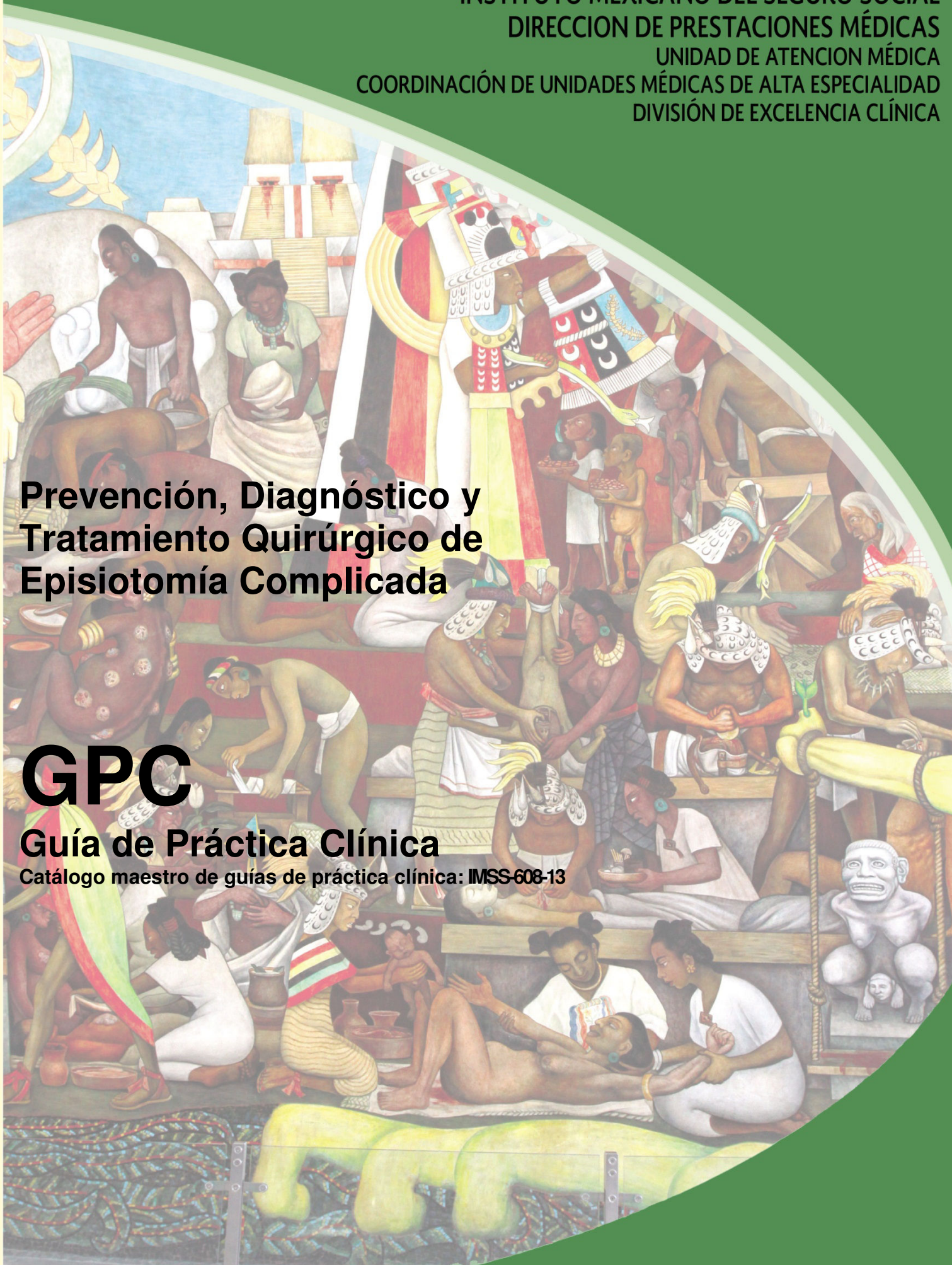


Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Episiotomía Complicada

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-608-13



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10 O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica, herida quirúrgica de cesárea, reparación perineal, infectada, consecutiva al parto
O90.1 Dehiscencia de sutura obstétrica perineal

GPC

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Episiotomía: Incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura (Carroli, 2008).

Episiotomía complicada: Es la presencia de complicaciones de una episiotomía siendo las más frecuentes: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia (Parant, 2000).

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son:

- Episiotomía rutinaria
- Nuliparidad
- Inducción del Trabajo de parto
- Trauma perineal
 - Período expulsivo prolongado
 - Distocia de hombros
 - Parto instrumentado (Fórceps)
 - Feto mayor de 4000 gramos
 - Variedad de posición Occipitoposterior persistente
- Episiotomía media
- Infecciones genitales previas
- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
- Desgarros cervicales, de vagina y perineales.

El uso restrictivo o selectivo de la episiotomía es recomendable para disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un lapso de 7 días.

Cuando la episiotomía esta indicada, la técnica medio lateral es recomendable, ya que se encuentra menos relacionada a desgarros del esfínter anal y rectal sugiriendo que el corte de la episiotomía sea en un ángulo de 45° a 60° respecto a línea media para evitar lesión del esfínter.

La higiene de rutina en la atención del trabajo de parto, incluye higiene de manos y guantes desechables, limpieza de la región perineal con agua y jabón quirúrgico.

La aplicación de antibióticos con fines profilácticos en pacientes con factores de riesgo de infección, deben ser administrados dentro de los 60 minutos antes de la atención obstétrica.

El trauma perineal es una causa de hemorragia obstétrica, por lo cual debe verificarse la presencia de sangrado por desgarros en forma oportuna para ofrecer una hemostasia y reparación.

CRIERIOS DE EPISIOTOMIA

La indicación precisa para la realización de la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal y es de polémica los beneficios sobre los trastornos de la estática pélvica, facilitando abreviar la expulsión fetal y maniobras obstétricas.

Se describen dos tipos de indicaciones:

- Necesarias
- Profilácticas

Dependen fundamentalmente de la textura, de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal, y variedades, presentación y presencia o no de partos precipitados o abruptos.

La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.

COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMIA

Las complicaciones inmediatas de una episiotomía más frecuentes son:

- Hemorragia
- Desgarros
- Hematoma
- Edema
- Infección
- Dehiscencia.

Las complicaciones tardías son:

- Dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia)
- Procesos adherenciales vaginales o bridas
- Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía
- Quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor.
- Fístulas recto vaginales.

En casos de pérdidas que superan los 500 ml, en primer lugar deben descartarse desgarros cervicales y/o vaginales y luego utilizar oxitócicos inyectables.

DIAGNOSTICO

Son datos de sospecha de infección de episiotomía la presencia de:

- Dolor en sitio de episiotomía
- Secreción purulenta
- Edema
- Fiebre

En presencia de dolor, fiebre o hemorragia en la paciente en puerperio, realizar una exploración física dirigida con sospecha de infección localizada en la episiotomía.

El diagnóstico se debe sustentar en la historia clínica obstétrica y de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente. Posterior al término del periodo expulsivo todas las pacientes deben ser sometidas a exploración minuciosa con la intención de corroborar integridad del piso pélvico o lesiones del mismo.

En partos traumáticos se debe realizar en forma sistematizada la exploración del canal del parto incluyendo exámen rectal.

Diagnóstico de Desgarro

El diagnóstico de los desgarros se hace por inspección directa del canal de parto.

Debe pensarse en la posibilidad de desgarro cuando se haya presentado un parto difícil, aplicación de fórceps, o ante la realización de una episiotomía media bien cuando después del parto se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante aunque sea en cantidad escasa.

Con fines de estandarizar el diagnóstico y tratamiento de los desgarros perineales se considera utilizar la Clasificación de Sultan el cual integra cuatro grados de desgarro (Anexo 5.3 Cuadro I).

En pacientes con desgarros perineales postparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal.

Diagnóstico de hematoma

Los pacientes con signos persistentes de pérdida de volumen a pesar de la reposición con fluidos, o con hematomas en aumento requieren incisión del hematoma y evacuación del coágulo.

El área comprometida debe ser irrigada y deben ligarse los vasos sanguíneos.

Se sospechará hematoma puerperal ante la presencia de:

Dolor, tumefacción vulvar, o edema e induración, tenesmo,

En casos graves cambios en los signos vitales por pérdida de sangrado.

Diagnóstico de dehiscencia

La dehiscencia se define como la apertura espontánea de una herida quirúrgica.

Ante la referencias de apertura de la herida de episiotomía se debe sospechar dehiscencia de episiotomía.

TRATAMIENTO

Infección

Los microorganismos más frecuentes en el tracto genitourinario que causan morbilidad postparto como fiebre, endometritis, infección de la episiotomía con o sin desgarro vaginal es flora mixta aerobia y anaerobia con un predominio de microorganismos gram negativos como Enterococos, los Estreptococos del grupo B, los Estafilococos, los bacilos gramnegativos y los Anaerobios, Gardnerella vaginalis, Staphylococcus aureus y bacterias Anaerobias del cuello uterino.

Dentro de los fármacos útiles en episiotomía infectada se encuentran:

- Eritromicina
- Cefalosporinas de segunda generación (cefuroxima)
- Cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidina)
- Clindamicina
- Metronidazol en casos de contaminación con materia fecal.

Las cefalosporinas de primera y tercera generación son de primera elección por su acción de amplio espectro y mínimo riesgo de reacción alérgica en procedimientos obstétricos.

En caso de alergias a cefalosporinas utilizar la clindamicina o eritromicina.

En pacientes con desgarros perineales postparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal.

Cualquier absceso debe ser drenado y tratado posteriormente con cuidados locales.

Desgarro

Cuando la lesión se puede identificar, se debe reparar con puntos separados o suturas interrumpidas

El desgarro de primer grado sin sangrado y bordes afrontados usualmente no necesita sutura, en cambio los de 2º a 4º es necesaria su reparación quirúrgica.

Se sugiere la técnica de sutura continua en los desgarros de Segundo grado, comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal, ya que estas últimas se asocian con más dolor hasta 10 días postparto.

En desgarros con lesión del esfínter anal externo, existen dos técnicas quirúrgicas en su reparación:

- termino-terminal (aproximación)
- reparación con superposición

Con puntos de sutura separadas o interrumpidas.

La técnica de reparación con superposición en los desgarros del esfínter anal esta recomendada con fines de reducir a largo plazo incontinencia anal y urgencia fecal.

Los desgarros de cuarto grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal.

Estando recomendado el uso de metronidazol.

En la sutura del músculo con daño, se puede utilizar polidioxanone o sutura de poliglactina siendo adecuado a de 3 ceros o 2 ceros.

El uso de laxantes postoperatorio es recomendable con fines de reducir la presencia de dehiscencia de herida.

Hematoma

En el caso de hematomas simples, se pueden manejar en forma expectante y estrecha aunada a tratamiento antiinflamatorio.

En un metanálisis de ECA sobre el beneficio del uso local de frio (hielo) en el trauma perineal postparto se observó mejoría del dolor en 24 a 72 hrs postparto, no así para hematoma y edema.

La aplicación del frio local con hielo esta indicado para el control del dolor en pacientes con trauma perineal postparto.

Dehiscencia

En los casos de abscesos o dehiscencia de la herida se deberá:

- Abrir la herida completamente, mediante el retiro de las suturas quirúrgicas.
- Descartar posible fascitis.
- Desbridamiento.
- Limpieza de la herida al menos 2 veces al día.
- Antibioticoterapia.
- Resutura cuando la herida ya esté libre de infección, celulitis y exudado y cubierta por tejido de granulación.

Se debe realizar una inspección de la dehiscencia, en búsqueda de infección o de comunicación vaginal a vejiga y recto.

En los casos de abscesos recidivantes realizar cultivos de herida.

CRITERIOS DE REFERENCIA

De primer a segundo

En pacientes con episiotomía complicada se debe de referir a un centro especializado en Ginecobstetricia previo taponamiento vaginal con gasas, para la reparación del mismo.

CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I. CLASIFICACIÓN DE DESGARROS PERINEALES POR SULTAN

Grado I:	Solo daño en piel
Grado II:	Daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal
Grado III:	Daño a músculos perineales, involucrando al esfínter anal. 3 a. lesión con afectación < 50 % del esfínter anal 3 b. lesión con afectación > 50 % del esfínter anal 3 c. Desgarro con afectación del esfínter anal interno
Grado IV:	Daño al perineo involucrado el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

Fuente: Sultan AH, Editorial: obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999;5:178-80.

ALGORITMOS DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EPISIOTOMÍA COMPLICADA

