

ENSAYO ALEATORIO CLÍNICO CONTROLADO PARA DOS TÉCNICAS DE SUTURA PERINEAL EN PARTO NORMAL

Sandra Ferreira Silva de Almeida¹
Maria Luiza Gonzalez Riesco²

El objetivo fue comparar la cicatrización y el dolor perineal utilizando técnicas de sutura continua y separada, en mujeres que realizaron parto normal. El estudio fue controlado aleatorio, realizado en un centro para parto normal en Itapeverica de la Sierra, Sao Paulo. Participaron 61 mujeres con episiotomía o desgarro perineal de segundo grado, distribuidas en dos grupos (sutura continua n=31 y sutura separada n=30). Las principales medidas evaluadas fueron edema, equimosis, hiperemia, secreción, dehiscencia de herida, fibrosis, frecuencia y magnitud del dolor (evaluado por escala numérica de 1 a 10). Los datos fueron recolectados durante la hospitalización y después del alta (de 4 a 41 días post-parto). La cicatrización fue por primera intención en 100% de los casos, para las dos técnicas de sutura. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en los casos de morbilidad, con excepción del dolor perineal a la palpación al cuarto día post-parto, el que fue más frecuente en mujeres con sutura separada.

DESCRIPTORES: parto; perineo; dolor; técnicas de sutura; enfermería obstétrica; ensayos clínicos

RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL ON TWO PERINEAL TRAUMA SUTURE TECHNIQUES IN NORMAL DELIVERY

The aim was to compare healing and perineal pain with the use of continuous and interrupted suture techniques in women after normal delivery. A randomized controlled trial was carried out at a hospital birth center in Itapeverica da Serra, Sao Paulo, Brazil. A total of 61 women participated with episiotomy or second degree perineal tear, allocated in two groups according to the continuous (n=31) or interrupted (n=30) suture techniques. The main outcomes evaluated were edema, ecchymosis, hyperemia, secretion, dehiscence, fibrosis, frequency and degree of pain (evaluated by numerical scale from 1 to 10). Data were collected during hospitalization and after discharge (four and 41 days after birth). Healing occurred by first intention in 100% of cases in both suture techniques. There were no statistically significant differences for the occurrence of morbidities, except for perineal pain due to palpation at four days after delivery, which was more frequent among women with interrupted suture.

DESCRIPTORS: delivery; perineum; pain; suture techniques; obstetrical nursing; clinical trials

ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO ALEATÓRIO SOBRE DUAS TÉCNICAS DE SUTURA DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO NORMAL

O objetivo foi comparar a cicatrização e a dor perineal com a utilização das técnicas de sutura contínua e separada em mulheres com parto normal. Realizou-se estudo controlado aleatório, em centro de parto normal, em Itapeverica da Serra, São Paulo. Participaram 61 mulheres com episiotomia ou rotura perineal de segundo grau, alocadas em dois grupos, segundo a técnica de sutura contínua (n=31) ou separada (n=30). Os principais desfechos avaliados foram edema, equimose, hiperemia, secreção, deiscência, fibrose, freqüência e magnitude da dor (avaliada pela escala numérica de 1 a 10). Os dados foram coletados na internação e após a alta (quatro e 41 dias pós-parto). A cicatrização foi por primeira intenção em 100% dos casos, nas duas técnicas de sutura. Não houve diferença estatisticamente significativa para a ocorrência de morbidades, exceto na dor perineal à palpação, com quatro dias de pós-parto, que foi mais freqüente entre as mulheres com sutura separada.

DESCRITORES: parto; períneo; dor; técnicas de sutura; enfermagem obstétrica; ensaios clínicos

¹ Enfermera, Maestría en Enfermería Obstétrica y Neonatal, e-mail: sandra_enf@yahoo.com.br; ² Doctor en Enfermería, Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil, e-mail: riesco@usp.br

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna deriva del trauma perineal durante el parto vaginal, siendo un problema común y que ocurre a nivel mundial. En el Reino Unido anualmente 350.000 mujeres requieren de sutura perineal post-parto. Se estima, que la mayoría de mujeres tendrá dolor perineal y un quinto de ellas continuará con problemas por mayor tiempo, como es el caso de la dispareunia⁽¹⁾.

La episiotomía es realizada con frecuencia y su incidencia es variable, con índices de 9.7% en Suecia y 100% en Taiwan (considerando a las nulíparas y multíparas). En hospitales de 14 países estudiados⁽²⁾ de América Latina, la tasa de episiotomía entre nulíparas varía de 69% a 96%, con una media de 94%.

En el Brasil, las tasas son superiores a 76%, llegando a 95.2% en nulíparas⁽³⁻⁴⁾. A pesar de la episiotomía sea una intervención de rutina en gran parte de servicios, existe la necesidad en reducir su uso; no obstante se consideran el beneficio cuando es utilizado de forma selectiva. Su prevalencia disminuye acentuadamente cuando es realizada mediante un protocolo de indicaciones, en estos casos, es común la presencia de laceraciones perineales que requieren de sutura. En 2001, en el hospital General de Itapeperica de la Sierra, São Paulo, 26.5% de las mujeres con parto normal se les practicó episiotomía⁽⁵⁾.

A pesar de la alta prevalencia de episiotomía y el riesgo para morbilidades como edema, hematoma, dolor, infección y dehiscencia de herida; se observa poco interés científico en el estudio de indicaciones y complicaciones, así como la falta de investigaciones dedicadas a la reconstrucción quirúrgica denominada episiorrafia.

Los factores asociados con la morbilidad y relacionados a la sutura por trauma perineal están basados en *escoger el material de sutura, la técnica de sutura y la competencia del profesional*, los que generan campos de investigación en el área de asistencia al parto⁽⁶⁾.

A pesar de existir publicaciones sobre los tipos de hilo más indicados para la sutura perineal y sobre el dolor local luego de la sutura⁽⁷⁻⁸⁾, son pocos los estudios sobre los demás tipos de morbilidad asociados al trauma perineal en el caso del parto normal y las diferentes técnicas de sutura^(1,9-12), en especial cuando hablamos de informaciones nacionales.

Revisiones sistémicas sobre las técnicas de sutura de piel para el trauma perineal en el parto, encontraron solo cuatro ensayos aleatorios,

concluyendo que la técnica de sutura continua, está asociada a menor dolor a corto plazo. Por lo tanto, autores indican la necesidad de realizar más estudios comparando las técnicas de sutura⁽¹³⁾.

Reflexionando sobre esta problemática poco explorada científicamente, y considerando la proporción de mujeres que sufre el trauma perineal durante el parto (la necesidad de sutura y el dolor) se propuso este estudio con el objetivo de colaborar en la disminución de la morbilidad perineal relacionada a la técnica de sutura.

El objetivo fue comparar las características durante el proceso de cicatrización, la frecuencia y la magnitud del dolor perineal, cuando son utilizadas las suturas continua y separada en el trauma perineal, en mujeres que realizaron parto normal.

MÉTODOS

Se realizó un estudio controlado y aleatorio (ECA) para analizar el efecto de las dos diferentes técnicas de sutura, en caso de episiotomía y ruptura perineal de segundo grado, durante el proceso de cicatrización y frente a la presencia de dolor local.

El estudio fue realizado en el Centro para Parto Normal (CPN) del Hospital General de Itapeperica de la Sierra (HGIS) de São Paulo. En el CPN los partos normales son asistidos por enfermeras obstétricas, la episiotomía es realizada con base en el protocolo de la institución, y todas las parturientas son controladas por personas elegidas por ellas.

Fueron incluidas las mujeres que tuvieron los siguientes criterios: no tener leucorrea o lesión infecciosa en la región genital; distensión del útero por gases; retención de restos ovulares, ruptura cervical o en el fondo de saco vaginal durante el parto; no ser sometida a transfusión sanguínea; no utilizar antibióticos; inmunosupresores, antiinflamatorios o productos de higiene íntima que no sean agua y jabón.

La muestra fue constituida por 61 púerperas - 31 para el grupo en que fue utilizada la técnica de sutura con puntos continuos y 30 para el grupo en donde fue utilizada la técnica de sutura por puntos separados. La técnica aleatoria fue realizada en 95 mujeres, por medio de una tabla electrónica y aplicada durante el parto. Treinta y cuatro mujeres fueron excluidas del estudio y substituidas por otras, siguiendo la tabla aleatoria.

El estimador utilizado para determinar el tamaño de la muestra (n) fue el resultado de un estudio sobre dolor perineal; el cual fue usando durante los

diez primeros días posteriores al parto. En este estudio, la frecuencia promedio de mujeres con dolor local debido a la episiotomía fue de 51%, variando de 21% a 63% entre el primero y decimo día del puerperio⁽¹⁴⁾. Para obtener un intervalo de confianza de 95% fue estimado que 51% de las mujeres tendrían dolor perineal, teniendo en consideración, la variación ya mencionada.

La sutura fue realizada con poliglactina 910*, hilo de origen sintético, con resistencia a la tensión *in vivo*, de 100% para el primer día, 81% en el tercero, 57% en el quinto, 53% en el séptimo y 0% posterior al catorceavo día. La absorción completa fue por hidrólisis y se dio en aproximadamente 35 días.

Para obtener un mejor resultado de la sutura, debe ser evitada la persistencia del "espacio muerto" entre los bordes de la herida y la tensión exagerada en los puntos, promoviendo una adecuada hemostasia de los vasos durante la incisión o corte. De la misma forma, se recomendó realizar pocas capas de sutura, aproximando de forma separada la capa subcutánea, esto si fuera necesario. Posterior a la sutura se debe realizar la higiene del perineo con solución fisiológica.

En ambos grupos fueron utilizados la polivinilpirrolidona-yodo tópica para la antisepsia de la vulva, perineo y el lado interno de las piernas. Siendo utilizados los siguientes instrumentos quirúrgicos: porta-aguja y pinza diente de ratón, para todos los puntos de la sutura.

A continuación se describen las técnicas de sutura tanto separada como continua.

Técnica con puntos separados: **1.** Iniciar la sutura por el ángulo de la mucosa vaginal, con aguja 1/2 círculo, *taper point*, de 4 o 5 centímetros, **2.** Amarrar el punto con tres nudos, con dos lazos en el primero, dos lazos invertidos en el segundo y un lazo en el tercer nudo, dejando la extremidad del hilo con aproximadamente un centímetro, **3.** Proseguir la sutura de la mucosa con puntos continuos profundos, hasta el anillo del himen, **4.** Amarrar el último punto de la misma forma que el primero y cortar el hilo. **5.** En la capa muscular, aproximar los bordes con puntos separados fijando cada punto con tres nudos, amarrados de la misma forma que los anteriores. **6.** Aproximar los bordes de la piel con los puntos separados, utilizando aguja 3/8 circular, corte reverso, de 3 centímetros. **7.** Amarrar cada punto y cortar el hilo, dejando las extremidades con un centímetro.

Técnica con puntos continuos: **1.y 2.** Idénticos a la técnica anterior. **3.** Proseguir con la sutura de la mucosa con puntos continuos no profundos hasta

el anillo del himen. **4** Pasar para la capa muscular, prosiguiendo con la sutura continua, no profunda. **5.** Al término de la capa muscular, cambiar la aguja utilizando la 3/8 circular, corte reverso, de 3 centímetros, realizando la sutura intradérmica (también continua). Esta es iniciada en la porción inferior en dirección al borde, en donde se concluye la sutura con tres nudos fijos por dos lazos en el primero, dos lazos invertidos en el segundo y un lazo en el tercer nudo. **6.** Cortar el hilo dejando las extremidades con un centímetro de largo.

La sutura perineal fue realizada por una de las investigadoras y diez enfermeras obstétricas del equipo del CPN, en los meses de julio del 2001 a abril del 2002. Antes de iniciar la investigación, las enfermeras obstétricas pasaron por un entrenamiento teórico-practico, con seguimiento durante la realización de las suturas; siendo realizadas las evaluaciones mediante la verificación de la correcta utilización de las técnicas de sutura propuestas.

La recolección de datos fue realizada en cuatro etapas: la primera, denominada de periodo de **Greenberg**, correspondió a la primera hora posterior al término de la sutura perineal, siendo realizada por el profesional que asistió el parto. La segunda, fue realizada por una de las investigadoras mediante la consulta a la historia clínica, con el objeto de obtener datos relacionados al periodo de **hospitalización** de la puérpera. La tercera, denominada **de primera consulta**, que se dio aproximadamente cuatro días después del parto, siendo realizada por la misma investigadora o por la enfermera obstétrica del servicio ambulatorio; la cual utilizó como instrumento la entrevista, examen del perineo y la recolección de la muestra de sangre para hemoglobina y hematocrito. La cuarta, denominada de **segunda consulta**, también realizada por la misma investigadora, aproximadamente a los 41 días post-parto, mediante una nueva entrevista y examen del perineo. La primera y segunda consulta fueron realizadas en los servicios ambulatorios del HGIS o a través de visita domiciliaria (cuando la puérpera no asistía a la consulta en el día que estaba programada).

Las variables independientes fueron las técnicas de sutura perineal continua y separada. Las variables dependientes fueron: proceso de cicatrización perineal (edema, equimosis, hiperemia, secreción, dehiscencia y fibrosis), higiene personal, condición de la sutura, frecuencia y magnitud del dolor perineal (espontáneo, a la palpación, al sentarse, andar, orinar, evacuar, en actividad sexual) y uso de analgésico.

* Kit Vicryl Rápida Absorción Ethicon®

Para los signos indicativos de la cicatrización fue considerada la presencia de bultos en el perineo (edema), alteración en la coloración de la piel (equimosis o hiperemia), indicios de secreción en el lugar de la sutura, alejamiento de los bordes de la sutura en cualquier capa (dehiscencia) y formación de cicatriz (fibrosis). La higiene perineal fue considerada cuando el perineo estaba sin suciedad acumulada (inadecuada), contrariamente a la presencia de suciedad acumulada o mal olor no relacionada al proceso infeccioso. Durante la evaluación de las condiciones de la sutura, las categorías consideradas fueron: preservada, parcialmente suelta o totalmente suelta.

Cuando la púérpera refirió sentir dolor (en la primera, tercera y cuarta etapa del estudio) de acuerdo con lo descrito, la magnitud del dolor fue evaluado mediante la escala numérica de 1 a 10. En donde 1 era dolor de menor magnitud y 10 era un dolor de gran magnitud. Con relación al uso de analgésico se establecen diferencias en cuanto a la utilización de medicamento para aliviar el dolor desde la hospitalización hasta la segunda consulta.

Otras variables analizadas fueron: características maternas (edad, partos vaginales y cicatriz perineal anteriores, condiciones hematológicas durante la primera consulta), características de la sutura perineal (tipo de trauma, profesional que la realizó, duración de

la sutura, capas suturadas, métodos de hemostasia y sangrado posterior a la sutura), características del RN (edad de gestación, vitalidad y peso).

El análisis estadístico fue realizado a través del programa SPSS. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas, fueron calculadas las medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables de clasificación fueron usadas frecuencias absoluta y relativa. El análisis de inferencia utilizó las pruebas Chi-cuadrado (χ^2) y la prueba exacta de Fisher. El nivel significativo fue de 5%(p-valor=0,05).

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, siendo la participación voluntaria por parte de las mujeres; quienes firmaron el consentimiento libre e informado. De la misma forma se tuvo la participación voluntaria de las enfermeras obstétricas.

RESULTADOS

Fueron seleccionadas para el estudio 96 mujeres que cumplían los criterios de inclusión. De las cuales, 95 fueron consideradas para los grupos de estudio, siendo la muestra final $n=61$. Los resultados de 31 mujeres con sutura continua y de 30 con sutura separada fueron analizados (Figura 1).

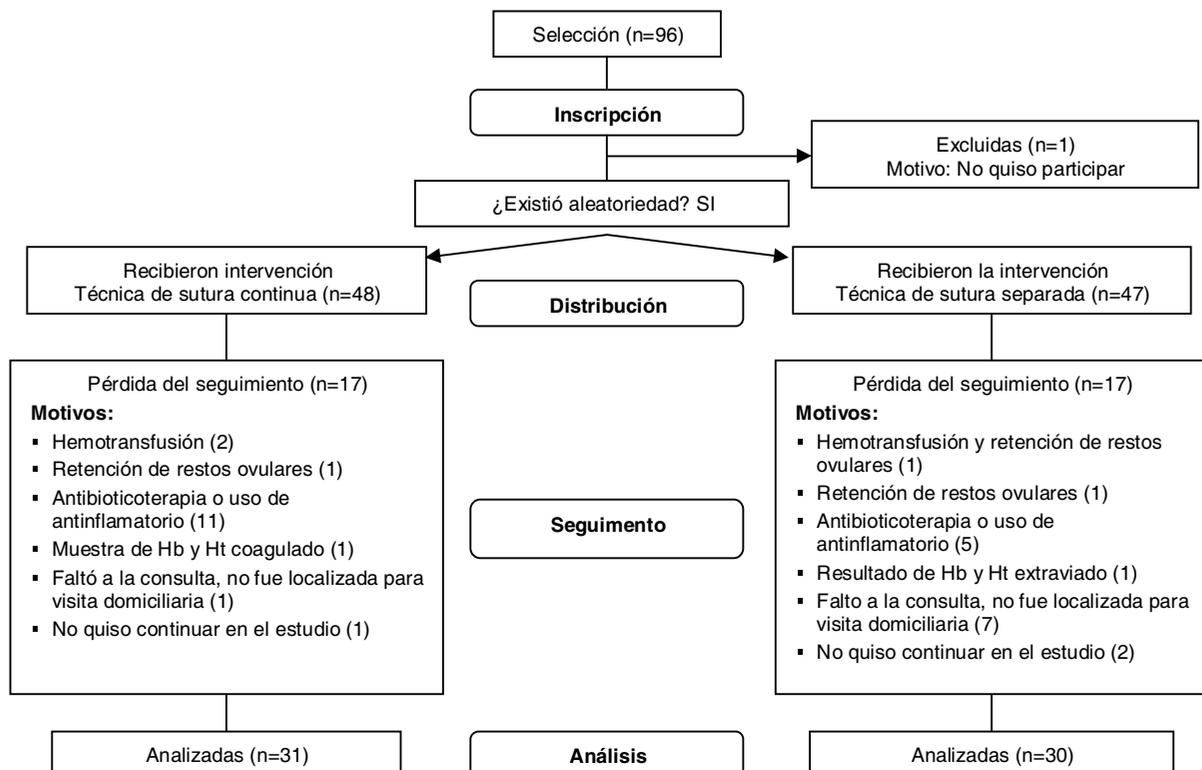


Figura 1 - Flujograma de las participantes del estudio entre junio del 2001 a abril del 2002

Los resultados relacionados a las condiciones y características de la sutura perineal son presentados en las Tablas 1 y 2 respectivamente.

Tabla 1 - Condiciones maternas según la técnica de sutura

Condición materna	Técnica de sutura	
	Continua n=31 (%)	Separada n=30 (%)
Edad (años)	Media (d.e.) 24,2 (5,3)	24,2 (6,8)
Hemoglobina (g/dL)	Media (d.e.) 11,3 (1,4)	11,0 (1,3)
Hematocrito (mL/dL)	Media (d.e.) 34,2 (3,9)	33,3 (4,1)
Parto vaginal anterior	16 (51,6)	15 (50)
Cicatriz perineal anterior	12 (38,7)	15 (50)

Tabla 2 - Características de la sutura perineal de acuerdo con la técnica de sutura

Característica	Técnica de sutura		
	Continua n=31 (%)	Separada n=30 (%)	
Trauma perineal	Episiotomía	15 (48,4)	17 (56,7)
	Ruptura de 2º grado	16 (51,6)	13 (43,3)
Enfermera obstétrica	Equipo del CPN	12 (38,7)	21 (70)
	Investigadora	19 (61,3)	9 (30)
Duración de la sutura (min)	Media (d.e.)	16,8 (6,2)	21,4 (9,5)
Método de hemostasia	Ligadura de vaso	4 (66,7)	5 (50)
	Presión manual	1 (16,7)	4 (40)
	Ligadura+presión	1(16,7)	1 (10)
Capa muscular	Una	25 (80,6)	12 (40)
	Dos o más	6 (19,4)	18 (60)
Sutura subcutánea		11 (35,5)	17 (56,7)
Sangrado posterior a la sutura		3 (9,7)	6 (20)

Las tablas 3 y 4 muestran los resultados relacionadas a la cicatrización, frecuencia y magnitud del dolor perineal en cada una de las etapas del estudio. En ambas técnicas de sutura, la cicatrización se dio por primera intención en 100% de los casos. Para la magnitud del dolor perineal espontáneo y a la palpación, fue considerada la mediana de la escala numérica (de 1 a 10) de acuerdo con lo descrito en el ítem Métodos.

Tabla 3 - Características de la cicatriz perineal de acuerdo con la técnica de sutura

Etapa	Característica	Técnica de sutura		p-valor
		Continua n=31 (%)	Separada n=30 (%)	
Greenberg	Edema	14 (45,2)	12 (40)	0,684*
Hospitalización	Edema	8 (25,8)	8 (26,7)	0,939*
	Equimosis	1 (3,2)	1 (3,3)	0,999**
	Hiperemia	2 (6,5)	2 (6,7)	0,999**
1º consulta	Edema	1 (3,2)	6 (20)	0,053**
	Equimosis	3 (9,7)	2 (6,7)	0,999**
	Hiperemia	2 (6,5)	1 (3,3)	0,999**
	Higiene adecuada	31 (100)	25 (83,3)	0,024**
	Sutura preservada	31 (100)	27 (90)	0,354**
2º consulta	Fibrosis de la cicatriz	11 (35,5)	14 (46,7)	0,375*

* Prueba χ^2

** Prueba exacta de Fisher

Tabla 4 - Frecuencia y magnitud del dolor perineal de acuerdo con la técnica de sutura

Etapa	Dolor perineal	Técnica de sutura		p-valor	
		Continua n=31 (%)	Separada n=30 (%)		
Greenberg	Espontánea [Med]	3 (9,7) [2]	3 (10) [3]	0,999*	
Hospitalización	Uso de analgésico	18 (58,1)	19 (63,3)	0,674**	
	1º consulta	Espontánea [Med]	15 (48,4) [5]	18 (60) [5]	0,323**
1º consulta	A la palpación [Med]	20 (64,5) [5]	27 (90) [5]	0,018**	
	Al sentarse	14 (45,2)	20 (66,7)	0,091**	
	Al andar	4 (12,9)	6 (20)	0,508*	
	Al orinar	4 (12,9)	5 (16,7)	0,731*	
	Al evacuar	6 (19,4)	1 (3,3)	0,104*	
	Uso de analgésico	9 (29)	11 (36,7)	0,525**	
	2º consulta	A la palpación [Med]	4 (12,9) [4]	7 (23,3) [3]	0,289**
	Al sentarse	-	2 (6,7)	0,238*	
	Al evacuar	-	1 (3,3)	0,492*	
	Uso de analgésico	19 (61,3)	17 (56,7)	0,714*	
2º consulta	Actividad sexual	12 (37,8)	11 (36,7)	0,869*	
	Dispareunia [Med]	5 (16,7) [5]	5 (16,7) [7]	0,999*	

* Prueba exacta de Fisher

** Prueba χ^2

De acuerdo con el análisis de las inferencias, durante la primera consulta, para el caso de la sutura continua hubo mayor frecuencia para la higiene perineal adecuada y menor frecuencia de dolor perineal a la palpación, observándose una asociación estadísticamente significativa para ambas variables (Tabla 3 y 4). Para el resto de variables analizadas, los resultados no muestran diferencia estadística significativa (las dos técnicas de sutura perineal).

Con relación al recién nacido, todos tuvieron un Apgar ≥ 9 en el quinto minuto de vida, 98,4% eran a término (de acuerdo con el método de Capurro para la edad de gestación). El peso al nacer varió de 2.140 a 4.180 gramos, siendo la media de 3,274.8.

DISCUSIÓN

Los signos y síntomas inflamatorios locales como edema, dolor, rubor y calor local son esperados en la fase inicial del proceso de cicatrización; signos y síntomas que van disminuyendo dependiendo de la evolución, de las reacciones locales y de la absorción del material de sutura. Sin embargo, la morbilidad por trauma perineal como: hematoma, equimosis, infección y dehiscencia, perjudican la completa recuperación materna. Las características y condiciones generales de la puerpera como la edad, deficiencia proteica, déficit de oxígeno tisular y la acción de drogas, influyen en el tiempo y en la calidad de la cicatrización⁽¹⁵⁾. Las variables que pueden interferir durante el proceso de cicatrización, no

controladas mediante los criterios de inclusión, fueron analizadas e indicaron la homogeneidad de la muestra (Tabla 1).

El tipo de trauma, la manipulación local y la aproximación de los tejidos en la sutura son aspectos importantes para reducir el dolor y para la buena evolución de la cicatrización. Estudios mencionan mejores resultados en casos de laceración espontánea (episiotomía) y aquellos con menos capas de sutura⁽¹⁶⁾.

Los detalles técnicos sobre la sutura indican ventajas para la sutura continua (Tabla 2). En esta técnica es necesario coger varias capas de tejido muscular, aproximándolas en una única capa. En el tejido subcutáneo, la sutura depende de las características anatómicas del perineo, cuando esta capa es delgada su acercamiento se da a través de la sutura de la piel.

A pesar de producirse una mayor manipulación, la aplicación de algún método de hemostasia puede ser necesaria, pues el sangrado por trauma perineal es un factor de morbilidad. El sangrado posterior a la sutura, poco frecuente en la sutura continua, indica el efecto hemostático de esta técnica. La sutura suelta parcialmente, verificada en tres casos con la sutura por puntos separados (en la primera consulta) puede ser debida a la falta de lazo invertido en todos los nudos. En vista de lo ocurrido, fue reforzada entre las enfermeras obstétricas la técnica, no presentándose ningún caso posterior (Tabla 2).

A pesar que las investigaciones mencionen beneficios para disminuir el dolor y aumentar la morbilidad en mujeres sometidas a sutura continua en trauma perineal⁽¹³⁾, los profesionales admiten sentir cierta dificultad personal, cuando realizan técnicas no usuales de sutura por primera vez^(1,11). En esta investigación, a pesar del entrenamiento inicial recibido, algunas de las enfermeras manifestaron cierto recelo en realizar la sutura continua, situación que contribuyó para que la mayoría de las suturas con esta técnica fuesen realizadas por la investigadora (Tabla 2). Este aspecto que puede constituirse en una dificultad, fue indicado en otros estudios, mencionando que la técnica de sutura separada es enseñada con mayor frecuencia, además de la facilidad de ser realizada por profesionales sin experiencia^(1,6,13).

Aún con respecto al procedimiento de sutura, la demora en la reconstrucción debido al trauma fue menor con la técnica continua, considerando que la

disminución en el tiempo de sutura reduce el riesgo de infección e incomodidad en las púerperas, considerada esta como una ventaja (Tabla 2).

La evolución en el proceso de cicatrización y el resultado observado en la segunda consulta post-parto, no mostró diferencia estadísticamente significativa, tanto para la técnica continua como la separada. El edema precoz es más frecuente durante el periodo de Greenberg y puede estar asociado a la manipulación en el parto y al anestésico acumulado en los tejidos. Su persistencia puede ser atribuida a la reacción inflamatoria local y a la cantidad de material utilizado para la sutura (Tabla 3). Es necesario considerar que la poliglactina 910 es un hilo que tiene una etapa exudativa corta, etapa de proliferación precoz y su absorción es por reacción mínima del tejido⁽¹⁷⁾.

La equimosis perineal, producto de la extravasación de sangre para el espacio intersticial fue más evidente durante la primera consulta, sin presentar diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Esta señal tiende a resolverse de forma espontánea a través de la reabsorción, sin mayores consecuencias para una buena cicatrización del tejido. Debe considerarse que, inmediatamente posterior a la sutura, el sangrado local se presentó en los nueve casos.

Testimonios comparando los resultados estéticos de la sutura perineal con las técnicas tradicional y continua a las seis semanas posteriores al parto mencionan, que la cicatriz era totalmente indistinguible en ambos tipos de sutura, a pesar, que el cierre de la piel con la primera técnica sea por aproximación directa de los bordes. Con respecto a la segunda técnica, los bordes del tejido son unidos incompletamente por una sutura intradérmica más profunda. Resultados de ocho años de práctica clínica con sutura continua (donde hubo infección debida a la sutura) indican que fue descartada la predisposición de infección en la herida perineal⁽¹¹⁾. De la misma forma, en el presente estudio ninguna de las púerperas presentó infección en la herida perineal, a pesar de haberse dado casos de hiperemia. En todos los casos, la cicatrización fue por primera intención.

La higiene local es importante para una buena cicatrización y la presencia de loquios es un medio de cultivo para las bacterias. Las mujeres de este estudio fueron orientadas para realizarse higiene perineal con agua y jabón, de esta forma durante la primera consulta se observó diferencia estadísticamente significativa

entre los grupos ($p=0,0024$), con buenas condiciones de higiene perineal en todas las mujeres con sutura continua. Para el caso de la sutura con puntos separados, el nudo sobre la piel genera incomodidad en la mujer, provoca miedo de sacar los puntos de la sutura y favorecer al acumulo de suciedad, lo cual predispone a la infección.

De acuerdo con lo presentado en la introducción, existen pocas investigaciones que estudian la morbilidad perineal relacionada a la técnica de sutura por trauma perineal en el parto. Ensayos clínicos fueron encontrados en la bibliografía analizando el dolor espontáneo a corto plazo (frecuencia y uso de analgésicos), ocasionando como complicaciones la necesidad de una nueva sutura y dispareunia^(1,1012-13).

El ECA⁽¹⁾ realizado en 1.542 mujeres en Inglaterra, mostró que al décimo día post-parto, la sutura continúa reduce el dolor perineal en una de cada seis mujeres. Los beneficios de esta técnica fueron también evidenciados en otros periodos del puerperio (2 días, 3 y 12 meses posteriores al parto), con menos dolor al andar, sentarse, orinar y eliminar. Solo en el caso de dispareunia, los resultados con la técnica continua y separada no mostraron diferencias. Estos resultados son similares a los obtenidos por la revisión sistemática previamente realizada con cuatro ECA⁽¹³⁾.

En la presente investigación, la mayor frecuencia para el dolor perineal, con una magnitud de mediana 5 en una escala de 1 a 10 puntos, fue observada para la primera consulta: dolor espontáneo, dolor a la palpación y al sentarse. El dolor a la palpación fue más frecuente entre las púerperas con sutura con la técnica de puntos separados y fue el único resultado con diferencia estadística significativa($p=0,0018$). La dispareunia fue mencionada como un dolor de gran magnitud y mediana de 7, situación evidenciada entre el mismo grupo de mujeres (Tabla 4).

Consideramos como principal limitación en el estudio, la falta de denuncia que por motivos obvios

no pudo ser realizada. No obstante, la participación de más de un observador en la evaluación de los casos podría controlar casos de negligencia en la medición.

CONCLUSIÓN

Las técnicas de sutura perineal continua y separada con *Vicryl de rápida absorción* (poliglactina 910) se mostraron igualmente adecuadas y seguras para reparar el trauma perineal y la cicatrización local.

La sutura continua, estuvo más relacionada al dolor en la palpación en los cuatro días posteriores al parto, así como, para sentarse, andar, orinar y evacuar durante el puerperio. A los 41 días post-partos, ninguna de las púerperas con sutura continua refirió dolor relacionado a estas actividades. No hubo diferencia estadísticamente significativa para la presencia de otras morbilidades. La cicatrización fue por primera intención en el 100% de los casos para las dos técnicas de sutura. Los resultados favorables obtenidos, puede también ser atribuidos a una buena técnica de sutura practicada por las enfermeras obstétricas del CPN, para ambos métodos investigados.

Consideramos que investigaciones relacionadas al cuidado con el trauma perineal, las técnicas e hilos de sutura deben ser realizados por los profesionales de salud. Asimismo, el conocimiento disponible de otras áreas como la Cirugía, debe ser aprovechado para mejorar las prácticas sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de São Paulo, por el apoyo financiero, así como a la Ethicon-Jonhson&Jonhson, en la persona de Anita N. Ribeiro, por el incentivo y proporcionarnos hilos de sutura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359:2217-23.
2. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005; 32(3):219-23.

3. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Freqüência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(3):288-95.
4. Davim RMB, Enders BC, Reis MN. Estudo retrospectivo quanto à prática da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais em uma maternidades-escola. *Nursing* 2003; 62(6)38-42.
5. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Rev Min Enf* 2006; 10(3):240-6.

6. Grant A. Commentary: repair of episiotomies and perineal tears. *BJOG* 1986; 93(5):417-9.
7. Greenberg JA, Lieberman E, Cohen AP, Ecker JL. Randomized comparison of chromic versus fast-absorbing polyglactin 910 for postpartum perineal repair. *Obstet Gynecol* 2004; 103(6):1308-13.
8. Leroux N, N, Bujold E. Impact of chromic catgut versus polyglactin 910 versus fast-absorbing polyglactin 910 sutures for perineal repair: a randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(6):1585-90.
9. Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A, Ayres S. The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *BJOG* 2001; 108(1):34-40.
10. Mahomed K, James D, Grant A, Ashurst H. The Southmead perineal suture study: a randomized comparison of suture materials and suturing techniques for repair of perineal trauma. *BJOG* 1989; 96(11):1272-80.
11. Fleming N. Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain? *J Nurse Midwifery* 1990; 35(1):19-25.
12. Isager-Sally L, Legarth J, Jacobsen B, Bostofte E. Episiotomy repair - immediate and long-term sequelae. A prospective randomized study of three different methods of repair. *BJOG* 1986; 93(5):420-5.
13. Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2007*. Oxford: Update Software.
14. Alexandre CW, Kimura AF, Tsunehiro MA, Oliveira SMJV. A interferência da dor nas atividades e necessidades da puérpera. *Nursing* 2006; 93(9):664-8.
15. Bevilacqua RG, Chapchap P, Almeida CG. Cicatrização. In: Algöwer M. *Manual de cirurgia*. 4ª ed. São Paulo: EPU; 1988. p.1-20.
16. Myers-Helfgott MG, Helfgott A. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26(2):305-25.
17. Carvalho PSP, Okamoto T, Carvalho ACP, Rodrigues SO. Estudo comparativo em ratos da inflamação provocada por três fios de sutura absorvíveis. *Rev Ciênc Bioméd* 1985; 6:31-41.