

# III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

## EPISIOTOMIA O DESGARRO: BUSCANDO LA CALIDAD

**Autor principal** VICTORIA EUGENIA MUÑOZ GARCIA

**CoAutor 1** AZIZA BAGDAD ABSELAM

**CoAutor 2** ANA MARIA RUIZ VACA

**Área Temática** Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Obstétrico-Ginecológica

**Palabras clave** EPISIOTOMIA PARTO HERIDAS LACERADAS CALIDAD

### » Resumen

La culminación del embarazo llega con el parto, siendo el objetivo del parto el nacimiento seguro de un lactante sano.

Una episiotomía es una incisión quirúrgica hecha en el periné que amplía el introito para el nacimiento del lactante.

Los desgarros del periné y de la vagina pueden presentarse con o sin episiotomía. Los desgarros se clasifican en primero, segundo, tercero y cuarto grado.

La evolución de los desgarros a veces es desastrosa lo cual explica el interés en la realización de una episiotomía a tiempo para evitar en la medida de lo posible estas lesiones.

Lo que se pretende mostrar con este trabajo es la importancia en la elección de realizar una episiotomía para evitar un desgarro o en dejar que la mujer se desgarre de forma natural o no durante la segunda etapa del parto.

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal en el Hospital Comarcal de Melilla, durante el primer semestre del año 2011. En él se han incluido a 1134 parturientas; de las cuales 339 (29,89%) fueron cesáreas y 795 (70,11%) fueron partos.

De los 795 partos, en el 18,11 % de los casos se les realizó episiotomía, en el 39,11 % de los casos presentaron desgarro.

Posiblemente el factor más importante para reducir al máximo el traumatismo perineal sea la PACIENCIA.

Son muchas preguntas las que quedan en el aire y mucho camino por investigar para llegar a una conclusión clara de lo que es más beneficioso y como podemos llegar a ofrecer una mayor calidad a la parturienta.

### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La OMS define el parto natural, al parto eutócico; como aquel que se desarrolla normalmente según los protocolos fisiológicos naturales, con respeto a los ritmos propios de cada mujer y sin intervenciones innecesarias que acaban trayendo un niño al mundo a través de la vagina de su madre. Según la OMS, un parto solo puede clasificarse de eutócico al final.

Según la OMS en cuestión de parto hay que dejar hacer a la naturaleza e intervenir solo cuando sea necesaria para asegurar el mayor número de partos eutócicos, que sólo así serían partos respetados, fisiológicos y naturales.

La culminación del embarazo llega con el parto, siendo el objetivo del parto el nacimiento seguro de un lactante sano.

Dependiendo del comienzo, el parto puede ser:

1-. Parto espontáneo: cuando no es necesario inducir las contracciones.

2-. Parto inducido- estimulado: cuando es necesario inducir las contracciones de parto mediante medicación exógena.

Dependiendo de la finalización del parto, se puede clasificar en:

1-. Parto eutócico: es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término, en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

2-. Parto distócico: Cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.

El parto se divide en tres etapas:

1ª Etapa: Comienza con el borramiento y la dilatación total del cuello.

2ª Etapa: Dura hasta el descenso y nacimiento completo del bebé.

3ª Etapa: Dura desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta.

Hay algunos autores que añaden una cuarta etapa que es el periodo de reparación de cualquier incisión quirúrgica y la recuperación de la madre hasta 2h después de alumbrar la placenta.

Durante la 2ª etapa del parto el feto desciende, no soliendo durar esta fase normalmente más de tres horas. En ella los pliegues de la vagina forman una membrana de revestimiento del canal, las capas de las fascias adelgazan cuando son distendidas, haciendo al tejido vaginal susceptible a los desgarros. Se ha evidenciado que las posturas de la madre en esta fase son importantes para conservar la integridad estructural del periné, de tal manera que las posturas favorables anatómicamente, contribuyen a evitar desgarros y reducen la necesidad de practicar una episiotomía.

Una episiotomía es una incisión quirúrgica hecha en el periné que amplía el introito para el nacimiento del lactante. La técnica más utilizada se hace en la línea media, entre el introito vaginal y el ano y viene justificada porque se incide menos tejido, por lo tanto existirán menos molestias y la recuperación es más rápida.

El uso de la episiotomía se practica de forma sistemática sólo desde los años 20.

Actualmente se cuestiona la realización de rutina de esta técnica porque muchos estudios han demostrado que los supuestos benéficos pueden ser desfavorables para la integridad futura del periné de las mujeres. Liljestrand J comenta en la biblioteca de la salud reproductiva de la OMS El uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura.

Estudios recientes demuestran que la incidencia de desgarros de tercero y cuarto grado estaba aumentada en mujeres que tuvieron episiotomía en la línea media. El resultado de una episiotomía mal hecha o inoportuna puede ser la causa de una disfunción perineal para toda la vida.

Los posibles riesgos de una episiotomía son:

- Pérdida de sangre hasta 300ml
- Posibilidad de hematoma
- Infección
- Posibilidad de reparación deficiente
- Dispareunia sexual(60%)que dura hasta 6 meses
- Pérdida temporal de la libido
- Cicatrización acompañada de dolor moderado o grave
- Riesgo más elevado de desgarro de tercero o cuarto grado si está en la línea media.

Los beneficios son:

- Si se realiza antes de que el tejido esté sobredistendido, posible beneficio.
- Reduce la presión sobre la cabeza del feto en la última fase.
- Útil en la aplicación de fórceps o en las malformaciones del feto
- Más fácil de suturar, la cicatriz es más regular que en un desgarro que es más desigual siendo del mismo grado, aunque en la actualidad hay autores que no opinan lo mismo.

Los desgarros del periné y de la vagina pueden presentarse con o sin episiotomía. Los desgarros se clasifican en primero, segundo, tercero y cuarto grado. Los desgarros son frecuentes y pueden desembocar en hemorragias abundantes y en el desarrollo de hematomas. Las episiotomías y los desgarros se reparan con suturas crómicas, que se absorben varias semanas después del parto. Los desgarros pueden dejar secuelas tales como prolapsos y dispareunia.

La etiología de los desgarros perineales es diversa:

Maternos: primiparidad ,modificaciones del periné demasiado friable(edematoso ,infectado)o demasiado resistente(primípara añosa ,periné cicatricial)deformaciones de la pelvis(luxación congénita de cadera ,ángulo del pubis demasiado cerrado)la brevedad anormal de la distancia entre el ano y el pubis (normal: 6cm).

Fetales: exceso de volumen (cabeza y hombros) presentación deflexionada (cara), occipitosacra.

Operatorio: aplicación de fórceps y extracción podálica.

Los desgarros vaginales son, a veces, muy hemorrágicos. Los desgarros bajos son de poca gravedad, pero no deben pasar inadvertidos.

Podemos clasificar los desgarros según su afectación en:

- 1º grado Lesión de piel perineal.
- 2º grado Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal.
- 3º grado Lesión del esfínter anal
  - Lesión del esfínter externo <50%
  - Lesión del esfínter externo >50%
  - Lesión de esfínter externo e interno
- 4º grado Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.

Por las repercusiones clínicas podemos diferenciar la reparación de los desgarros de primer y segundo grado, que no suelen comportar secuelas a largo plazo, de los desgarros de tercer y cuarto grado.

En caso de indicarse un parto instrumentado es preferible, siempre que las condiciones obstétricas lo permitan, el uso de la ventosa en lugar del fórceps.

La evolución de los desgarros a veces es desastrosa lo cual explica el interés en la realización de una episiotomía a tiempo para evitar en la medida de lo posible estas lesiones.

Se ha encontrado que la postura durante el parto es importante para la disminución de la incidencia de desgarros, relacionado con la relajación del periné. Una salida del feto lenta y controlada hace posible que el periné quede intacto en la mayoría de los casos. Una mujer con este tipo de parto es capaz de levantarse y andar hasta el cuarto de baño o el sillón sin dolor o molestias.

El trauma perineal o lesión del tracto genital ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. Por ejemplo, la implementación de una política selectiva de episiotomía en un hospital universitario disminuyó significativamente la tasa global de episiotomía desde 47,3% hasta 12,2 % pero se acompañó de un incremento del riesgo de desgarros perineales de 25,1% a 37,6 %. La duración del trabajo de parto (fase activa) mayor a 420 minutos, el peso del neonato mayor a 3.100 g y la inducción del trabajo de parto fueron estadísticamente significativos como factores de riesgo para presentar desgarro perineal que requiere sutura.

En otros estudios se ha concluido que la inducción del trabajo de parto no aumenta el riesgo a presentar desgarro.

**» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?**

Lo que se pretende mostrar con este trabajo es la importancia en la elección de realizar una episiotomía para evitar un desgarro o en dejar que la mujer se desgarre de forma natural o no durante la segunda etapa del parto.

Es amplia la bibliografía que hemos encontrado con multitud de opiniones. En algunos artículos, los profesionales opinaban que es mejor la realización de una episiotomía ya que de esta manera realizas una incisión quirúrgica controlada mientras que los desgarros son imprevisibles e incontrolables, pero en otros expresaban la importancia de no realizar la episiotomía por rutina debido a los problemas que ésta le ocasiona posteriormente a la puérpera.

Pero si nos ponemos a pensar y le pidiéramos a la puérpera su opinión acerca de su parto y las circunstancias que lo rodean, ¿que es lo que ella decidiría?, sabiendo que en la actualidad hay algunas acciones como es la realización de episiotomía que está en tela de juicio.

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal en el Hospital Comarcal de Melilla, durante el primer semestre del año 2011. En él se han incluido a 1134 parturientas; de las cuales 339 (29,89%) fueron cesáreas y 795 (70,11%) fueron partos.

Las variables recogidas fueron tipo de parto, episiotomía, desgarro, tipo de desgarro. Teniendo en cuenta que en la sala de paritorio de nuestro hospital se practica desde hace años la realización de la episiotomía de forma selectiva en contraposición de la de rutina, podemos observar que:

De los 795 partos, en el 18,11 % de los casos se les realizó episiotomía, en el 39,11 % de los casos presentaron desgarro y el 42,78% permanecieron con periné íntegro.

Presentaron desgarros de primer grado el 42,76% de las parturientas desgarradas; de segundo grado el 55,30 % y de tercer grado el 2,25%.

En nuestro estudio podemos concluir que aunque el número de parturientas en ese periodo fue alto, hubo un bajo porcentaje de episiotomías y si bien es cierto que el porcentaje de desgarros es un poco elevado, estos fueron en su gran mayoría de primer y segundo grado.

Pero lo más importante es que el 42,78% de las parturientas permanecieron con el periné íntegro lo cual fue muy positivo para su recuperación.

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

En cuanto a las soluciones que nosotros aportamos podemos nombrar las siguientes:

- 1-. Hasta ahora, la única práctica que ha mostrado su efectividad en la prevención de los traumatismos perineales es el masaje perineal durante el embarazo.
- 2-. Otra importante actuación del personal asistencial que parece influir en la aparición de los desgarros perineales, es la dirección o no del pujo.
- 3-. Otras técnicas de prevención tienen una fuerte implantación entre las comadronas a pesar de no existir trabajos sobre su uso o resultados, como puede ser el desprendimiento lento de la cabeza del bebé y la utilización de compresas calientes.
- 4-. Posiblemente el factor más importante para reducir al máximo el traumatismo perineal sea la PACIENCIA. En general a los/as profesionales nos falta aprender a esperar, aprender a esconder las manos y a respetar el ritmo de la naturaleza de cada mujer.

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Durante el desarrollo de nuestro estudio nos hemos encontrado con una multitud de trabajos en los que se aborda este tema, pero en los que no se llega a ninguna conclusión clara de cual de las dos vertientes; si el desgarro o la episiotomía es más beneficiosa. Es evidente que se deben de realizar más estudios para poder aportar a las parturientas una atención de calidad durante el parto que no conlleve perjuicios posteriores.

**» Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Sería muy interesante el hacer participe a la mujer durante el parto; es muy importante la educación sanitaria que se le da a la mujer y que ella misma pudiera trazar su plan de parto para que así ella también este mas tranquila y pueda elegir dentro de las posibilidades lo que ella prefiere que se le realice.

**» Propuestas de líneas de investigación.**

En relación a este tema son muchas las preguntas que se quedan en el aire y mucho lo que queda por investigar:

- ¿por que se siguen realizando las episiotomías por rutina?
- ¿que es mas beneficioso para la madre y el bebe?
- ¿tenemos que elegir entre una de estas posibilidades?
- ¿como se podrían evitar los desgarros?
- ¿como podríamos mejorar para ofertar una mayor calidad a la parturienta?

Esta y otras muchas preguntas son las que nos hacemos cuando nos encontramos con ellas a la hora de trabajar, y es en ese momento cuando debemos pensar ¿en que se puede mejorar? ¿ como podemos mejorar la calidad de los cuidados?.