

EPISIOTOMÍA: VARIABLES CLÍNICAS INFLUYENTES

FERNÁNDEZ CASADO, A.B; TOLEDO LUQUE, L; GARZÓN MORENO, C.



VII Congreso Internacional Virtual para Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada"

"Calidad y Prácticas seguras en la Promoción y Prestación de Cuidados"

INTRODUCCIÓN

Introducción: En la actualidad son cada vez más las evidencias en cuanto a los beneficios de asistir un parto racionalizando los recursos disponibles. Se ha demostrado que la iatrogenia y las complicaciones se relacionan de manera directa con la cantidad de intervencionismo que se practique. La episiotomía es uno de los actos quirúrgicos más frecuentes. Conlleva una serie de beneficios a la hora de asistir un parto complicado, lo que justifica su realización de manera selectiva. El problema surge cuando esta práctica se realiza de manera indiscriminada, sin criterio (episiotomía rutinaria).

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:** Ampliar los conocimientos acerca de la técnica de la episiotomía.
- **Objetivos secundarios:** 1 Descripción y revisión histórica de la técnica de episiotomía desde su origen.
2 Descripción y comparación de los desgarros perineales.
3 Listado de las variables clínicas influyentes en las tasas de episiotomía/desgarro perineal.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos en las diferentes bases de datos (Cochrane, PubMed, Google académico y CUIDENplus) incluyendo criterios de selección de artículos en castellano e inglés desde el año 2005 en adelante y usando palabras clave como episiotomía, desgarro natural, complicaciones trabajo de parto y parto.

RESULTADOS

La episiotomía es una técnica que desde su origen, descrito por Ould, en 1742, nace por una necesidad, indicándose únicamente en aquellos casos en que la cabeza fetal permanezca mucho tiempo en la vagina. De este modo se puso en práctica durante los siglos XVIII y XIX, sólo para partos dificultosos y para intentar salvar la vida del feto. Hasta principios de 1900 tuvo poca aceptación, debido a la falta de analgesia y al riesgo de infección. En 1920 DeLee y Pomeroy abogaron por un uso sistemático en todas las nulíparas, la alta mortalidad materna y fetal, unido a la falta de evidencia científica, convierten en rutina todas sus indicaciones. Posteriormente el parto pasa a institucionalizarse, en los hospitales aparece la analgesia, la posición de litotomía, el uso de fórceps, se produce una fuerte medicalización del proceso del nacimiento. En la década de los setenta, hay un cambio en la concepción de la salud como un derecho, por lo que se revisan los derechos del paciente (consentimiento informado, derecho a decidir, etc...). La evidencia científica comienza a partir de los estudios de Taker y Banta en 1983, demostrando que su uso rutinario no está justificado y es contraproducente. A partir de este trabajo, numerosos estudios concluirían que es recomendable un uso restrictivo del procedimiento. Su uso está influenciado por diversos factores tales como el profesional que asiste el parto (obstetra o matrona), factores maternos (edad, paridad...), fetales (peso, edad gestacional...), prácticas clínicas (posición en expulsivo, uso de analgesia epidural...) y de contexto (tipo de hospital, horario laboral...). Las indicaciones clínicas más utilizadas por los profesionales (Funai y Norwitz, 2012) son: periné poco distensible, desproporción pélvica fetal, feto macrosómico, utilización de fórceps o instrumentado, necesidad de acelerar el parto por trastornos fetales y/o agotamiento materno.

Los desgarros son laceraciones espontáneas producidas en el periné durante el trabajo de parto de diferente gravedad dependiendo de los planos afectados.

Grado I: Afectación vaginal. Piel perineal y tejido subcutáneo.

Grado II: Abarca hasta la musculatura perineal.

Grado III: Afectación del esfínter anal.

Grado III a: <50% del esfínter anal externo desgarrado.

Grado III b: >50% del esfínter anal externo desgarrado.

Grado III c: afectación del esfínter anal interno y externo.

Grado IV: Afectación de la mucosa rectal con desgarro completo del esfínter anal.

La episiotomía en sí es considerada con un desgarro grado II.

CONCLUSIÓN

Las variables clínicas que influyen en el aumento de las tasas de episiotomía son: la primiparidad, la posición de litotomía durante el expulsivo, el uso de analgesia epidural, el parto instrumentado, el uso de oxitocina intraparto, la inducción del parto y los partos postérmino > 41 semanas de gestación. Los desgarros perineales más graves (III y IV grado) se asocian al uso de la episiotomía. Son factores protectores de la realización de la episiotomía la edad materna superior a 35 años. El peso fetal > 4000 gr., por sí solo no es un factor de riesgo de presentar episiotomía, pero asociado a uso de epidural o instrumentación del parto, incrementa el riesgo.

Hemos constatado que la práctica clínica del procedimiento de la episiotomía se aleja de las políticas nacionales e internacionales, como las que recoge la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, y por tanto que no es un procedimiento individual o aislado independiente del resto de las prácticas obstétricas. Sino que está relacionado con otras variables clínicas como, la posición adoptada durante el expulsivo, el uso de analgesia epidural, la instrumentación del parto, el uso de oxitocina intraparto. Si deseamos reducir la tasa de episiotomía, será necesario tener en cuenta estos factores que condicionan su práctica y establecer políticas de reducción de este procedimiento consensuado con todos los profesionales sanitarios que asisten a la mujer en su proceso de parto.

BIBLIOGRAFIA

- Iglesias CS, Conde GM, González SS. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión* [Internet]. 2009 [citado en abril 2016]; 10(2): 5-11. Disponible en: <https://medes.com/publication/53542>
- Bara BR, Cecilia CC, Valeska SG, Wilma SP. Episiotomía restrictiva en parto normal. *Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* [Internet]. 2012 [citado en abril 2016]; 2(2):127-136. Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/433>
- Amelia JP, Raquel LC, Belén SA, Encarna SM, Ester VS, Ester CG. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof* [Internet]. 2007 [consultado en abril de 2016]; 8 (3-4): 5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/197/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/247/rqlang/es-ES/filename/vol8n3-4pag5-11.pdf>

