desgarros de tercer y cuarto grado). Entre los factores de riesgo materno identificados por la mayoría se encuentran la nuliparidad [Christianson et al 2003, Kudish et al 2008], el parto instrumental (fórceps o ventosa), peso del recién nacido, edad gestacional [Hirayama et al 2012, Zetterstrom et al 1999], malposiciones fetales, duración del expulsivo y las maniobras de presión del fondo uterino en el expulsivo (Kristeller) [Christianson et al 2003]. Se desconoce su mecanismo etiopatogénico, aunque la mayoría de las lesiones ocurren durante el primer parto y constituye el primer factor de riesgo para el desarrollo ulterior de incontinencia urinaria, fecal y prolapsos [Hornemann et al 2010, Kudish et al 2008].

Respecto a la influencia fetal destaca el riesgo de pérdida de bienestar fetal, distocia de hombros [Fernando et al 2006], malposiciones fetales [Kudish et al 2008] y la macrosomía. Esta última es el principal factor de riesgo fetal, asociado a mayores tasas de lesiones perineales graves, concretamente desgarros de 3º y 4º grado, 3 veces superior al observado en recién nacidos con un peso de nacimiento menor de 4000 g.

El ejercicio físico como práctica habitual parece ser un factor protector sobre el suelo pélvico [Albers 1996]. La fortaleza y la calidad de los tejidos previo al embarazo son algunas de las características intrínsecas de la madre que se asocian a menor riesgo de laceraciones y desgarros espontáneos perineales y a una menor necesidad de episiotomía.

La disminución de la morbilidad materna asociada al parto está directamente relacionada con la modificación en la de toma de decisiones de los profesionales que lo atienden [Cuerva Carvajal et al 2006]. Entre ellos destacan la posición materna durante el proceso del parto, la administración de medicación (oxitocina, sedantes), las maniobras de conducción del expulsivo y duración del mismo, y la realización de episiotomía o parto instrumental.

1.3.5. Técnicas de sutura de la lesión perineal

Las técnicas empleadas para la reparación de las lesiones perineales ocasionadas en el parto son variadas, según la decisión del profesional que atiende el mismo el utilizar una forma de suturar u otra. En estos últimos años y a la vista de las revisiones recientes de la literatura científica, los profesionales sanitarios relacionados con la obstetricia se han sensibilizado en la realización de la episiotomía de una forma más restrictiva [Liljestrand 2003, Observatorio de Salud de la mujer y del Sistema Nacional de Salud 2012, Oliver et al 2003, OMS 1999, Viswanathan et al 2005]. Sin embargo, la reparación del periné (tanto el desgarro como la episiotomía) continúa siendo un procedimiento obstétrico frecuente. Así, diariamente muchas mujeres se ven afectadas por la necesidad de recibir algún tipo de reparación perineal tras el parto, siendo fundamental elegir la mejor manera de hacerlo, puesto que la morbilidad asociada a esta reparación es amplia [Ferrer de Sant Jordi Muntaner 2012]. Con independencia del tipo de parto, puede haber diferencias en el dolor a corto y largo plazo, el uso de analgésicos, satisfacción en el reinicio de las relaciones sexuales, el grado de satisfacción de las mismas tanto de las mujeres como de sus parejas, interferencias en la crianza de los hijos, e incluso las repercusiones en el suelo pélvico. Estos problemas pueden estar directamente relacionados con el tipo de técnica utilizada para reparar la lesión perineal [Blondel et al 2016, Observatorio de Salud de la mujer y del Sistema Nacional de Salud 2007].

1.3.6. Material de sutura

- Consideraciones antes de suturar

En primer lugar, es fundamental una buena iluminación y visualización del campo, una anestesia adecuada de la zona, así como tener preparados los instrumentos quirúrgicos y las suturas necesarias atendiendo al tipo de lesión perineal. El tipo de material de sutura utilizado para la reparación perineal también puede tener un efecto sobre el grado de dolor, la dehiscencia de la herida y la dispareunia superficial experimentada por las mujeres después del parto [Kettle 2010].

Las metas de la sutura son la obliteración de espacios abiertos o muertos, así como la distribución adecuada de las fuerzas a lo largo de la línea de tensión de la herida, mantener la fuerza tensil de la herida hasta que el tejido sea capaz de realizarlo por sí solo, así como reaproximar y evertir la porción epitelial de la superficie de la herida [Dueñas García 2015]. Siempre debe considerarse como un cuerpo extraño implantado en el tejido que provoca una respuesta inflamatoria significativa y deteriorar la cicatrización.

Las características de la sutura ideal son que sea estéril, que se pueda emplear en todos los tejidos, que provoque una reacción tisular mínima, de fácil manipulación, que al realizar el nudo éste sea seguro y no se deslice, que la fuerza tensil se mantenga constante, con un perfil de reabsorción favorable y que sea resistente a la infección. Actualmente es complicado encontrar un material que cumpla con todos estos requisitos.

Las características que todas las suturas deben poseer son [Dueñas García 2015]:

- Absorción. Pérdida progresiva de la masa o volumen del material de sutura, sin correlación con la fuerza tensil.
- Fuerza de rotura. Límite tensil al estiramiento en el que una sutura pierde su continuidad.
- Capilaridad. Capacidad de absorción de líquido de la sutura.
- Elasticidad. Capacidad de la sutura de recuperar su diámetro y forma después de haber sido estirada.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Memoria. Capacidad de la sutura de retornar a su forma original después de ser manipulada (relacionada con elasticidad, plasticidad y diámetro).
- Fuerza del nudo. Cantidad de fuerza necesaria para causar deslizamiento del nudo (relacionado con el coeficiente de fricción estático o plasticidad de un material).
- Fuerza tensil del nudo. Fuerza necesaria para romper un nudo del material de sutura (10 a 40% menor que la del mismo material de sutura).
- Plasticidad. Capacidad de un material para deformarse sin romperse y tolerar la nueva forma adquirida.
- Flexibilidad. Cualidad de un material para permitir su manejo.

1.3.7. Tipos de sutura

1.3.7.1. Sutura continua

- Material de sutura: multifilamento trenzada sintética reabsorbible a corto plazo, 2/0, ácido poliglicólico, trenzado, impregnado.

- Técnica [Ferrer de Sant Jordi Muntaner 2012]: identificación del vértice de la herida, se asegura con un doble nudo a derecha, simple a izquierdas y acabando con simple a derecha. Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal. Se realizará una sutura continua sin cruzar el hilo. Insertar la aguja en el lado izquierdo de la mucosa para introducirla profundamente en el centro de los músculos perineales. La piel debe quedar correctamente aproximada, pero sin tensión. Continuaremos desde el musculo superficial hasta aproximar la piel y terminar con una subcutánea/intradérmica, profundizando en el músculo y acabando con dos nudos, una a derecha y otro a izquierda, realizado a una distancia de 1-2 cms del punto.

1.3.7.2. Sutura discontinua

- Material de sutura: multifilamento trenzada sintética reabsorbible a corto plazo 0/0, ácido poliglicólico, trenzado, impregnado.

- Técnica [Ferrer de Sant Jordi Muntaner 2012]: identificación del vértice de la herida, se asegura con un doble nudo a derecha, simple a izquierdas y acabando con simple a derecha. Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal, se realizará una sutura continua con puntos cruzados hasta llegar al ángulo. Anudaremos con dos vueltas a derecha, una a izquierda y acabamos con otro a derechas, y se corta con una longitud de 1 cm. Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión. La piel debe quedar correctamente aproximada, pero sin tensión. Se darán puntos sueltos en piel, evitando la tensión de los mismos.

Las tasas de traumatismo varían considerablemente según las prácticas individuales y las políticas del personal de cada hospital. Estas lesiones producen morbilidad a corto y largo plazo y pueden afectar al suelo pélvico [Grant 1986, Ferrer de Sant Jordi Muntaner 2012], causar incontinencia urinaria y anal, dolor perineal y alterar la función sexual de la mujer [Blondel et al 2016, Kudish 2008, Viswanathan 2005].

Diferentes estudios han asociado la técnica y tipo de sutura con diversas molestias y problemas en la mujer [Fernando et al 2006, Kettle et al 2008, Signorello et al 2001]. En 2008 se realizó en España un ensayo controlado aleatorio con 223 mujeres en el grupo de intervención y 222 mujeres en el grupo control sin encontrar diferencias significativas con respecto al dolor en ambas técnicas [Valenzuela et al 2009]. En Turquía en 2009 se llevó a cabo un estudio con 160 mujeres en el que se concluyó que la técnica de sutura continua se asocia con menos dolor a corto plazo [Kokanalı et al 2011]. Sin embargo, en un ensayo clínico realizado en 2017 en la India con 200 mujeres se concluyó que no había diferencias entre las dos técnicas de sutura en el dolor a los días 2, 10 y 90 [Shrivastava y Sarkar 2018].

Son escasos los estudios sobre la sutura a utilizar en la lesión perineal y con resultados no coincidentes, por lo que se ha recomendado que se realicen más estudios.

La utilización de una u otra técnica en la reparación de la lesión perineal puede evitar morbilidad y molestias a la mujer en el postparto. Por todo ello se propuso el objetivo de valorar si el tipo de sutura (continua o interrumpida) tiene repercusión sobre el dolor y otros problemas postparto, incidencia de incontinencia (urinaria o fecal), reinicio de las relaciones sexuales y realización de ejercicio físico.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

JUSTIFICACIÓN

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

2. Justificación

En el 2009 se implantó el protocolo de atención al Parto de Baja Intervención en España, con el que se trabaja en la implementación de estrategias de mejora. Se orienta la actividad a la práctica basada en la evidencia, y se propuso así la formación y puesta en práctica de la técnica de sutura continua para la reparación de las lesiones del periné. La formación en éste tema ha sido casi del 90% de las matronas, sin embargo, esta técnica no ha sido implementada por los profesionales como una técnica más en su labor diaria de la asistencia al parto, tal y como se ha podido comprobar in situ. A pesar de la incipiente evidencia [Fernando 2006, Kettle 2008a, Kettle 2010b, López Lapeyrere 2014, Valenzuela 2009], los profesionales están reticentes al cambio de técnica de sutura y la implementación de la nueva técnica ha sido escasa. Con el presente estudio se pretende aportar más evidencias que apoyen la implementación generalizada de la sutura continua.

Además, se han encontrado escasos estudios sobre el tema. En 2008, Valenzuela et al realizaron en España un ensayo controlado aleatorio con 223 mujeres a las que se le realizó una sutura continua y 222 mujeres a las que suturó de manera interrumpida, evaluaron el nivel de dolor y el uso de analgésicos en los días 2, 10 y 3 meses después del parto, sin encontrar diferencias significativas entre ambas técnicas.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3. Hipótesis y objetivos

3.1. Hipótesis

Las mujeres a las que se les realiza una técnica de sutura continua de las tres capas (vagina, músculo y piel) empleada para la reparación de los traumatismos perineales ocasionados en el parto (desgarros de segundo grado y episiotomía), presentará menor morbilidad en cuanto a dolor a corto y largo plazo, uso de analgesia, dispareunia superficial (coito doloroso) e inicio de las relaciones sin dolor en menos tiempo y menor tasa de incontinencia urinaria y/o fecal. También estas mujeres estarán más satisfechas con la atención recibida en el parto, recuperarán antes sus actividades diarias normales y su función sexual.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Conocer la influencia de ambos tipos de sutura sobre distintos parámetros de la salud de la madre y la crianza del recién nacido.

3.2.2. Objetivos específicos

1. Evaluar el dolor a corto y largo plazo con ambas técnicas: durante la sutura, a las 2 horas, a las 24 horas, a los 15 días y a los 3 meses tras el parto.
2. Establecer el tiempo que se emplea en ambas técnicas de reparación de la lesión perineal, los cuidados que requieren y las complicaciones de la herida quirúrgica.
3. Documentar el consumo de analgésicos para mitigar el dolor en ambas técnicas de sutura a corto y largo plazo.

4. Conocer si existe incontinencia urinaria y/o fecal, y si presenta algún tipo de prolapso.

5. Determinar el momento de reinicio de las relaciones sexuales, así como conocer el tipo de relación, si son dolorosas, satisfactorias, el momento de inicio del coito y su función sexual.

6. Valorar la satisfacción de las mujeres con la atención recibida en el parto.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

METODOLOGÍA

4. Metodología

4.1 Diseño

Ensayo Clínico controlado, prospectivo, multicéntrico, con asignación aleatoria a dos grupos. Enmascarado a simple ciego.

4.2. Periodo de realización

Se ha realizado un ensayo clínico controlado, prospectivo, multicéntrico, con asignación aleatoria a dos grupos, entre los meses de noviembre de 2016 y mayo de 2018.

4.3. Ámbito de realización

Los hospitales San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), San Agustín de Linares (Jaén), Complejo Hospitalario Universitario de Jaén, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada y Hospital Torrecárdenas de Almería. Todos los hospitales están situados en la parte oriental de Andalucía.

4.4. Selección de la población

La población de referencia han sido las mujeres que han dado a luz en los hospitales nombrados en el apartado 3.3.

4.4.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Aceptación por parte de la embarazada.
- Mujeres primíparas.
- Parto eutócico.
- Parto simple.

- Desgarro perineal de segundo grado o episiotomía.
- Peso del recién nacido entre 2500 y 4000 g.
- Mayor de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Barrera idiomática.
- Problemas anteriores al parto que afecten al suelo pélvico (prolapso, incontinencia, varices vulvares, etc.)
- Mujeres con problemas de dispareunia o disfunción sexual.
- Mujeres con hemorroides percibidas como molestas o dolorosas.

4.4.2. Procedimiento de reclutamiento

En el servicio de paritorio de cada hospital incluido en el estudio acuden las mujeres que están en fase de parto activo. Para reclutar la muestra se han incluido a mujeres que tienen un parto eutócico, y que presentan un desgarro de segundo grado o se les ha realizado una episiotomía, y cuyo parto es atendido por matronas adiestradas en ambas técnicas de sutura. La mujer fue informada de la inclusión en dicha investigación, se le entregó un consentimiento que, tras ser aceptado, se almacenó en nuestros archivos.

4.4.3. Tamaño de muestra

Para estimar el tamaño de muestra se tuvo en cuenta el dolor perineal a medio plazo. Con una potencia estadística del 80%, un error alfa del 5%, una relación 1:1 entre los grupos experimental y control, para detectar una diferencia entre el 60.4% con dolor en las mujeres con sutura interrumpida y el 32.3% de las mujeres con sutura continua, se requirieron 54 mujeres en cada grupo. Asumiendo unas pérdidas del 20%, el tamaño muestral es de 67 sujetos en cada grupo.

4.5. Intervención

Se realizaron dos tipos de suturas en la lesión perineal con técnicas diferentes. Al grupo A se le realizó la sutura continua y al grupo B con la sutura discontinua que se desarrolla detalladamente en el *anexo 1*.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

El personal que realizó la sutura había realizado un curso de formación sobre la técnica de sutura continua y tenía al menos un año de experiencia en la realización de la misma. Además, dicho personal tenía una experiencia mínima de 5 años en la asistencia a partos y por lo tanto en la sutura de las lesiones perineales. Lo aplicaron 10 matrones adiestrados. Tan solo participó un 5% (1) de la plantilla de matronas del hospital Torrecárdenas, el 10% (2) en el complejo hospitalario de Jaén, el 12% (3) en Granada, y el 20% (2) tanto en el hospital de Úbeda como en el de Linares.

El reparto aleatorio de la intervención se realizó mediante aleatorización total, con generación de números aleatorios mediante el paquete Stata 13. Los resultados se metieron en sobres individuales opacos y numerados y se remitieron a las matronas de los hospitales participantes.

4.6. Recogida de datos

Los datos se recogieron en el momento del parto o en el postparto inmediato. Los datos sociodemográficos, tipo de lesión perineal (desgarro de segundo grado o episiotomía), tipo de sutura empleada, tiempo empleado en la misma, número de hilos usados, complicaciones, escala numérica del dolor al finalizar la sutura y a las dos horas, dolor a corto y medio plazo, tipo de dolor, necesidad de analgesia, estado de la herida, cuidados realizados, incontinencia urinaria o/y fecal, inicio de las relaciones sexuales, inicio de la actividad física y tipo de alimentación al recién nacido, inicio y tipo de parto, medicación durante la dilatación, tipo de analgesia utilizada, semana gestacional, duración de dilatación, expulsivo y alumbramiento, inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida extrauterina) y si se realiza piel con piel, mantenimiento de la lactancia materna a los 3 meses, interferencias del dolor en la crianza, peso del recién nacido, puntuación en el test de Apgar y necesidad de ingreso hospitalario, se obtuvieron a través del cuestionario de elaboración propia, cumplimentado por la matrona que asiste el parto. Ésta se entrevistó con la gestante en la

sala de dilatación, le informó a la mujer del estudio a realizar, ocultando la técnica de sutura que le va a realizar, y le entregó un consentimiento informado, que la mujer leyó y firmó. El resto de los datos se obtuvieron de la historia clínica, la cartilla maternal y las llamadas telefónicas realizadas para el seguimiento de cada caso.

Se realizó una valoración a las 24 horas, en la que se recogió información del estado de la herida, escala numérica del dolor, necesidad de analgesia, mantenimiento o no de la lactancia materna, y nuevas valoraciones telefónicas, a los 15 días y a los 3 meses del parto. En la llamada de los tres meses del parto se le valoró la función sexual femenina. Es un cuestionario autoadministrado de 14 preguntas cerradas y una alternativa que se responden mediante una escala Likert y se integran en dominios. Las incluidas en los evaluadores de actividad sexual se puntúan de 1 a 5. Las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones importantes en todas las encuestas (frecuencia sexual, existencia de pareja) y en algunas esenciales para el diagnóstico de disfunción sexual en la encuestada o su pareja sexual [Sánchez et al 2004].

Se creó un registro de las mujeres que iban a participar en el estudio.

4.6.1. Variables de estudio

- *Variable independiente principal*: tipo de sutura empleada por la persona que asiste el parto, bien sutura continua con un solo hilo (*Grupo A*) o sutura interrumpida, por capas, en la que se suelen utilizar varios hilos, con agujas de distinto calibre (*Grupo B*).
- *Variables dependientes*: dolor a corto y medio plazo, tipo de dolor, necesidad de analgesia, estado de la herida, cuidados realizados, incontinencia urinaria y fecal, inicio de las relaciones sexuales, inicio de la actividad física y tipo de alimentación al recién nacido.
- *Variables sociodemográficas*: edad, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, raza, paridad, y antecedentes personales.

- *Variables relacionadas con el proceso de parto:* inicio y tipo de parto, medicación durante la dilatación, tipo de analgesia utilizada, semana gestacional, duración de dilatación, expulsivo y alumbramiento, inicio de la lactancia materna y si se realiza piel con piel, tiempo empleado en la sutura, número de hilos usados, complicaciones, escala del dolor al finalizar la sutura y a las dos horas, peso recién nacido, Apgar y necesidad de ingreso hospitalario.
- *Variables relacionadas con la crianza:* inicio de lactancia materna, mantenimiento de la lactancia materna a los 3 meses, interferencias del dolor en la crianza.

4.6.2. Fuentes de información

Los datos han sido recogidos a través de la historia clínica, el documento de salud de la embarazada y las diferentes entrevistas realizadas por la matrona que asistió el parto.

Se utilizó un cuestionario de elaboración propia que fue pilotado en los diferentes hospitales, y que se recoge en el anexo 2. En este cuestionario se incluyen otros instrumentos: para valorar la percepción dolorosa que tiene la mujer en la cicatriz se utilizó la Escala Verbal Numérica (EVN) [Chamorro et al 2006], para valorar la función sexual de la mujer se utilizó el cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer (FSM) [Sánchez et al 2004].

4.6.3. Existencia de ciego

Enmascarado a simple ciego. Las mujeres que participaron en la investigación no supieron en ningún momento la sutura que se les realizó.

4.6.4. Seguimiento

En primer lugar la matrona se entrevistó con la gestante en la sala dilatación, informó a la mujer del estudio ocultando la técnica de sutura que se le iba a realizar, y le entregó un consentimiento informado (*anexo 3*).

Para la obtención de datos se siguió el guion establecido a través de un cuestionario autoelaborado (*anexo 2*); de aquí se obtuvo también información relacionada con la satisfacción materna a través de una escala likert (5 niveles). De la historia clínica se han obtenido datos para completar el cuestionario: fecha de nacimiento, número de historia clínica y antecedentes personales.

Secuencia de recogida de datos:

- Día del parto: En el posparto se han recogido el tipo de parto, duración dilatación, del expulsivo, peso recién nacido, etc.
Al finalizar la sutura: se realizó escala del dolor [Chamorro et al 2006], necesidad de analgesia y estado de la cicatriz.
- A las 2 horas del parto antes de pasar a planta: el dolor y necesidad de analgesia.
- A las 24 horas: valorar el dolor, tipo de dolor, necesidad de analgesia, estado de la herida.
- A los 15 días: se llamó a la mujer para valorar el dolor, la interferencia en las actividades de la vida diaria y de la crianza, la necesidad de analgesia, la incontinencia o no de esfínteres, la dehiscencia o no de la sutura.
- A los 3 meses del parto se realizó una última llamada telefónica. Finalmente se valoró el dolor, la interferencia en las actividades de la vida diaria y de la crianza, el uso de analgesia, la incontinencia de esfínteres o no, el estado de la cicatriz (si ha habido dehiscencia o no), el inicio de las relaciones sexuales y la satisfacción de las misma. Se realizó el cuestionario de valoración de la función sexual de la mujer [Sánchez et al 2004].

4.7. Análisis de datos

La información se introdujo en una base de datos creada con el programa Epi Info. Desde aquí se exportaron mediante el programa Stat-Transfer 13 (Circle Systems, Seattle, Washington, EE.UU.) para ser procesados mediante el programa Stata 15-SE (Stata Corporation, College Station, Texas, EE.UU.).

Lo primero fue realizar una depuración de la información, mediante el cruce de campos lógicos, para detectar valores imposibles. Tras la eliminación de errores se procedió al análisis estadístico. Lo primero fue valorar el grado de funcionamiento del reparto aleatorio para todas las variables que pudieran condicionar una respuesta diferencial en la mujer. Se encontraron diferencias apreciables en el estado civil y en la asistencia al programa de educación maternal. En el estado civil hubo una mayor frecuencia de mujeres casadas y con pareja en el grupo de sutura continua. En la segunda hubo en el grupo de sutura discontinua una clara mayor frecuencia de madres que atendieron al programa de educación materna. Dado que estas variables podría afectar a bastantes variables de efecto, se decidió realizar aparte del análisis crudo, un análisis ajustado por esas dos variables.

Se ha realizado una descripción de las variables que tipifican a la muestra. Para ello se estimó la distribución porcentual en variables cualitativas y la media (m) \pm desviación estándar (DE) en las variables cuantitativas, como por ejemplo la edad.

a) El tipo de sutura se ha relacionado con variables binarias (sí/no) mediante el uso de la regresión logística, cruda, y ajustando por estado marital y educación maternal.

b) El tipo de sutura se ha relacionado con variables continuas. Para la obtención de medias crudas se ha aplicado la comparación de medias del t-test. Para la determinación de medias ajustadas se ha utilizado el análisis de la covarianza.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

Se entregó el consentimiento informado por parte de la matrona, que cumplió con las condiciones expuestas en la *Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica* y en la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, y que no incumple la nueva ley de diciembre 2018. En él se explicaba el objetivo del estudio, la intervención a realizar y los resultados esperados de la misma. También se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes, así como el poder abandonar el estudio en el momento que la mujer lo deseara sin que ello pueda afectar a los cuidados, tratamiento médico y trato personal que reciba.

Se han respetado los principios de la *Declaración de Helsinki* de la Asociación Médica Mundial para las investigaciones médicas en seres humanos, 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, 2013.

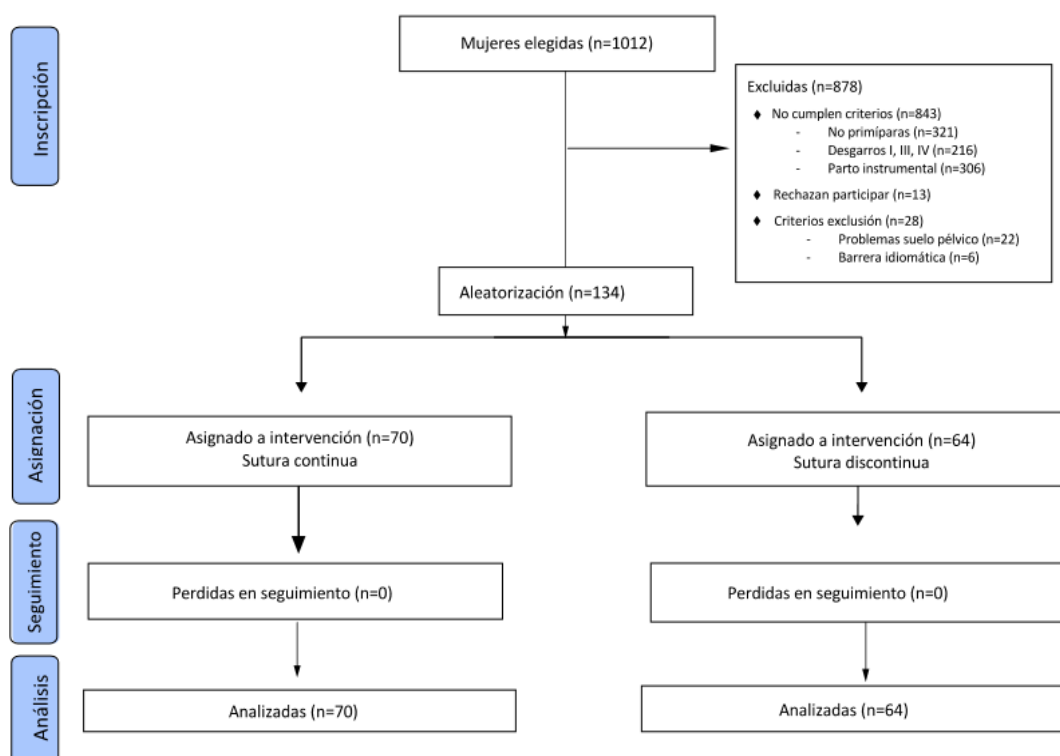
Para la realización de este estudio se obtuvo la aprobación por parte de los Comités de Ética de cada uno de los centros implicados (*Anexo 4*).

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

RESULTADOS

5. Resultados

Participaron 70 mujeres en el grupo de intervención, al que se le realizó una sutura continua, y 64 en el grupo control al que se le hizo una sutura discontinua.



La descripción de la muestra de población se puede ver en la *tabla 1*. Se aprecia como la media de edad de estas mujeres es de 30.98 ± 0.63 años en el grupo de sutura continua, frente a los 30.76 ± 0.68 del grupo de sutura discontinua, $p = 0.813$. Respecto al estado civil, el 67.2% del grupo de la sutura continua eran casadas, frente al 59.4% del grupo de la sutura discontinua. Tenían estudios universitarios el 38.57% del grupo de intervención, frente al 40.63% de las mujeres del grupo control. El índice de masa corporal (IMC) se situó en un 28.19 ± 0.51 en el grupo de la sutura continua, frente al 27.27 ± 0.46 de la interrumpida, $p = 0.185$. Sólo 6 mujeres del grupo de intervención tenían antecedentes de patología previa al parto, frente a 8 del grupo de control, $p = 0.575$.

Respecto al ejercicio físico, fue practicado por el 55.71% del grupo de la sutura continua y un 53.13% de la discontinua, $p = 0.862$. El masaje perineal realizado por la embarazada a partir de las 35 semanas de gestación sólo fue realizado por un 21.43% del grupo intervención, frente al 18.75% del grupo control, $p = 0.830$. El 54.3% del grupo de la continua asistieron al programa de educación maternal, frente al 73.4% del grupo de la discontinua, $p = 0.031$. La mayor parte de las mujeres de ambos grupos parieron a las 39 semanas de gestación. El inicio del parto fue espontáneo en un 68.57% del grupo intervención, y un 62.50% del grupo control, $p = 0.473$. Respecto al uso de la analgesia epidural, como alivio del dolor en el parto, 56 mujeres del grupo de la sutura continua la solicitó, frente a 53 del grupo control, $p = 0.825$.

Las lesiones perineales incluidas en nuestro estudio fueron las episiotomías y los desgarros de segundo grado. Así las matronas que participaron en el estudio realizaron un 45.71% de episiotomías en el grupo de la sutura continua, frente al 54.69% de la interrumpida, y hubo un 54.29% de desgarros de segundo grado en el grupo de intervención frente al 45.31% en el grupo control, $p = 0.387$. Finalmente se valoró el peso del recién nacido, encontrando una media de 3252.6 g en el grupo al que se realizó la sutura continua, y 3185.1 g en el otro, $p = 0.301$.

Se puede comprobar que el nivel de satisfacción con el proceso del parto, tanto en las mujeres a las que se les realizó una sutura como otra, es el mismo, con puntuaciones similares de 3.8 ± 0.06 ($p = 0.97$), sobre una puntuación máxima de 4. La realización de ambas suturas no se asociaron con el test de Apgar, ni al minuto de vida ($p = 0.15$), ni a los 5 minutos ($p = 0.99$). En el número de días que las mujeres permanecieron ingresadas tras el parto, permanecieron 1.76 ± 0.08 días las del grupo de sutura continua, frente a los 1.86 ± 0.06 días las mujeres a las que se le realizó una sutura discontinua ($p = 0.3$).

Con respecto al tiempo de duración de la sutura, se vio que en el grupo de intervención tuvo una media de 14.1 ± 0.9 min, frente a los 18.2 ± 1 min del grupo de control ($p = 0.003$). Los hilos que se emplearon para la realización de la sutura continua

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

fue de una media de 1.1 ± 0.03 hilos, frente a los 2.3 ± 0.06 usados en la interrumpida ($p < 0.001$).

Tabla 1. Descripción de la población de estudio

Variables	Sutura continua n (70)	Sutura discontinua n (64)	Valor p
Edad (años), m (SEM)^a	30.98 (0.63)	30.76 (0.68)	0.813
Estado civil, n (%)			0.047
Soltera,	7 (10.00)	17 (26.56)	
Casada	47 (67.14)	38 (59.38)	
Pareja	15 (21.43)	9 (14.06)	
Divorciada	1 (1.43)	0 (0.00)	
Nivel de estudios, n (%)			0.797
Primaria sin finalizar	2 (2.86)	1 (1.56)	
Primaria finalizada	3 (4.29)	3 (4.69)	
Secundaria sin finalizar,	2 (2.86)	4 (6.25)	
Secundaria finalizada	17 (24.29)	18 (28.13)	
Bachillerato	19 (27.14)	12 (18.75)	
Universitarios	26 (38.57)	27 (40.63)	
IMC^b, m (SEM)	28.19 (0.51)	27.27 (0.46)	0.185
Enfermedad previa, Sí, n (%)	6 (8.57)	8 (12.50)	0.575

Continúa

Tabla 1. Continuación

Variables	Sutura continua <i>n</i> (70)	Sutura discontinua <i>n</i> (64)	Valor <i>p</i>
Ejercicio embarazo, Sí, <i>n</i> (%)	39 (55.71)	34 (53.13)	0.862
Masaje perineal anteparto, Sí, <i>n</i> (%)	15 (21.43)	12 (18.75)	0.830
Educación maternal, Sí, <i>n</i> (%)	38 (54.29)	47 (73.44)	0.031
Duración de la gestación (semanas) ^c, <i>m</i> (SEM)	39.57 (0.13)	39.78 (0.14)	0.275
Inicio del parto, <i>n</i> (%)			0.473
Espontáneo	48 (68.57)	40 (62.50)	
Inducido	22 (31.43)	24 (37.50)	
Analgesia Epidural, Sí, <i>n</i> (%)	56 (80.00)	53 (82.81)	0.825
Duración de la dilatación (<i>min</i>), <i>m</i> (SEM)	314.80 (22.87)	342.72 (21.10)	0.373
Duración del expulsivo (<i>min</i>), <i>m</i> (SEM)	85.61 (6.29)	96.64 (8.23)	0.284
Duración del alumbramiento (<i>min</i>), <i>m</i> (SEM)	9.71 (1.06)	9.70 (1.02)	0.994
Tipo de lesión perineal, <i>n</i> (%)			0.387
Episiotomía,	32 (45.71)	35 (54.69)	
Desgarro de 2º grado	38 (54.29)	29 (45.31)	
Peso del recién nacido al nacimiento (<i>g</i>), <i>m</i> (SEM)	3252.6 (41.8)	3185.1 (50.5)	0.301

Continúa

Tabla 1. Continuación

Variab les	Sutura continua n (70)	Sutura discontinua n (64)	Valor p
Nivel de satisfacción de la usuaria con el proceso del parto, m (SEM) 0-4	3.8 (0.06)	3.8 (0.06)	0.97
Test de Apgar al minuto de vida, m (SEM)	9.01 (0.04)	8.9 (0.1)	0.15
Test de Apgar a los cinco minutos de vida, m (SEM)	9.7 (0.06)	9.7 (0.06)	0.99
Número de días que ha permanecido la mujer ingresada tras el parto, m (SEM)	1.76 (0.08)	1.86 (0.06)	0.3

^a m (SEM): media (error estándar de la media)

^b IMC (índice de masa corporal) =kg/m²

^c SG: semanas de gestación

En la *tabla 2* se muestra como la asociación entre el tipo de sutura que se le realizó a las mujeres y los efectos medidos como variables binarias. A las 24 horas del parto, las mujeres del grupo de la sutura discontinua presentaban más dolor, un 96.88% frente al 88.47%, una asociación negativa (OR = 0.17, IC 95% = 0.03-0.99), ajustado por estado civil y educación materna. El 66.7% (n = 42) de las mujeres del grupo de la sutura discontinua manifestaron que tuvieron necesidad de analgesia a las 24 horas, frente al 52.9% (n = 37) de las que se les suturó de manera continua, una asociación negativa (OR = 0.39, IC 95% = 0.18-0.86). Uno de los motivos por el que algún profesional no realizó la sutura continua es por la dehiscencia de la herida, y los resultados han sido muy similares en los dos grupos.

A los 15 días del parto se realizó una nueva valoración. Respecto al dolor en la zona del periné fue de un 31.4% (n = 22) en el grupo experimental, frente al 53.1% (n = 34) de las mujeres a la que se le realizó una sutura discontinua (OR = 0.38; IC 95% = 0.18-0.80), ajustado por estado civil y educación materna. Se valoró también la incontinencia del esfínter urinario a los 15 días, que presentan un 4.3% (n = 3) de las mujeres del grupo experimental frente al 18.8% (n = 12) (OR = 0.11; IC 95% = 0.03-0.47). Fueron pocas las mujeres que reiniciaron las relaciones sexuales a los 15 días, un 4.29% de mujeres del grupo de sutura continua frente al 1.56% del grupo control.

A los 3 meses del parto las mujeres a las que se les practicó una sutura discontinua tenían más dolor, un 17.19% (OR = 0.23, IC 95% = 0.06-0.81) y presentaron más incontinencia de esfínteres, 21.88% (OR = 0.47, IC 95% = 0.18-1.27). Se valoró también el momento en el que se empezó a realizar ejercicio físico. A los 3 meses del parto, el haber realizado una sutura continua fue un aspecto protector, pues el 48.57% había empezado a hacer algún tipo de deporte, frente el 37.50% del grupo de la discontinua (OR = 1.75, IC 95% = 0.85-3.62). Con respecto a la normalización de las relaciones sexuales en el postparto, se han encontrado diferencias importantes en ambos grupos, pues 49 mujeres del grupo de intervención las habían reiniciado frente a 23 del control (OR = 4.78, IC 95% = 2.14-10.64).

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

Tabla 2. Asociación entre el tipo de sutura realizado a la madre y efectos relacionados con el dolor, la cicatrización, necesidad de analgesia y reinicio de las relaciones sexuales.

Variables del efecto	Sutura continua	Sutura discontinua	Análisis crudo OR (95%IC)	Análisis multivariable OR* (95%IC)
Dolor perineal a las 24 horas del parto				
<i>Sí</i>	62 (88.47)	62 (96.88)	0.25 (0.05-1.22)	0.17 (0.03-0.99)
<i>No</i>	8 (11.43)	2 (3.13)	1 (referencia)	1 (referencia)
Analgesia a las 24 horas del parto				
<i>Sí</i>	37 (52.86)	42 (66.67)	0.56 (0.28-1.13)	0.39 (0.18-0.86)
<i>No</i>	33 (47.14)	21 (33.33)	1 (referencia)	1 (referencia)
Dehiscencia de la herida perineal a las 24 horas del parto				
<i>Sí</i>	6 (8.57)	6 (9.38)	0.91 (0.28-2.97)	1.20 (0.35-4.11)
<i>No</i>	64 (91.43)	58 (90.63)	1 (referencia)	1 (referencia)
Dolor perineal a los 15 días del parto				
<i>Sí</i>	22 (31.43)	34 (53.13)	0.4 (0.20-0.82)	0.38 (0.18-0.80)
<i>No</i>	48 (68.57)	30 (46.88)	1 (referencia)	1 (referencia)
				<i>Continúa</i>

Tabla 2. Continuación

Variables del efecto	Sutura continua	Sutura discontinua	Análisis crudo OR (95%IC)	Análisis multivariable OR* (95%IC)
Analgesia a los 15 días del parto				
<i>Sí</i>	8 (11.43)	8 (12.50)	0.90 (0.32-2.57)	0.78 (0.26-2.30)
<i>No</i>	62 (88.57)	56 (87.50)	1 (referencia)	1 (referencia)
Dehiscencia de la herida perineal a los 15 días del parto				
<i>Sí</i>	1 (1.43)	2 (3.31)	0.45 (0.04-5.08)	0.38 (0.03-4.57)
<i>No</i>	69 (98.57)	62 (96.88)	1 (referencia)	1 (referencia)
Incontinencia de esfínteres a los 15 días del parto				
<i>Sí</i>	3 (4.29)	12 (18.75)	0.19 (0.05-0.72)	0.11 (0.03-0.47)
<i>No</i>	67 (95.71)	52 (81.25)	1 (referencia)	1 (referencia)
Reinicio de las relaciones sexuales a 15 días del parto				
<i>Sí</i>	3 (4.29)	1 (1.56)	2.82 (0.29-27.83)	4.14 (0.36-47.91)
<i>No</i>	67 (95.71)	63 (98.44)	1 (referencia)	1 (referencia)
Dolor perineal a los 3 meses del parto				
<i>Sí</i>	4 (5.71)	11 (17.19)	0.29 (0.09-0.97)	0.23 (0.06-0.81)
<i>No</i>	66 (94.29)	53 (82.81)	1 (referencia)	1 (referencia)
				<i>Continúa</i>

Tabla 2. Continuación

Variables del efecto	Sutura continua	Sutura discontinua	Análisis crudo OR (95%IC)	Análisis multivariable OR* (95%IC)
Incontinencia de esfínteres a los 3 meses del parto				
<i>Sí</i>	12 (17.14)	14 (21.88)	0.74 (0.31-1.74)	0.47 (0.18-1.27)
<i>No</i>	58 (82.86)	50 (78.13)	1 (referencia)	1 (referencia)
Hacer ejercicio físico a los 3 meses del parto				
<i>Sí</i>	34 (48.57)	24 (37.50)	1.57 (0.79-3.14)	1.75 (0.85-3.62)
<i>No</i>	36 (51.43)	40 (62.50)	1 (referencia)	1 (referencia)
Normalización de las relaciones sexuales a los 3 meses del parto				
<i>Sí</i>	49 (71.01)	23 (37.10)	4.15 (2.00-8.64)	4.78 (2.14-10.64)
<i>No</i>	20 (28.99)	39 (62.90)	1 (referencia)	1 (referencia)

^a OR: OR ajustada por estado civil y educación maternal

Tal y como se puede comprobar en la *tabla 3*, se estudió la repercusión de la utilización de una sutura continua o interrumpida, el dolor perineal y el inicio de las relaciones sexuales. El dolor que manifestaron las mujeres a las 24 horas del parto fue valorado con un 4.4 ± 0.3 , frente al 3.4 ± 0.3 que puntuaron las del grupo con sutura discontinua, $p = 0.011$. A los 3 meses de la realización de la sutura, se valoró el dolor en la zona perineal, puntuándose con 0.7 ± 0.2 en el grupo de control, frente al 0.2 ± 0.2 que manifestaron las mujeres del grupo experimental, $p = 0.030$.

Tabla 3. Repercusión de la utilización de una sutura continua o interrumpida, el dolor perineal y el inicio de las relaciones sexuales.

<i>Variables</i>	<i>Análisis univariable</i>			<i>Análisis multivariable^a</i>		
	<i>Sutura continua m (sem) b</i>	<i>Sutura discontinua m (sem)</i>	<i>p</i>	<i>Sutura continua m (sem)</i>	<i>Sutura discontinua m (sem)</i>	<i>p</i>
Dolor perineal a las 2 horas del parto	1.7 (0.3)	2.3 (0.3)	0.142	1.7 (0.3)	2.3 (0.3)	0.208
Dolor perineal a las 24 horas del parto	3.4 (0.3)	4.4 (0.3)	0.009	3.4 (0.3)	4.4 (0.3)	0.011
Dolor perineal a los 15 días del parto	0.8 (0.2)	1.9 (0.3)	0.001	0.8 (0.2)	1.9 (0.2)	0.001
Dolor perineal a los 3 meses del parto	0.2 (0.1)	0.7 (0.2)	0.034	0.2 (0.2)	0.7 (0.2)	0.030
Días hasta actividad sexual^c	4.8 (2.4)	48.1 (2.3)	0.060	41.8 (2.4)	48.1 (2.5)	0.072

Continúa

Tabla 3. Continuación

<i>Variables</i>	<i>Análisis univariable</i>			<i>Análisis multivariable^a</i>		
	Sutura continua <i>m (sem)</i>^b	Sutura discontinua <i>m (sem)</i>	<i>p</i>	Sutura continua <i>m (sem)</i>	Sutura discontinua <i>m (sem)</i>	<i>p</i>
Días hasta el primer coito	46.1 (2.2)	50.8 (2.2)	0.137	46.2 (2.2)	50.8 (2.3)	0.168

^a *Variables de ajuste en el análisis multivariable: estado civil y educación maternal*

^b *m (media), SEM (error estándar de la media)*

^c *Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales*

En la *tabla 4* se puede comprobar los aspectos valorados de la sexualidad, donde destaca el deseo. Las mujeres del grupo intervención presentaron mayores puntuaciones de deseo, un 10.7 ± 0.27 , frente al 9 ± 0.28 en el grupo control, con $p < 0.001$. En cuanto a la excitación, también fue un aspecto protector el haberse realizado una sutura continua, pues se valoró en 12.1 ± 0.30 frente y un 10.4 ± 0.31 en la discontinua, $p < 0.001$. Se sabe que el cambio hormonal producido en el puerperio afecta negativamente en la lubricación o humedad vaginal, pesar de ello, las mujeres del grupo de la sutura continua lubricaron mejor (4.1 ± 0.15) que las del grupo de discontinua (3.4 ± 0.15), $p < 0.001$.

Llegar al orgasmo con más facilidad fue otro de los aspectos mejor valorados en el grupo intervención, con un 4.5 ± 0.11 frente al 3.8 ± 0.11 de las mujeres de la discontinua, $p < 0.001$. Otro aspecto importante a valorar es el sentir o no sentir dolor al mantener relaciones sexuales con penetración. Las puérperas que recibieron la sutura continua obtuvieron mayores puntuaciones que las de la sutura discontinua, un 12.6 ± 0.30 frente a un 10.4 ± 0.31 , $p < 0.001$, indicando que sentían menos molestias las del grupo intervención. Sin embargo, con respecto a la ansiedad anticipatoria a la relación sexual, las del grupo de la sutura continua obtuvieron valores más altos, un 4.1 ± 0.12 , que las de la sutura discontinua, con un 3.8 ± 0.13 , $p = 0.115$.

En general, se han obtenido mayores puntuaciones en el grado de comunicación sexual y la satisfacción con la vida sexual en el grupo intervención que en el control.

Las mujeres a las que se les realizó una sutura continua puntuaron 4.8 ± 0.09 sobre 5 en el ítem de la comunicación y las de la discontinua 4.4 ± 0.09 , $p = 0.005$, al igual que la satisfacción, que se valoró en 9.2 ± 0.18 frente al 8.1 ± 0.18 , $p < 0.001$, sobre una puntuación total de 10 puntos.

Tabla 4. Evaluación de la función sexual femenina a los tres meses del parto (variables continuas)

Variables	Análisis univariable			Análisis multivariable ^a		
	Sutura continua m (eem)^b	Sutura discontinua m (eem)	p	Sutura continua m (eem)	Sutura discontinua m (eem)	p
Deseo o excitación sexual	10.8 ± 0.26	8.9 ± 0.28	< 0.001	10.7 ± 0.27	9 ± 0.28	< 0.001
Excitación sexual	12.1 ± 0.23	10.4 ± 0.36	< 0.001	12.1 ± 0.30	10.4 ± 0.31	< 0.001
Lubricación o humedad vaginal	4.1 ± 0.13	3.4 ± 0.17	< 0.001	4.1 ± 0.15	3.4 ± 0.15	< 0.001
Orgasmo o clímax	4.5 ± 0.09	3.8 ± 0.13	< 0.001	4.5 ± 0.11	3.8 ± 0.11	< 0.001
Dispareunia	12.5 ± 0.25	10.3 ± 0.35	< 0.001	12.6 ± 0.30	10.4 ± 0.31	< 0.001
Ansiedad	4.1 ± 0.12	10.4 ± 0.12	< 0.001	4.1 ± 0.12	3.8 ± 0.13	0.115
A usted le provoca dolor	3.4 ± 0.07	2.1 ± 0.07	< 0.001	3.4 ± 0.08	2.1 ± 0.08	< 0.001
Comunicación	4.8 ± 0.06	4.4 ± 0.12	< 0.001	4.8 ± 0.09	4.4 ± 0.09	0.005
Satisfacción con su vida sexual en general	9.2 ± 0.13	8 ± 0.22	< 0.001	9.2 ± 0.18	8.1 ± 0.18	< 0.001

^a Variables de ajuste en el análisis multivariable: estado civil y educación maternal

^b m (media), eem (error estándar de la media)

DISCUSIÓN

6. Discusión

Las mujeres a las que se les realizó una sutura continua manifestaron menos dolor que a las que se les realizó una discontinua, tanto a las 24 horas, a los 15 días, como a los 3 meses del parto. Lo anterior se manifestó en una menor necesidad de toma de analgésicos a las 24 horas, pero no las diferencias no fueron significativas con posterioridad. Otro resultado fue la menor incidencia de incontinencia de esfínteres a los 15 días en las mujeres con sutura continua. Uno de los aspectos que las mujeres con sutura continua reflejaron de forma contundente una clara mejoría fue en las relaciones sexuales. No solamente en las mujeres con sutura continua hubo una mayor frecuencia de normalización de sus relaciones a los 3 meses del parto, sino que la mayoría de las características de las mismas (lubricación, clímax, deseo, dispareunia, etc.) mejoraron de forma clara en este grupo.

6.1 Limitaciones del estudio

A continuación se reflejan las debilidades principales que presenta la metodología empleada. El tamaño muestra que se determinó antes del comienzo del estudio fue pequeño, aunque suficiente para alcanzar los objetivos principales. Como está descrito, cuando el tamaño de muestra es inferior a 200, es frecuente que se produzcan desequilibrios en variables que pudieran tener una influencia en el efecto principal, aunque se haya empleado un reparto aleatorio. En nuestro caso ha afectado al estado civil y a la asistencia a la educación maternal. Dado que la existencia de pareja estable puede influir en el plano de las relaciones sexuales, y la educación de la futura madre durante el embarazo en aspectos subjetivos, como la percepción de dolor, se decidió utilizar el análisis multivariable para corregir estos desequilibrios.

Nuestro estudio fue simple ciego. Las matronas que aceptaron colaborar en esta investigación conocían el grupo al que había sido asignado la parturienta. Este conocimiento podría suponer que las entrevistas que se realizaron tras el parto y en las primeras 24 horas se aplicaran de manera diferenciada. Esto se podría traducir en que

algunas variables se recogieran por la matrona de manera que beneficiaran a la sutura continua. Las respuestas que pudieran verse más afectadas por esta recogida diferencial serían el dolor y la toma de analgésicos (es más difícil que influyera en la valoración de la incontinencia de esfínteres). Se intentó paliar con la aplicación de una escala validada para el dolor, que no existe para la toma de medicación.

Con respecto al sesgo de mala clasificación no diferencial, que puede estar presente no sólo en los datos de entrevista, sino incluso en los datos obtenidos de la historia clínica y la cartilla maternal, la situación es diferente. No se puede descartar nunca, pero hay que aplicar lo que la teoría de sesgos explica: que su existencia atenúa la fuerza de asociación. Es decir, que las asociaciones encontradas quedarían infravaloradas.

Una limitación inherente de este estudio es común a todos los ensayos clínicos, su validez externa. Con la intención de aumentarla se buscó realizar la intervención en varios hospitales. No obstante, los criterios de inclusión aplicados marcan la aplicabilidad de estos resultados: primíparas mayores de 18 años, gestación simple, con parto eutócico, y niño de peso normal. Los criterios de exclusión marginan a un número muy reducido de mujeres. El problema es su aplicación a los partos instrumentales o por cesárea, que son muy frecuentes en nuestro país. Según los datos del INE (Anuario Estadístico de 2018), las primíparas (en España el índice sintético de fecundidad está por debajo de 1.4, uno de los más bajos del mundo) mayores de 18 años y con parto eutócico son las más frecuentes.

6.2 Fortalezas

Este estudio tiene las propias de un ensayo clínico con reparto aleatorio enmascarado (*concealment of randomization*), con las limitaciones reflejadas en el apartado anterior. El reparto aleatorio ha controlado la casi totalidad de las variables que podrían tener influencia en el resultado posterior. Las únicas dos que quedaron desequilibradas fueron neutralizadas mediante técnicas de análisis multivariable. Además, las diferencias entre los análisis crudos y multivariables han sido mínimas, lo que pone de manifiesto la escasa influencia de los desequilibrios en el resultado final.

Las mujeres participantes ignoraron el tipo de intervención que se les practicó. Por ello, se puede descartar razonablemente una respuesta diferencial influida por el tipo de sutura. Se han utilizado, en la medida de lo posible, escalas validadas, como la aplicada para la medición de la intensidad del dolor o las características de las relaciones sexuales, como ha sido reflejado en los métodos de este trabajo.

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los sujetos de estudio tratan de evitar que otros factores como las hemorroides, mujeres con problemas previos de dispareunia etc. puedan influir y confundir los resultados.

Su carácter multicéntrico es otra de sus ventajas. Cuando la sutura continua se aplica en diferentes hospitales los resultados son similares.

6.3 Contraste con otros estudios

Kettle et al [2008] realizaron en una revisión sistemática con metaanálisis en la que se incluyeron siete estudios. Entre ellos destacan los de Almeida et al [2008], Kettle et al [2002] y Morano et al [2006]. En esta revisión se concluyó que la intensidad del dolor era considerablemente menor con el método de reparación continua hasta el décimo día y, aunque no de forma significativa, se mantuvo ese menor dolor hasta 12 meses después del parto. Con posterioridad, Kettel et al [2010], en otra revisión sistemática que incluía 18 estudios, 11 más que la realizada dos años antes, con datos de más de 10000 mujeres, ratificaron los resultados sobre la menor intensidad del dolor. Sugirieron que la diferencia en el dolor podría ser causada por la existencia de un edema en el tejido celular subcutáneo adyacente que produce un aumento de la presión en la sutura. La hipótesis es que la presión sobre el periné se reparte mejor, de manera más homogénea, con la sutura continua que con la sutura discontinua. Esta misma idea fue sustentada por Fleming [1990] dos décadas antes, que encontró que las diferencias en el dolor entre las dos técnicas de sutura podían ser debidas a una mayor tensión causada por el edema del tejido perineal en el postparto. Esta explicación puede ser la razón que justifique un menor dolor en las mujeres de nuestro estudio, tanto a las 24 horas como a los 15 días postparto. También podría aclarar por qué se no ha detectado en nuestro estudio ninguna diferencia

en las dos primeras horas tras el parto, simplemente porque no haya dado tiempo a que se produjera dicho edema.

Resultados similares a los nuestros obtuvieron en Turquía Kokonali et al [2011], que realizaron un ensayo en el que se incluyó a 160 mujeres. Observaron que el dolor con la sutura continua era significativamente menos intenso que con la interrumpida. Su método de medición del dolor no es equiparable al de este trabajo, ya que evaluaron el dolor durante la realización de diferentes actividades; no obstante, sí reflejaron algo similar, el menor dolor. En este estudio turco no se tuvo en cuenta la paridad y tan solo se centró en mujeres a las que se la había realizado una episiotomía (sin desgarros); una diferencia con nuestro estudio, en el que se ha incorporado a mujeres con desgarros de segundo grado.

Kindberg et al [2008] en Dinamarca, en un ensayo clínico aleatorizado sobre 400 mujeres con episiotomía o desgarro perineal de segundo grado, repartidas en dos grupos similares a nuestro estudio, evaluaron también el nivel de dolor y el uso de analgésicos a los días 1-2, 10 y 180 después del parto. El análisis se centró en 395 mujeres, ya que 5 se retiraron del estudio por voluntad propia. El resultado principal fue el dolor a los 10 días. No encontraron ninguna diferencia significativa entre los tipos de sutura con respecto al dolor. Eso sí, se gastó menos material de sutura y se empleó menos tiempo con la continua, 15 frente a 17 minutos ($p = 0.03$).

En España Valenzuela et al [2009] realizaron un ensayo donde participaron 445 mujeres similares a las nuestras, con episiotomías y desgarros de segundo grado. Observaron que el dolor tanto a corto como a largo plazo fue similar en los dos grupos. No demostraron que una técnica fuera superior a otra con respecto a la intensidad del dolor, aunque sí apreciaron que la sutura continua es más fácil de realizar y consume menos material, sin riesgo de mayores complicaciones.

Hasanpoor et al [2012], en un ensayo clínico llevado a cabo en Irán con una muestra de 100 mujeres, tampoco encontraron diferencias significativas en la intensidad del dolor entre los dos grupos, de manera contraria a nuestros resultados.

Aslam et al [2015], en un estudio pakistaní en Rawalpindi en una muestra de tamaño similar a la nuestra (69 en cada grupo), con episiotomía y desgarros de 2º grado, valoraron el dolor en ambos grupos a las 24 horas y al décimo día de forma cualitativa

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

(sin dolor, leve, moderado / grave). No encontraron diferencias significativas entre ambos tipos de sutura.

Sin embargo Sereshti et al [2011] en un ensayo clínico a doble ciego en 148 mujeres iraníes sí encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de sutura en la gravedad del dolor, las tasas de infección, el tiempo de reparación y el número de hilos utilizados. Coinciden con nuestros resultados en algunos aspectos, a excepción de la tasa de infección, ya que en nuestro estudio no se halló la menor diferencia en la incidencia de infección de la lesión entre ambos grupos (de hecho, no hubo ninguna infección de la herida). Conviene aclarar que las tasas de infección en este estudio son muy superiores a las que se observan en España.

Según nuestra experiencia clínica en el campo de la obstetricia, la dehiscencia de la herida es uno de los motivos principales por los que muchos profesionales no realizan la sutura continua. Estudios como el de Morano et al [2006] no encontraron que las mujeres necesitaran una nueva sutura de la herida en ninguno de los grupos, al igual que Kokolani et al [2011], quienes no encontraron diferencias en la tasa de dehiscencia de la sutura independientemente del tipo que se le realizase. En nuestro estudio los resultados van en la misma línea. Esta complicación es poco frecuente en las suturas perineales. Existen en la literatura científica resultados que apoyan estas conclusiones. Kettle et al [2002] informaron de tres casos de dehiscencia en el grupo de la sutura interrumpida y un caso en el control. Valenzuela et al [2009] encontraron dos casos de dehiscencia en el grupo de la sutura discontinua, que requirieron que se les volviera a suturar. De las dos mujeres, una de ellas sufrió una dehiscencia completa de la cicatriz, y en el otro caso apareció a las 5 horas del parto un hematoma que requirió su evacuación.

Almeida et al [2008], en un ensayo aleatorio realizado en Brasil con una muestra de 61 mujeres, observaron una curación por primera intención y sin ningún tipo de complicación en todos los casos y ambos grupos de sutura. Su conclusión fue que los resultados favorables obtenidos podrían atribuirse a la correcta realización de la técnica de sutura empleada por las matronas que participaron en el estudio.

La infección es el factor local que se asocia con mayor frecuencia a la dehiscencia y la cicatrización retardada de la herida perineal, que produce un ablandamiento de los bordes, lo que puede dar lugar a que los puntos se separen del tejido con la posterior abertura de la cicatriz [Kettle et al 2012]. En nuestro estudio no se ha detectado ninguna

infección en toda la población de estudio. Estos hechos fueron similares a los encontrados en Turquía por Kokanali et al [2012], donde tampoco se detectó ningún caso de infección de la cicatriz ni hematomas durante las 6 semanas posteriores a la realización de la sutura.

Gómez Cantarino y Moreno Preciado [2012] opinaron que el embarazo y el parto es vivido de manera distinta por cada mujer, lo que puede afectar a la vida y a la sexualidad de diversas maneras. En Estados Unidos, Pauls et al [2005] observaron que la disfunción sexual femenina es un problema de salud común que afecta aproximadamente al 43% de las mujeres. Esto puede verse afectado de una manera u otra según el tipo de lesión perineal producida por el parto y la técnica empleada para su reparación. En general, las mujeres del grupo de la sutura continua presentaron mayores puntuaciones de deseo, excitación, mejor lubricación o humedad vaginal y mayor facilidad para llegar al orgasmo, que las mujeres de la discontinua. Cabe destacar que la literatura científica no es demasiado amplia en este campo, y la disfunción sexual postparto no ha recibido atención significativa en la práctica obstétrica. Almeida et al [2008] en un estudio realizado en Brasil con 61 mujeres, Barrett et al [2000] en Londres con 796 casos, la revisión de Kettle et al [2002], Morano et al [2006] en un ensayo con 1438 mujeres italianas, Perveen et al [2009] en Pakistán con 200 mujeres y Valenzuela et al [2009] en España con 445 casos, coinciden en sus resultados, no encontraron diferencias entre la incidencia de dispareunia y el tipo de sutura realizada en la reparación del periné. Kokanali et al [2011] observaron que tampoco había diferencias significativas en la proporción de mujeres que habían comenzado a tener relaciones sexuales y habían tenido su primer coito tras el parto. Estos resultados van en la línea opuesta a los encontrados en nuestro estudio, en los que se puede apreciar como en el grupo de la sutura continua la normalización de las relaciones sexuales a los 3 meses del parto es más frecuente que en el grupo de las mujeres a las que se les realizó una sutura discontinua.

González Labrador y Miyar Pieiga [2001] expresaron que el momento de retomar la actividad sexual en el puerperio es un tema importante en la vida de la mujer. Signorello et al [2001] apuntaron que la calidad de la vida sexual de las parejas después del parto se ve claramente afectada. Una realidad constatada es que durante el período puerperal la frecuencia y el goce sexual disminuyen dramáticamente y esta disfunción es mayor en

aquellas puérperas que han sufrido un trauma perineal. Según González Labrador y Miyar Pieiga [2001] las relaciones sexuales pueden verse afectadas por la curación de la episiotomía o del desgarro y el posible dolor perineal producido, la disminución en la lubricación vaginal producida por la bajada de estrógenos durante el puerperio y el aumento de prolactina, alteraciones de la libido, depresión posparto y la sensación subjetiva deteriorada del atractivo sexual de la puérpera.

La diferencia del tiempo empleado entre la realización de una técnica de sutura y otra fue de cuatro minutos de diferencia entre la continua y la interrumpida en nuestro estudio. En esta misma línea Valenzuela et al [2009] mostraron que la sutura continua requería un minuto menos que con la interrumpida. Kindberg et al [2008] hallaron que se tardaba dos minutos más en realizar la sutura interrumpida, 15 frente a 17. Los resultados de Almeida et al [2008], Kettle et al [2008], Kokanalı et al [2011], Morano et al [2006] y Valenzuela et al [2009] son parecidos. Otra diferencia significativa fue el uso de menor cantidad de hilos en la reparación continua con respecto a la interrumpida, con el uso de más de un hilo de diferencia, al igual que Hasanpoor et al [2012] en Irán, Aslam et al [2015] en Paquistán y Valenzuela et al [2009] en España.

El gasto sanitario que se hace con cada procedimiento hospitalario es un aspecto importante a tener en cuenta. Según los estudios de Hasanpoor et al [2012], Kettle et al [2012], Kokanalı et al [2011] y Valenzuela et al [2009] se concluye que la técnica continua utiliza menos material de sutura en comparación con el método interrumpido. Esto apoya a nuestros resultados, en los que se ha detectado que los hilos que se emplearon para la realización de la sutura continua fue de una media de 1.1 hilos, frente a los 2.3 usados en la interrumpida. Esta es una información importante, ya que la introducción de una política de sutura continua reduciría el gasto general de material de sutura para las unidades de maternidad en todo el mundo. Tampoco sería un ahorro importante, si se compara con el gasto que supone el abuso de la cesárea en nuestro país.

Según nuestros resultados no se puede considerar que la satisfacción con el proceso de embarazo, parto y puerperio influya por el tipo de sutura realizada tras el parto.

Al igual que en Kindberg et al [2008], en nuestro estudio se ha encontrado que el nivel de satisfacción de las pacientes con la atención en el parto fue similar en ambos grupos.

En nuestra investigación se ha detectado un menor número casos de incontinencia urinaria a los 15 días postparto en las mujeres con sutura continua. Este dato no se ha podido contrastar con otros estudios pues no ha sido analizado en ningún estudio previo.

6.4 Aspectos a desarrollar en un futuro

La discusión sobre el tipo de sutura a aplicar no está claro. Nuestros resultados apoyan a la continua, pero los resultados de estudios previos son contradictorios. Nuestro tamaño de muestra no puede ser concluyente en la medida en que hay ensayos clínicos aleatorizados previos con tamaños de muestra superiores que no han encontrado diferencias entre los dos tipos de sutura a utilizar. Por lo tanto quizá sea oportuno realizar un ensayo multinacional con una muestra superior a la de cualquier estudio previo, con al menos 1000 mujeres. Así se obviarían las ventajas (mejor control de la intervención y recogida de la información) y los inconvenientes (falta de potencia estadística y tendencia al sesgo de publicación) de los estudios pequeños, como el nuestro.

El asunto de las relaciones sexuales no ha sido tratado adecuadamente y de manera suficiente. En un estudio multinacional esto no es fácil, porque una cultura diferente implica una manera diferente de aproximarse a la recogida de datos sobre un tema delicado e íntimo, que no se vive igual. El problema es encontrar un cuestionario validado para entornos muy distintos, como pudiera ser el occidental y el islámico.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

CONCLUSIONES

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

8. Conclusiones

- ❖ La sutura continua produce menos dolor a las 24 horas, a los 15 días y a los 3 meses del parto que la sutura interrumpida.
- ❖ La sutura continua se realiza en menor tiempo, el consumo de material es menor y no se encuentran mayores complicaciones en la herida en comparación con la sutura interrumpida.
- ❖ Las mujeres a las que se les realiza una sutura continua tienen un menor consumo de analgésicos a las 24 horas que las mujeres del grupo de la sutura discontinua.
- ❖ En el grupo de mujeres a las que se les realiza una sutura continua hay menos casos de incontinencia de esfínteres a los 15 días, aunque a los 3 meses no hubo diferencias con el grupo de la sutura discontinua.
- ❖ Las mujeres del grupo de la sutura continua normalizan sus relaciones sexuales antes, consiguen el orgasmo con más facilidad y obtienen mayores puntuaciones en el grado de comunicación sexual y en la satisfacción con la vida sexual en general, que las del grupo de la sutura discontinua.
- ❖ Las mujeres han acabado satisfechas con la atención recibida en el parto con independencia del tipo de sutura que se le realizó.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

BIBLIOGRAFÍA

8. Bibliografía

- Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L. 2011. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. *Cochrane Database of Syst Rev.* (12): CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.
- Acién P. 2011. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Obstetricia. 3ª Edición. Alicante: Molloy.
- Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. 1996. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol.* 87(3):355-359.
- Albers LL, Borders N. 2007. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Women Health.* 52(3): 246-253.
- Albornoz J, Salinas H, Reyes A. 2005. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: análisis de 3981 nacimientos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 70(4): 218-224.
- Almeida SF, Riesco ML. 2008 Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 6(2):272-9.
- Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. 1997. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *European BJGO.* 73(1):1-4.
- Andrade Martínez-Garza P, Alessio Robles-Landa LP, Roca- Cabrera M, Visag-Castillo VJ, Reyes-Espejel L, García-Vivanco D. 2012. Rotura uterina espontánea: reporte de dos casos. *Cirugía y Cirujanos.* 80:81-85.
- Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. 2008. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—a prospective study. *European BJGO.* 137(2): 152-156.

- Artiles V, Gutierrez MD, Sanf elix J. 2006. Función sexual femenina y factores relacionados. *Atencion Primaria*. 38(6): 339-344.
- Aslam R, Khan SA, Amir Z, Amir F. 2015. Interrupted versus continuous sutures for repair of episiotomy or 2n degree perineal tears. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 27(3): 680-3.
- Aytan H, Tapisiz OL, Tuncay G, Avsar FA. (2005). Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 121(1): 46-50.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. 2000. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 107(2): 186-195.
- Barrero García ML et al. 2006. Embarazo, parto y puerperio : recomendaciones para madres y padres. 2^a ed.134. Sevilla : Consejería de salud.
- Beckmann MM, Garrett AJ. 2008. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus* (4). Oxford Update Software Ltd. CD005123.
- Blondel B, Alexander S, Bjarnad ttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antoli   . 2016. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 95(7): 746-754.
- Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, FitzGerald MP, Whitehead W, Weber AM. 2006. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol* 108(4): 863-872.
- Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. 2006. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 124(1): 42-46.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Carballo RB, Merino GA, Cabrero MR, González JJR. 2006. Ejercicio físico y los resultados del embarazo. *Prog de Obstet Ginecol.* 49(11): 630-638.
- Caravaca E, Martínez M, Casajoana M, Lorente I. 2009. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. «Revisión de la evidencia científica». *Matronas Prof* 10 (1): 10-13.
- Carrillo P. 2009. Propiedades del aceite de oliva en el mantenimiento de la integridad cutánea. *Seminario médico.* 61(2): 61-90.
- Carroli G, Belizán J. 2008. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* (3). Oxford, Update Software Ltd. CD000081
- Carroli G, Mignini L. 2009. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* (1): p. CD000081.
- Casanova Chang ML, Luna Zafra TJ. 2002. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Tesis EP Obstetricia. Perú: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Casás SI, García MC, Salgado SG. 2009. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* (2): 5-11.
- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. 2001. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 28: 202-207.
- Chamorro C, Muñoz T, Pardo C. 2006. Monitorización del dolor. *Red Med Intensiva.* 30 (8): 379-385.
- Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. 2003. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 189(1): 255-260.
- Christianson LM et al 2003. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol* 189(1): 255-60.

- Cifuentes J. 2003. Asfixia perinatal. Perinatal asphyxia. Medwave. 3(10):e1954.
- Cleary-Goldman J, Robinson JN. 2003. The role of episiotomy in current obstetric practice. Semin Perinatol 27(1): 3-12.
- Clemons JL et al 2005. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. Am J Obstet Gynecol 192(5): 1620-1625.
- Clemons JL, Towers GD, McClure GB, O'Boyle AL. 2005. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. Am J Obstet Gynecol. 192(5), 1620-1625.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2008. Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. 1ª ed. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Cuerva Carvajal A, Márquez Calderón S. 2006. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Revisión sistemática de la literatura [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe 13/2006. URL:<http://www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA>.
- Cruz M, Doren A, Abarzúa F. 2008. Sepsis neonatal por Streptococcus grupo B. Rev Chil Ped. 79(5), 462-470.
- Deering SH et al 2004. Perineal body length and lacerations at delivery. J Reprod Med 49(4): 306-310.
- Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, Barry C, Byrom S, Elliman D, Marchant S, Mccandlish R, Mellows H, Neale C, Parkar M, Tait P, Taylor C. 2006. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. London: Royal College of General Practitioners (UK).

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Dudley LM, Kettle C, Ismail KM. 2013. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9): CD008977.
- Embarazo, Parto y Puerperio. 2014. Recomendaciones para Madres y Padres. Sevilla.: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Escuret R, et al 2014. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Prof* 15(2): 62-70.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2007. Documento de consenso. Iniciativa parto normal. 1ª ed. Barcelona: FAME.
- Fariñas-Álvarez C., Teira-Cobo R. y Rodríguez-Cundín P. 2010. Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial). *Medicine* 10(49):3293-3300.
- Fernández Medina IM. 2013. Abordaje fisioterápico de las lesiones perineales en el posparto. *Enferm Docente* 100: 28-33.
- Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S. 2006. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3. 10.1002/14651858.
- Fernando RJ. 2007. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 17(8): 238-243.
- Ferrer de Sant Jordi Muntaner P, Alfaro Pozo C, Herrero Orega C. 2012. Taller de suturas. Disponible en: <http://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/TALLER-SUTURAS.-Sutura-cont%C3%ADnua-vs-puntos-sueltos-en-heridas-perineales...pdf>. Consultado el 03/04/2019.

- Finster M, Wood M. 2005. The Apgar score has survived the test of time. *Anesthesiology: JASA* 102(4): 855-857.
- FitzGerald MP, Weber AM, Howden N, Cundiff GW, Brown MB. 2007. Risk factors for anal sphincter tear during vaginal delivery. *Obstet Ginecol.* 109(1): 29-34.
- Fleming N. 1990. Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain?. *J Nurse Midwifery.* 35(1): 19-25.
- Gálvez Toro A, Berral Gutiérrez A, Burgos Sánchez JA, Salido Moreno MP. 2008. Efecto de las lesiones perineales del primer parto en la intensidad y severidad del trauma perineal en el segundo. *Biblioteca Lascasas.* 4 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0316.php>.
- García-Alix A, Jiménez JQ. 2002. Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. Delgado Rubio A, coordinador general. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos de neonatología en pediatría.* Asociación Española de Pediatría. 43-51.
- García López AJ 2002). Prolapso de órganos pélvicos. *Iatreia.* 15(1): 56-67.
- Giménez MA, González SL, Amores RF. Asistencia a la puerpera en su estancia hospitalaria. *Matronas Prof.* 2000; 1 (1): 14-20.
- Goberna Tricas J. 2012. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *Rev ENE Enferm* 6(1): 71-78.
- Gómez Cantarino S, Moreno Preciado M. 2012. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de los Cuidados.* 33(2): 67-74.
- Gómez de Enterría Cuesta ME. 2009. Masaje perineal durante el embarazo. *Rev enferm CyL.* 1(2): 40-43.
- Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. 1998. Método canguro en la sala de partos. *An Esp Pediatr* 48:631-633.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Goncé A, Esteve C, Cobo T, Palacio M, Bosch J, Reyné M, Rodríguez-Miguélez JM . 2015. Protocolos de Medicina Fetal. Servicio de Medicina Maternofetal. ICGON. Hospital Clinic.
- González A. 2011. Prevalencia de dispareunia tras un parto normal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas 3(3): 125-152.
- Gould D. 2007. Perineal tears and episiotomy. Nurs Stand 21(52): 41-46.
- Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. 2005. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. 32(3): 219-223.
- Grant A. 1986. Repair of episiotomies and perineal tears. BJOG 93(5): 417-419.
- Gross MM, Drobic S, Keirse MJN. 2005. Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. Birth 32:27-33.
- Guía de práctica clínica del SNS. 2104. Guía de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Guidozzi F. 2009. Anal sphincter injury: under recognized and inadequately treated. Int J Gynaecol Obstet. 104(2): 83-84.
- Gyte GML, Richens Y. 2008. Fármacos profilácticos habituales en el trabajo de parto normal para reducir la aspiración gástrica y sus efectos. La Biblioteca Cochrane Plus. URL Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005298>.
- Hasanpoor S, Bani S, Shahgole R, Gojazadeh M. 2012. The Effects of Continuous and Interrupted Episiotomy Repair on Pain Severity and Rate of Perineal Repair: A Controlled Randomized Clinical Trial. J Caring Sci. 1(3): 165-171.
- Hay-Smith EJC. 2008. Ultrasonido terapéutico para el dolor perineal y la dispareunia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD000495.

- Harrison. 2018. *Principios de Medicina Interna*, 20ª Edición. Méjico: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Haya N, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C. 2018. Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (8). CD013105.
- Herbruck LF, 2008. The impact of childbirth on the pelvic floor. *Urol Nurs* 28(3): 173-184; 185.
- Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, y Gómez-Salgado J. 2019. Evidence-based Birth Attendance in Spain: Private versus Public Centers. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 16(5): 894.
- Herrera B, Gálvez A. 2004. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basada en las evidencias. *Prog Obstet Ginecol* 47 (9): 414-422.
- Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. 2006. Asistencia al parto eutócico. Recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof* 7(1): 27-33.
- Hirayama F, Koyanagi, Mori R, Zhang J, Souza JP, Gülmezoglu AM. 2012. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG* 119: 340–347.
- Hornemann A, Kamischke A, Luedders DW, Beyer DA, Diedrich K, Bohlmann M. 2010. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet*. 281: 59.
- Hospital Clinic Barcelona. 2010. Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. *Protocolos de Medicina Fetal. Servicio de Medicina Maternofetal. ICGON*. Barcelona: Hospital Clinic.
- Hübner M. 2001. Capítulo 9: Asfixia perinatal. Chile: Edición Servicio Neonatología Hospital Clínico Universidad, 64-69.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. 2009. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof* 10:5- 11.
- Karlsson H. Pérez Sanz C. 2009. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar* 32, Supl 1: 159-167.
- Kettle C, Hills RK, Ismail KM. 2008. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: <http://www.update-software.com> (4): p. CD000947.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. 2012. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* Nov 14;11: CD000947.
- Kilpatrick SJ, Laros RK. 1989. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol* 741: 85-87.
- Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB. 2008. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *BJOG* 115(4): 472-479.
- Kimberly GL, Choherty JP. 2005. Identificación del recién nacido de alto riesgo y valoración de la edad gestacional. Prematuridad, hipermadurez, peso elevado y bajo peso para su edad gestacional. *Manual de Cuidados Neonatales*. Barcelona: Masson. 4, 50-66.
- Kokanalı D, Ugur M, Kokanalı MK, Karayalcın R, Tonguc E. 2011. Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. *Archives of GAO*. 284(2): 275-280.
- Kudish B, Sokol RJ, Kruger M. 2008. Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. *Int J Gynaecol Obstet*. 102 (2): 165-170.

- Lavender T, Hart A, Walkinshaw S, et al. 2005. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. *Arch Gynecol Obstet*. 112 (12):1663-1665.
- Leeman L, Spearman M, Rogers R. 2003. Repair of obstetric perineal lacerations. *Am Fam Physician* 68(8): 1585-1590.
- Liljestrand J. 2003. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Little S. et al. 1992. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol*. 164:1104-1107.
- López Lapeyrere C, Solís Muñoz M, Serna Gómez N, De la Flor Picado S, Tejada Esteban A, Martínez Díaz MT. 2014. Eficacia de la sutura continua versus interrumpida en la reparación del periné en el parto eutócico. *NURE Investigación*. 11 (70): 7.
- López M, Palacio M. 2010. Protocolo de lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Barcelona: Hospital Clínic.
- Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, Arumi D. 2009. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 33(2): 159-166.
- Martínez Galiano J M. 2013. Manual de asistencia al parto. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. 2016. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery* 34: 15-20.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Melchor JC, Bartha J L, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. 2008. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Prog Obstet Ginecol*. 51(9):559-563.
- Meyer S, Ahtari C, Hohlfeld P, De Grandi P, Buchser E. 2002. Effects of epidural analgesia on pelvic floor function after spontaneous delivery: a longitudinal retrospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 13(6): 359-365.
- Ministerio de Salud. 2008. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Chile
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. 2016. Early skin-to-skin contact for other and their health newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 25 (11): CD003519.
- Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D, Lijoi D, Costantini S, Ragni N. 2006. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. *J Minim Invasive Gynecol*. 13(5):457-462.
- Muhleman MA, Aly I, Walters A, Topale N, Tubbs RS, Loukas M. 2017. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clin Anat*. 30(3): 362-372.
- Nasarre MO. 2010. Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. Recuperado a partir de: [http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/8795/TD% 20M% 20Onta% C3% B1% C3% B3n% 20Nasarre. pdf](http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/8795/TD%20M%20Onta%20C3%B1%20C3%B3n%20Nasarre.pdf).
- Observatorio de Salud de la mujer y del Sistema Nacional de Salud. 2012. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Oliver MI, Aceituno L. 2003. Asistencia al Parto Normal. Boletín informativo de Asociación Andaluza de matronas. Sevilla: Asociación Andaluza de Matronas. 11:1-6.
- Omar F, Dueñas G, Beltrán Montoya JJ. 2015. Manual de obstetricia y procedimientos medico quirúrgicos. Capítulo 3: Suturas y cierre de heridas. Méjico: Mcgraw Hill Interamericana.
- Organización Mundial de la Salud. 1999. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 18: 78-80.
- Pauls RN, Kleeman S D, Karram MM. [2005]. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. Obstet Gynecol survey. 60(3): 196-205.
- Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. 2007. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Act Urol Esp. 31(7): 719-731.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. 2000. Active versus expectant management in the third stage of labor. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000007.
- Protocolos SEGO. 2011. Lesión obstétrica del esfínter anal. Prog Obstet Ginecol. 54(7): 387-395.
- Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Heinonen S. 2008. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. Midwifery. 26(3): 348-356.
- Recio A. 2015. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata 18: 13-26.
- Rellan Rodríguez S, Garcia de Ribera C, Aragón Garcia MP. 2008. El recién nacido prematuro. Madrid: Asociación Española de Pediatría.

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

- Rodríguez Cano M V, Sánchez Orellana T, Llorens del Río N. 2016. Factores asociados a la dispareunia postparto. *Rev Paraninfo Digital*. 25. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n25/058.php>>.
- Rogers RG, Leeman LM, Migliaccio L, Albers LL. 2008. Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 19(3): 429-435.
- Ronsmans C, Graham WJ. 2006. Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 368: 1189-1200.
- Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. 2011. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Ped Aten Primaria*. 13(49): 33-46.
- Sanchez A, Sánchez C y Pozo MD. 2018. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Matronas Hoy*. 6(1): 31-36.
- Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. 2004. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*. 34 (6): 286-292.
- Scetti MR, Serracani GS, Zalazar LA. 2005. Uso selectivo de la episiotomía. *Rev Post VI Cat Med*. 146:6-9
- Scott JR. 2005. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 32(2): 307-321.
- Sereshti M, Gholamalishahi I, Moghadas M, Deris F. 2011. Comparison of perineal repair techniques of continuous and standard interrupted suturing in normal vaginal delivery. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 12(4): 51-57.
- Shrivastava D, Sarkar S. 2018. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: A randomised controlled trial. *Int J Sci Res*. 6 (6).

- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. 2001. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 184(5): 881-888.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2004. Definiciones perinatológicas. Madrid: SEGO.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2007. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO.
- Stepp KJ, Siddiqui NY, Emery SP, Barber MD. 2006. Textbook recommendations for preventing and treating perineal injury at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 107(2): 361-366.
- Sultan AH, Fernando RJ. 2001. Maternal obstetric injury. *Curr Obst Gynaecol* 11: 279-284.
- The Strategy of the Office of Nursing and Midwifery Services Director. 2011. Dublin (Irlanda): Office of the Nursing and Midwifery Director.
- Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. 2003. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG.* 110(12): 1041-1044.
- Urinary Incontinence : Prevalence, Risk Factors and Management Strategies. 2016. New York : Nova Science Publishers.
- Valenzuela P, Saiz Puente MS, Valero JL, Azorin R, Ortega R, Guijarro R. 2009. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG.* 116(3): 436-441.
- Viktrup L, Rortveit G, Lose G. 2006. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol.* 108(2): 248-254.
- Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. 2005. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

Review. No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication No. 05-E009-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Woodman PJ, Graney DO. 2002. Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. *Clin Anat.* 15(5): 321-334.

World Health Organization. 1985. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 326:436–437.

Zetterstrom J, López A, Anzén B, Norman M, Holmström B, Mellgren A. 1999. Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. *Obstet Gynecol.* 94 (1): 21-28.

ANEXOS

9. Anexos

9.1. Anexo 1. Tipos de sutura

Sutura continua

* *Sutura de mucosa vaginal:*

- Material de sutura: “Safil quick” 2/0, ácido poliglicólico, trenzado, impregnado, absorción rápida.

- Identificación del vértice de la herida vaginal e introduzca el primer punto de 0,5-10 mm por encima del ángulo para asegurar la hemostasia de los vasos que pueden no ser visibles. La sutura se asegura en este punto con un doble nudo a derecha, simple a izquierdas y acabando con simple a derecha.

- Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal; realizar aproximadamente a medio centímetro de los bordes de la herida, si se coge mucha cantidad de tejido podemos reducir la amplitud de la vagina. Se realizará una sutura continua sin cruzar el hilo.

* Sutura de los músculos perineales:

- Una vez que los restos del himen se han aproximado, insertar la aguja en el lado izquierdo de la mucosa para introducirla profundamente en el centro de los músculos perineales; ahora comienza la aproximación de los músculos perineales bulbocavernoso y transverso. Desde el centro de la herida perineal insertar la aguja y sacarla aproximadamente a medio centímetro del borde de la piel perineal en el lado derecho, hay que emparejar el ancho y la profundidad, inserte la aguja en el lado izquierdo a aproximadamente medio centímetro del borde de la piel perineal y debe emerger profundamente en el centro de la herida perineal. Repita esta técnica de sutura continua sin bloqueo hasta que los músculos perineales vuelven a aproximarse y el espacio muerto se cierre.

- Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano, pues en este estudio incluiremos sólo a los desgarros de segundo grado y episiotomías. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura.

* Sutura de la piel:

- La piel debe quedar correctamente aproximada, pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto.

- Continuaremos desde el musculo superficial hasta aproximar la piel y terminar con una subcutánea/intradérmica, profundizando en el músculo y acabando con dos nudos, una a derecha y otro a izquierda, realizado a una distancia de 1-2 cms del punto.

Sutura discontinua

* *Sutura de mucosa vaginal:*

- Material de sutura: “Safil quick” 0/0, ácido poliglicólico, trenzado, impregnado, absorción rápida.
- Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo.
- Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Se realizará una sutura continua con puntos cruzados hasta llegar al ángulo. Anudaremos con dos vueltas a derecha, una a izquierda y acabamos con otro a derechas, y se corta con una longitud de 1 cm.

* Sutura de los músculos perineales:

- Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura con puntos sueltos de “Safil quick” 0/0.
- Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano, pues en este estudio incluiremos sólo a los desgarros de segundo grado y episiotomías. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura.

* Sutura de la piel:

- La piel debe quedar correctamente aproximada, pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto.
- Se darán puntos sueltos en piel de “Safil quick” 2/0, evitando la tensión de los mismos, anudando a tres vueltas como se ha descrito anteriormente, y cortaremos los cabos con una longitud de 1 cm de largo.

9.2. Anexo 2. Cuestionario sutura continua frente a discontinua

Iniciales de entrevistador Hospital recogida: 1. H. Úbeda 2. H.M.I. Jaén 3. H. Linares 4. H. MI Granada 5. H. San Cecilio 6. H. Torrecárdenas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Código de encuesta		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
GRUPO DE ESTUDIO: A (Sutura continua) <input type="checkbox"/> B (Sutura interrumpida) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
DATOS DE FILIACIÓN		
Fecha de nacimiento: Iniciales mujer Teléfono fijo _____ Móvil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Número de historia		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Estado civil: 1-Soltera. 2-Casada. 3-Pareja de hecho. 4-Divorciada. 5-Separada. 6-Viuda.		<input type="checkbox"/>
Nacionalidad: 1-Española 2-Otra; Especificar: _____		<input type="checkbox"/>
¿Qué nivel de estudios posee usted?: 1-Primaria sin finalizar 2-Primaria acabada 3-Secundaria sin finalizar 4-Secundaria finalizada 5-Bachillerato 6-Universitarios		<input type="checkbox"/>
¿En qué sector trabaja? 1-Agricultura/ganadería 2-Industria y construcción 3-Servicios públicos 4-Comercio 5-Sus labores 6- Estudiante 7-Jubilada 8-Administrativa 9-Profesion liberal		<input type="checkbox"/>
¿Qué tipo de contrato de trabajo tiene usted con su empresa?: 1-Eventual por cuenta ajena 2- Indefinido por cuenta ajena 3-Por cuenta propia 4- Desempleada 5-Otro; Especificar: _____		<input type="checkbox"/>
¿A qué raza pertenece usted?: 1-Caucásica 2- Otra; Especificar: _____		<input type="checkbox"/>

¿Posee usted alguna enfermedad? 0-No. 1-Sí; Especificar: _____	__ _
Peso al final del embarazo	__ _ _ _ _ _ _
Talla	__ _ _ _ _ _ _
IMC	__ _ _ _
¿Ha realizado algún tipo de ejercicio físico durante el embarazo? 0. No 1. Sí; especificar: _____	__ _
¿Ha asistido a las clases de Educación Maternal? 0. No 1. Si	__ _
¿Se realizó el masaje perineal durante el embarazo? 0. No 1. Con aceite de oliva 2. Producto específico 3. Otros _____	__ _
DATOS DEL PARTO	
Fecha del Parto: _____	
El inicio del parto ha sido: 1-Espontáneo 2- Estimulado 3-Inducido	__ _
Ha requerido analgesia epidural: 0-No por deseo materno 1-No por contraindicación médica 2-No, por otras razones 3-Sí	__ _
Ha utilizado medidas de analgesia no farmacológica: 0-No 1-Sí; Especificar: _____	__ _
Semana gestacional a la que tuvo lugar el parto:	__ _ _ _ _ _
Minutos que ha durado el periodo de dilatación	__ _ _ _ _
Minutos que ha durado el periodo de expulsivo	__ _ _ _ _
Minutos que ha durado el periodo de alumbramiento	__ _ _ _
El alumbramiento ha sido: 1-Espontáneo 2-Manual 3-Farmacológico	__ _
Se realiza el contacto piel con piel con el bebé: 0-No 1-Sí	__ _

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

Inicio Precoz de la Lactancia Materna (antes de las dos horas de vida del RN): 0-No 1-Sí, de forma eficaz 2-Sí, de forma ineficaz	_
Se ha producido una participación activa del padre en el proceso de parto: 0-No, porque no ha querido 1-No, porque no ha sido posible 2-Sí	_
Se produce lesión perineal 0-Episiotomía 1-Desgarro II	_
Localización de la lesión perineal 0-Media 1- Media-Lateral izquierda 2-Lateral izquierda 3-Media-Lateral derecha 4- Lateral derecha 5-Otro;Especificar:_____	_
Tiempo empleado en la sutura (minutos)	_ _
Número de hilos	_
¿Ha requerido infiltración con anestesia local en el periné? 0. No 1. Si, con Mepivacaína. Dosis: _____ 2. Si, Lidocaina. Dosis: _____ 3.Si, Otros; Especificar principio activo y dosis:_____	_
Necesidad de medicación postparto inmediato: 0. No ha necesitado 1. Número de UI de oxitocina _____ 2- Mgs de ergometrina: _____3. Otros; Especificar principio activo y cantidad:_____	_
Complicaciones en el postparto: 0-No 1-Revisión de cavidad 2-Hemorragia 3-Fiebre 4-Legrado 5-Otros (especificar) _____	_
Grado de satisfacción de la usuaria con el proceso de parto: 0-Nada satisfecha 1-Poco satisfecha 2-Satisfecha 3-Bastante satisfecha 4-Muy satisfecha	_
ESCALA DEL DOLOR al finalizar la sutura (Del 0 al 10) <i>(de 0 a 10, el 0 sería sin dolor, un 5 moderado y el 10 el peor dolor posible)</i>	_
ESCALA DEL DOLOR a las 2 horas del parto (Del 0 al 10)	_
Estado de la herida postparto inmediato 0. Normal 1. Rubor 2. Calor 3. Edema 4. Hematoma 5. Secreciones	_

DATOS DEL RECIÉN NACIDO	
Peso del recién nacido en gramos:	_ _ _ _ _
Apgar del recién nacido al minuto de vida:	_ _
Apgar del recién nacido a los cinco minutos de vida:	_ _

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

SEGUIMIENTO TRAS EL PARTO	Fecha:	
Escala de dolor (de 0 a 10, el 0 sería sin dolor, un 5 moderado y el 10 el peor dolor posible)		<input type="checkbox"/>
Tipo de dolor 0. Reposo 1. Sentada 2. Movimiento 3. Miccionar 4. Defecar		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha requerido uso de analgesia? 0. No 1. Sí. Fármaco y dosis _____		<input type="checkbox"/>
Estado de la herida 0. Normal 1. Rubor 2. Calor 3. Edema 4. Hematoma 5. Secreciones		<input type="checkbox"/>
¿Qué tipo de alimentación le da usted a su recién nacido? 0-Lactancia Materna Exclusiva 1- Lactancia Mixta 2-Lactancia Artificial		<input type="checkbox"/>
Si, no le da lactancia materna exclusiva; por qué motivo la abandonó: 1-Prescripción médica 2-No tenía leche 3-Se quedaba con hambre 4. No quería seguir dándole el pecho 5-Tenía que trabajar 6-Otros; Especificar:		<input type="checkbox"/>
Fecha de la próxima entrevista:		

Fecha llamada _____	
Escala del dolor (de 0 a 10)	<input type="checkbox"/>
Tipo de dolor 0. Reposo 1. Sentada 2. Movimiento 3. Miccionar 4. Defecar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿El dolor le produce interferencias en la crianza de su hijo? 1. Siempre o casi siempre 2. La mayoría de las veces 3. A veces 4. Pocas veces 5. Casi nunca o nunca	<input type="checkbox"/>
¿Ha requerido uso de analgesia? 0. No 1. Sí. Fármaco y dosis _____	<input type="checkbox"/>
Estado de la herida 0. Normal 1. Rubor 2. Calor 3. Edema 4. Hematoma 5. Secreciones 6. Fibrosis	<input type="checkbox"/>
¿Se ha producido dehiscencia de la herida? 0. No 1. Si	<input type="checkbox"/>
¿Con que se está curando la herida? 0. Agua y jabón 1. Clorhexidina 2. Otros _____	<input type="checkbox"/>
¿Sufre incontinencia urinaria y/o fecal? 0. No 1. Urinaria; especificar cuando _____ 2. Fecal; especificar cuando _____ 3. Ambas	<input type="checkbox"/>
¿Ha reiniciado las relaciones sexuales? 0. No 1. Si	<input type="checkbox"/>

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

<p>¿Continúa con la lactancia materna?</p> <p>0. No 1. Si</p>	<p> _ </p>
<p>Si no le da lactancia materna exclusiva; por qué motivo la abandonó:</p> <p>1- Prescripción médica</p> <p>2- No tenía leche</p> <p>3- Se quedaba con hambre</p> <p>4- No quería seguir dándole el pecho</p> <p>5- Tenía que trabajar</p> <p>6- Otros; Especificar: _____</p>	<p> _ </p>
<p>DATOS DE INGRESO HOSPITALARIO</p>	
<p>Número de días que ha permanecido la mujer ingresada tras el parto:</p>	<p> _ _ </p>
<p>Fecha de la próxima entrevista _____</p>	

Cuestionario a los 3 meses del parto

Nombre

Fecha

Unidad/ Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER –FSM-
Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

Pregunta llave

0 . ¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....

SI NO

Si la respuesta es “Sí” cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

1. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?
Casi siempre - Siempre - Nunca - Raramente - A veces - A menudo
2. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?
Casi siempre - Siempre - Nunca - Raramente - A veces - A menudo
3. Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente? Casi siempre - Siempre - Nunca - Raramente - A veces - A menudo
4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.
Casi siempre - Siempre – Nunca - Raramente - A veces - A menudo
5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?
Casi siempre – Siempre- A menudo - A veces - Raramente

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?
Nunca- Raramente- A veces- A menudo

7. 7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas.
En su lugar responda la pregunta 7b
Casi siempre - Siempre por sentir dolor - Por miedo a la penetración - Por falta de interés para la penetración vaginal - No tener pareja sexual

7b ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7). Incapacidad para la penetración por parte de su pareja
Casi siempre – Siempre- A menudo- A veces- Raramente

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?
Nunca - Raramente - A veces - A menudo

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?
Casi siempre – Siempre- Nunca- Raramente- A veces-A menudo

10. En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?
Nota informativa: el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.
Casi siempre – Siempre-Nunca- Raramente - A veces -A menudo

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?
Casi siempre – Siempre- 1-2 veces -De 3 a 4 veces- De 5 a 8 veces - De 9 a 12 veces

12. Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?
Más de 12 veces - Nunca - Raramente - A veces - A menudo

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?
Casi siempre - Siempre - Muy insatisfecha - Bastante insatisfecha - Ni satisfecha ni insatisfecha- Bastante satisfecha
14. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?
Muy satisfecha- Bastante insatisfecha - Ni satisfecha ni insatisfecha - Bastante satisfecha - Muy satisfecha

9.3. Anexo 3. Consentimiento informado y hoja de información a la paciente

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

La reparación del periné es un aspecto del parto que afecta a miles de mujeres y puede dar lugar a una morbilidad materna a largo plazo importante. El dolor perineal que presentan las mujeres que han tenido un parto vaginal se ve incrementado si han sufrido algún tipo de traumatismo perineal. La técnica utilizada para la reparación de las lesiones perineales ocasionadas en el parto ya sea por desgarro o por la realización de una episiotomía, pueden marcar diferencias en el dolor a corto y largo plazo, el uso de analgésicos, satisfacción en el reinicio de las relaciones sexuales, grado de satisfacción de las mismas tanto de las mujeres como de sus parejas, interferencias en la crianza de los hijos, e incluso las repercusiones en el suelo pélvico.

Importancia:

El presente estudio quiere valorar como un técnica de sutura continua de las tres capas (vagina, músculo y piel) empleada para la reparación de los traumatismos perineales ocasionados en el parto (desgarros de segundo grado, etc.), presentan menor morbilidad en cuanto a dolor a corto y largo plazo, uso de analgesia, coito doloroso e inicio de las relaciones sin dolor en menos tiempo y menor tasa de incontinencia urinaria y/o fecal. También estas mujeres están más satisfechas con la atención recibida en el parto, recuperan antes sus actividades diarias normales y su función sexual.

Implicaciones para el donante/paciente:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El gestante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para el donante/paciente:

Todo tipo de corte quirúrgico implica un riesgo de infección, que es inferior al 2%. No se ha demostrado que la sutura continua aumente el riesgo de infección.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de Paritorio en el teléfono: 686 984845 o en el correo electrónico: beayjuanpe@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL
PACIENTE

“Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado”

Yo _____ (Nombre _____ y
Apellidos):.....
.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado”
- He recibido suficiente información sobre el estudio “Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado”. He hablado con el profesional sanitario informador:
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Deseo ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado “Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado”.

Firma del paciente
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos:

Fecha:
.....

Fecha:

9.4. Anexo 4. Certificados de los comités de Ética e Investigación de los diferentes centros sanitarios que participan en el estudio



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

CARMEN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Presidenta del Comité de Ética de la Investigación de Centro Almería

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en reunión celebrada el día 29 de abril de 2015, la propuesta de D. Juan Miguel Martínez Galiano, promotor del Ensayo Clínico titulado: **“Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado”**, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho Estudio clínico sea realizado en la UGC de Tocoginecología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, por Dña. Inmaculada Ruiz Arcos, como investigadora principal.

Lo que firmo en Almería, a diecinueve de mayo de dos mil quince.



Edo.: Carmen Fernández Sánchez

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

D. Miguel Ángel Calleja Hernández Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Centro de Granada (CEI-GRANADA)

CERTIFICA

Que este Comité ha analizado la propuesta de D. Juan Miguel Martínez Galiano, Matron del Hospital S. Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) para que se realice el Proyecto de Investigación titulado: "Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado" y visto el Informe Favorable del Comité de Ética de la Investigación de Jaén considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Area del Complejo Hospitalario Universitario de Granada , continuando el como investigador principal en el mismo y colaboradores.

Lo que firmo en Granada a veintisiete de abril de dos mil quince.

Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^a. ELISA NIEVES GODOY, SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE JAÉN

CERTIFICA:

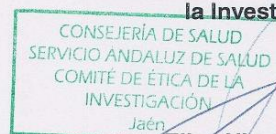
Que el Comité de Ética de la Investigación de Jaén ha considerado emitir **informe favorable**, según consta en el acta de la reunión celebrada el día 26 de marzo de 2015, al proyecto de Investigación titulado:

“Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Un ensayo clínico aleatorizado”

Investigador Principal: D. Juan Miguel Martínez Galiano, Matrón, del Hospital “San Juan de la Cruz” de Úbeda (Jaén).

Lo que firmo en Jaén a 26 de marzo de 2015

La Secretaria del Comité de Ética de la Investigación



Elisa Nieves Godoy

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Avda. Ejército Español, 10. 23007 – Jaén
Unidad de Investigación
Tel. 953 00 80 77. Fax 953 00 80 77

Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto.
Un ensayo clínico aleatorizado