

TALLER N°04

1

GUÍA DIDÁCTICA “EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN PRESENTACIÓN DE VÉRTICE”

Autores: *Daniela Cristina Hidalgo Moreno, * María Soledad Soto Agila

Editores: **Dra. Yoredy Sarmiento, ***Dra. Katty Briceño

*Estudiante de la Titulación de Médico de la UTPL ** Tutor Asigando-Docente
Investigador UTPL ***Coordinadora de los Talleres de Obstetricia-Docente
Investigador UTPL



2

GUÍA DIDÁCTICA “EPISIOTOMÍA, EPISIORRAFIA, DESGARROS PERINEALES Y SU REPARACIÓN”

Autores: * Carolina Moreira Sarmiento, * Adriana Carolina Torres Abad

Editores: **Dr. Angel Gordillo***Dra. Katty Briceño

*Estudiante de la Titulación de Médico de la UTPL ** Tutor Asigando-Docente
Investigador UTPL ***Coordinadora de los Talleres de Obstetricia-Docente Investigador
UTPL



EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN PRESENTACIÓN DE VÉRTICE

1

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y de los anexos ovulares desde la cavidad uterina al exterior a través del canal de parto.

1. ETAPAS DEL PARTO

Desde el punto de vista fisiológico y clínico, el parto se divide en tres etapas:

- 1° etapa: periodo de dilatación.
- 2° etapa: periodo expulsivo.
- 3° etapa: periodo de alumbramiento.

2. TIEMPOS DEL TRABAJO DE PARTO

	Etapas del Parto		Tiempos Esperados
Primera Etapa	Fase Latente	Nulípara	Hasta 20 h
		Múltipara	Hasta 14 h
	Fase Activa	Dilatación Nulípara	1.2 cm/h (6 horas)
		Múltipara	1.5 cm/h (4 horas)
Descenso	Nulípara	1 cm/h	
	Múltipara	2 cm/h	
Segunda Etapa (Expulsivo)		Nulípara	90 minutos
		Múltipara	60 minutos
Tercera Etapa (Alumbramiento)		Nulípara	45 minutos
		Múltipara	30 minutos

2.1 Periodo de dilatación. (1° Etapa)

Se extiende desde el inicio del trabajo de parto hasta que la dilatación de cuello del útero alcance hasta 10 cm de diámetro, cuando se completa la dilatación y desaparece el cuello uterino de la vagina.

Consta de 2 fases:

- ✓ **Fase latente:** lapso entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y 3 cm de dilatación
- ✓ **Fase activa:** lapso entre los 3 y 10 cm de dilatación.
 - Fase aceleratoria: 3 a 8 cm
 - Fase desaceleratoria: 8 a 10 cm

Signos y síntomas sugerentes del inicio de trabajo de parto

- ✓ **Expulsión del tapón mucoso:** Sucede entre las 24 horas y 7 días antes del comienzo del trabajo de parto. Los cambios en la posición, consistencia y dilatación del cuello uterino producen que el tapón mucoso se desprenda del canal cervical cayendo a la

vagina y exteriorizándose a través de la vulva. Generalmente éste signo es referido por la madre.

- ✓ **Rotura de membranas (RPM):** El 10 % de los partos inicia por RPM, la madre percibe la pérdida de líquido amniótico por sus genitales.
- ✓ **Contracciones uterinas:** es el síntoma más característico del comienzo del trabajo de parto, el dolor es de tipo cólico, se localiza en hipogastrio con irradiación a la región lumbosacra, de comienzo insidioso y va aumentando progresivamente.

La palpación de 2 o más contracciones uterinas dolorosas en 10 minutos, de más de 30 segundos de duración, por un periodo mínimo de una hora, es **signo clínico de trabajo de parto.**

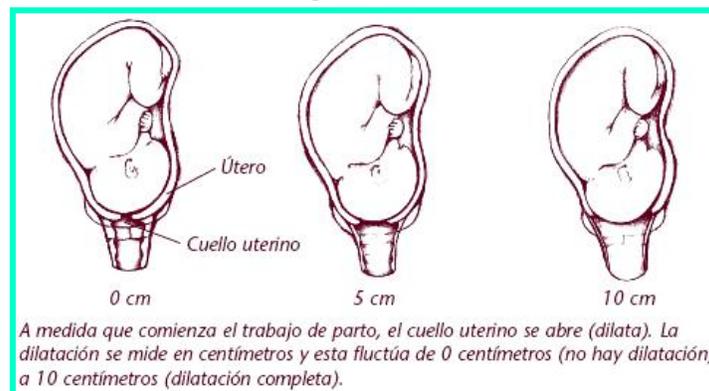
✓ **Cambios en el cuello uterino:**

- **Borramiento:** Se expresa en porcentaje de acortamiento de su largo teórico (2- 2,5 cm). Así, un cuello de 1 cm de largo será un cuello borrado en un 50%.
- **Dilatación:** Se expresa en centímetros de diámetro de abertura del orificio interno del cuello uterino.

El proceso de dilatación es más lento en las primíparas que en las multíparas, ya que en aquellas primero se produce el borramiento del cuello y luego la dilatación, en tanto que en las multíparas el borramiento y la dilatación cervical ocurren simultáneamente.

Dilatación completa

Ocurre cuando el cuello del útero alcanza 10cm de diámetro, hecho que se demuestra por medio del tacto vaginal



2.2 Periodo expulsivo. (2º Etapa)

Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el feto es completamente expulsado fuera de la vulva.

En este periodo a la presión ejercida por la contracción uterina, se le suma la presión desarrollada por los pujos maternos (presión abdominal).

Se divide en dos fases:

- ✓ **Fase temprana:** No expulsiva, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado.
- ✓ **Fase avanzada:** Expulsiva, que comprende desde que la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento.

En el expulsivo el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina, lo que produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria, por lo que la oxigenación al feto se reduce de forma gradual. Las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación útero-placentaria.

La mujer puede sentir la necesidad de pujar antes de estar totalmente dilatada, a los 8 cm; si ésta es la situación, la mujer debería adoptar otra posición en la que se encuentre más cómoda o practicar ejercicios de respiración.

Durante este periodo las contracciones se tornan de acción expulsiva:

- **Frecuencia:** 5/10
- **Duración:** 60-90 segundos
- **Intensidad:** Hasta 50 ml de

A medida que progresa el segundo periodo, el suelo de la pelvis es desplazado por el feto que avanza, la vagina se distiende y la cabeza se ve al final de la vulva con cada contracción; entre las contracciones, la cabeza retrocede hasta que se produce su coronación, esto es hasta que aparecen las eminencias parietales, en este momento el occipucio ha pasado bajo el arco púbico y se produce la extensión de la cabeza. Luego de unos segundos se comprueba su rotación externa, con la siguiente contracción se expulsa la cabeza del niño.

2.3 Periodo de alumbramiento. (3° Etapa)

Se extiende desde la salida del feto, hasta la completa expulsión fuera del aparato genital de la placenta y de las membranas ovulares.

Después del nacimiento las contracciones suelen cesar por un plazo breve. Sin embargo poco después reaparecen con intensidad y frecuencia similares a las del periodo expulsivo, hasta que se completa la expulsión de la placenta y membranas, lo cual suele tardar 5 a 30 minutos luego de ocurrido el nacimiento.

En este periodo las contracciones uterinas cumplen dos funciones:

1. Desprendimiento, descenso y expulsión de la placenta.
2. Impedir la hemorragia en el sitio de inserción placentaria y mantener el tono del útero luego del nacimiento.

1. Desprendimiento placentario: Se produce gracias a la retracción que sufre el útero luego de contraerse, esto origina una reducción del área sobre la cual está implantada la placenta. Entonces la placenta, que no se reduce, queda demasiado grande y se desprende, desgarrando la decidua esponjosa y dejando tras de sí muchos vasos seccionados, después de algunos minutos la placenta se separa por completo, como se advierte por un chorro moderado de sangre y es expulsada al segmento uterino inferior, en donde se observa como un abombamiento moderado por arriba de la sínfisis. Las siguientes contracciones empujan la placenta

hacia la vagina, lo que se advierte por la presencia del cordón fuera de la vulva, por último la placenta es expulsada.

Semiología del Desprendimiento Placentario

Consta de signo uterino y signos del cordón umbilical:

- ✓ **El signo uterino (signo de Schroder):** Consiste en la elevación del fondo uterino 2 a 3 veces de la localización de un dedo sobre el ombligo. Mientras se realiza la tracción del cuerpo uterino se produce desplazamiento hacia el segmento inferior de la placenta.
- ✓ **Signos del cordón umbilical:**
 - **Signo de Kustner:** Al momento de levantar el útero hacia la región superior del abdomen no se produce un desplazamiento hacia arriba del cordón umbilical.
 - **Signo de Ahlfeld:** Se observa el desplazamiento de la pinza hemostática puesta en el cordón umbilical a medida que la placenta se desprende, cuando la pinza ha descendido 10 cm el desprendimiento placentario es completo.

3. **Control de la hemorragia:** Se produce en el sitio de implantación y se consigue gracias a la poderosa contracción que experimenta el útero luego de la separación de la placenta, y especialmente por la acción de las fibras musculares espirales, que actúan constriñendo los vasos que transitan a través del miometrio. Cuando el útero esta vacío y firmemente contraído sus paredes se comprimen una contra otra, ejerciendo así presión sobre los puntos sangrantes, lo cual ayuda a controlar la hemorragia. Finalmente la sangre contenida en los vasos uterinos se coagula, pero esto tarda todavía unos minutos, siendo esencial que el útero permanezca bien contraído para controlar la hemorragia.

Modalidades del alumbramiento

Según la zona donde se inicia el desprendimiento de la placenta se distinguen dos modalidades del alumbramiento:

- ✓ **Modalidad Schultze (80%):** Ocurre cuando el desprendimiento se inicia en la zona central de implantación (semejante a un paraguas invertido). La ruptura de los vasos a este nivel produce una hemorragia que se acumula entre la pared uterina y el área de placenta desprendida, formándose un hematoma retroplacentario que se hace cada vez más voluminoso por la sangre que continúa fluyendo. Al crecer el hematoma retroplacentario levanta el centro de la placenta, invirtiéndola de modo que ella es expulsada por su cara fetal y tras ella se elimina la sangre acumulada en el hematoma.
- ✓ **Modalidad Duncan (20%):** Ocurre cuando el desprendimiento inicia en el borde lateral de la placenta, extendiéndose luego al centro de la misma. Al expulsarse primero aparece el borde de la placenta que se elimina por su cara materna, en la modalidad Duncan la hemorragia se evidencia durante el periodo de desprendimiento por lo que la pérdida de sangre es mayor.

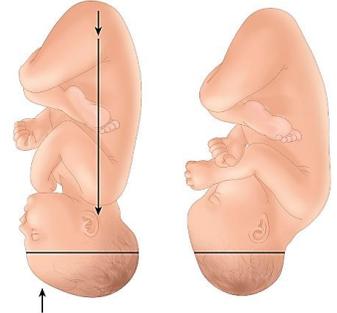
3. ACTITUD, SITUACIÓN, PRESENTACIÓN Y POSICIÓN FETAL

3.1. Actitud Fetal

Forma en la que se disponen las diversas partes del cuerpo del feto entre sí durante su permanencia en el útero.

El feto normal tiene una actitud general de flexión marcada.

Esta actitud generalizada de **flexión activa** lleva al feto a formar un ovoide compacto, el **ovoide fetal**, postura que le permite ocupar el menor espacio posible en el interior de la cavidad uterina. Presenta dos polos: un polo cefálico, pequeño, regular y de consistencia dura y otro podálico de mayor tamaño, irregular y de consistencia blanda.



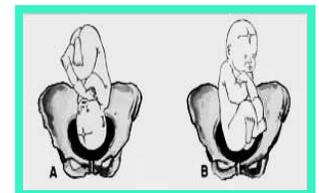
3.2. Situación Fetal

Se designa situación fetal a la relación que existe entre el eje longitudinal del ovoide fetal y el eje longitudinal del útero.

Podemos distinguir tres variedades de presentación:

✓ **Situación fetal longitudinal.-**

Si el eje longitudinal del ovoide fetal está en la misma dirección que el eje longitudinal del útero.



✓ **Situación fetal transversa.-**

Si el eje longitudinal del ovoide forma un ángulo de 90° con el eje longitudinal del útero



✓ **Situación fetal oblicua.-**

Si el eje longitudinal del ovoide forma un ángulo de 45° con el eje longitudinal del útero.

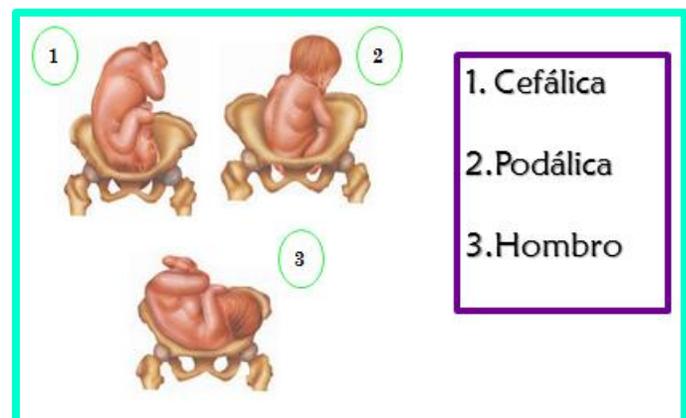


3.3. Presentación Fetal

Se denomina presentación a la parte del feto que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna.

En las *situaciones* longitudinales, la parte *presentada* es el polo cefálico o el podálico; y en la *situación* transversa, el segmento fetal presentado es el hombro.

Se distinguen tres tipos de presentaciones:

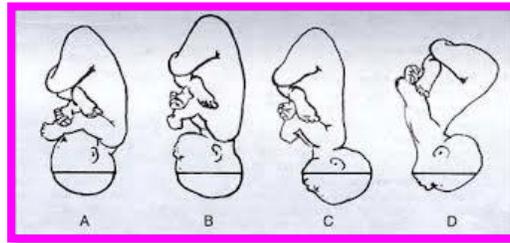


cefálica, podálica y de hombros.

✓ **Presentación cefálica:** En relación con el grado de flexión de la cabeza, se distinguen los siguientes tipos de presentación cefálica:

- De vértice u occipucio
- De bregma o sincipucio
- De frente
- De cara

Presentación de vértice u occipucio: Es la presentación normal por excelencia, ésta es la variedad más frecuente (95% de partos) y fisiológica, pues el feto se presenta en actitud de flexión completa y ofrece al estrecho superior de la pelvis o canal de parto su diámetro cefálico más pequeño que es el **suboccipitobregmático** que mide aproximadamente 9.5 cm. El punto de reparo de la presentación de vértice es la fontanela posterior u occipital.



Presentaciones cefálicas: **A)** De vértice **B)** De bregma **C)** De frente **D)** De cara

Cabe recalcar que esta guía se centra en el parto en presentación de vértice, por lo que del resto de presentaciones cefálicas sólo se citará sus puntos importantes en el siguiente cuadro.

PRESENTACIONES CEFÁLICAS				
VARIEDAD	DESCRIPCION	DIAMETRO PRESENTADO	MEDIDA	PUNTO DE REPARO
De vértice (95%)	Existe actitud de flexión completa	suboccipitobregmático	9.5 cm	Occipital
De bregma (>1%)	Discreto grado de deflexión de la cabeza	Occipitofrontal	12 cm	Fontanela bregmática
De frente (1%)	Es la más distócica de las presentaciones cefálicas.	Occipitomentoniano	13,5 cm	Nariz o maxilar superior
De cara (0.19%)	Total extensión de la cabeza fetal, el cuerpo toma forma de s.	Submentobregmatico	9.5 cm	Mentón

3.4. Posición Fetal

Es la relación que existe entre el punto de reparo de la presentación fetal y el estrecho superior de la pelvis materna.

Por cada presentación fetal se distinguen ocho variedades de posición.

El nombre con el que se designa la variedad de posición se establece mencionando primero el **punto de reparo** de la presentación, seguido del término **iliaco**, continuando con la **ubicación derecha o izquierda** del punto de reparo respecto a la pelvis materna y finalmente indicando si está **anterior o posterior**.

Así la variedad de posición se designa con cuatro letras.

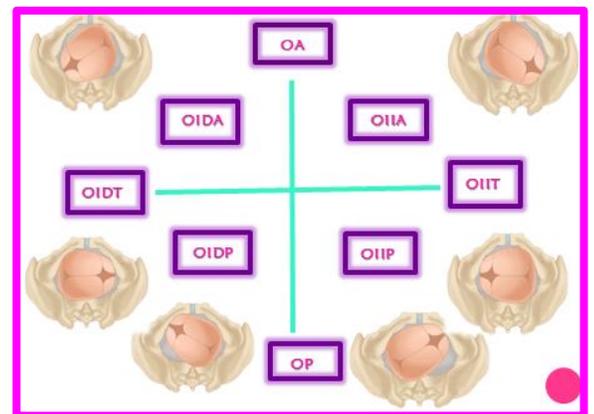
Por ej. En la sigla OIIA cada letra significa lo siguiente:

- ✓ 1° letra: indica el punto de referencia de la presentación (O=occipital, por lo tanto se trata de una presentación cefálica de vértice).
- ✓ 2° letra: indica que la presentación ha ingresado al canal de parto (I=iliaco que hace referencia a la pelvis materna)
- ✓ 3° y 4° letras indican hacia qué segmento de la pelvis se orienta el punto de referencia (IA= izquierda anterior)

(Obstetricia, 2009)

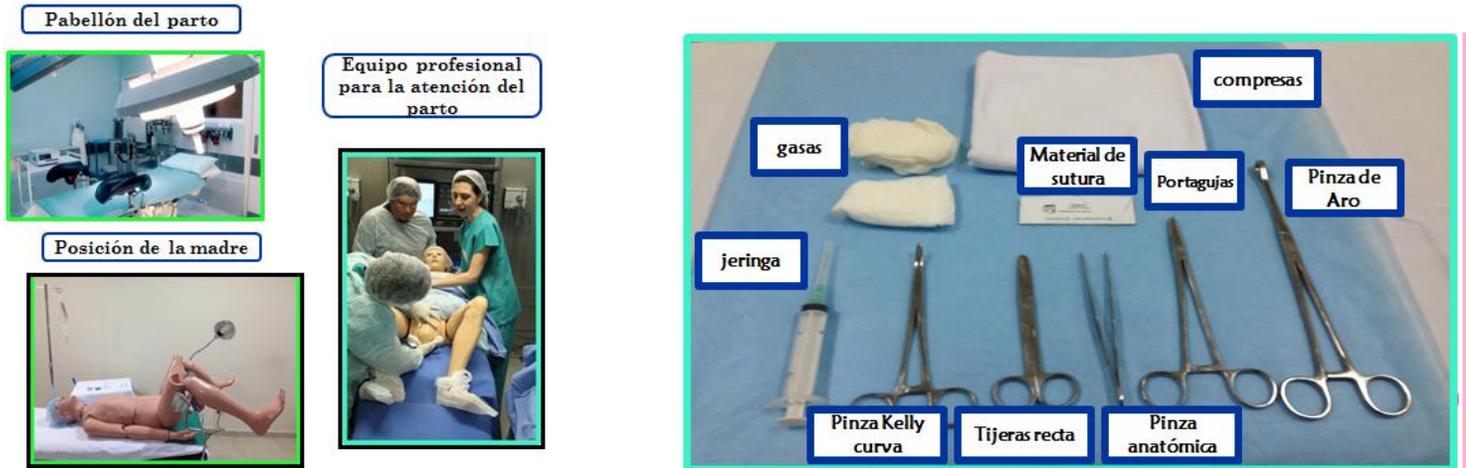
Las 8 variedades de posición de la presentación de vértice son las siguientes:

1. Occipito iliaca izquierda anterior (OIIA)
2. Occipito iliaca izquierda posterior (OIIP)
3. Occipito iliaca derecha anterior (OIDA)
4. Occipito iliaca derecha posterior (OIDP)
5. Occipito iliaca izquierda transversa (OIIT)
6. Occipito iliaca derecha transversa (OIDT)
7. Occipito iliaca anterior u occipito púbica (OP)
8. Occipito iliaca posterior u occipito sacra (OS)



4. MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO EN PRESENTACION DE VERTICE

Para la correcta atención del parto es necesario contar con las instalaciones adecuadas, equipo profesional, instrumental completo y además colocar a la paciente en la posición ginecológica o de litotomía.



5. TIEMPOS DEL TRABAJO DE PARTO EN PRESENTACION DE VERTICE

El mecanismo del parto en la presentación de vértice comprende seis tiempos:

1. Acomodación de la cabeza.
2. Descenso de la cabeza.
3. Rotación interna de la cabeza y acomodación de los hombros y acomodación de los hombros.
4. Desprendimiento de la cabeza y descenso de los hombros.
5. Rotación interna de los hombros y rotación externa de la cabeza.
6. Desprendimiento de los hombros.

5.1. Acomodación de la cabeza

Este primer tiempo se subdivide en dos tiempos:

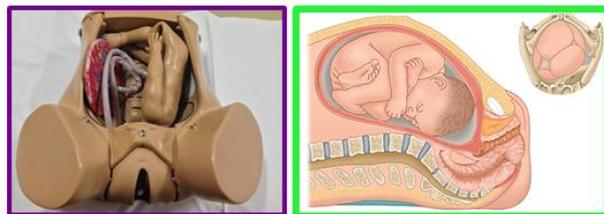
a) Orientación de la cabeza:

La sutura sagital se ubica en uno de los diámetros del estrecho superior de la pelvis para iniciar su introducción al canal del parto. En la mayoría de los casos el diámetro escogido es el transversal y la posición OITI, con frecuencia el diámetro escogido también es el oblicuo izquierdo y la posición OIDA.

b) Flexión de la cabeza:

Ubicado en el diámetro a nivel del estrecho superior, el feto completa la flexión de su cabeza sobre el tórax, de tal forma que el mentón llega a tocar el esternón, presentando así su diámetro más pequeño (suboccípito-bregmático) al estrecho superior de la pelvis.

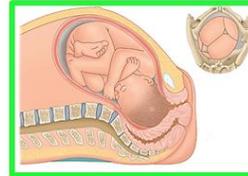
Esta intensificación de la flexión cefálica se logra por acción de las contracciones uterinas que impulsan al feto hacia el canal de parto.



5.2. Descenso de la cabeza

Es el proceso de introducción y descenso de la cabeza fetal a través del canal del parto. El asinclismo juega un papel importante en el descenso.

- ✓ Un movimiento de deslizamiento del parietal posterior sobre el promontorio para caer en la concavidad del sacro le permite descender con mayor facilidad.
- ✓ El parietal anterior se introduce secundariamente en la excavación deslizándose por detrás de la sínfisis del pubis.
- ✓ Alternancia del asinclitismo posterior y anterior colabora en el descenso cefálico. Habitualmente el encajamiento es asinclítico en las presentaciones de vértice.
- ✓ A medida que el polo cefálico va descendiendo en el canal del parto se va completando el proceso de flexión que se inició en el tiempo anterior.

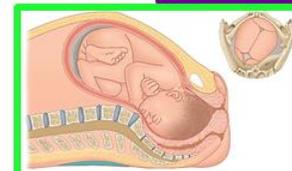


Se considera **posición encajada** cuando el vértice alcanza el nivel de las espinas ciáticas (tercer plano de Hodge), por lo tanto el diámetro biparietal se encuentra a nivel del estrecho superior de la pelvis.

5.3. Rotación interna de la cabeza y acomodación de los hombros

Es un tiempo fundamental, ya que para que el feto pueda ser expulsado o extraído del canal del parto, su polo cefálico debe estar orientado en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior de la pelvis, **con la fontanela posterior en relación con la sínfisis del pubis (OP)**. Con menor frecuencia la fontanela posterior se puede ubicar a nivel del sacro (OS).

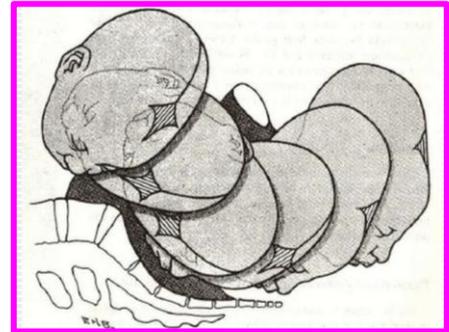
- ✓ A medida que el polo cefálico va descendiendo en el canal del parto, se va produciendo la rotación interna, por medio de la cual la fontanela posterior rota hacia la sínfisis del pubis (rotación interna), movimiento similar a la rotación de un tornillo.
- ✓ A nivel de la pelvis media, el diámetro más estrecho es el transversal que une las espinas ciáticas (diámetro interespinoso ± 11 cm), por lo cual al feto le conviene orientarse a ese nivel en sentido anteroposterior, ofreciendo a la pelvis media el diámetro biparietal (9,5 cm).
- ✓ En algunas ocasiones desciende el polo cefálico en el diámetro transversal u oblicuo hasta el piso pelviano y sólo allí realiza el movimiento de rotación interna. Con menor frecuencia la fontanela posterior rota hacia el sacro.



- ✓ Una vez que ha ocurrido la orientación y el descenso en el diámetro transverso (OITD u OITI), la rotación intrapélvica debe describir un arco de 90°.
- ✓ Si el descenso se realiza en OIIA u OIDA, el arco de la rotación será de 45°.
- ✓ Si el descenso se realiza en OIIP u OIDP, la rotación será de 135°, lo que retrasa más el proceso del parto y en ocasiones lo detiene.
- ✓ Simultáneamente con la rotación interna, en este tiempo se produce la rotación de hombros al estrecho superior de la pelvis.
- ✓ El diámetro biacromial (12 cm) debe buscar un diámetro de orientación en el estrecho superior para iniciar su descenso, este diámetro es perpendicular al diámetro suboccípito- bregmático (sutura interparietal).
- ✓ De tal manera que cuando el diámetro cefálico rota a OP, el diámetro biacromial se orienta en el diámetro transverso de la pelvis.

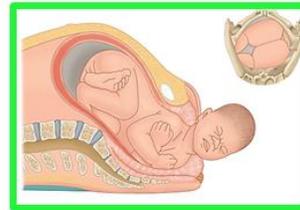
5.4. Desprendimiento de la cabeza

- ✓ Las contracciones uterinas y los pujos maternos llevan al feto a apoyar su fontanela posterior bajo la sínfisis del pubis y con un movimiento de extensión cefálica (**deflexión**), desprende a través de la vulva sucesivamente la frente, los ojos, la nariz, la boca y el mentón.
- ✓ Junto al desprendimiento cefálico se inicia el descenso de los hombros por el canal del parto, orientando el diámetro biacromial en el diámetro transverso de la pelvis.



5.5. Rotación interna de los hombros y rotación externa de la cabeza

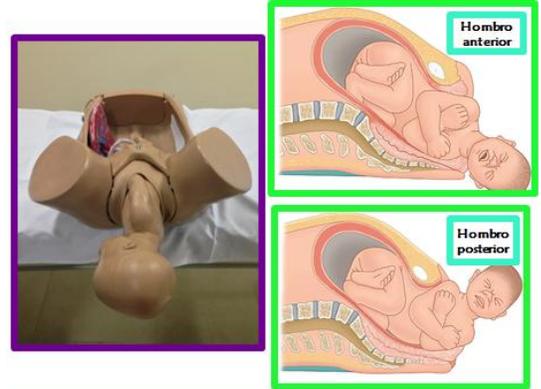
- ✓ Las contracciones uterinas y los pujos maternos impulsan a los hombros, que han venido descendiendo en el diámetro transverso de la pelvis, a efectuar su rotación interna de tal manera que un hombro se ubica debajo de la arcada del pubis (anterior) y el otro en la horquilla vulvar (posterior).



- ✓ Con el rotar del diámetro biacromial en el interior de la pelvis, se produce la rotación externa de la cabeza, de tal manera que el occipucio fetal rota en 90°.
- ✓ Rotación externa de la cabeza (**restitución**) se realiza hacia el mismo lado en que ocurrió su descenso por el canal del parto, debido a que es el lado donde se encuentra el dorso fetal.
- ✓ Si la presentación era izquierda, el occipucio rotará hacia la tuberosidad isquiática izquierda y viceversa

5.6. Desprendimiento de los hombros

- ✓ El hombro anterior se desencaja primero deslizándolo bajo la horquilla del pubis.
- ✓ Luego levantando al feto, el hombro posterior se desliza sobre la horquilla vulvar.
- ✓ La expulsión del hombro posterior es seguida de la expulsión del tronco, nalgas y extremidades sin mayor dificultad, completando el parto del feto.



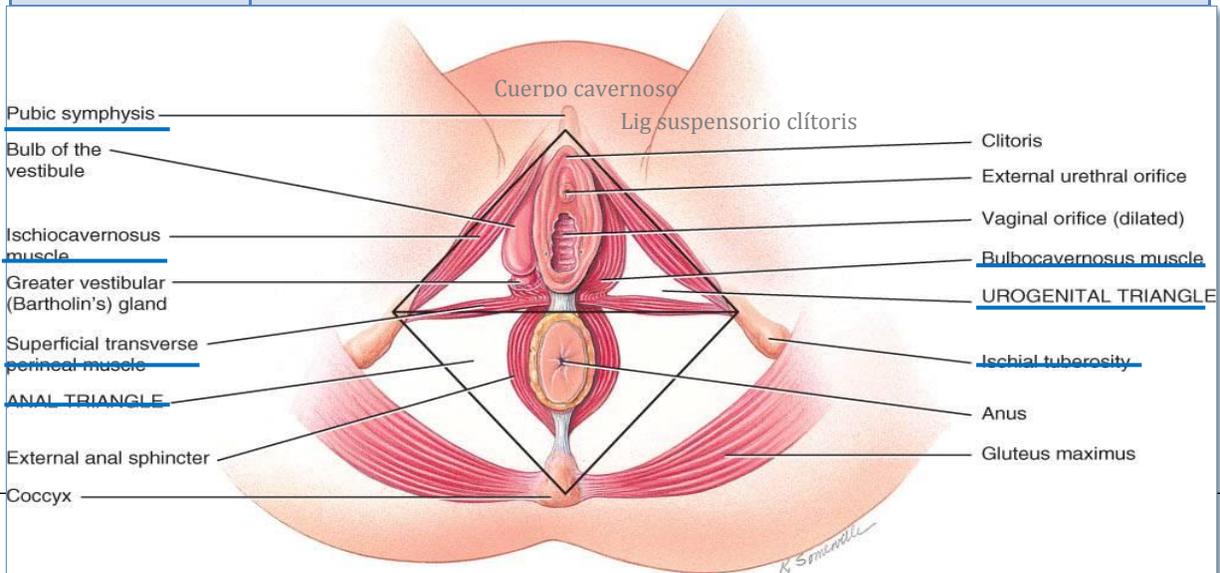
**EPISIOTOMÍA, EPISIORRAFÍA, DESGARROS PERINEALES Y
SU REPARACIÓN**

2

1. ANATOMÍA:

Para llevar a cabo el taller “emergencias obstétricas: episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación”, es necesario recordar la anatomía de la región perineal, la misma que servirá como fundamento para realizar el procedimiento quirúrgico de una manera adecuada. El **periné** se refiere a un área de superficie externa y un compartimento profundo del cuerpo. Los **músculos** que conforman el perineo son: en el área anterior: isquiocavernoso, bulbocavernoso y transverso superficial del periné, que son pares, éstos a cada lado forman un triángulo cuya hipotenusa es el isquiocavernoso, los otros dos se unen en el tendón central formando un ángulo recto. (Vergara, 2009)

Periné	<p>Las estructuras osteo-fibrosas que marcan los límites del periné son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sínfisis del pubis por delante ○ Rama inferior del pubis y rama isquiática antero lateralmente ○ Tuberosidades isquiáticas lateralmente ○ Ligamentos sacro-tuberosos postero-lateralmente ○ La parte más inferior del sacro y coxis por detrás <p>La línea transversa que une los extremos anteriores de las tuberosidades isquiáticas, divide el periné en dos triángulos. El triángulo anal yace por detrás de esta línea, el triángulo urogenital delante de esta línea.</p>
Músculo bulbocavernoso	Se origina en el tendón central delante del esfínter externo del ano, a cada lado de la línea media y de allí se dirigen hacia delante y hacia arriba, describiendo una curva de concavidad interna, rodeando la vagina, por debajo de los labios mayores y cubriendo las glándulas de Bartholino, cada uno oponiendo sus fibras a la del otro. En el otro extremo, se unen al cuerpo cavernoso y ligamento suspensorio del clítoris. Se conoce como constrictor de la vagina.
Músculo isquiocavernoso	Se origina en la tuberosidad isquiática dirigiéndose hacia arriba insertándose en la cara anterior de la sínfisis púbica, en la base del clítoris y rodeando el cuerpo cavernoso del mismo; también, envía fibras decusantes a la región de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando la mayor parte del esfínter externo de la misma. Comprime el cuerpo cavernoso del clítoris.
Músculo transverso superficial del periné	Se inicia en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose horizontalmente “en busca de la otra”, insertándose en el tendón central.



2. EPISIOTOMÍA:

Definición:

Consiste en la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto, con la finalidad de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vaginoperineales. Así mismo, se consigue abreviar la duración del período expulsivo, y reducir la compresión de la cabeza del feto pre-término durante el periodo expulsivo. (Vergara, 2009)

Indicaciones:

MATERNAS	
Inminencia de desgarro vulvo-vaginoperineal	Existen nulíparas que no la ameritarían y, por el contrario, en algunas multíparas es preciso realizarla. Un arco subpúbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino selectiva.
Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pre-Eclampsia-Eclampsia. ○ Hipertensión arterial. ○ Hipertensión endocraneana y patologías vasculares del S.N.C. ○ Hipertensión ocular. ○ Cardiopatías. ○ Neumopatías.
Parto Vaginal Instrumentado	Utilización de fórceps o espátulas.
FETALES	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Macrosomía ○ Feto con retardo del crecimiento intrauterino. ○ Sufrimiento fetal agudo, en el segundo período del parto ○ Presentación podálica. ○ Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas. ○ Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacra. 	

Contraindicaciones:

○ Relajación y flaccidez del piso pélvico.
○ Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.
○ Enfermedades granulomatosas activas.
○ Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.
○ Fístulas recto-perineales.
○ Antecedentes de perineoplastia.
○ Cáncer ano-rectal

Tipos:

Mediana	Inicia en la horquilla vulvar posterior y corta el rafemedio en dirección medial, extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo.
Medio lateral	Se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (derecha) en ángulo de 45° en relación con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano.
Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen.	

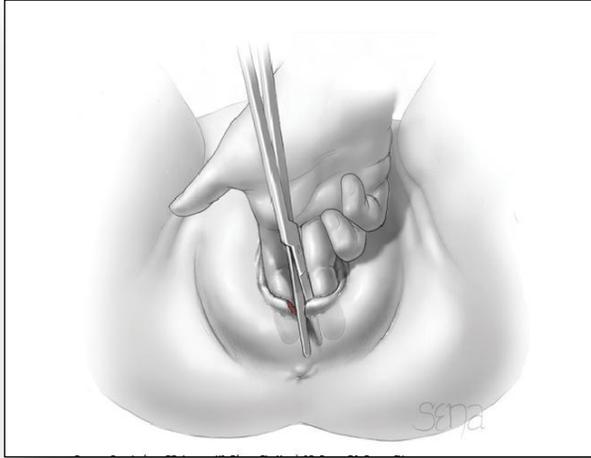
TABLA 1 CUADRO COMPARATIVO DE EPISIOTOMÍA MEDIA - MEDIOLATERAL

Característica	Tipo de episiotomía	
	Línea media	Mediolateral
La reparación quirúrgica	Fácil	Más difícil
Cicatrización defectuosa	Raro	Más común
El dolor postoperatorio	Mínimo	Común
Los resultados anatómicos	Excelente	Ocasionalmente defectuosa
La pérdida de sangre	Menos	Más
La dispareunia	Raro	Ocasional
Extensiones	Común	Poco común

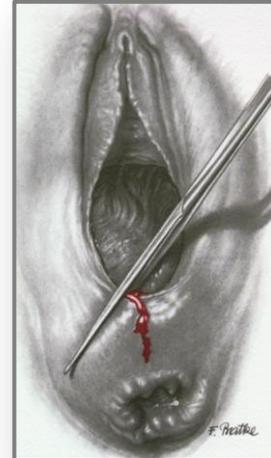
Aplicación y técnica:

1. Realizar **asepsia y antisepsia. Pedir colaboración a la paciente - relajación.**
2. Anestesia local infiltrativa, con **lidocaína simple al 1% 10 ml**, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal.
3. Realizar el corte un poco **antes de la contracción siguiente** de manera que las manos estén libres para ejecutar las otras maniobras destinadas a **proteger el periné** y el desprendimiento de la presentación fetal
4. Para realizar el corte con tijera recta sin lesionar al feto o estructuras adyacentes. **(Vergara, 2009)**

**EPISIOTOMÍA MEDIANA
DERECHA**



EPISIOTOMÍA MEDIA LATERAL



3. EPISIORRAFIA

Definición : Es la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto.

Aspectos importantes:

Realizarla una vez completado el alumbramiento y verificada la **estabilidad hemodinámica** de la paciente.

Tener siempre presente que una buena episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía.

Se recomienda la introducción de gases u otros materiales en vagina para producir hemostasia durante la realización de este procedimiento; la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos.

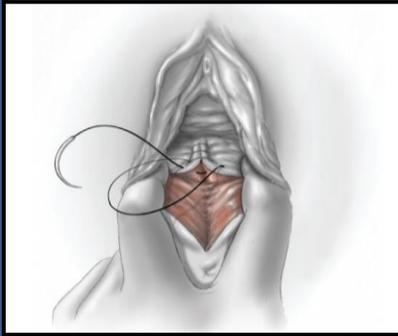
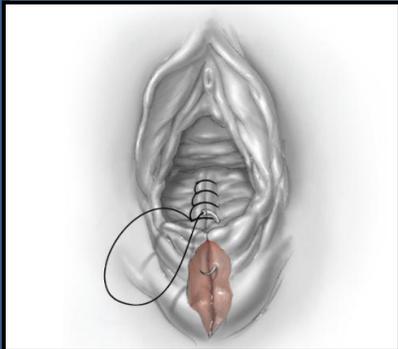
Se prefieren las suturas reabsorbibles (CATGUT – VICRYL).

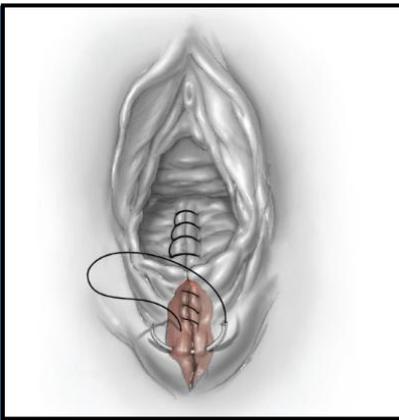
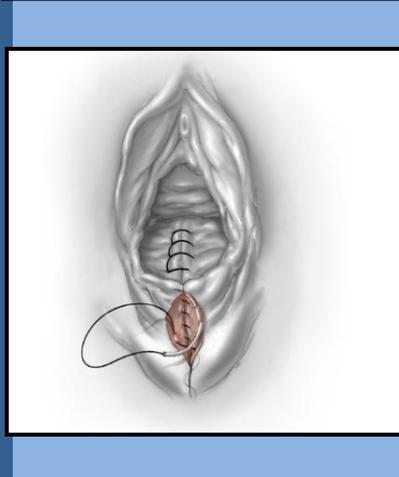
Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario y cumplir con los criterios de asepsia y antisepsia recomendados.

MATERIAL NECESARIO

MATERIAL NECESARIO		
Pinzas simples	SUTURAS	Piel: poliglactina 910 Vicryl 2/0 o 3/0 – Seda 2/0 o 3/0,
Tijera recta - Mayo		Músculos perineales: poliglactina 910Vicryl1/0 o 2/0 – catgut 0/0 o 1/0
Porta agujas corto		Esfínter anal: poliglactina 910Vicryl 2/0 convencional(end-to-end o overlap)
		Mucosa rectal: poliglactina 910Vicryl 3/0 convencional o PDS 3/0.

Técnica:

EPISIORRAFIA SIN PROLONGACIÓN	Mediana	<p>A nivel del extremo vaginal la línea de corte se extiende hasta unos 2 ó 3 cm por detrás de las carúnculas himeneales y el extremo perineal no se compromete más allá de la fascia del esfínter externo. En el plano medio, hacia el extremo vaginal, se alcanzan a notar las fibras más externas del transverso profundo y en la región de la cuña perineal, el tendón conjunto se expone nítidamente.</p>
	Medio lateral	<p>Los hallazgos en el extremo vaginal son iguales que para la mediana; Hacia el extremo perineal en razón de la orientación del corte, no debe observarse el esfínter, y los músculos de la cuña se exponen claramente.</p>
	Técnica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se inicia 1cm por detrás del vértice vaginal. PUNTO DE ANCLAJE. 2. Continuar con sutura continua y cruzada hasta inmediatamente por detrás de las carúnculas himeneales. 3. Teniendo en cuenta incluir en las puntadas iniciales a la submucosa y la porción comprometida del músculo transverso profundo. <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <ol style="list-style-type: none"> 4. Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de ellas de atrás hacia delante, fijándola con una puntada de mucosa a mucosa por delante de ellas. 5. Desde este punto hasta la horquilla vulvar posterior se lleva con sutura continua sin cruzar y se anuda.

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Se repara entonces la cuña perineal, iniciando en el tendón conjunto en el punto de conjunción del músculo bulbocavernoso. Parte profunda. 7. Con sutura continua sin cruzar se baja hasta el vértice perineal inferior.
		<ol style="list-style-type: none"> 8. Sin interrumpir se pasa a piel y en forma ascendente se afronta piel y celular subcutáneo finalizando al nivel de la fosa navicular donde se anuda para finalizar. 9. Se sutura la piel con puntos simples y separados.

Complicaciones:

<p>Complicaciones inmediatas</p>	<p>Desgarros y prolongaciones</p>	<p>La prolongación es el aumento de la extensión tanto en vértices como en la profundidad de la incisión siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros.</p>
	<p>Sangrado</p>	<p>Se presenta en caso de medio-laterales practicadas precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar con pinza curva - Kelly y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando la aparición de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento.</p>
	<p>Hematomas</p>	<p>Asociados casi siempre a las medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato.</p>
	<p>Dolor</p>	<p>Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes (a base de</p>

		glicerina) preferiblemente frías.
Complicaciones mediatas	Infección	Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes , su presentación es de una celulitis sintomática . Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales para decidir si es necesaria otra cirugía.
	Dehiscencia	Separación o apertura de los tejidos previamente unidos por sutura. En su mayor parte asociada a la infección de la herida.
	Granulomas	Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.
Complicaciones tardías	Fibrosis	De incidencia más frecuente con medio-laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada . Puede llegar a producir dispareunia.
	Fístulas	Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal , en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada , o por infección secundaria.

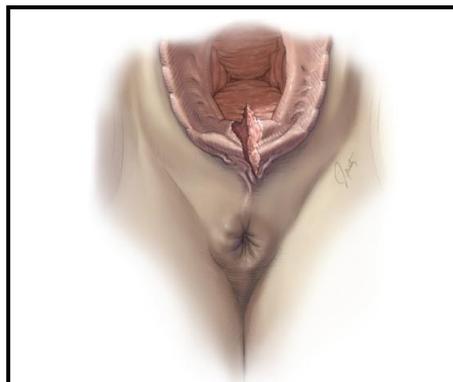
4. DESGARROS PERINEALES.

Clasificación:

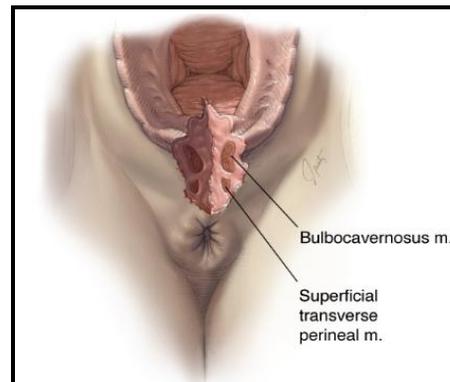
Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG.

PRIMER GRADO	Lesión de la piel perineal	
SEGUNDO GRADO	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal	
TERCER GRADO	Lesión del esfínter anal	3 a. Lesión del esfínter externo <50%
		3 b. Lesión del esfínter externo >50%
		3 c. Lesión del esfínter externo e interno
CUARTO GRADO	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal	

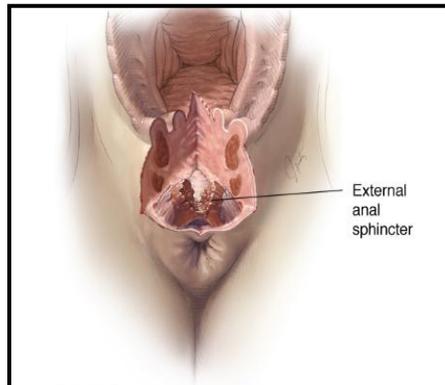
DESGARRO DE PRIMER GRADO



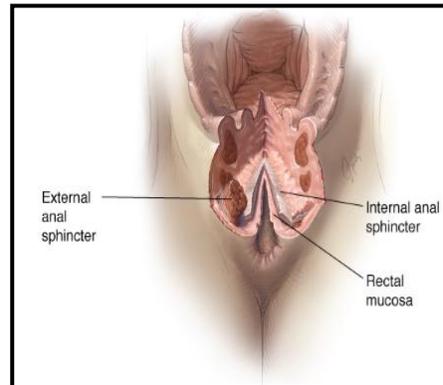
DESGARRO DE SEGUNDO GRADO



DESGARRO DE TERCER GRADO



DESGARRO DE CUARTO GRADO



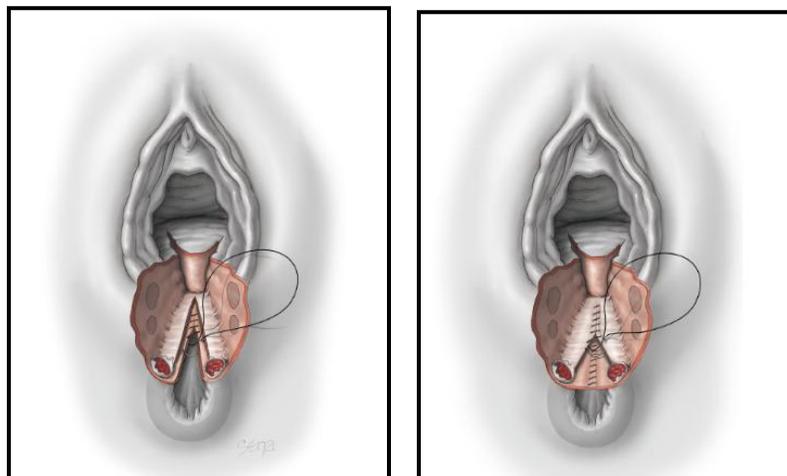
Reparación :

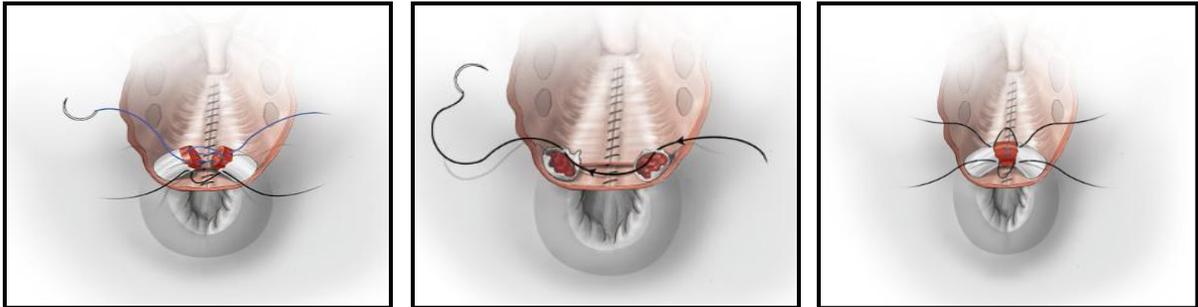
El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada.

PRIMER GRADO Y SEGUNDO GRADO	IMPORTANTE: buena iluminación y visualización del campo, anestesia adecuada, instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.	Sutura de mucosa vaginal	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. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.
		Sutura de músculos perineales	Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua que ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto. Si la lesión afecta al músculo elevador del ano los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad.
		Sutura de 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.

<p>TERCER GRADO</p> <p>Y</p> <p>CUARTO GRADO</p>	<p>La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar, un tacto rectal. Se consideran lesiones contaminadas, por lo que debe asegurarse un campo quirúrgico limpio y con medidas de asepsia adecuadas, realizando lavados si es necesario. Buena relajación y analgesia de la zona para poder suturar correctamente.</p>	Sutura de mucosa rectal	<p>Debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.</p>
		Sutura de esfínter	<p>Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción.</p> <p>Medidas generales: Preparación del campo y medidas de asepsia, analgesia adecuada y relajación, iluminación adecuada del campo, profilaxis antibiótica. Existen 2 técnicas:</p> <p>Término-terminal (endtoend) se aproxima los extremos desgarrados del esfínter anal externo y son suturados sin superposición del músculo.</p> <p>Superposición (overlap) se unen los extremos desgarrados del esfínter anal externo y se suturan mediante la superposición del extremo del músculo sobre el otro de forma cruzada (Fernando, 2006).</p>
		Sutura de músculos perineales	<p>Como se indicó anteriormente.</p>
		Sutura de piel	<p>Como se indicó anteriormente.</p>

REPARACIÓN DE DESGARROS DE CUARTO GRADO





Manejo hospitalario:

Se recomienda el uso de tratamiento antibiótico profiláctico para disminuir el riesgo de infección y dehiscencia de la herida:

	Elección	Alergia a la penicilina
TERCER GRADO	CEFALOSPORINA de 2 ^a o 3 ^a gen IV o IM (Dosis única)	GENTAMICINA* 240mg IV + METRONIDAZOL 500mg IV (Dosis única)
CUARTO GRADO	CEFUROXIMA 250mg/12h + METRONIDAZOL 500mg/8h (durante 10 días)	GENTAMICINA* 240mg/24h IV + METRONIDAZOL 500mg/8h (durante 10 días)
* (Adaptar a 3-5 mg/Kg en caso de IMC extremos)		
Fuente: (López, 2010)		

BIBLIOGRAFÍA:

PARTO NORMAL

1. A., P. (2011). *Obstetricia*. Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.
2. Cunningham. (2011). *Williams Obstetricia*. Buenos Aires: Mc Graw-Hill.
3. Osteba. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Atención de Parto Normal*. Madrid: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
4. Ruiz, A. (2009). Atención del Parto en Vértice. *Taller de Simulación Clínica facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 68-79.

EPISIOTOMÍA-EPISIORRAFIA

1. Carroli, G. (2007). Episiotomy for vaginal birth. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*.
2. Cunningham, G. (2011). *Williams Obstetricia*. Mc Graw-Hill.
3. Fernando, R. (2006). Métodos para la reparación de lesiones obstétricas del esfínter anal. *Cochrane*.
4. González, J. A. (2010). Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada. *Instituto mexicano de seguridad social*.
5. López, M. (2010). Lesiones Perineales de Origen Obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. *Clínica Barcelona Hospital Universitario*, 1-8.
6. Moore, K. (2007). *Anatomía con orientación clínica*. Panamericana.
7. Scott, J. (2005). Episiotomía y traumatismo vaginal. *Clínicas obstétricas y ginecológicas de norteamérica*.
8. Sesmero, J. R. (n.d.). Episiotomía criterio obstétrico actual. *Protocolo de atención de embarazo y puerperio*, 97 - 100.
9. Vergara, G. (2009). Episiotomía - Episiorrafia. *E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo C*, 1-18.
10. Vidal, C. Z. (2008). Gineco obstetricia. *Guía de práctica clínica de médicos quirúrgicos*



Esta versión impresa, ha sido licenciada bajo las licencias Creative Commons Ecuador 3.0 de Reconocimiento -No comercial- Sin obras derivadas; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales ni se realicen obras derivadas. <http://www.creativecommons.org/licences/by-nc-nd/3.0/ec/>