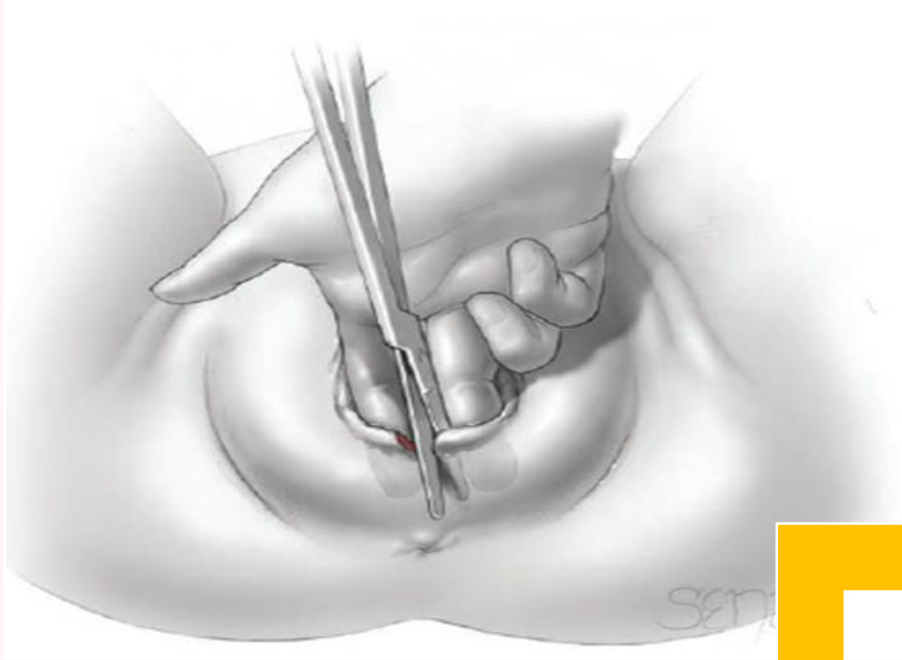


The background features abstract, organic shapes in shades of orange, teal, and black. The orange shapes are the most prominent, appearing as soft, overlapping blobs. Teal shapes are scattered throughout, some as small, rounded forms and others as larger, more elongated shapes. Black shapes, including small dots and larger, irregular blotches, are also present, adding contrast and texture to the design.

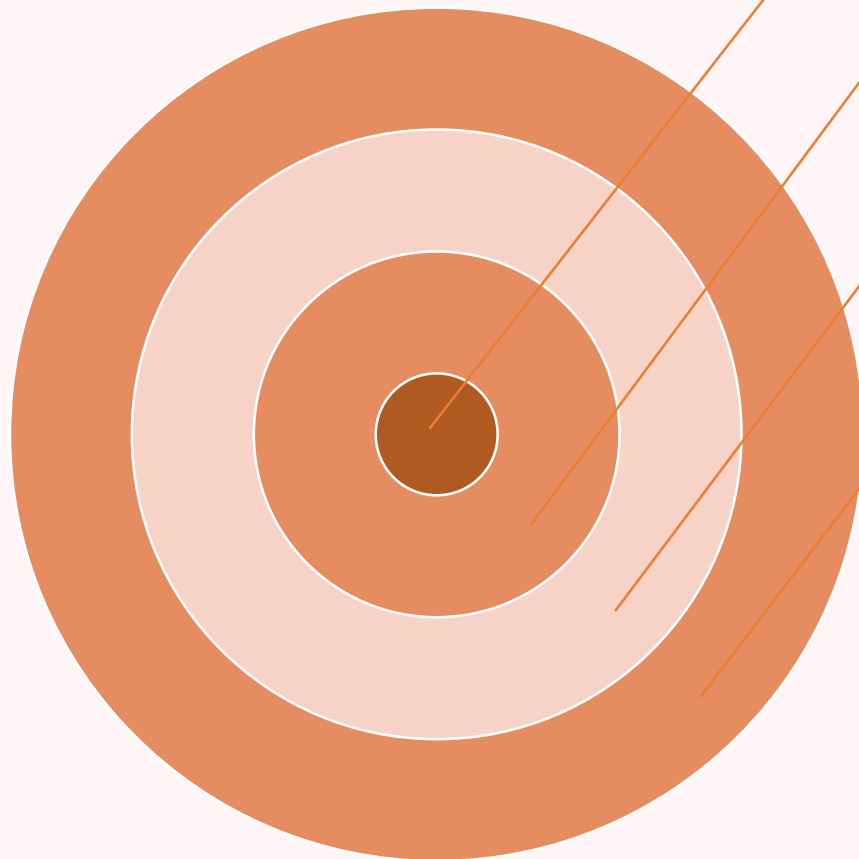
Episiotomía

KAREN YURENNI MARTÍNEZ SÁNCHEZ



- es la incisión de las partes pudendas.
- La incisión se puede efectuar en la línea media, tras crear una episiotomía media
- línea media y luego dirigirse en sentido lateral y hacia abajo alejándose del recto → episiotomía media lateral.

Indicaciones y consecuencias de la episiotomía

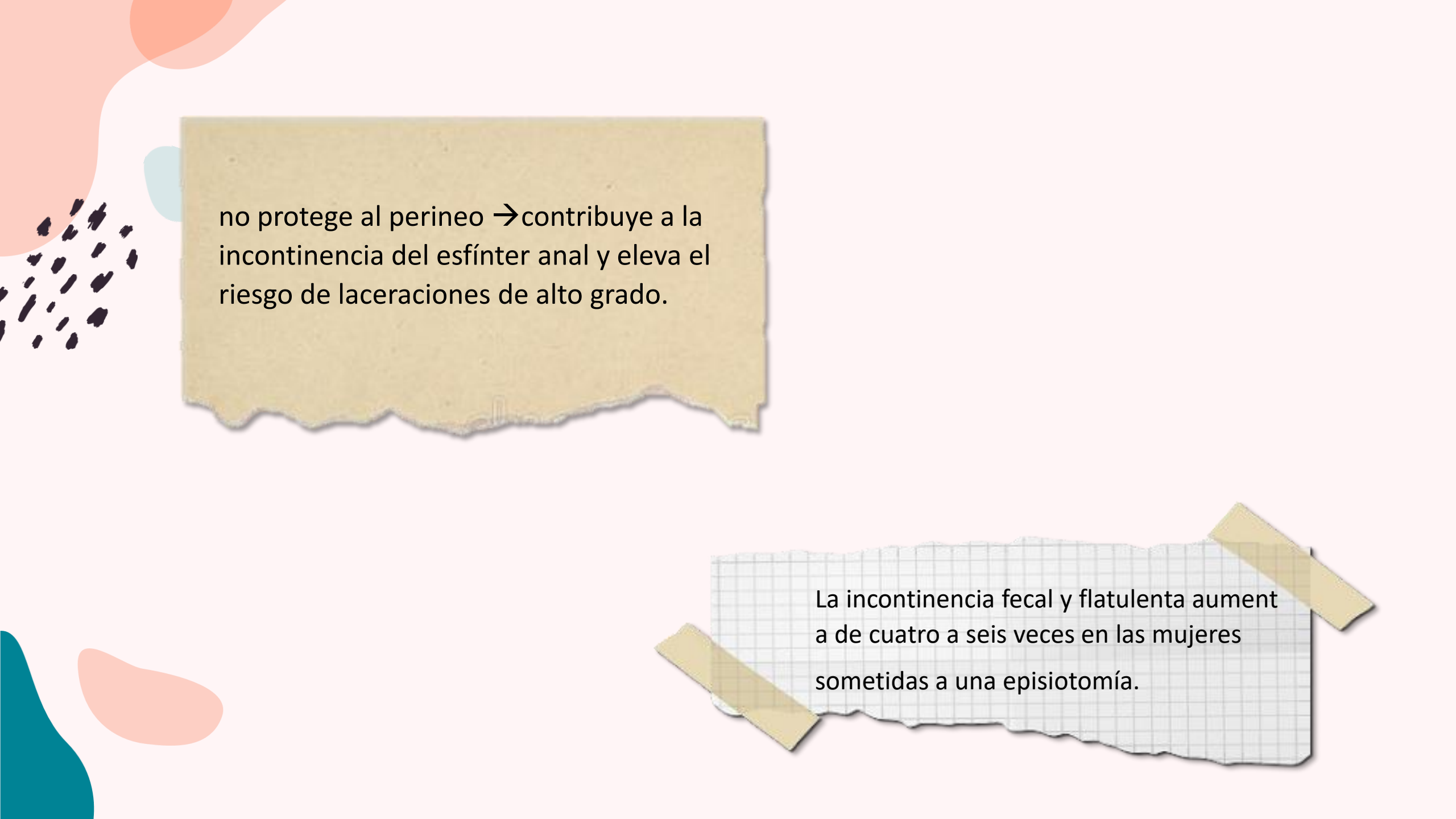


Procedimiento + usado

Disminuido en 30 años

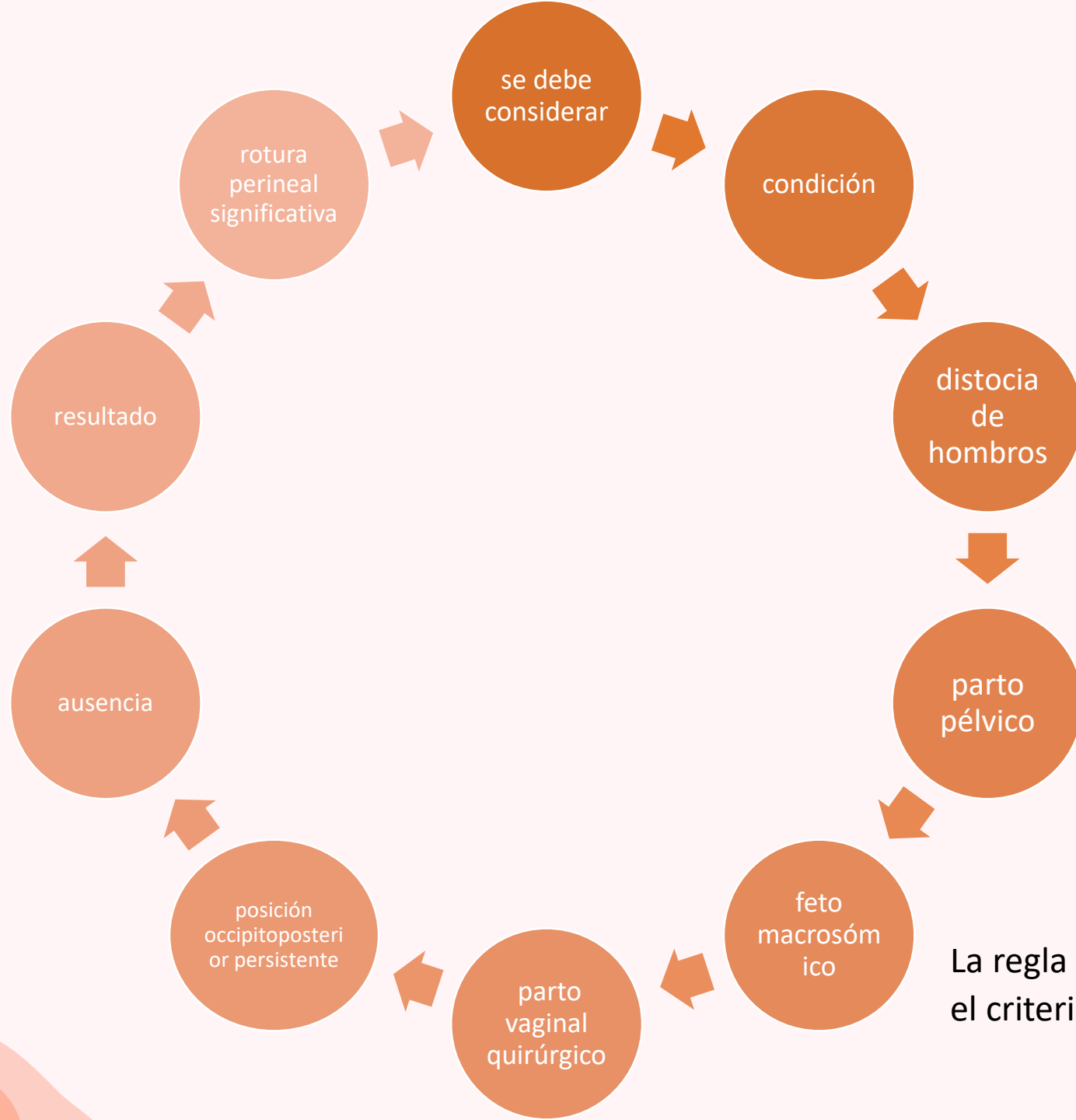
Sustituir laceración → incisión recta

Alteraciones del piso pélvico



no protege al perineo → contribuye a la incontinencia del esfínter anal y eleva el riesgo de laceraciones de alto grado.

La incontinencia fecal y flatulenta aumenta de cuatro a seis veces en las mujeres sometidas a una episiotomía.



La regla final es que no existe sustituto para el criterio quirúrgico y el sentido común.



Antes se debe
asegurar
analgesia



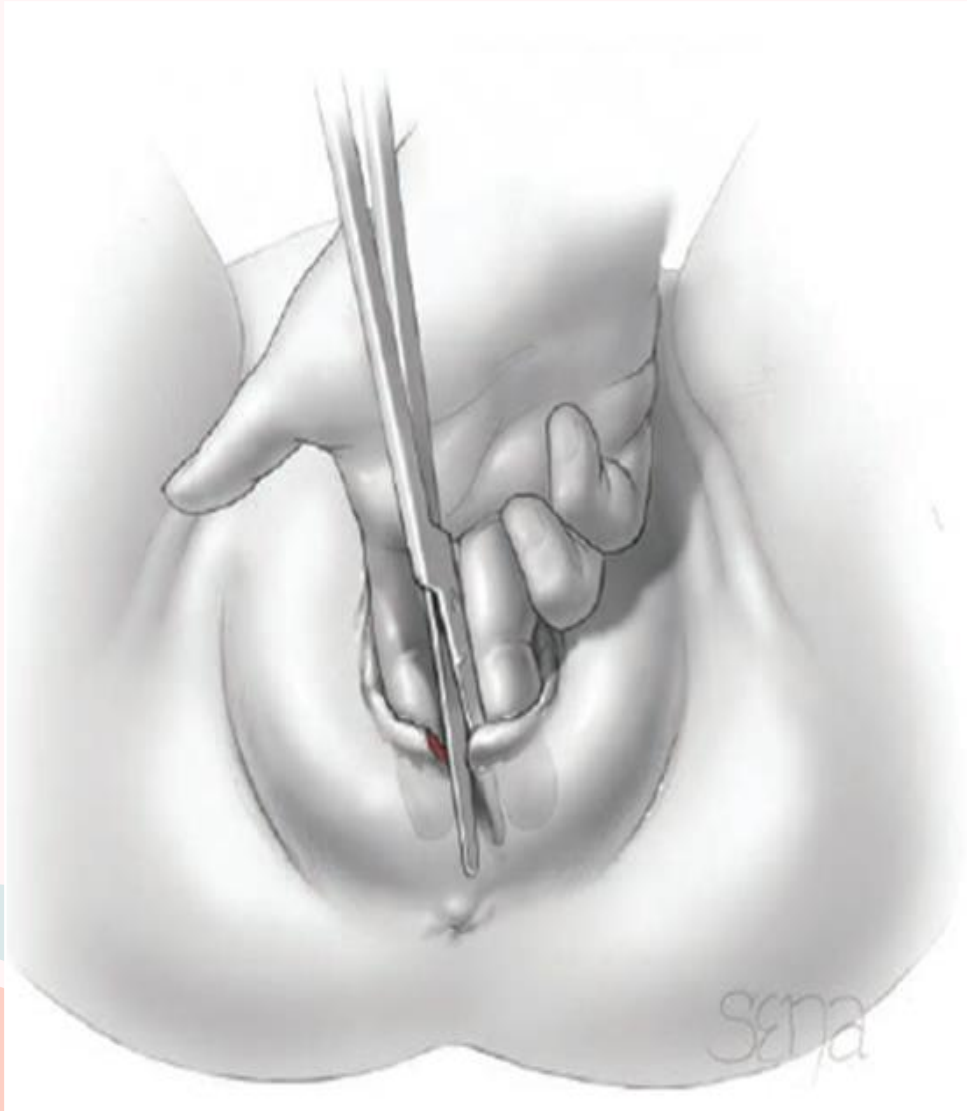
analgesia
epidural previa
para el trabajo de p
arto



un bloqueo bilateral del n
ervio pudiendo o la infiltra
ción de xilocaína al 1%.

muchas veces → hemorragia considerable du
rante el intervalo entre la incisión y el parto.

la cabeza es visible durante una contracción hasta
un diámetro aproximado de 4 cm, esto es, durante
el coronamiento.



episiotomía media

los dedos se introducen entre la cabeza coronada y el perineo.



tijera se coloca a las 6:00 del reloj en el introito vaginal y se dirige hacia atrás.

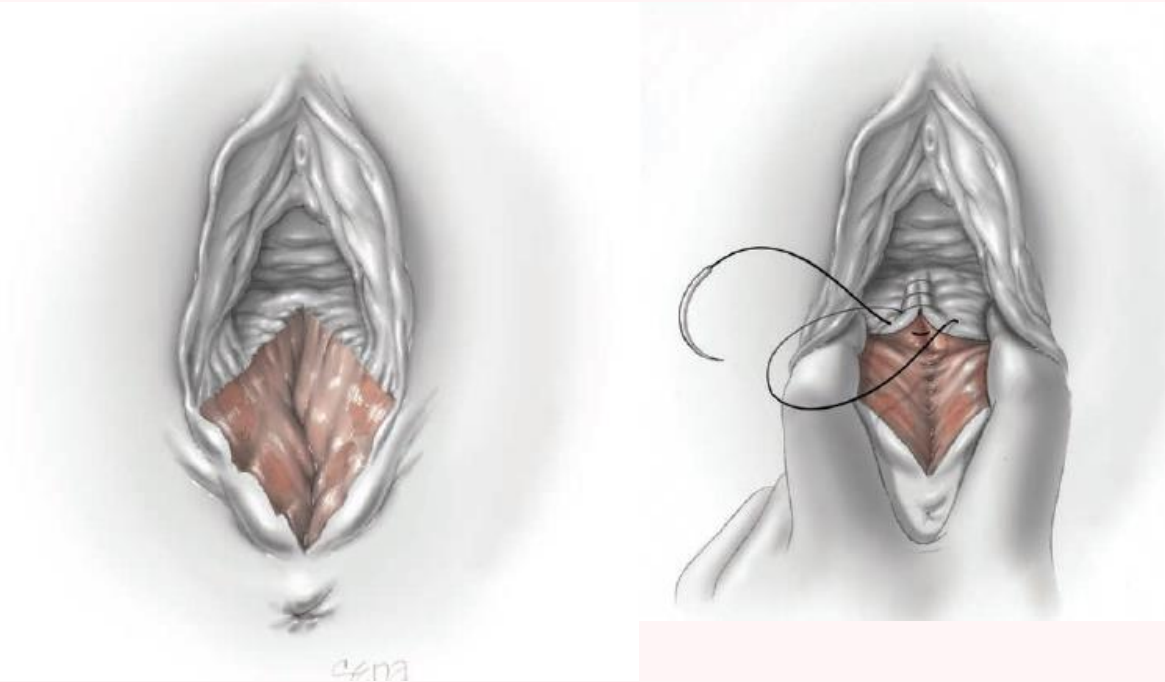


se secciona en dirección vertical hacia a bajo.

CUADRO 27-2. Episiotomía media respecto de la mediolateral

Característica	Tipo de episiotomía	
	Media	Mediolateral
Reparación quirúrgica	Sencilla	Más difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Más frecuente
Dolor posoperatorio	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelentes	En ocasiones defectuosa
Hemorragia	Menor	Mayor
Dispareunia	Rara	Poco frecuente
Extensión	Frecuente	Poco frecuente

Reparación de la episiotomía o laceración perineal



la reparación

difiere hasta después de
la expulsión de la
placenta.

posibilita concentrarse
de manera exclusiva en
los signos de separación
y alumbramiento
placentario.

Desventaja

hemorragia continua
hasta concluir la
reparación.

es necesario conocer el
soporte y la anatomía del
perineo.

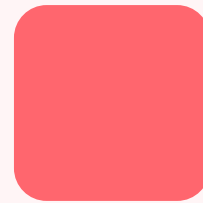
analgésia epidural
muchas veces es
necesario administrar
dosis adicionales.



dolor posoperatorio es similar al aplicar puntos continuos o separados y el dolor es menor con el surgete continuo.



Mornar y Perlow



agujas romas que reducen la frecuencia de lesiones por punción.



El material de sutura más utilizado es el catgut crómico 2-0.

Ventaja de los materiales sintéticos

menor dolor posquirúrgico

obliga a retirar los puntos por dolor o por dispareunia.

La reparación de la episiotomía mediolateral

es similar a la de la episiotomía media.



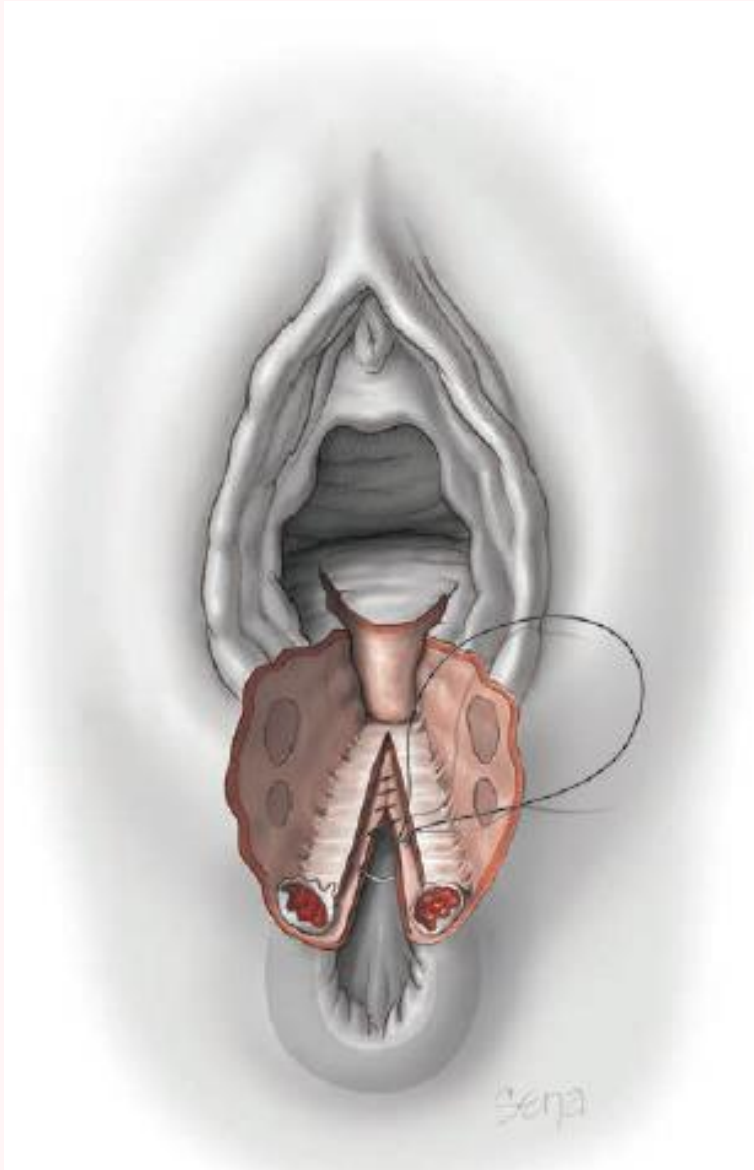
FIGURA 27-18. Reparación de la episiotomía media lateral. Se muestra la mucosa vaginal ya cerrada con material absorbible 2-0 con puntos de surgete anclado de manera similar al que se utiliza para reparar la episiotomía media. Como se muestra, la reapproximación perineal empieza al reunir los músculos bulbocavernoso y transverso perineal. Esto ayuda al soporte del cuerpo perineal. Distal a estos músculos, la grasa de la fosa isquiorrectal se incorpora en la misma sutura. Algunas veces es necesario colocar puntos encima para cerrar el espacio muerto. La piel se cierra con puntos subcutáneos al igual que la episiotomía media.

Reparación de una laceración de cuarto grado

Existen dos métodos para reparar una laceración que abarca el esfínter anal y la mucosa rectal.

El primero es la técnica término-terminal, la preferida de los autores, y la segunda es la técnica superpuesta.

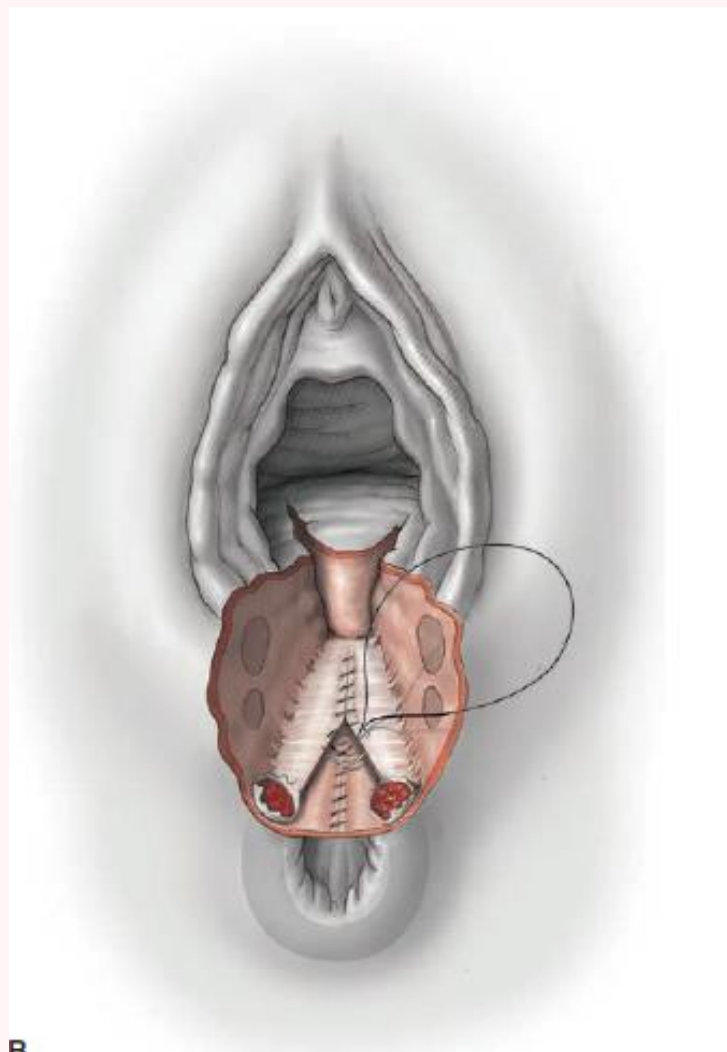
técnica término-terminal.



Aproximación de la mucosa anorrectal y la submucosa con surgete continuo con puntos separados con material absorbible fino como crómico o Vicryl de 3-0 o 4-0.

Durante la sutura se identifica la extensión superior de la laceración anal anterior y los puntos se colocan a través de la submucosa de la región anorrectal aproximadamente a 0.5 cm hasta el margen anal

técnica término-terminal.



Se coloca una segunda capa a través de la muscular rectal con Vicryl 3-0 en surgete continuo o puntos separados.

Esta “capa reforzadora” debe incorporar los extremos rotos del esfínter interno, que se identifica como el engrosamiento de la capa muscular lisa circular en los 2 a 3 cm distales del conducto anal.

Se observa como una estructura fibrosa de color blanco brillante entre la submucosa del conducto anal y las fibras del esfínter externo.

En muchos casos, el esfínter interno se retrae hacia un lado y se debe buscar y extraer para repararlo.

para la aproximación término-terminal regular del EAS se colocan puntos a través del músculo de este



entre cuatro y seis puntos simples y separados con Vicryl 2-0 o 3-0 a las 3, 6, 9 y 12 del reloj a través de la cápsula de tejido conjuntivo del esfínter.

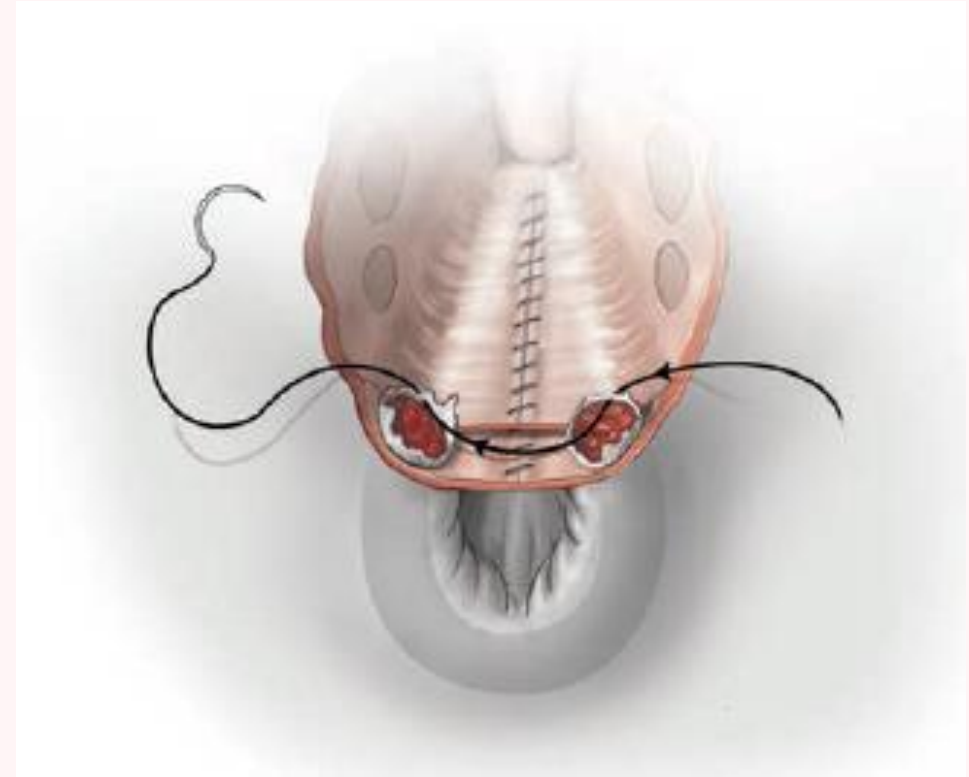
Primero se colocan los puntos a través de las porciones inferior y posterior del esfínter como parte de la reparación.

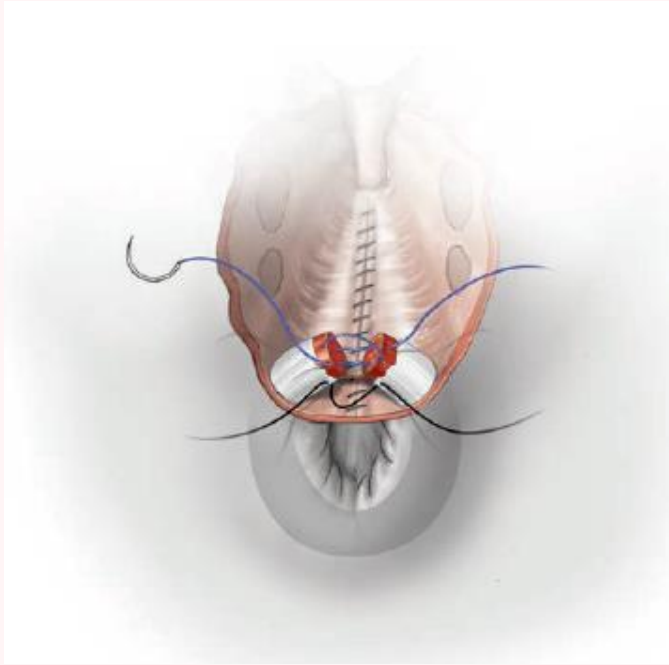


Para empezar esta parte del cierre, se identifican los extremos lacerados del músculo estriado del EAS y la cápsula y se toman con pinzas de Allis

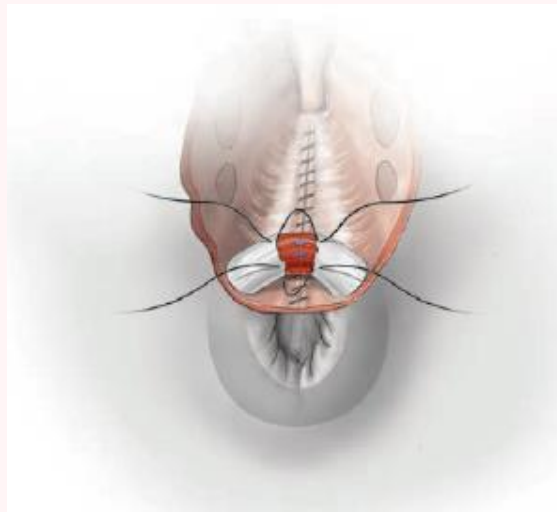


La sutura se coloca a través de la pared posterior de la cápsula del EAS





Puntos a través del EAS (puntos azules) y pared de la cápsula inferior



Suturas para aproximar las paredes anterior y superior de la cápsula del EAS.

Dolor despues de la episiotomia

01.

El bloqueo de los nervios

02.

dolor perineal posoperatorio

03.

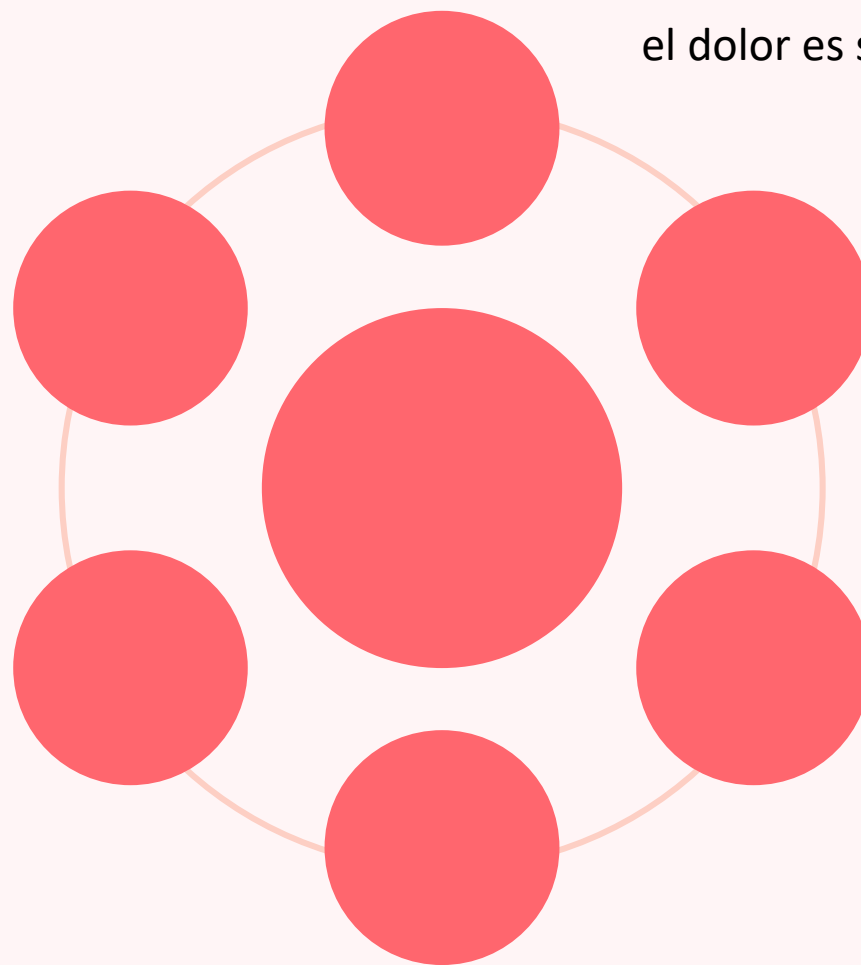
Aplic. local de hielo reduce la inflamación y la molestia.

04.

Los analgésicos como la codeína ofrecieron buen alivio.

se recomienda evitar el coito hasta después de la primera consulta puerperal a las cuatro o seis semanas.

En las pacientes que han sufrido laceraciones de segundo grado o mayor



el dolor es signo

hematoma grande vulvar, paravaginal o en la fosa isquiorrectal o bien de celulitis perineal

se deben examinar si hay dolor persistente o intenso.

la recuperación de la episiotomía se complica en ocasiones con retención urinaria.

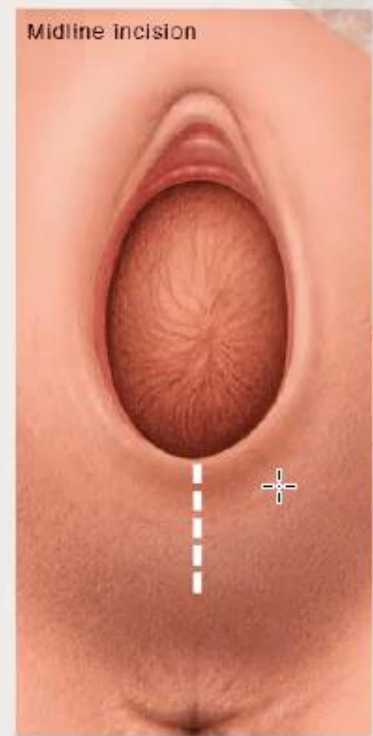
Tipos de episiotomía

a) Según el tipo de técnica quirúrgica utilizado

MEDIANA:

La incisión mediana se inicia en la horquilla vulvar posterior y en dirección medial, se corta el rafé medio extendiéndose normalmente hasta antes de las fibras más externas del esfínter del ano.

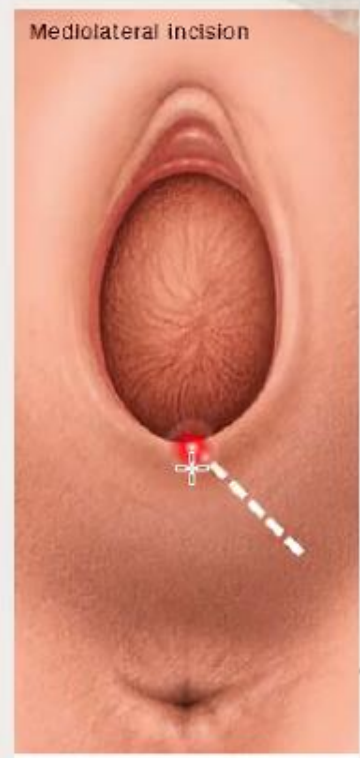
La longitud de la incisión varía de 2 a 3 cm.



Tipos de episiotomía

MEDIOLATERAL O DIAGONAL

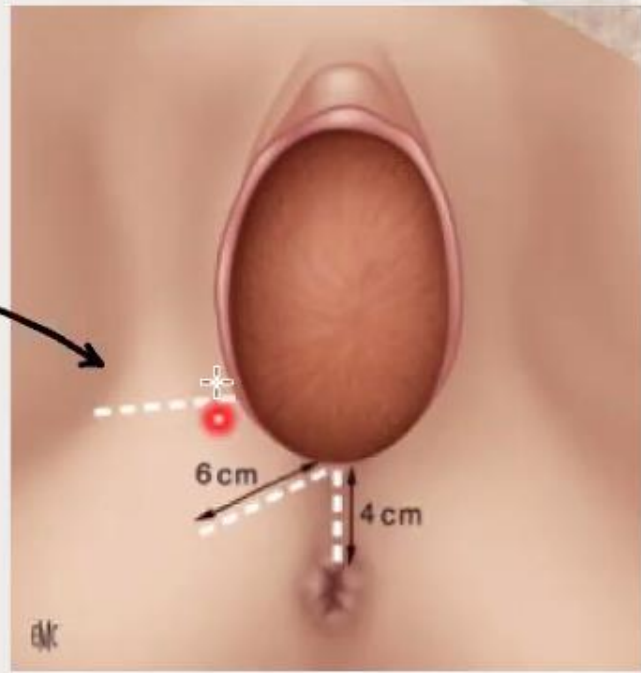
La medio-lateral, se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (a la derecha o a la izquierda, de acuerdo a la destreza del operador), en ángulo de 45° en relación con el rafé medio del periné.



Tipos de episiotomía

LA EPISIOTOMIA LATERAL

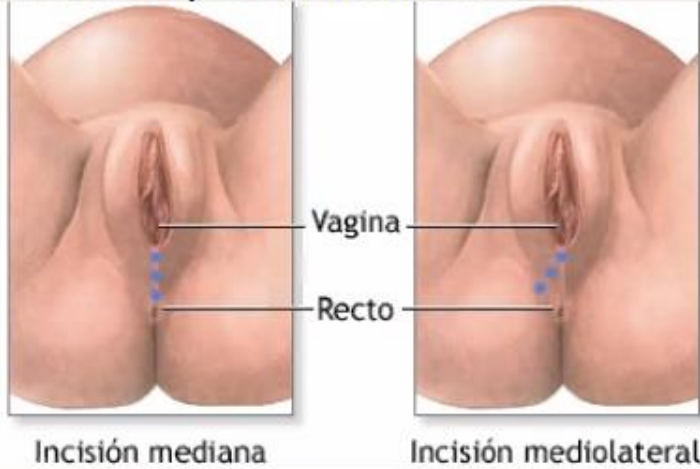
Comienza en el punto 1 a 2 cm del lateral de la línea media. También está en ángulo hacia la tuberosidad isquiática derecha o izquierda.



Riesgos y beneficios

La episiotomía **mediolateral** puede estar asociada con un mayor riesgo de dolor perineal y dispareunia.
Requieren menos tiempo y sutura para la reparación.

La episiotomía de la **línea media** está asociada con un mayor riesgo de lesión del recto y el esfínter anal en comparación con la episiotomía mediolateral.





9 / 16



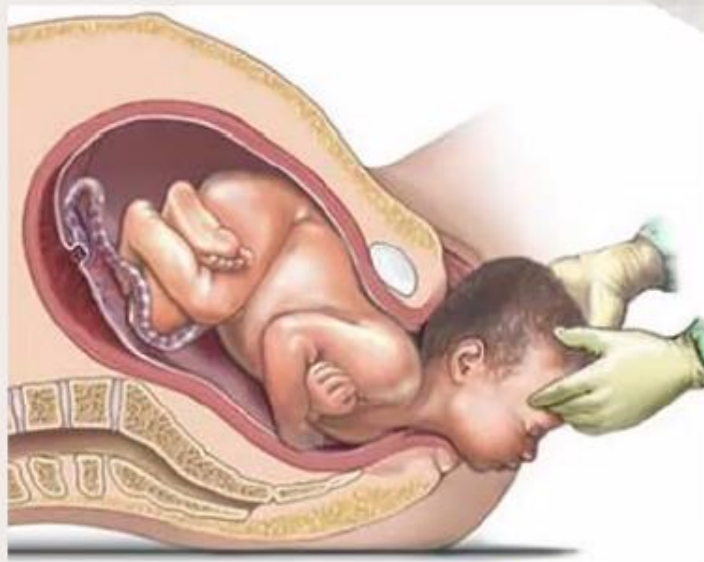
48,6%



Neonato

Se consideraba que disminuía:

- 1 La incidencia de asfixia
- 2 Trauma craneal
- 3 Hemorragia cerebral
- 4 Retardo mental
- 5 Distocias de hombros.



Indicaciones

La episiotomía puede considerarse para indicaciones como:

- Distocia de hombros
- Parto de nalgas
- Macrosomía fetal
- Parto vaginal operatorio
- Posiciones OP persistentes
- Longitud perineal marcadamente corta



Episiorrafia

Las reparaciones perineales son diferidas hasta que la placenta ha sido expulsada.

ANALGESIA:

Lidocaína inyectada localmente ya sea sola o como suplemento del bloqueo del nervio pudiendo bilateral.

En las pacientes con analgesia epidural, puede ser necesaria una dosificación adicional.

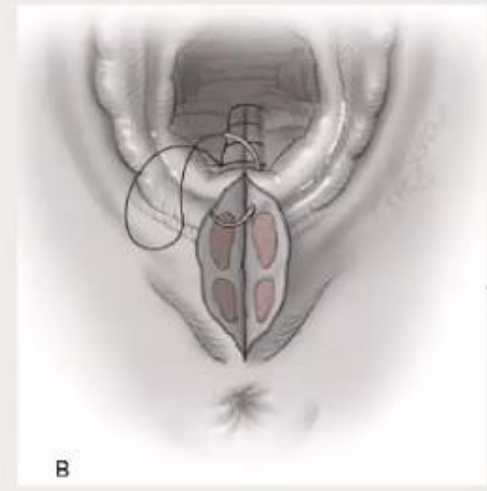
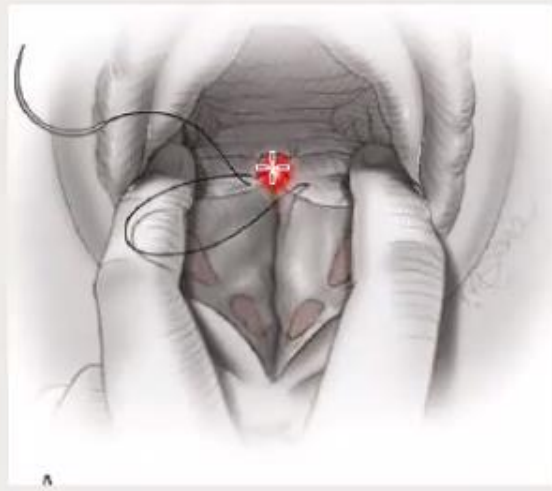


Episiorrafia

EPISIOTOMIA DE LÍNEA MEDIA:

Se coloca una puntada de anclaje sobre el vértice de la herida para comenzar un cierre de carrera y bloqueo con sutura 2-0 para cerrar el **epitelio vaginal** y los **tejidos más profundos** y volver a aproximar el anillo himenal.

Un punto de transición dirige la sutura de la vagina al perineo

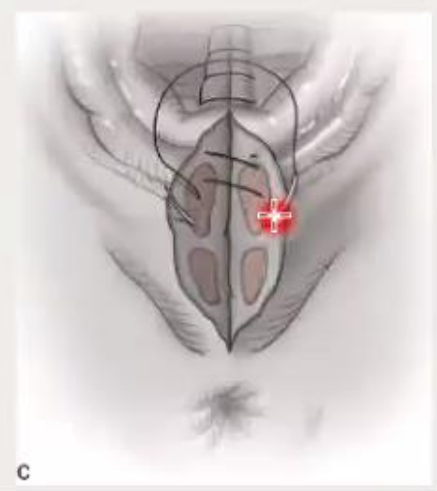


Episiorrafia

EPISIOTOMIA DE LÍNEA MEDIA:

Los **músculos perineales transversales y bulboesponjosos superficiales** se vuelven a aproximar utilizando una técnica continua, sin bloqueo, con la misma longitud de sutura. Esto ayuda a la restauración del cuerpo perineal para un soporte a largo plazo.

La sutura continua se lleva hacia arriba como una sutura subcuticular. El nudo final se ata cerca del anillo himenay



Episiorrafia

EPISIOTOMIA DE MEDIO LATERAL:

El epitelio vaginal y los tejidos más profundos se cierran con una sutura única de bloqueo continua.

Después que el componente vaginal de la laceración se repara, los tejidos perineales más profundos se vuelven a aproximar mediante una sutura única, continua y sin bloqueo

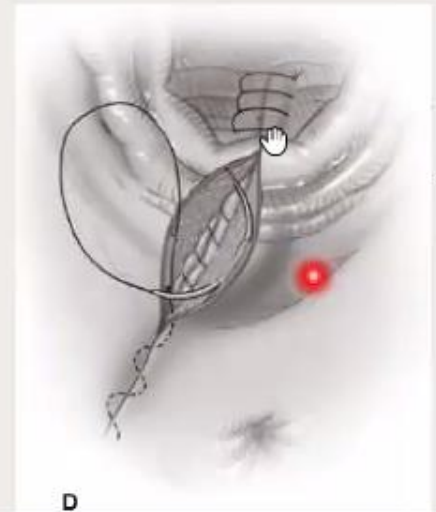
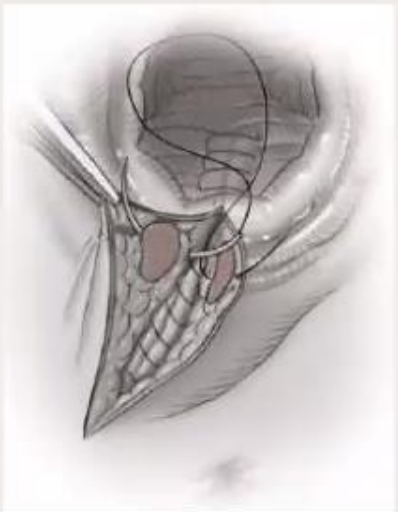


Episiorrafia

EPISIOTOMIA DE MEDIO LATERAL:

Los músculos perineales transversales superficiales y bulboesponjosos se vuelven a aproximar con una técnica similar, continua y sin bloqueo.

Por último, la piel perineal se cierra con una sutura subcuticular.



- Indicaciones
- Reparacion