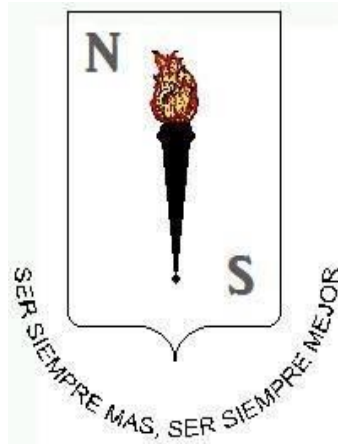


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES CLÍNICAS
DE LA EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DESDE LA PERSPECTIVA
DE DOROTHEA OREM

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
ESTEFANY OJEDA CERRITOS

ASESORA DE TESIS:
LIC.EN ENF.Y OBST.LETICIA MEZA ZAVALA

MORELIA, MICHOACÁN.2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ayudarme a elegir una profesión tan humana, a guiarme por el mejor camino y darme la dicha de poder culminar mis estudios.

A mi mamá Alicia Cerritos Calderón, quien durante esta larga etapa me apoyo, me motivo e impulso a no decaer y continuar con la frente en alto, quien me extendió la mano para apoyarme desde el inicio de mi carrera y nunca me soltó, a ti mamá que hiciste tu mayor esfuerzo para sacarme adelante y hacer de mí la persona que ahora soy, me has dado las bases fundamentales para continuar mi camino.

A mis hermanos Lizbeth Ojeda Cerritos, Ángel Charbel Ojeda Cerritos y María Guadalupe Ojeda Cerritos, quienes me han acompañado en todos mis triunfos y me han motivado a continuar.

A mi abuela María Elena Calderón Zavala, que me acompañó en esta etapa y me motivaba a seguir con sus consejos y sus palabras de aliento, quien se preocupaba por mi bienestar, y que sé que desde el cielo me está guiando por el mejor camino posible y me cuidara y alentare a culminar con orgullo esta maravillosa etapa.

A mi Tía Rosa Díaz quien durante mi etapa de estudio estuvo siempre para motivarme a continuar y apoyarme dándome sus mejores consejos, y mostrarme cómo afrontarme ante la vida.

A sor Gloria Osorno Gutiérrez por brindarme su apoyo y sus palabras de aliento para continuar con mis estudios y no dejar de apoyarme en esta trayectoria. A todas mis amistades que siempre me brindar su apoyo y sus palabras para motivarme a continuar con esta lucha que mira inalcanzable.

A cada uno de los Docentes que en el trascurso de la carrera siempre me impartieron todos sus conocimientos y sus enseñanzas para hacer de mí una gran profesional.

DEDICATORIA

A Dios, por dame la fortaleza para culminar con mis estudios, y guiarme para ser una gran persona, y poder conocer los pilares que me ayudaran a guiarme en mi camino día con día.

A mi mamá ALICIA CERRITOS CALDERON por ayudarme a preparar para la vida, el brindarme su apoyo en toda mi educación académica, por su apoyo incondicional. Y el motivarme a no decaer.

A mis hermanos Lizbeth Ojeda Cerritos, Ángel Charbel Ojeda Cerritos y María Guadalupe Ojeda Cerritos, para que puedan verme como un gran ejemplo a seguir y se motiven en su día a día para que puedan culminar sus estudios.

A mi abuela María Elena Calderón Zavala, que sé que desde el cielo me cuida y me guía por un gran camino.

A mi abuela Florencia Guzmán por siempre escuchar mis suplicas y que me ayudo a continuar con esta trayectoria para poder concluir con mis estudios.

RESUMEN

La episiotomía consiste en una incisión quirúrgica en la zona del periné cuya finalidad es la de ampliar el canal “blando” en la segunda fase del trabajo de parto con el objetivo de evitar desgarros y sufrimiento fetal. Se debe usar de manera selectiva.

El objetivo general de la investigación es: conocer las intervenciones de enfermería en las complicaciones inmediatas y tardías asociadas a la episiotomía en las puérperas del hospital de nuestra señora de la salud, para contribuir con datos epidemiológicos y disminuir la morbimortalidad de las complicaciones asociadas con este procedimiento que acarrea muchas controversias por la técnica a realizar bien porque se dice que hay médicos que aún no manejan adecuadamente este tipo de procedimientos y por ende no saben cómo ser tratadas las heridas o bien las complicaciones que trae este proceso.

Se realizó una investigación cuantitativa relacionada con el método descriptivo/analítico. Se propone una estrategia de manejo para prevenir las complicaciones inmediatas dirigidas al personal de salud del servicio de ginecología y obstetricia. Para ello se encuestara al personal médico del hospital de nuestra señora de la salud para saber sus conocimientos.

ABSTRACT

The episiotomy consists of a surgical incision in the perineum area whose purpose is to widen the “soft” canal in the second phase of labor in order to avoid tearing and fetal distress. It should be used selectively. The general objective of the research is: to know the nursing interventions in the immediate and late complications associated with episiotomy in puerperal women at the hospital of Nuestra Señora de la Salud, to contribute with epidemiological data and reduce the morbidity and mortality of complications associated with this.

This procedure carries many controversies for the technique to be performed well because it is said that there are doctors who still do not adequately handle this type of procedure and therefore do not know how to treat the wounds or complications that this process brings.

A quantitative research related to the descriptive / analytical method was carried out. A management strategy is proposed to prevent immediate complications for the health personnel of the gynecology and obstetrics service. For this, the medical staff of the hospital of Our Lady of Health will be surveyed to find out their knowledge.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.2 INFLUENCIAS	5
2.3 HIPOTESIS	7
2.4 JUSTIFICACIÓN	7
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2.6 OBJETIVOS.....	8
2.6.1 Objetivo general.....	8
2.6.2 Objetivo específico.....	8
2.7 MÉTODO	8
2.8 VARIABLES.....	9
2.8.1 INDEPENDIENTE:.....	9
2.8.2 DEPENDIENTE:	9
2.9 ENCUESTA Y RESULTADO	10
3. CONCEPTOS.....	21
3.1.1 Episiotomía	21
3.1.2 Trabajo de parto	22
3.1.3 Episiorrafia.....	22
3.1.4 Hemorragia	23
3.1.5 Hematoma	23
3.1.6 Desgarro.....	23
3.1.7 Edad Gestacional	23
3.1.8 Complicaciones inmediatas	24
3.1.9 La Dispareunia	24
3.2 OBJETIVOS DE LA REALIZACIÓN DE UNA EPISIOTOMÍA.....	24

3.2.1 Estas pueden clasificarse en tres grandes grupos	24
3.2.1.1. Coadyuvante de la operatoria obstétrica:	24
3.2.1.2 Factores fetales	24
3.2.1.3 Factores maternos.....	24
3.3 CLASIFICACION	24
3.3.1.- Mediana.....	24
3.3.2.- Mediana modificada	24
3.3.3.- Episiotomía en forma de J:.....	25
3.3.4.- Medio lateral:.....	25
3.3.5.- Lateral:	25
3.3.6.- Lateral radical:.....	25
3.3.7.- Anterior:.....	25
3.4 FASES DEL PARTO.....	25
3.4.1 PRIMER ESTADIO	25
3.4.1.1 Fase latente.....	26
3.4.1.2 Fase activa	26
3.4.1.3 Fase de descenso	26
3.4.2 SEGUNDO ESTADIO.....	26
3.4.3 TERCER ESTADIO	27
3.5 TIPOS DE DESGARRO PERINEAL.....	27
3.5.1 Primer grado:.....	27
3.5.2 Segundo grado:	27
3.5.3 Tercer grado	27
3.5.4 Cuarto grado.....	28
3.6 INDICACIONES DE LA EPISIOTOMIA	28

3.7 RECOMENDACIONES GENERALES	28
3.8 RECOMENDACIONES POR NIVEL DE ATENCIÓN	29
3.8.1 Primer nivel.....	29
3.8.2 Segundo nivel.....	29
3.8.3 Tercer nivel.....	30
3.9 ANTES DEL PROCEDIMIENTO	30
3.10 REFORZAMIENTO.....	30
3.11 RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO	31
3.12 EFECTOS A LARGO PLAZO DEL USO DE LA EPISIOTOMÍA.....	32
3.13 COMO PODER EVITAR UNA EPISIOTOMIA	34
3.14 ESCALA REEDA	35
3.15 ESCALA DEL DOLOR (EVA)	36
3.16 CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA EN LA HERIDA.....	36
3.17 SIGNOS Y SINTOMAS A VIGILAR	37
3.18 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.....	37
3.18.1 ATENCIÓN DEL PARTO.....	39
3.18.1.1 En todo establecimiento para la atención médica.....	39
3.18.1.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto.....	39
3.18.1.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia,	39
3.18.1.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero	39
3.18.1.5 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto	40
3.18.1.6 Las contracciones uterinas	40

3.18.1.7 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales.....	40
3.18.1.8 El registro e interpretación de los signos vitales	40
3.18.1.9 Las indicaciones	40
3.18.1.10 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina	40
3.18.2 ATENCIÓN DEL PUERPERIO.	41
3.18.2.1 En todo establecimiento para la médica	41
3.18.2.2 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ...	41
3.18.2.3 En la primera hora del puerperio	41
3.18.2.4 Inicio de la lactancia materna exclusiva.....	41
3.18.2.5 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n	41
3.18.2.6 Informar a la paciente y a su pareja.....	41
4. PERSPECTIVA HIST3RICA DEL PROCEDIMIENTO DE LA EPISIOTOMÍA	41
4.1 EPISIOTOMÍA	41
4.2 HISTORIA	42
4.3 DESCRIPCI3N DE LA EPISIOTOMÍA.....	45
4.4 GENERALIDADES DEL PARTO	47
4.4.1 PARTO.....	47
4.4.2 FASES DEL PARTO.....	47
4.4.2.1 PRIMER ESTADIO	47
4.4.2.2 Fase latente	47
4.4.2.3 Fase activa.....	48
4.4.2.4 Fase de descenso.....	48
4.4.3 SEGUNDO ESTADIO.....	48
4.4.4 TERCER ESTADIO.....	49
4.5 EPISIOTOMIA.....	49
4.5.1 CRITERIOS DE EPISIOTOMIA.....	50
4.6 FACTORES QUE INFLUYEN A LA EPISIOTOMÍA.....	50

4.6.1 FACTORES MATERNOS	50
4.6.1.1 Edad.....	50
4.6.1.2 Peso	50
4.6.1.3 Talla.....	51
4.6.2 FACTORES OBSTÉTRICOS.....	51
4.6.2.1 Edad gestacional.....	51
4.6.2.2 Altura uterina.....	51
4.6.2.3 Posición fetal.....	52
4.6.2.4 Primiparidad.....	52
4.6.3 FACTORES FETALES Y NEONATALES	52
4.6.3.1 Ponderado fetal.....	52
4.6.3.2 Peso del recién nacido.....	52
4.6.3.3 Talla del recién nacido	52
4.6.3.4 Perímetro cefálico del recién.....	53
4.6.3.5 Sufrimiento fetal agudo	53
4.7 INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA	53
4.7.1 COADYUVANTE DE LA OPERATORIA OBSTÉTRICA.....	53
4.7.2 INDICACIONES MATERNAS	53
4.7.3 INDICACIONES FETALES:.....	55
4.8 ANATOMIA FUNCIONAL DEL SUELO PÉLVICO.....	56
4.8.1 Musculatura del suelo pélvico	56
4.8.2 Región Urogenital Anterior: Plano más Superficial.....	56
4.8.3 Bulbo esponjoso	56
4.8.4 Isquio cavernoso	57
4.8.5 Transverso superficial del periné	57
4.9 Región Urogenital Anterior: Plano más profundo	57
4.9.1 Transverso profundo del periné	57
4.9.2 Esfínter Estriado de la uretra o Constrictor de la Vulva	57
4.9.3 Elevador del ano.....	58
4.9.4 Coccígeo.....	59
4.10 ESTRECHOS PÉLVICOS.....	59
4.10.1 ESTRECHO SUPERIOR	59

4.10.2 ESTRECHO MEDIO	59
4.10.3 ESTRECHO INFERIOR	60
4.11 RIESGOS DE UNA EPISIOTOMÍA	60
5. MODIFICACIONES GRAVÍDICAS DEL PERINÉ	60
5.1 Durante la gestación	60
5.2 Durante el parto	61
5.3 USO DE LA OXITOCINA DURANTE EL PARTO	62
5.4 PELVIMETRÍA INTERNA	63
5.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TRAUMA PERINEAL	64
5.6 FACTORES QUE PROTEGEN DEL TRAUMA PERINEAL	65
5.7 TIPOS Y TÉCNICAS DE EPISIOTOMIA	66
5.7.1 TIPO DE EPISIOTOMÍAS	66
5.7.1.2 Mediana (Michaelis):	66
5.7.1.3 Mediana modificada.....	66
5.7.1.4 Lateral:	66
5.7.1.5 Lateral radical (Schuchardt):	67
5.7.1.6 En forma de J:	67
5.7.1.7 Anterior:	67
5.8 TIPOS DE EPISIOTOMÍA MÁS REALIZADAS.....	67
5.9 REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA.....	68
5.9.1 Momento y técnica a realizar en una episiotomía.....	68
5.9.2 Momento idóneo:.....	68
5.10 ELECCIÓN DE EPISIOTOMÍA:	69
5.11 APLICACIÓN Y TÉCNICA	69
5.11.1 Episiotomía medio-lateral	70
5.11.2 EPISIORRAFIA	71
5.12 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ACUERDO AL TIPO DE EPISIOTOMIA REALIZADA	74
5.12 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA MEDIA	74
5.12.1 VENTAJAS.....	74
5.12.2 DESVENTAJAS.....	74
5.13 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA MEDIO LATERAL.....	74

5.13.1 VENTAJAS.....	74
5.13.2 DESVENTAJAS.....	75
5.14 CONTRAINDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA	75
5.15 CONTROVERSIA DEL USO DE LA EPISIOTOMIA.....	75
5.16 COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA.....	77
5.16.1 COMPLICACIONES INMEDIATAS.....	77
5.16.1.1 Desgarros.....	77
5.16.1.3 Hematomas	77
5.16.1.2 Hemorragia	77
5.16.1.4 Dolor severo	78
5.17 COMPLICACIONES MEDIATAS	78
5.17.1 Infección	78
5.17.2 Dehiscencia.....	79
5.17.3 Granuloma.....	79
5.18 COMPLICACIONES TARDÍA.....	79
5.18.1 Fibrosis	79
5.18.2 Fistulas.....	79
5.18 DESGARROS PERINEALES	83
5.19 CUIDADOS DE LA EPISIOTOMÍA.....	84
6. MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO	84
6.1 Características del dolor de parto	84
6.2 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA	85
6.3 MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR.....	88
6.3.1 Manejo farmacológico del dolor en gestantes en fase latente del parto o en proceso de maduración cervical	89
1. Dolor leve (EVA: 1- 3):	91
2. Dolor moderado (EVA: 4-6):.....	92
3. Dolor severo (EVA: 7-10).....	92
6.4 PERIODO DE CICATRIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA	93
6.4.1 LACERACIÓN EN LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA.....	94
6.4.1.2 AREA VAGINAL	95

6.4.1.3. Aliviar las molestias	95
6.4.1.4 Cuidados personales.....	96
6.5 El objeto de efectuar una episiotomía es evitar desgarros y preservar la integridad perineal. Consiste en seccionar el perineo y el anillo vulvar.....	97
6.6 Nuestra técnica	97
6.7 CUIDADOS POSOPERATORIOS PARA UNA EPISIOTOMÍA.....	98
Una episiotomía es una cirugía menor hecha durante el parto para ensanchar la abertura de la vagina.....	98
6.8 Microbiología en las infecciones abdomino-pelvianas puerperales	98
6.9 MANIOBRAS Y OPERACIONES OBSTETRICAS “EFECTOS SECUNDARIO.....	99
6.9.1 MANIOBRAS Y OPERACIONES OBSTETRICAS “EPISIOTOMIA”.....	99
6.10 EVALUACIÓN DE EPISIOTOMÍA EN PARTO NORMAL.....	100
6 .11. Reparación de laceraciones obstétricas.....	102
7. LA EPISIOTOMÍA COMO RIESGO POTENCIAL PARA LA MUJER	104
7.1 POSIBLES COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA EPISIOTOMÍA PARA LA MUJER	105
7.2 POSIBLES COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA EPISIOTOMÍA PARA LA MUJER	107
7.3 INDICACIONES EN QUE ES PRUDENTE JUICIO CLÍNICO JUSTIFICA LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA	108
7.4 INDICACIONES DE CONTEXTO	109
7.4.1. TIPO DE HOSPITAL.....	110
7.4.2. HORARIO LABORAL DE LOS PROFESIONALES.....	111
7.4.3. PROFESIONALES SANITARIOS QUE ASISTEN A LAS MUJERES EN SU PROCESO DE PARTO.....	112
7.5 EPISIOTOMÍA Y RELACIÓN CON LA EDAD GESTACIONAL	114
7.5 PROTOCOLO DE INDICACIONES Y TECNICA DE LA EPISIOTOMÍA.....	114
7.5.1 ALCANCE DEL PROTOCOLO	114
7.5.2 INDICACIONES DE LA EPISIOTOMIA	114
INDICACIONES FETALES:.....	114
7.5.4 CONDICIONES GENERALES Y POLITICAS INSTITUCIONALES.....	116
7.5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS	116
7.5.6 PROCEDIMIENTO DE LA EPISIOTOMIA	116

7.5.7 PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE LA EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA	117
7.5.8 POR ULTIMO VERIFIQUE LA PERMEABILIDAD DEL RECTO.....	118
7.5.9 RECOMENDACIONES QUE SE DEBEN TENER ENCUESTA CRITERIOS DE ALTA O DE LIBERACIÓN DEL PROTOCOLO	118
7.5.10 MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA.....	119
7.6 DERECHOS DE LA MUJER DE ELEGIR SI SE REALIZARA LA EPISIOTOMÍA..	119
7.6 La organización mundial de la salud	119
7.7 La legislación española	119
7.8 LA MATRONA Y SU LABOR.....	122
8. CUIDADOS Y SUGERENCIAS ENFERMERILES EN COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA EPISIOTOMÍA	124
8.1 Cuidado de Enfermería durante el embarazo	124
8.1.1 Intervenciones en la etapa prenatal	124
8.1.2. Gestión del cuidado	125
8.1.3 Conocimiento sobre el control prenatal	125
8.1.4 Personal del centro de atención a la salud para el control prenatal	126
8.1.5 Higiene y belleza	127
8.1.5 Sueño y descanso.....	127
8.1.6 Viajes.....	128
8.2 ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE EPISIOTOMÍA	128
8.2.1 CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA	129
8. 3 OBJETIVOS EN EL CUIDADO DEL PARTO NORMAL	131
8.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.	132
8.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO CLÍNICO.	133
8.6 Cuidados generales de enfermería en la herida.....	133
8.7 CUIDADOS TRAS EL PARTO.	135
8.8 CUIDADOS DE ACUERDO A LAS ALTERACIONES DE LA EPISIOTOMÍA	137
8.9 PREVENCIÓN.....	138
8.10 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:	138
8.11 CUIDADOS DE ENFERMERIA DE ACUERDO A LA VALORACION FISICA	139
9. CONCLUSIÓN.....	140
1. BIBLIOGRAFIAS	143

10.1 BASICA	143
10.2 COMPLEMENTARIA	144
10.3 ELECTRÓNICA	146
11. GLOSARIO	147
12. ANEXOS	169

1. INTRODUCCIÓN

La Iniciativa de Atención al Parto Normal, surgió gracias a la petición de las mujeres que solicitaban una atención al parto más participativa, donde se tuviera en cuenta su opinión. Estas demandas fueron recogidas por las profesionales que atendían esos partos (matronas) y en las que también existía esa inquietud por ofrecer un parto con un menor intervencionismo y con una mayor satisfacción para la mujer y su pareja (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007).

Todo este movimiento surge a partir de los importantes cambios que se produjeron en nuestro país en la década de los años sesenta, momento en el que el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria, y el parto pasó de ser domiciliario a formar parte del proceso hospitalario, este hecho produjo que la atención al mismo fuese asumida por el colectivo de médicos especialistas en Obstetricia junto con las matronas.

Una mejora en el nivel socioeconómico junto con un aumento de la tecnología ha contribuido a mejorar los resultados perinatales, pero se han tratado de igual forma los partos normales o de bajo riesgo que los de alto riesgo obstétrico, con el consiguiente aumento en el intervencionismo y medicalización.

El parto es un proceso fisiológico a través del cual será expulsado el producto de la concepción maduro o casi maduro de forma normal o eutócica o de forma anormal o distócica. El parto se caracteriza por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hace que el feto descienda por el conducto del parto.

Luego de la salida del feto y la placenta y anexos, hay que reparar sin demora de la episiotomía o los desgarros perineales, como la mujer en posición de litotomía, estricta asepsia y buena eliminación.

La episiotomía es una técnica quirúrgica que constituye un tema de Gineco-Obstetricia que en las últimas décadas ha tomado importancia y controversia con

su realización, existen varios estudios a nivel mundial que argumentan el uso rutinario de esta práctica y con ello el aumento de complicaciones.

Durante muchos años la episiotomía se ha considerado como una intervención cuyo objetivo es la prevención de desgarros perineales graves así como los trastornos de la estática pélvica, abrevia la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas.

Sin embargo, existen controversias sobre el uso de dicho procedimiento quirúrgico de cirugía menor (episiotomía) presenta mayores complicaciones que pueden surgir en la paciente con respecto al proceso.

Una de las causas son las fallas en las técnicas procedimentales de los profesionales, otra es la mayor pérdida sanguínea durante el alumbramiento, también se reportan periodos de recuperación muchos más extensos y dolorosos luego del parto y tienden a experimentar más complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado sus nuevas recomendaciones para la atención a mujeres embarazadas sanas, con el objetivo de "reducir las intervenciones médicas innecesarias" y ofrecer a las madres un mayor poder de decisión sobre el proceso. Ya que se está socavando la capacidad de una mujer para dar a luz e impactando negativamente en su experiencia".

"La episiotomía es una práctica casi barbárica y se ha convertido casi en rutinaria a pesar que sus bondades son un completo mito", ha exclamado Oladapo, y ha explicado que debe usarse solo en casos extremos, dada las múltiples consecuencias perniciosas para la madre en el futuro.

En nuestro medio la información disponible a nivel de los centros hospitalarios es limitada o incluso ausente con relación a los beneficios y riesgo del uso rutinario de la episiotomía, en especial con relación al grupo de mujeres primigestas.

Uno de los pocos datos que se registran a nivel hospitalario es la presencia y grado del desgarro perineal. Sin embargo no hay cifras oficiales reportadas por lo que se decidió realizar dicho estudio.

Se desea conocer las intervenciones de enfermería en las complicaciones clínicas de la episiotomía de acuerdo a su estadio en las puérperas del hospital de Nuestra señora de la salud, para contribuir con datos epidemiológicos y disminuir la morbimortalidad de las complicaciones asociadas con este procedimiento que acarrea muchas controversias por la técnica a realizar bien porque hay médicos que aún no manejan adecuadamente este tipo de procedimientos y por ende no saben cómo ser tratadas las heridas o bien las complicaciones que trae esta técnica.

Para saber si el personal sanitario incluyendo médicos, enfermeras y estudiantes del hospital de Nuestra Señora de la Salud, conocen sobre los procedimientos llevados a cabo durante este tipo de procedimientos así como la orientación que se le da a la paciente para el retorno de su vida útil fuera del hospital.

Como profesionales sanitarios dedicados a la atención a la mujer durante su proceso de parto, es nuestro deber reflexionar acerca de la realización de determinadas prácticas, que si bien pueden ser necesarias en determinados momentos, no deben realizarse de manera sistemática. Tal es el caso del procedimiento de la episiotomía.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRA O PERSONALIDAD DEL AUTOR DE LA INVESTIGACION PERSONAL

DOROTHEA OREM

Dorothea Orem fue una de las más connotadas investigadoras en el área de enfermería en Estados Unidos. El desarrollo de conceptos alrededor de la enfermería como una ciencia práctica fue uno de los principales campos en los que teorizó esta enfermera, profesora e investigadora. Uno de sus aportes primordiales consistió en un modelo de desempeño de este oficio de la salud. El mismo lo vinculó con los cuidados de las personas convalecientes.

Dicho modelo ayudó a la elaboración de una consistente fundamentación de la enfermería dando las bases fundamentales para una mejor comprensión. Además, contribuyó a sentar las bases de este saber, poniéndolo a tono con el instrumental teórico de las ciencias modernas. Orem también consideró la noción de autocuidado como un aspecto fundamental. Lo señaló como las prácticas rutinarias que los individuos realizan en torno al cuidado y conservación de su salud y bienestar personal.

Dorothea Orem nació en los Estados Unidos el 15 de julio de 1914, específicamente en Baltimore, Maryland. De su padre se conoce que fue constructor y que disfrutaba de la pesca. De su madre se sabe que era una mujer dedicada al hogar y que aprovechaba su tiempo libre para dedicarlo a la lectura. Dorothea fue la menor de dos hermanas.

El 22 de junio de 2007 falleció en Savannah, Georgia, Estados Unidos, a la edad de 92 años. Dejó como legado una productiva carrera en el área de la salud, no solo desde el punto de vista de la práctica, sino en materia intelectual.

ESTUDIOS

Orem realizó su escolaridad con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Después continuó su formación con las Hermanas de la Caridad en el Providence Hospital de Washington D.C. Ahí se le otorgó un diploma en enfermería a la temprana edad de 16 años. Más tarde, en la Universidad Católica de América recibió el título de Ciencias en Educación de Enfermería, y en el año 1946 realizó un máster en la misma área.

VIDA PROFESIONAL

Dorothea Orem se desarrolló profesionalmente en distintas áreas del oficio de enfermería. Sus primeras experiencias se efectuaron en una diversidad de ámbitos tanto en el Providence Hospital Washington DC como en el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts. Entre los roles desempeñados en estos centros de asistencia destacan: enfermería en el área quirúrgica, experiencia como

enfermera privada tanto en hospitales como a domicilio, integrante del equipo de cuidados hospitalarios en servicios médicos pediátricos y de adultos, y supervisora nocturna en la sección de urgencias , Profesora de ciencias biológicas. Todas estas prácticas fueron llevadas a cabo por esta profesional bajo la divisa de la entrega y la excelencia.

En la construcción teórica de Dorothea Orem el concepto de persona es fundamental. Orem lo desarrolla como organismo biológico, racional y pensante que se puede ver afectado por el entorno.

LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

2.2 INFLUENCIAS

En la construcción teórica de Dorothea Orem el concepto de persona es fundamental. Orem lo desarrolla como organismo biológico, racional y pensante que se puede ver afectado por el entorno.

- I. Teoría del Autocuidado.- Describe el porqué y el como las personas cuidan de sí mismas.
- II. Teoría de Déficit de Autocuidado.- Describe y explica como pueden ayudar a las personas, los profesionales de Enfermería.
- III. Teoría de Sistemas.- Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la Enfermería.

AUTOCUIDADO

La práctica de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos tiempo, por sí mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, de acuerdo a continuando con el desarrollo personal y el bienestar.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Se trata de un consejo formulado y expreso sobre las acciones que deben llevar a cabo puesto que, se consideran necesarias para regular los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, de forma continua o en condiciones específicas.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

- 1.- Mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos
- 2.- Procesos de eliminación
- 3.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.
- 4.- Mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad
- 5.- Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- 6.- Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales, según el potencial de la persona y sus limitaciones.

Oren cita de los trabajos de otras enfermeras según contribuciones a la enfermería, entre ellas se encuentran Abdeliah, Henderson, King, Nightingale, Peplau, Rogers , Roy.

También cita a numerosos autores de otras disciplinas entre los principales se encuentra Ludwing von Bertelanffy.

2.3 HIPOTESIS

¿Cuáles son las complicaciones clínicas asociadas a la episiotomía en puérperas?

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que nos va a permitir ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase de expulsión fetal en el parto

Sin embargo, existen controversias sobre el uso de dicho procedimiento quirúrgico de cirugía menor (episiotomía) presenta mayores complicaciones que pueden surgir en la paciente con respecto al proceso. No obstante, dicho procedimiento ha sido criticado en los últimos años debido al surgimiento de evidencias de que las episiotomías podrían no ser verdaderamente beneficiosas para una mujer debido a las complicaciones clínicas inmediatas y tardías que se presentan.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La vida de todo ser humano proviene de las mujeres quienes son susceptibles a poner en riesgo su salud durante la presencia del embarazo y son quienes deben de recibir atención adecuada y de buena calidad para tener un buen embarazo. Enfermería es quien debe participar en una buena atención durante el proceso del parto y brindara seguridad ante este procedimiento así como ayudar a la higiene de la herida de la episiotomía y enseñarle el cómo debe realizar su aseo de rutina.

El desarrollo de esta investigación marca una relevancia práctica que radica en que los resultados de la investigación permitan la elaboración de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de atención de las usuarias de los hospitales. Conocer la frecuencia y el tipo de complicación es un paso vital para tomar decisiones informadas sobre su uso, y poner en prácticas mecanismos efectivos que permitan prevenir dichas complicaciones.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en las complicaciones inmediatas y tardías asociadas a la episiotomía en puérperas?

La episiotomía es un procedimiento que genera controversias aun en la actualidad por lo que requiere revisión de las bases científicas que las sustentan, debido a que no hay consenso sobre el tema entre los profesionales ginecólogos y el cuidado que debe prestar enfermería.

Una preocupación importante entre los profesionales de la ginecología es la ocurrencia de complicaciones asociadas a la episiotomía, sin embargo no se cuentan con datos oficiales o estudios locales que nos indiquen la frecuencia con que ocurren dichas complicaciones en los hospitales de nuestro medio.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 Objetivo general

- Determinar las complicaciones clínicas de la episiotomía de las puérperas
- Conocer las intervenciones del personal médico y de enfermería ante las complicaciones inmediatas y tardías de la episiotomía

2.6.2 Objetivo específico

- Conocer las bases científicas de las complicaciones inmediatas posteriores a la episiotomía en puérperas
- Establecer las complicaciones clínicas inmediatas de la episiotomía en las puérperas
- Determinar las complicaciones clínicas tardías de la episiotomía en las puérperas
- Estimar la frecuencia en porcentajes con la que se presenta complicaciones inmediatas en puérperas
- Determinar la asociación entre el tipo de recurso humano que atiende el parto y la presencia de complicaciones
- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio

2.7 MÉTODO

El tipo de estudio elegido para el desarrollo de dicha investigación, es metodológicamente descriptivo y analítico con un enfoque cuantitativo.

Es descriptivo ya que nos ayuda a describir un hecho, en nuestro caso el procedimiento de la episiotomía investigando su frecuencia en las puérperas.

Es analítico con la finalidad de observar la naturaleza y los efectos que acarrea este procedimiento en las puérperas de acuerdo al periodo inmediato y tardío del procedimiento.

Se tomara un enfoque cuantitativo, donde se gestionara al personal del sector salud médico y de enfermería ante conocimientos teóricos, cuidados inmediatos y tardíos así como de técnicas para una mejor higiene de herida quirúrgica en las puérperas con procedimiento de episiotomía, al igual que se evalúa el trato digno, donde se respeten valores, voluntad, y la manera de dirigirse hacia ellas que sea buena y se mantenga una buena conversación y dialogo.

Así como también se seleccionaran cierto número de puérperas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para responder algunas interrogantes para evaluar su estado en el que se encuentran y obtener una respuesta ante este tipo de incidencias.

2.8 VARIABLES

2.8.1 INDEPENDIENTE: Mujeres en trabajo de parto con procedimiento de episiotomía y sus complicaciones PUÉRPERAS

2.8.2 DEPENDIENTE: Complicaciones inmediatas y tardías asociadas a episiotomía.

- Personal de la salud, aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad el bienestar físico y psicológico del paciente.
- Edad Gestacional se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última menstruación.
- Complicaciones inmediatas, son aquellas complicaciones que se presentaron durante las primeras 24 horas posterior a la realización de la episiotomía.

- Hematoma es la colección hemática de partes blandas o lechos quirúrgicos, espontánea, traumática o postquirúrgica.
- Desgarro son aquellas lesiones que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina).
- Hemorragia se denomina hemorragia postparto a la pérdida de 500 ml de sangre o más en las primeras 24 horas después del periodo expulsivo o descenso del hematocrito igual o mayor al 10% del valor preparto.
- Dolor severo, es una sensación subjetiva de molestia más o menos intensa que indica que hay daño de algún tipo
- Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos: Número de pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos posterior a una complicación grave derivada de la episiotomía de rutina
- Número de pacientes que enfermaron con complicaciones derivadas del uso de episiotomía de rutina
- Número de pacientes que murieron por complicaciones asociadas a la episiotomía de rutina.

2.9 ENCUESTA Y RESULTADO

Encuesta

Cuestionario dirigido a las estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y obstetricia de la Escuela de Nuestra señora de la Salud, así como personal médico del hospital de nuestra señora de la salud.

Objetivo: Saber el conocimiento que el personal del área de la salud tiene sobre la episiotomía.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada preguntas y marque con una (X) la respuesta que considere correcta.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿CONOCES QUE ES LA EPISIOTOMÍA?	80%	20%
2. ¿SABE CUAL ES EL LUGAR ANATÓMICO DONDE SE LLEVA ACABO DICHO PROCEDIMIENTO?	70%	30%
3. ¿CONOCE ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDÍAS DE LA EPISIOTOMÍA?	70%	30%
4. ¿CONSIDERA QUE ESTA EL PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD CAPACITADO PARA REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO?	80%	20%
5. ¿SABE QUE ES LA EPISIORRAFIA?	80%	20%
6. ¿CONOCE LAS FASES DEL PARTO?	70%	30%
7. ¿SABES CUALES SON LAS INDICACIONES PARA REALIZAR UNA EPISIOTOMÍA?	60%	40%
8. ¿SE IDENTIFICAN LOS TIPOS DE EPISIOTOMÍA?	50%	50%
9. ¿IDENTIFICA CUÁLES SON LAS POSIBLES COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA EPISIOTOMÍA EN LA MUJER?	70%	30%
10. ¿CONOCE CUALES SON LAS POSIBLES COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA EPISIOTOMÍA PARA LA MUJER?	80%	20%
11. ¿TIENE EL CONOCIMIENTO DE CÓMO MANEJAR EL DOLOR DURANTE EL PARTO?	85%	15%
12. ¿SABE CON EXACTITUD CUÁL ES LA POSICIÓN MATERNA DEL PERIODO EXPULSIVO?	75%	25%
13. ¿CONOCE EL TIPO DE ANALGESIA DURANTE LA EPISIOTOMÍA?	80%	20%
14. ¿MANEJA ADECUADAMENTE EL USO DE LA OXITOCINA Y LA	70%	30%

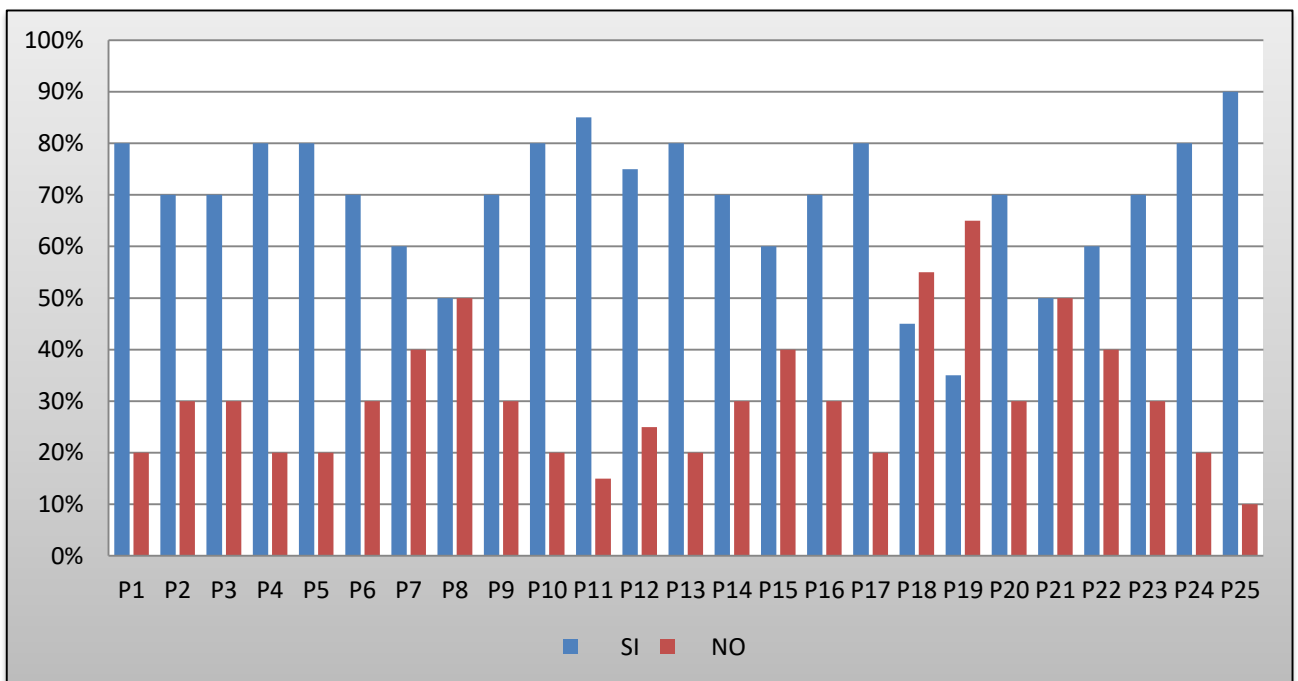
EPISIOTOMÍA?		
15.15. ¿CONSIDERA QUE LA EDAD DE LA PACIENTE ES IMPORTANTE PARA ELEGIR EL TIPO DE EPISIOTOMÍA A REALIZAR?	60%	40%
16. ¿TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LOS GRADOS DE DESGARRO PERINEAL DE ACUERDO AL PESO DE RECIÉN NACIDO Y EL USO DE LA EPISIOTOMÍA?	70%	30%
17. ¿IDENTIFICA CUÁL ES LA TÉCNICA DE SUTURA DE LA EPISIOTOMÍA?	80%	20%
18. ¿CONSIDERA QUE HAY ALGUNOS MÚSCULOS QUE SE SECCIONAN CON LA EPISIOTOMÍA?	45%	55%
19. ¿ESTÁ DE ACUERDO QUE LA HEMORRAGIA POSTPARTO ES LA PÉRDIDA DE 500 ML DE SANGRE O MÁS EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DESPUÉS DEL PERIODO POST PARTO?	35%	65%
20. ¿SE CONSIDERA QUE UN HEMATOMA ES LA COLECCIÓN HEMÁTICA DE PARTES BLANDAS O LECHOS QUIRÚRGICOS, ESPONTANEA, TRAUMÁTICA O POSTQUIRÚRGICA?	70%	30%
21. ¿CONSIDERA QUE UNA COMPLICACIÓN INMEDIATA ES AQUELLA QUE SE PRESENTA DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS POSTERIORES A LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA?	50%	50%
22. ¿LA FIBROSIS Y FISTULAS SE CONSIDERAN COMPLICACIONES TARDÍAS?	60%	40%
23. ¿LA UTILIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA AUMENTARÍA LA FRECUENCIA DE LOS TIPOS DE COMPLICACIONES INMEDIATAS EN MUJERES PRIMIGESTAS DE 15 A 19 AÑOS?	70%	30%
24. ¿CONSIDERA QUE EL TRABAJO DE PARTO ES UN DIAGNÓSTICO QUE SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE CONTRACCIONES UTERINAS REGULARES Y DOLOROSAS, QUE AUMENTAN EN	80%	20%

FRECUENCIA E INTENSIDAD, ASOCIÁNDOSE CON UN PROGRESIVO BORRAMIENTO Y DILATACIÓN DE CÉRVIX?		
25. ¿CONSIDERA QUE PUEDEN SER ALGUNAS DE LAS CONTRAINDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA: RELAJACIÓN Y FLACCIDEZ DEL PISO PÉLVICO?	90%	10%
26. ¿LA EPISIOTOMÍA SE REALIZA EN EL ACMÉ DE LA CONTRACCIÓN, CUANDO LA PRESENTACIÓN ESTÁ CORONANDO?	60%	40%
27. ¿LA INFECCIÓN ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MEDIATAS?	50%	50%
28. ¿EL OBJETIVO DE LA EPISIOTOMÍA ES FACILITAR LA EXPULSIÓN DEL FETO?	70%	30%
29. ¿CONSIDERA QUE LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS MÁS PREVALENTES SON DESGARROS, HEMORRAGIAS, HEMATOMAS Y DOLOR SEVERO?	80%	20%
30. ¿SE CONSIDERA QUE EN LA ACTUALIDAD LA EPISIOTOMÍA ESTA SOLO PERMITIDA SIEMPRE Y CUANDO LA SEGUNDA FASE DEL PARTO SE HA LARGA, CUANDO SE CUENTA SUFRIMIENTO DEL BIENESTAR FETAL Y CUANDO EXISTE DISTOCIA DE PRESENTACIÓN?	85%	15%
31. ¿LA EPISIOTOMÍA SE RELACIONA A UNA MAYOR FRECUENCIA DE DOLOR PERINEAL Y HEMATOMAS PERINEALES?	75%	25%
32. ¿ES DE SUMA IMPORTANCIA CONOCER LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS Y INTERNOS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO?	80%	20%
33. ¿DURANTE LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA EPISIOTOMÍA OBSERVO ELIMINACIÓN DE SECRECIÓN PURULENTA?	70%	30%
34. ¿CREE QUE LA PACIENTE TENDRÁ SECUELAS IMPORTANTES COMO ES DOLOR AL TENER RELACIONES SEXUALES?	60%	40%

35. ¿CREE USTED QUE EL ESFUERZO FÍSICO SEA LA CAUSA QUE ORIGINA QUE SE ABRA LA HERIDA?	70	30%
36. ¿CREE QUE PUEDE PRESENTAR MOLESTIAS AL MICCIONAR?	80	20%
37. ¿DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN Y DESPUÉS DEL PARTO LE REALIZARÍA UN CONTROL DE HEMATOCRITO?	45%	55%
38. ¿CONSIDERA QUE SON INDISPENSABLES LAS PRÁCTICAS SEGURAS DE ENFERMERIA EN OBSTETRICIA?	35%	65%
39. ¿LOS FACTORES MAETERNOS SON MUY IMPORTANTES PARA LA ELECCION DE LA EPISIOTOMIA?	70%	30%
40. ¿SABE COMO TRATAR A LA PACIENTE EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO?	50%	50%
41. ¿CONSIDERA QUE LOS FACTORES OBSTETRICOS SON MUY IMPORTANTES PARA PODER REALIZAR UNA EPISIOTOMIA?	60%	40%
42. ¿ES INDISPENSABLE CONOCER LA MANIOBRA DE LEOPOLD?	70%	30%
43. ¿SE CONSIDERA EMBARZO DE ALTO RIESGO A LA EDAD DE 15 A 19 AÑOS?	80%	20%
44. ¿EL CONTROL PRENATAL ES FUNDAMENTAL PARA DESCARTAR ALGUNA ANORMALIDAD DE LA MADRE?	90%	105
45. ¿CONOCER LA PARIDAD Y SUS PARAMETROS ES IMPORTANTE PARA SABER EL RIESGO DE UN EMBARZO	78%	22%
46. ¿REALIZAR UNA PELVIMETRIA CLINICA NOS AYUDA A SABER LOS DIAMETROS DEL CANAL DEL PARTO?	70%	30%
47. ¿CONOCE LOS GRADOS DE DESGARRO PERINEAL?	35%	65%
48. ¿SABE LA PERDIDA TOTAL DE SANGRE DURANTE LA EPISIOTOMÍA	22%	78%

49. ¿ES IMPORTANTE CONOCER LAS COMPLICACIONES GRAVÍDICAS DEL PERINÉ?	89%	11%
50. ¿DEBERÍAN DE CONOCER NUESTRAS PACIENTES SOBRE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA?	50%	50%

10. GRAFICAS



Como se muestra en la siguiente grafica los conocimientos de médicos y enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, así como de las estudiantes de la escuela de enfermería de nuestra señora de la salud. Están en un estándar medio para poder atender este tipo de procedimiento.

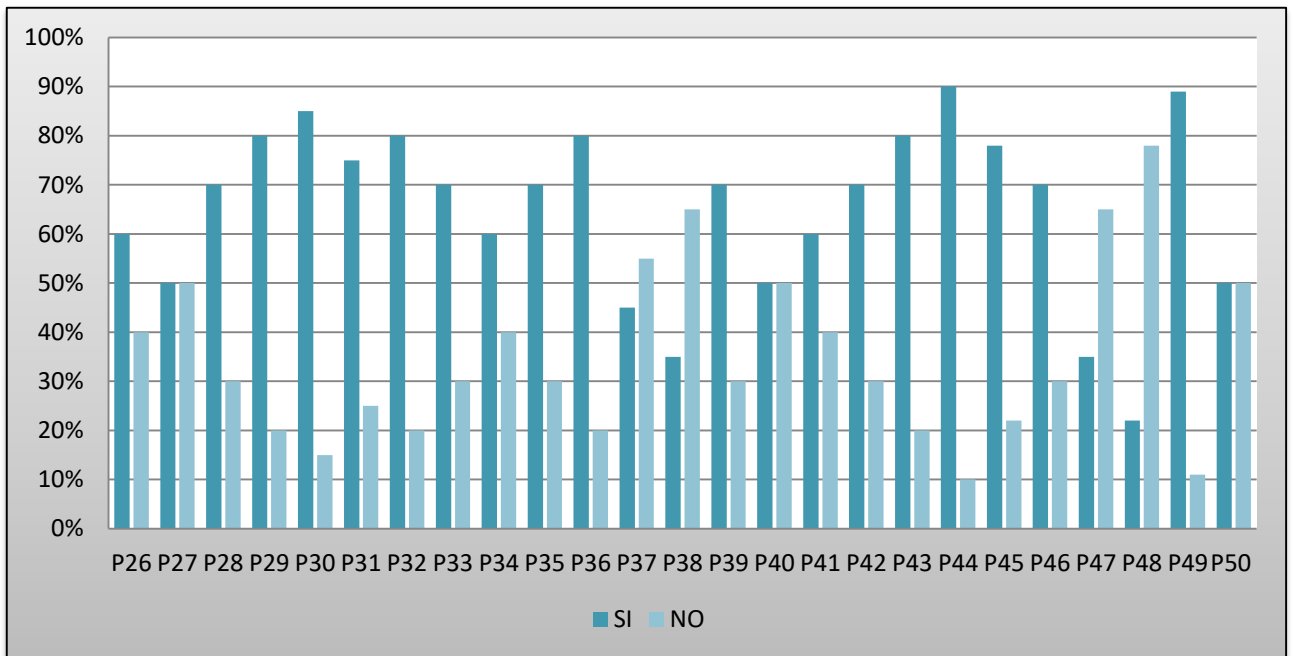
- De las 40 personas encuestadas entre estudiantes, enfermeras y médicos del hospital de nuestra señora de la salud en la pregunta 1 solo el 80%

sabe a qué hace referencia el término episiotomía, mientras que el 20% de ellos no tienen conocimiento alguno sobre el termino episiotomía.

- De la pregunta 2 de los usuarios encuestados solo el 70% conoce la anatomía donde se realiza la episiotomía mientras que el 30% no tienen conocimiento alguno sobre dicho procedimiento.
- De la 3 pregunta el personal de salud encuestado solamente el 70% tiene el conocimiento de las complicaciones inmediatas y tardías de la episiotomía mientras que el 30% no tiene conocimiento alguno de dichas complicaciones
- Se muestra en la pregunta 4 como el 80% del personal del área de la salud si está capacitado para atender este tipo de procedimiento, pero por otra parte el 20% del personal no sabe cómo reaccionar ante estas circunstancias.
- En la pregunta 5 se puede rescatar que el 80% tienen bases fundamentales de conocimiento sobre la episiorrafia mientras que por otro lado el 20% no tiene conocimiento alguno de este procedimiento.
- En la pregunta 6 del personal encuestado se ve reflejado que el 70% sabe con exactitud cuáles son fases del parto, pero por otro lado el 30% no tiene conocimientos sobre las fases.
- En la pregunta 7 de los encuestados solamente el 60% sabe cuáles son las indicaciones para la realización de una episiotomía mientras que el 40% no tiene el conocimiento de dichas indicaciones de la episiotomía.
- En la pregunta 8 Solamente el 50% sabe cuáles son los tipos de episiotomía mientras que el 50% no identifica cuales son los tipos.
- En la pregunta 9 el 70% de los encuestados conocen las complicaciones de la episiotomía en la mujer mientras que por otro lado el 30% no tiene conocimiento de dichas complicaciones para la mujer.
- En la pregunta 10 el 80% de los usuarios conoce las complicaciones psicológicas y sociales para la mujer mientras que el 20% no tiene conocimiento algo sobre dichas complicaciones.

- En la pregunta 11 solamente el 85% tiene el conocimiento de cómo manejar el dolor del parto mientras que el 15% no tiene conocimiento del manejo del dolor
- De la pregunta 12 solamente el 75% sabe cuál es la posición correcta para el parto y el 25% no sabe la posición indicada para el trabajo de parto
- Se muestra en la pregunta 13 que el 80% de los encuestados conoce el tipo de analgesia durante la episiotomía y el 20% no tiene conocimiento alguno sobre la analgesia.
- En la pregunta 14 se observa que el 70% sabe manejar adecuadamente el uso de la oxitocina mientras que el 30% no sabe el manejo adecuado del uso de la oxitocina en el parto.
- En la pregunta 15 el 60% considera que es de gran importancia saber elegir el tipo de episiotomía de acuerdo a su edad y el 40% considera que no es de suma importancia la edad.
- Como podemos observar en la pregunta 16 el 70% tiene conocimiento sobre los grados de desgarro perineal de acuerdo al peso de recién nacido y el uso de la episiotomía y 30% no tiene conocimiento alguno.
- Como se puede observar en la pregunta 17 el 80% identifica cuál es la técnica de sutura de la episiotomía y el 20% no sabe identificar esta técnica.
- En la pregunta número 18 el 45% de las personas encuestadas saben que hay varios músculos que se seccionan con la episiotomía y el 55% no tiene conocimiento sobre ello.
- En la pregunta número 19 el 35% sabe la pérdida de sangre tras la hemorragia postparto y el 65% no sabe la pérdida total de dicha hemorragia
- Se observa en la pregunta 20 el 70% de las personas conocen la definición bien el significado de lo que es un hematoma mientras que el 30% no tiene conocimiento sobre este término.
- En la pregunta 21 se muestra como el 50% de los encuestados saben que es una complicación inmediata y lo que esta acarrea mientras que el otro 50% no sabe con exactitud a que se refiere.

- Como se puede observar en la pregunta 22 que el 60% tiene buenos conocimientos sobre la fibrosis y fistulas mientras que el 40% no tiene conocimiento sobre estos antecedentes.
- En la pregunta 23 se muestra con claridad como el 70% de los encuestados saben cómo es la utilización de la episiotomía en mujeres primigestas de 15 a 19 años y el 30 % no tiene conocimiento.
- Se muestra con exactitud como en la pregunta 24 como el 80% de las personas encuestadas considera que el trabajo de parto es un diagnóstico que se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas y 20% nos expone que no es necesario.
- En la pregunta 25 se muestra 90% considera que pueden ser algunas de las contraindicaciones de la episiotomía: relajación y flaccidez del piso pélvico y el 10% nos dice que no soy contraindicaciones.



- En la pregunta 26 el 60% del personal encuestado sabe sobre que la episiotomía se realiza en el acmé de la contracción, cuando la presentación está coronando, mientras que el 40% no sabe cuándo es su realización.

- En la pregunta 27 hay una gran equivalencia donde nos muestra que el 50% sabe que hay una infección durante la etapa tardía de las complicaciones de la episiotomía y el otro 50% no sabe que hay esta complicación.
- Se muestra en la pregunta 28 que el 70% de los encuestados saben que el objetivo de la episiotomía es facilitar la expulsión del feto mientras que el 30% no sabe cuál es el objetivo.
- Se observa en la pregunta 29 como el 80% de los encuestados consideran que las complicaciones inmediatas más prevalentes son desgarros, hemorragias, hematomas y dolor severo pero por otro lado 20% nos hace hincapié de que no se presentan.
- En la pregunta 30 se puede observar como el 85% de las personas encuestadas consideran que en la actualidad la episiotomía esta solo permitida siempre y cuando la segunda fase del parto se ha larga, cuando se cuenta sufrimiento del bienestar fetal y cuando existe distocia de presentación y por otro lado el 15% no está de acuerdo con esta interrogante.
- En la interrogante 31 nos señala como el 75% de los encuestados consideran que la episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal y hematomas perineales mientras que el otro 15% no está de acuerdo con esta interrogante.
- Se muestra en la pregunta 32 que el 80% de los encuestados saben cuál es la importancia de conocer los órganos genitales externos e internos del aparato reproductor femenino y el 20% no sabe su importancia.
- En la pregunta 33 nos hace referencia a que el 70% de los usuarios saben que durante las complicaciones inmediatas de la episiotomía se observó eliminación de secreción purulenta y el 30% no sabía de este hecho.
- En la pregunta 34 el 60 % de los encuestados cree que la paciente tendrá secuelas importantes como dolor al tener relaciones sexuales pero por otro lado el 40% nos dice que no presentara este tipo de secuelas.

- Se muestra en el 35 que un 70% de los encuestados cree que el esfuerzo físico sea la causa que origina que se abra la herida mientras que el 30% no está de acuerdo con esta afirmación.
- En la pregunta 36 el 80% de los usuarios nos dicen que creen que puede presentar molestias al miccionar mientras un 20% nos dice que no presentarían dicha molestia
- En la gráfica se ve reflejada que la interrogante 37 que un 45% de los encuestados nos dicen que durante su hospitalización y después del parto le realizaría un control de hematocrito y un 55% nos dice que no es necesaria.
- Como se muestra en la gráfica la pregunta 38 el 35% de los usuarios considera que son indispensables las prácticas seguras de enfermería en obstetricia mientras que por otro lado el 65% cree que este proceso no tiene mayor importancia.
- En la pregunta número 39 el 70% de los encuestados considera que los factores maternos son muy importantes para la elección de la episiotomía y el 30% no considera que sea un factor importante.
- En la pregunta 40 el 50% sabe cómo tratar a la paciente en el trabajo de parto y parto y el otro 50% no tiene conocimiento sobre cómo tratarlo.
- En la interrogante 41 el 60% considera que los factores obstétricos son muy importantes para poder realizar una episiotomía y el 40% considera que no son importantes estos factores.
- Como se puede ver en la pregunta 42 que un 70% considera que es indispensable conocer la maniobra de Leopold mientras que por otro lado el 30% nos dice que no es indispensable
- En la pregunta 43 nos dice que el 80% considera que el embarazo de alto riesgo es a la edad de 15 a 19 años mientras que el 20% no está de acuerdo con esta afirmación.
- En nuestra interrogante 44 el 90% considera que el control prenatal es fundamental para descartar alguna anomalía de la madre y el 10% nos dice que no es indispensable dicho suceso

- Se muestra en la interrogante 45 el 78% considera que el conocer la paridad y sus parámetros es importante para saber el riesgo de un embarazo y el 12% nos dice que no es necesario este acontecimiento.
- En la pregunta 46 el 70% considera que el realizar una polimetría clínica nos ayuda a saber los diámetros del canal del parto y el 30% nos dice que no es indispensable tener estos parámetros.
- En la interrogante 47 el 35% conoce los grados de desgarro perineal y el 65% no sabe los grados de desgarro.
- Se muestra en la pregunta 48 que el 22% sabe la pérdida total de sangre durante la episiotomía y el 78% no sabe la cantidad de sangre que se pierde en este procedimiento.
- Se observa en la pregunta 49 el 89% sabe que es importante conocer las complicaciones gravídicas del periné y el 11% no sabe que es de suma importancia
- En la pregunta 50 el 50% considera que deberían de conocer nuestras pacientes sobre ventajas y desventajas de la episiotomía y el otro 50% nos dice que no es indispensable.

3. CONCEPTOS

3.1 CONCEPTO

3.1.1 Episiotomía

Se define como la incisión quirúrgica que se realiza en el periné y vagina, cuyo objetivo es ampliar el canal del parto y facilitar la expulsión fetal. La incisión se puede realizar en la línea media o iniciarse en esta y dirigirse lateralmente hacia abajo y afuera en dirección al isquion, puede efectuarse tanto en el lado derecho como en el izquierdo

A nivel global el concepto de episiotomía etimológicamente nace de la palabra “episiotomía” que significa “cortar el pubis” derivada de (episeión: pubis y temno: yo corto).

También se la conoce como colpo perineotomía, sin embargo, la episiotomía se utiliza con frecuencia como sinónimo de perineotomía. Es un procedimiento quirúrgico donde se realiza una incisión de 3 a 4 cm se realiza en línea media (episiotomía mediana o de la línea media) para dirigirse hacia afuera y abajo (episiotomía medio lateral), en la cual se inciden los músculos bulbo cavernosos, transverso superficiales y profundos.

Es un proceso quirúrgico frecuente y simple, pero no por esto menos importante. Aunque su utilización durante el trabajo de parto es frecuente, puede considerarse como uno de los procesos quirúrgicos obstétricos más controvertidas en relación a su empleo e indicaciones y las complicaciones que puedan presentarse durante y después de su realización.

Realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» para del parto y debe realizarse de forma selectiva y no en todos los casos.

La episiotomía como procedimiento quirúrgico en obstetricia ha tenido muchas críticas al respecto y su uso sistemático y rutinario es un problema real, tangible y preocupante porque involucra de manera directa el bienestar físico y psicológico de mujeres primíparas espacialmente en el puerperio;

Sin embargo el personal de salud no es ajeno a este problema.

3.1.2 Trabajo de parto

Según la OMS que señala que. 'el trabajo de parto es el proceso mediante el cual las contracciones uterinas conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino y al nacimiento.

3.1.3 Episiorrafia

La episiorrafia (del griego episeion, pubis y raphé, sutura). Es una técnica quirúrgica que consiste en re aproximación de la mucosa vagina separada mediante sutura.

ASPECTOS IMPORTANTES

Realizarla una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente.

Tener siempre presente que una buena episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía.

Se recomienda la introducción de gases u otros materiales en vagina para producir hemostasia durante la realización de este procedimiento; la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos.

Se prefieren las suturas reabsorbibles (CATGUT – VICRYL).

Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario y cumplir con los criterios de asepsia y antisepsia recomendados.

3.1.4 Hemorragia

Se denomina hemorragia postparto a la pérdida de 500 ml de sangre o más en las primeras 24 horas después del periodo expulsivo o descenso del hematocrito igual o mayor al 10% del valor preparto.

3.1.5 Hematoma

Es la colección hemática de partes blandas o lechos quirúrgicos, espontanea, traumática o postquirúrgica.

3.1.6 Desgarro

Son aquellas lesiones que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina).

3.1.7 Edad Gestacional

Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última menstruación.

3.1.8 Complicaciones inmediatas

Son aquellas complicaciones que se presentaron durante las primeras 24 horas posteriores a la realización de la episiotomía.

3.1.9 La Dispareunia

Consiste en la presencia de dolor en los genitales constante, antes, durante o después de las relaciones sexuales.

3.2 OBJETIVOS DE LA REALIZACIÓN DE UNA EPISIOTOMÍA

- Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
- Evitar posible desgarro perineal.
- Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

3.2.1 Estas pueden clasificarse en tres grandes grupos

3.2.1.1. Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps o espátulas Thierry.

3.2.1.2 Factores fetales: por ejemplo para evitar la hipoxia del feto haciendo que la expulsión sea más rápida.

3.2.1.3 Factores maternos: Desgarro vulvovaginoperineal inminente, madre con hipertensión endocraneana, hipertensión ocular, cardiopatías, entre otras.

3.3 CLASIFICACION

3.3.1.- Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá.

3.3.2.- Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.

3.3.3.- Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas

3.3.4.- Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.

3.3.5.- Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

3.3.6.- Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

3.3.7.- Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica.

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan.

Al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboes-ponjoso y el perineal transversal. Además existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la grave dispareunia que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía.

3.4 FASES DEL PARTO

3.4.1 PRIMER ESTADIO

El primer estadio hace referencia al intervalo entre el inicio del parto y la dilatación completa. Se ha subdividido en tres fases, de acuerdo con los grados de dilatación cervical.

3.4.1.1 Fase latente

Hace referencia al período entre el inicio del parto y el punto en el cual se produce un cambio en la pendiente de progresión de la dilatación cervical. Se caracteriza por una dilatación lenta, y tiene una duración variable.

3.4.1.2 Fase activa

Esta fase se asocia con una progresión más rápida de la dilatación, y empieza generalmente a los 2-4 cm de dilatación. La fase activa se subdivide en una subfase de aceleración, una subfase de máxima progresión y una subfase de desaceleración, pero estas subdivisiones no suelen usarse en la práctica.

3.4.1.3 Fase de descenso

El descenso fetal coincide usualmente con el segundo estadio del parto. Existen diferencias significativas entre las curvas de las nulíparas y las multíparas. En estudios clásicos, Friedman determinó la duración media para cada estadio del parto en estos dos grupos de parteras, calculando la duración máxima de cada estadio, definiéndola por las dos desviaciones estándar desde la media. Por ejemplo, para la paciente nulípara, la mínima progresión de dilatación es de 1,2 cm/h y representa dos desviaciones estándar por debajo de la media de la progresión de la dilatación en multíparas (que es de 3 cm/h). Mediante la comparación de la curva de dilatación cervical de una paciente con el perfil normal descrito por Friedman, es posible detectar patrones anormales de progresión e identificar los partos con riesgo de una mala evolución. Este trabajo puede facilitarse con el uso de la partograma, que es una representación gráfica de la curva de parto. De este modo, los patrones anormales pueden identificarse con facilidad, lo cual permite tomar las decisiones adecuadas en cada momento.

3.4.2 SEGUNDO ESTADIO

El segundo estadio del parto hace referencia al intervalo entre la dilatación completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, y culmina con la expulsión del feto. El aumento de las pérdidas sanguíneas, la sensación de ganas de empujar con cada contracción, la sensación de presión en el recto, acompañada del deseo de

defecar, y la aparición de náuseas y vómitos pueden ser síntomas indicadores del inicio del segundo estadio. La madre asume un papel más activo en este momento, puesto que empujará para ayudar al descenso del feto. Siempre que exista un patrón de frecuencia cardíaca fetal normal, se considera aceptable que la paciente nulípara puede estar pujando hasta 2 horas, en caso de no llevar una anestesia epidural (3 horas en los casos de anestesia regional) antes de optar por una intervención obstétrica. Para la multípara, la recomendación es de 1 y 2 horas, respectivamente. Sin embargo, si existe una progresión continuada y no hay evidencia de afectación fetal, tiempos más prolongados que los citados no se han asociado con una morbilidad incrementada.

3.4.3 TERCER ESTADIO

El tercer estadio del parto corresponde al tiempo que transcurre desde el nacimiento del bebé hasta la separación y expulsión de la placenta y las membranas fetales. La principal complicación asociada con este período es la hemorragia, que continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad materna. La pérdida media de sangre en el momento del parto se estima en alrededor de 500 ml.

3.5 TIPOS DE DESGARRO PERINEAL

Existen 4 tipos de desgarro perineal

3.5.1 Primer grado: Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación.

3.5.2 Segundo grado: Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación. (Grado de desgarro que se logra con una episiotomía)

3.5.3 Tercer grado: Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal.

3.5.4 Cuarto grado: Esta involucra la mucosa rectal.

3.6 INDICACIONES DE LA EPISIOTOMIA

Serán la matrona o el ginecólogo quienes decidirán realizar o no esta incisión quirúrgica, valorando la capacidad de distensión de los tejidos perineales de la madre, en el momento en que comience a coronar la cabeza del bebé y esta presione sobre el borde vaginal. En líneas generales, los siguientes factores podrían conducir a la mujer a recibir una episiotomía:

- 1) Pérdida del bienestar fetal: cuando existe riesgo de anoxia (falta de oxígeno) para el feto y/o si se produce una desaceleración del latido cardíaco fetal.
- 2) Si el bebé viene de nalgas o de pie.
- 3) Distocia de hombros (una vez que sale la cabeza del feto se detiene la progresión del parto).
- 4) Probabilidad de desgarro espontáneo importante.
- 5) Peso fetal elevado (por encima de 4 kilos).
- 6) Bebés prematuros o muy pequeños.
- 7) Parto instrumental: utilización de ventosa, fórceps, espátulas...

Sin embargo, estos casos no pueden considerarse siempre susceptibles de aplicación de la episiotomía, de modo que será el profesional sanitario que acompañe a la mujer en el parto quien decida, informando previamente a la futura madre, la idoneidad o no de la realización de esta intervención obstétrica nos desgarros labiales y menos cistocelos.

3.7 RECOMENDACIONES GENERALES

La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal. La técnica recomendada es la episiotomía medio-lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigidos habitualmente hacia el lado derecho.

El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados . Existen técnicas que disminuyen el traumatismo perineal al reducir el diámetro de la

cabeza fetal que se presenta a través de la apertura vaginal de la mujer. En la maniobra de Ritgen, el mentón fetal se alcanza entre el ano y el cóccix, y se tira interiormente, mientras se utilizan los dedos de la otra mano sobre el occipucio fetal para controlar la velocidad del parto y mantener la flexión de la cabeza fetal; la maniobra de Ritgen se denomina “modificada” cuando se realiza durante una contracción, en lugar de entre las contracciones, como originalmente se recomendó.

La resolución del embarazo por vía vaginal deberá ser vigilada por asistentes expertos durante el parto, de forma puntual, a efecto de identificar oportunamente los factores que contribuyan a una complicación en su atención.

El diagnóstico de infección debe ser sustentado en la historia clínica obstétrica de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente.

En un estudio clínico, el uso de antibióticos profilácticos en desgarros de 3er y 4to grado en el posparto, mostró una menor tasa de complicaciones de la herida perineal en el grupo con antibiótico profiláctico respecto al grupo placebo . Ante la duda de desgarro o dehiscencia de episiotomía, se debe realizar una revisión temprana para evitar complicaciones tardías. Ante la dehiscencia o infección de la herida se recomienda desbridamiento, limpieza extenuante de la herida, antibioterapia, resutura cuando la herida esté libre de infección, celulitis y exudado.

3.8 RECOMENDACIONES POR NIVEL DE ATENCIÓN

3.8.1 Primer nivel Documentar un adecuado control prenatal, realizar una valoración obstétrica completa, atención del momento del parto, detección y atención de factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía.

3.8.2 Segundo nivel Realizar higiene de manos y uso de guantes desechables, evitar tactos innecesarios, aplicar maniobras de protección perineal, emplear adecuada técnica de antisepsia en la atención del parto, fomentar el uso racional de episiotomía e informar a la paciente acerca de las complicaciones de realizarla, así como del cuidado de la herida y los datos tempranos de infección de la misma.

3.8.3 Tercer nivel Las pacientes que cursen con episiotomía complicada deberán tratarse en un centro especializado en ginecobstetricia o con las especialidades alternas para un manejo multidisciplinario (urología, coloproctología, etc.).

3.9 ANTES DEL PROCEDIMIENTO

- El médico le explicará el procedimiento y le ofrecerá la oportunidad de formular todas las preguntas que pueda tener al respecto.
- Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento mediante el cual autoriza la realización del procedimiento. Lea el formulario atentamente, y pregunte si hay algo que no le resulta claro. El formulario de consentimiento para una episiotomía puede estar incluido como parte del consentimiento general para su parto.
- Informe al médico si tiene sensibilidad o alergia a algún medicamento, yodo, látex, cinta adhesiva o agentes anestésicos (locales y generales).
- Informe a su médico sobre todos los medicamentos (con receta y de venta libre) y suplementos de hierbas que esté tomando.
- Informe a su médico si tiene antecedentes de trastornos hemorrágicos o si está tomando medicamentos anticoagulantes (diluyentes sanguíneos), aspirina u otros medicamentos que afectan la coagulación de la sangre. Quizás sea necesario dejar de tomar estos medicamentos antes de practicar el procedimiento.

En función de su estado clínico, su médico puede solicitar otra preparación específica.

3.10 REFORZAMIENTO

La técnica de reparación con superposición en los desgarros del esfínter anal está recomendada para reducir a largo plazo la incontinencia anal y la urgencia fecal. Los desgarros de 4to grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal. Entre los factores de riesgo para desgarros de mayor nivel se encuentran: peso

fetal mayor de 4 kg, posición occipitoposterior, nuliparidad, inducción del trabajo de parto, segundo periodo de parto prolongado, distocia de hombros, episiotomía media, parto con fórceps. El diagnóstico de desgarro se hace por inspección directa del canal de parto. Son datos de sospecha de infección de episiotomía: dolor en el sitio de episiotomía, secreción purulenta, edema y fiebre.

En la episiotomía, los errores más frecuentes por los que se presentan complicaciones, son: episiotomía corta, realización de episiotomía precozmente antes de la coronación, realización tardía.

Entre las complicaciones inmediatas frecuentes de una episiotomía se encuentran: hemorragia, hematoma, desgarros, edema, infección, dehiscencia. Las complicaciones tardías corresponden a: el dolor perineal con o sin vida sexual, proceso de adherencias o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula vestibular mayor o de Bartholin por sección del conducto excreto, así como fístulas recto vaginales.

3.11 RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Al igual que con cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Algunas complicaciones posibles de una episiotomía pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Sangrado
- Desgarro que se extiende más allá de la incisión hasta los tejidos rectales y el esfínter anal
- Dolor perineal
- Infecciones
- Hematoma perineal (acumulación de sangre en los tejidos perineales)
- Dolor durante las relaciones sexuales

Las pacientes con alergia o sensibilidad a ciertos medicamentos o al látex deben informarlo a su médico.

Si el parto del bebé sucede demasiado rápido, es posible que no se realice una episiotomía.

Es posible que existan otros riesgos dependiendo de su estado de salud específico. Recuerde consultar todas sus dudas con el médico antes del parto.

3.12 EFECTOS A LARGO PLAZO DEL USO DE LA EPISIOTOMÍA

Las consecuencias a largo plazo de la episiotomía generalmente se ven relacionados con los desgarros perineales graves e incluyen incontinencia fecal y urinario, dolor perineal, dispareunia y fístula rectovaginal, los cuales pueden ser devastadores para la mujer, hasta el extremo de afectar su salud general, autoestima y su relación con su bebé y su pareja

➤ Piso Pélvico

Se ha alegado que la prevención de la elongación muscular por la episiotomía puede prevenir las consecuencias a largo plazo; sin embargo, la episiotomía se utiliza cuando la cabeza del feto ya ha producido la elongación muscular y el corte de tejidos implica los tejidos mucocutáneos. Consistente con la literatura, la presencia de laceraciones menores labiales, vaginales y periuretrales es más frecuente en el grupo de uso selectivo de episiotomía, pero no hay pruebas de que desgarros perineales moderados (primer y segundo grado) desarrollen consecuencias a largo plazo.

Un estudio de evaluación de la fuerza muscular del piso pélvico con la colocación de conos vaginales demostró que las mujeres en las que se ha realizado episiotomía tenían menor fuerza que aquellas con desgarros espontáneos.

Estudios electromiográficos del piso pélvico realizados a los 3 meses después del parto mostraron que en las mujeres primíparas con periné intacto y en las que había tenido un parto por cesárea el piso pélvico era más fuerte y tenían una recuperación muscular más rápida. Aquéllas que se sometieron a episiotomía, principalmente si se amplió a un desgarro de tercer o cuarto grado, tuvieron una recuperación más lenta

➤ Incontinencia Urinaria y Fecal

La causa más frecuente de incontinencia fecal en mujeres sanas es el daño grave en el esfínter anal durante un parto vaginal. El tratamiento más importante es la prevención. Tanto las pacientes como los ginecólogos obstetras y parteras desean limitar la incidencia de esta lesión para así minimizar el efecto del parto vaginal en el mecanismo de continencia fecal. Sin embargo, los principales factores de riesgo para desgarro perineal de tercer o cuarto grado son componentes del proceso normal de labor de parto, que incluyen primiparidad, parto instrumentado, recién nacido mayor de 4kg y persistencia de la posición occipitoposterior.

En estudios realizados, se observó que entre las mujeres que eran incontinentes sin tener una lesión del esfínter reconocida, casi la mitad de las que habían tenido una episiotomía anterior tuvieron resultados manométricos por debajo de lo normal. Estos resultados se encuentran en el mismo rango que los obtenidos con aquellas mujeres de quienes se conocía lesión del esfínter anal, lo que sugiere la presencia de una lesión del esfínter oculta. Se evaluaron mujeres a las 8 semanas postparto para valorar funcionalidad del nervio pudendo, observándose daño en aproximadamente el 16% de los partos vaginales.

Estas lesiones explicarían la aparición de la incontinencia urinaria y fecal después del parto. En una revisión de los factores asociados con la incontinencia fecal, Kamm señaló que, cuando un desgarro de tercer grado se produce, el 85% de las mujeres tienen defectos estructurales del esfínter y los síntomas persisten luego de 6 a 9 meses postparto en un 17 a 50% a pesar de la reparación primaria después del parto.

➤ Dolor y Función Sexual

En relación con los efectos a largo plazo no hay pruebas fiables de que el uso de rutina de la episiotomía tenga algún efecto benéfico; por el contrario, hay pruebas claras de que puede causar más daño, tales como una mayor necesidad de reparación quirúrgica y un futuro más pobre de la capacidad sexual.

Sin embargo, las mujeres con episiotomía selectiva tuvieron más probabilidades de reanudar las relaciones sexuales dentro de un mes postparto

➤ Prolapsos (cistocele, rectocele) y Desgarros en Labios y Vagina

En relación a la incontinencia urinaria y los prolapsos anteriores, la mayor incidencia de desgarros en labios y vagina en uso selectivo de episiotomía plantea la posibilidad de que ésta pueda tener un efecto protector sobre la vejiga. Un estudio observacional de dos grupos de mujeres demostró que las se someten a la episiotomía tienen me

3.13 COMO PODER EVITAR UNA EPISIOTOMIA

Este apartado lleva consigo gran expectativa sobre las nuevas técnicas que ayudan a que el canal de parto responda mejor, sin necesidad de realizar una episiotomía. Se habla de realizar masajes perineales antes del parto, donde la mujer embarazada debe preparar su suelo pélvico¹⁴.

Referir que se están realizando estudios con Hialuronidasa, la cual parece tener algo de protagonismo entre los métodos experimentales del presente, los mismos que podrían ayudar en disminuir el trauma perineal, y estos tendrían gran significancia en la prevención de desgarros, laxitud del suelo pélvico e incontinencia urinaria¹⁵.

Entre todos los nuevos métodos que se están estudiando, se encuentra fuertes tendencias sobre posiciones en el parto vaginal, se ha visto que esto también interfiere en la necesidad o no de una episiotomía. Pasando de litotomía, cómoda para el médico, a posiciones como de cuclillas o bipedestación¹⁶.

La técnica, la clasificación de la episiotomía y la clasificación de los desgarros perineales no se encuentra bajo discusión, a si mismo la utilidad o no de la episiotomía y si realmente esta es necesaria en todas las mujeres nulíparas. Las ventajas aparentemente son cada vez menores que las desventajas.

3.14 ESCALA REEDA

La escala REEDA es una herramienta que evalúa el proceso de inflamación y la curación del tejido en el trauma perineal, mediante la evaluación de cinco ítems de curación:

- Enrojecimiento (hiperemia)
- Edema
- Equimosis
- Drenaje y aproximación de los bordes de la herida (coaptación).

El profesional de salud puede puntuar cada ítem evaluado con una nota entre 0 y 3. Una puntuación mayor indica mayor nivel de trauma tisular. La puntuación máxima de 15 indica el peor resultado de curación perineal (Figura 1)(8-9).

Once enfermeras obstétricas, con promedio de 19,5 años experiencia en la atención a mujeres postparto, fueron capacitadas por la investigadora principal en la aplicación de esta escala. Durante casi 15 días, los profesionales utilizaron la escala para evaluar la condición perineal postparto durante un examen físico en la unidad de alojamiento conjunto.

En ese período, la enfermera obstétrica utilizó la escala REEDA para efectuar las evaluaciones con la investigadora principal, y las dos discutieron las notas de todos los ítems. Cada profesional evaluó en promedio 10 mujeres entre 6 y 48 horas después del parto. Durante la recolecta de los datos, la escala REEDA fue aplicada de manera independiente por la investigadora principal y las 11 enfermeras obstétricas capacitadas previamente en el uso de la escala y que, por lo tanto, fueron denominadas jueces. Las evaluaciones por la investigadora principal y un juez fueron comparadas para todos los ítems de la escala.

La puntuación inferior en la REEDA para el ítem coaptación fue observada durante las primeras horas postparto (primera, segunda y tercera evaluaciones), indicando la aproximación máxima de los bordes de la herida. La presencia de los puntos de sutura, en esas ocasiones, garantizó la coaptación de los bordes de la herida.

3.15 ESCALA DEL DOLOR (EVA)

Escala visual analógica del dolor (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada.

La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

3.16 CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA EN LA HERIDA

- Lavar cuidadosamente la zona de adelante hacia atrás, no más de dos veces al día, de lo contrario no estaríamos favoreciendo que la herida se mantuviese seca.
- Cada vez que se defecue, será necesario limpiarse de adelante hacia atrás y posteriormente lavar la zona.
- Secar con toallas suaves, a golpecitos, nunca por arrastre.
- Cambiar la compresa cada 2-3 horas o cuando se note empapada, de esta manera la herida se mantendrá en un medio más seco y no habrá maceración de la misma.
- El jabón de elección será uno cuyo pH sea neutro, de por sí tras el parto el pH vaginal será más ácido de lo normal para proteger frente a infecciones.
- Usar ropa interior de algodón, ya que la transpiración es mayor.

- Es importante una dieta rica en fibra e hidratación para evitar el estreñimiento, y con ello esfuerzos a la hora de defecar con la consiguiente tensión para la zona.
- No está aconsejado sentarse con flotadores o cualquier elemento que deje al descubierto la zona de la herida ya que aumenta la presión en esa zona y hay riesgo de dehiscencia.
- Si existe dolor para sentarse, lo mejor es apoyar la espalda en el respaldo y contraer las nalgas para sentarse, resultará menos doloroso.

3.17 SIGNOS Y SINTOMAS A VIGILAR

- Fiebre, es normal un aumento ligero de la temperatura en el puerperio relacionado con la subida de la leche.
- Si es superior a 37,5° durante dos días se ha de acudir a un especialista.
- Secreción purulenta o maloliente.
- Inflamación repentina de la zona
- Dolor

3.18 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.

ATENCIÓN DE LA URGENCIA OBSTÉTRICA, a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

MUERTE MATERNA, a la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

MUERTE MATERNA DIRECTA, a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

MUERTE MATERNA INDIRECTA, a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

PARTO, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

PARTOGRAMA, a la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

PARTO VERTICAL, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

PUERPERIO NORMAL, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

PUERPERIO INMEDIATO, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

PUERPERIO MEDIATO, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

PUERPERIO TARDÍO, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

3.18.1 ATENCIÓN DEL PARTO.

3.18.1.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

3.18.1.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

3.18.1.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

3.18.1.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea

3.18.1.5 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

3.18.1.6 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

3.18.1.7 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

3.18.1.8 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

3.18.1.9 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrada en el expediente clínico.

3.18.1.10 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

3.18.2 ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

3.18.2.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

3.18.2.2 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

3.18.2.3 En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

3.18.2.4 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan;

3.18.2.5 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n;

3.18.2.6 Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y sntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental.

4. PERSPECTIVA HIST3RICA DEL PROCEDIMIENTO DE LA EPISIOTOMÍA

4.1 EPISIOTOMÍA

La episiotomía es una intervenci3n quirúrgica muy utilizada durante el parto (la expulsión de un (o más) fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior), que a pesar de realizarse durante casi 250 años existen pocas pruebas de su beneficio, este procedimiento sigue siendo de mucha controversia. Se establece como definici3n de episiotomía al corte que se realiza en la zona perineo-vaginal frecuentemente en sentido medio lateral o en la línea media.

Etimológicamente la palabra “episiotomía” derivada de episeiÓN: pubis y temno: yo corto, significa cortar pubis. También llamada Colpoperineotomía, fue descrita por primera vez por Sir Fielding Ould, científico Irlandés que dio a conocer la técnica al mundo en 1742 en su obra “Teatrise of midwifery in threeparts”. En el siglo XIX fue estudiada y aplicada nuevamente por Michaelis, Tranier y Crede. De Lee y Pomeroy, científicos que vivieron en el siglo XX también describieron la técnica, haciendo que esta sea tomada en cuenta para realizarla en el segundo periodo del trabajo de parto.

En 1983 Thacker y Banta desacreditaron el uso rutinario de la episiotomía, poniendo en duda el uso en todas las embarazadas que cumplen los criterios dentro de las indicaciones.

Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano).

El parto humano es un proceso fisiológico, normal y maravilloso, que con el transcurrir del tiempo y los avances de la ciencia y la investigación, este proceso se ve alterado ya sea por la manipulación de instrumentos para su desarrollo o la aplicación de métodos para “facilitar” su progresión.

La episiotomía es una de las operaciones más comunes en obstetricia, sus bases científicas hasta la actualidad no han llegado a convencer totalmente a los profesionales que en la necesidad de cumplir con la labor asistencial la realizan.

En la actualidad se han adoptado medidas para la aplicación de este procedimiento las cuales favorecen a la parturienta sin embargo se han observado estudios donde la episiotomía de rutina se ha extendido a nivel global y se realiza sin indicaciones absolutas, más aun en primíparas atribuyendo prevención de laceraciones de periné anterior.

4.2 HISTORIA

A lo largo de la historia de la medicina y la obstetricia la episiotomía ha sido un procedimiento invasivo y desfavorable si se usa de manera sistemática o

convirtiéndola en rutinaria, desde el punto de vista social este tema es de vital importancia especialmente en las mujeres que están en el proceso reproductivo ya que el parto es inherente a la biología humana, sin embargo en la mayoría de casos el parto está sujeto a la manipulación y uso de técnicas e instrumentos que alteran su proceso con el fin de mejorarla.

Según datos históricos la episiotomía es una de las intervenciones quirúrgicas medicas introducida en la asistencia sin una base científica, el irlandés Sir Fielding en el año de 1742 fue el primero en realizar la episiotomía con la finalidad de vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión del feto. Parvin dice, que desde que Ould sugirió el uso de la episiotomía por primera vez en 1742, recomendando su práctica solo en aquellos partos "extremadamente dificultosos." Su uso ha difundido diversas controversias.

El primer informe de la realización de una incisión perineal fue desarrollado en Hapsburg, Alemania en 1799. Según lo comenta Nugent, el Catedrático Dubois en Francia en 1847 fue el primero en promover la episiotomía medio-lateral. El que le dio el nombre de episiotomía que deriva del griego episeion, vulva, pubis, y tomi o tome, sección, cortar, Carl Braun a mediados del siglo pasado (1857) quien fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibile e innecesaria, desaconsejando su uso. Las únicas indicaciones que justificaban el uso de la episiotomía eran el parto dificultoso y el tratar de salvar la vida del producto fetal.

A nivel del siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede recomendaban la sección del perinéen sus partos. Ya en el siglo XX, De Lee y Pomero y aconsejan tal proceder de forma sistemática durante el parto.

En la actualidad su empleo es prácticamente sistemático en la asistencia al parto. En Inglaterra, al adoptarse el "manejo activo del parto" en los años 70 se eliminan las barreras psicológicas que consideran el dar a luz como un proceso fisiológico, aceptando la superioridad de la intervención obstétrica. Como resultado, la episiotomía rutinaria, mediana o medio -lateral, se trasforma en una parte

primordial del parto "moderno", siendo la operación más común en obstetricia y entre las diez prácticas quirúrgicas más utilizadas.

Por lo que pasa del uso terapéutico y restrictivo de la episiotomía, que sólo es realizada frente a ciertas complicaciones del parto, al uso profiláctico y rutinario, exclusivo en pacientes que por primera vez estaban embarazadas que nunca habían experimentado parto. Los argumentos que se establecieron a favor de la episiotomía sistemática son los siguientes:

- 1) "Previene a la mujer de los efectos del sufrimiento del período de dilatación y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado".
- 2) "Evidentemente conserva la integridad del suelo pélvico y del introito vulvar
- 3) "Evita daños en el cerebro del niño y de los efectos inmediatos y tardíos de la compresión prolongada.

La colpoperineotomía no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también disminuye la presión sobre el cerebro del feto y reducirá complicaciones que se puedan presentar en el neonato."

- 4) "Reduce el riesgo de prolapso uterino, la ruptura del septum véscico -vaginal y su consecutiva larga cadena de secuelas.

Por lo tanto el uso de este procedimiento actualmente está en discusión, debido a que muchos profesionales en el área de ginecología y obstetricia en base a estudios clínicos realizados de manera aleatoria se ha podido demostrar que la realización de la episiotomía no oferta ventaja alguna, mientras que por otro lado predispone como un factor de riesgo el cual puede conllevar a un sin números de alteraciones a nivel genital entre las cuales podemos encasillar al compromiso del recto y mucosa vaginal, entre otro tipo de complicaciones de mayor relevancia. Numerosos estudios realizados defienden la determinación de que se debe abandonar el uso rutinario de la episiotomía y evaluar de manera oportuna en que pacientes se puede realizar este procedimiento.

De acuerdo a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud OMS “El uso sistemático de la episiotomía no es justificado” la protección del periné a través de métodos variados debe ser evaluada y aceptada. Estos descubrimientos demuestran que la episiotomía debe ser usada para realizar un adecuado proceso cuando es el periné el responsable de esta falla de progreso, aliviando así el distres materno o fetal.

En la antigüedad, se creía que una episiotomía se tomaba menos tiempo en sanar a comparación de los desgarros y que acarrearía menos complicaciones. También se pensaba que la misma facilitaba a tensar la vagina luego del parto y que prevenía el estiramiento de la apertura vaginal.

Estudios recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto. Las mujeres que se sometían a este procedimiento frecuentemente perdían mucha más sangre durante el alumbramiento. Las mismas también reportaban períodos de recuperación mucho más dolorosos y extensos luego del parto, generando que se experimenten más complicaciones. Debido a numerosos factores, así como también a los variados riesgos asociados con este procedimiento; algunos grupos que se oponen a las episiotomías se han referido a este procedimiento, llamándolo `una mutilación genital´.

Por lo que se puede llegar a la conclusión a raíz de las consecuencias que esta conlleva, que esta técnica quirúrgica perineotomía no debe ser un tipo de procedimiento necesite o que se deba realizar de manera sistemática. Antes de realizar la incisión quirúrgica episiotomía y la reparación de la misma, es primordial que el profesional de salud que atienda el parto cuente con conocimientos pertinentes de la anatomía del perineo y de las estructuras adyacentes. Una carencia de conocimiento puede llevar a una falla para ejecutar y reparar una incisión en forma adecuada.

4.3 DESCRIPCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould, una enfermera Obstétrica de Dublín, en 1742. Los proponentes de la episiotomía argumentaron que su uso

prevenía el daño perineal, prevenía la relajación del piso pélvico y protegía al feto de injurias. Una revisión reciente no pudo encontrar evidencia para fundamentar estos beneficios propuestos. La episiotomía sigue siendo una operación muy común en obstetricia. Según Sheila Kitzinger, esta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizaría.

En el pasado, las episiotomías eran simplemente un procedimiento estándar que se llevaba a cabo durante el trabajo de parto y el alumbramiento del bebé. No obstante, dicho procedimiento ha sido puesto bajo tela de juicio en los últimos años debido al surgimiento de evidencia de que las episiotomías podrían no ser verdaderamente beneficiosas para una mujer.

Numerosos estudios han demostrado que, incluso en los casos en los que una mujer no se someta a una episiotomía, lo más seguro es que no experimente desgarramiento vaginal. Si esto llegara a suceder, lo más probable es que el desgarramiento sea mínimo y - en la mayor parte de los casos- no llegará a ser peor que la incisión realizada para llevar a cabo una episiotomía. No obstante, muchas personas piensan que la cantidad de mujeres que aún se someten a episiotomías sigue siendo realmente alta.

Los expertos argumentan que el número de episiotomías realizadas en partos vaginales no debería exceder un 20%, mientras que otros piensan que las episiotomías sólo deberían ser practicadas en no más del 10% de los partos vaginales. En el pasado, se creía que una episiotomía se curaba más pronto que un desgarramiento vaginal y que traía aparejadas menos complicaciones. También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto

Las mujeres que se sometían a una episiotomía frecuentemente perdían mucha más sangre durante el alumbramiento. Las mismas también reportaban períodos de recuperación mucho más extensos y dolorosos luego del parto, y tendían a experimentar más complicaciones; otras eran más propensas a padecer un debilitamiento de los músculos de la zona pélvica luego del parto.

4.4 GENERALIDADES DEL PARTO

4.4.1 PARTO

El parto consiste en una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por la cérvix (cuello del útero) y la vagina (canal del parto) hacia el exterior.

- Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros.
- Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas.
- Los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

4.4.2 FASES DEL PARTO

4.4.2.1 PRIMER ESTADIO

El primer estadio hace referencia al intervalo entre el inicio del parto y la dilatación completa. Se ha subdividido en tres fases, de acuerdo con los grados de dilatación cervical.

4.4.2.2 Fase latente

Hace referencia al período entre el inicio del parto y el punto en el cual se produce un cambio en la pendiente de progresión de la dilatación cervical. Se caracteriza por una dilatación lenta, y tiene una duración variable.

4.4.2.3 Fase activa

Esta fase se asocia con una progresión más rápida de la dilatación, y empieza generalmente a los 2-4 cm de dilatación. La fase activa se subdivide en una subfase de aceleración, una subfase de máxima progresión y una subfase de desaceleración, pero estas subdivisiones no suelen usarse en la práctica.

4.4.2.4 Fase de descenso

El descenso fetal coincide usualmente con el segundo estadio del parto. Existen diferencias significativas entre las curvas de las nulíparas y las múltiparas. En estudios clásicos, Friedman determinó la duración media para cada estadio del parto en estos dos grupos de parteras, calculando la duración máxima de cada estadio, definiéndola por las dos desviaciones estándar desde la media.

Por ejemplo, para la paciente nulípara, la mínima progresión de dilatación es de 1,2 cm/h y representa dos desviaciones estándar por debajo de la media de la progresión de la dilatación en múltiparas (que es de 3 cm/h). Mediante la comparación de la curva de dilatación cervical de una paciente con el perfil normal descrito por Friedman, es posible detectar patrones anormales de progresión e identificar los partos con riesgo de una mala evolución. Este trabajo puede facilitarse con el uso de la partograma, que es una representación gráfica de la curva de parto. De este modo, los patrones anormales pueden identificarse con facilidad, lo cual permite tomar las decisiones adecuadas en cada momento. 19

4.4.3 SEGUNDO ESTADIO

El segundo estadio del parto hace referencia al intervalo entre la dilatación completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, y culmina con la expulsión del feto. El aumento de las pérdidas sanguíneas, la sensación de ganas de empujar con cada contracción, la sensación de presión en el recto, acompañada del deseo de defecar, y la aparición de náuseas y vómitos pueden ser síntomas indicadores del inicio del segundo estadio.

La madre asume un papel más activo en este momento, puesto que empujará para ayudar al descenso del feto. Siempre que exista un patrón de frecuencia cardíaca fetal normal, se considera aceptable que la paciente nulípara puede estar pujando hasta 2 horas, en caso de no llevar una anestesia epidural (3 horas en los casos de anestesia regional) antes de optar por una intervención obstétrica.

Para la multípara, la recomendación es de 1 y 2 horas, respectivamente. Sin embargo, si existe una progresión continuada y no hay evidencia de afectación fetal, tiempos más prolongados que los citados no se han asociado con una morbilidad incrementada.

4.4.4 TERCER ESTADIO

El tercer estadio del parto corresponde al tiempo que transcurre desde el nacimiento del bebé hasta la separación y expulsión de la placenta y las membranas fetales. La principal complicación asociada con este período es la hemorragia, que continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad materna. La pérdida media de sangre en el momento del parto se estima en alrededor de 500 ml.

El parto puede ser un parto sencillo, es decir de un solo feto o bien múltiple, de dos o más fetos. La vía de parto puede también variar, puede ser un parto vaginal, es decir que el feto es expulsado por el canal de parto natural (vagina) o bien un parto abdominal, es decir, por el abdomen de la madre (cesárea).

Los partos vaginales pueden ser eutócicos, estos son los partos normales, o bien instrumentados, que precisan de instrumentos aplicados por el médico para ayudar en el parto vaginal. Estos instrumentos son los fórceps, las espátulas o las ventosas.

4.5 EPISIOTOMIA

Incisión en el periné para aumentar la Episiotomía 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.

4.5.1 CRITERIOS 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.

4.6 FACTORES QUE INFLUYEN A LA EPISIOTOMÍA

4.6.1 FACTORES MATERNOS

4.6.1.1 Edad.

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística.

Se observó un incremento en los porcentajes de episiotomía a medida que aumentaba la edad materna, pasando de un 52,38% en el grupo de 15 a 19 años, a un 77,27% a partir de los 40 años. Sin embargo, al comparar la edad materna media en ambos grupos (episiotomía o no) no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

4.6.1.2 Peso

Medida de un cuerpo calculado como la cantidad de masa que contiene y se puede expresar en gramos o kilogramos.

La Medicina toma el peso corporal del individuo como referencia del desarrollo y estado de salud del organismo humano. Del mismo modo, el peso es una medida de referencia en procesos de desnutrición, así como el aumento de peso puede constituir un síntoma de enfermedades que causan obesidad.

4.6.1.3 Talla

La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales.

Sobre la talla materna y su implicancia para cesárea concluye que la talla materna menor de 146 cm está asociada a mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulíparas como en multíparas, lo cual podría verse relacionado a riesgo de desgarros perineales; no se han realizado estudios que relacionen la talla materna y la realización de episiotomía; sin embargo en nuestro estudio encontramos que la baja talla materna no presenta significancia estadística por lo cual no sería considerado como un factor de riesgo para el uso de episiotomía.

4.6.2 FACTORES OBSTÉTRICOS

4.6.2.1 Edad gestacional

La edad gestacional o menstrual corresponde al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, momento que en realidad precede a la concepción.

Con respecto a la edad gestacional del recién nacido en el momento de nacimiento, no se encontró relación estadísticamente significativa con la realización de la episiotomía.

4.6.2.2 Altura uterina

La técnica de McDonald se realiza con un centímetro, y se mide la altura del útero desde la porción superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino.

4.6.2.3 Posición fetal

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto.

Es la relación que guarda entre sí el dorso del feto con la pelvis materna. Existen cuatro variedades: derecha, izquierda, anterior y posterior.

4.6.2.4 Primiparidad

Condición en el cual la mujer tiene parto por vez primera, y nos referimos a la paridad de las gestantes como antecedente obstétrico.

El principal factor determinante para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo es la nuliparidad.

4.6.3 FACTORES FETALES Y NEONATALES

4.6.3.1 Ponderado fetal

Es el peso fetal estimado clínicamente mediante observación y palpación.

El peso fetal no es necesariamente un factor que predispone la ocurrencia de desgarros o laceraciones.

Hueston 1996 analizó 6500 partos en cinco centros norteamericanos y comprobó que tenían más probabilidades de recibir episiotomía las siguientes mujeres: nulíparas, partos instrumentales, fetos macrosómicos, analgesia epidural, que la paciente disponga de un seguro médico privado y parto atendido por un médico.

4.6.3.2 Peso del recién nacido

Es una medida somatométrica que clasifica al recién nacido como: de bajo peso (menos de 2500 gr.), de peso muy bajo peso (menos de 1500 gr.), de extremadamente muy bajo peso (menos de 1000 gr.) y peso adecuado (mayor de 2500 gr.).

4.6.3.3 Talla del recién nacido

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso se ha

visto influenciado además por la edad materna y con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía.

4.6.3.4 Perímetro cefálico del recién nacido

Es la medida del cráneo tomada teniendo como puntos de referencia la protuberancia externa del occipital y las dos protuberancias anteriores del frontal. Su valor promedio oscila entre 33 y 35 cm¹⁰.

El perímetro cefálico mayor a 33,1 centímetros, aumenta la probabilidad de realizar episiotomía¹.

4.6.3.5 Sufrimiento fetal agudo

Perturbación metabólica por disminución de los intercambios feto materna, de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y puede provocar modificaciones tisulares irreparables o la muerte.

4.7 INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

Para la realización de la episiotomía es de gran importancia el conocimiento de sus indicaciones entre las cuales tenemos:

4.7.1 COADYUVANTE DE LA OPERATORIA OBSTÉTRICA

En determinadas intervenciones obstétricas como fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, distocia de hombros y ayuda manual en el parto de nalgas, se produce una amplia y rápida distensión vagino-perineal. Es una técnica coadyuvante, que evita el posible daño del canal blando, al tiempo que facilita la rápida y fácil extracción fetal.

4.7.2 INDICACIONES MATERNAS

Las indicaciones maternas pueden agruparse en indicaciones esenciales como: periné cicatrizal, periné resistente, periné corto, parto precipitado, diligencia materna, desgarro inminente del periné, etc.) y preventivas. La práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en sus beneficios, esto es evitar los desgarros perineales y la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión, y por

lo tanto el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo.

- Periné cortó.
- Acortar el periodo expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo Parto instrumental.
- Acortamiento de la segunda etapa del trabajo de parto y la aceleración del parto del producto se alargan.
- Inminencia de desgarro vulvo vagino perineal: Un arco sub púbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino selectiva.

Nótese que a propósito no se hace referencia estricta a la paridad de la paciente, pues sí es cierto que existen nulíparas que no la ameritarían y, por el contrario, en algunas múltiparas es preciso realizarla. Un arco sub púbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino selectiva.

Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de Valsalva forzada), importante en las siguientes patologías maternas

- Pre eclampsia
- Eclampsia.
- Hipertensión arterial.
- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Parto vaginal instrumentado
- Utilización de fórceps o espátulas.

- Hipertensión Endocraneana y Patologías Vasculares del S.N.C.

1. Para prevenir trauma obstétrico y apresurar el expulsivo:

- Parto prematuro
- Presentación pelviana
- Parto gemelar
- Sufrimiento fetal
- Periodo expulsivo prolongado

2. Para aplicaciones instrumentales sobre el polo cefálico.

3. Para evitar el prolapso genital (actualmente en controversia).

4.7.3 INDICACIONES FETALES:

En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar: una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto. Resistencia que puede oponerse a la salida fetal es el plano perineal. La episiotomía, al eliminar la resistencia perineal evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran:

- Macrosomía.
- Prematuros.
- Feto con retardo del crecimiento intrauterino.
- Sufrimiento fetal agudo, en el segundo período del parto.
- Presentación podálica, cefálicas en variedades deflexionadas
- Se intenta evitar la episiotomía y sólo se lleva a cabo por indicaciones fetales (bradicardia fetal, taquicardia, o líquido teñido de meconio).
- El perímetro cefálico mayor a 33,1 centímetros, aumenta la probabilidad de realizar episiotomía.

4.8 ANATOMIA FUNCIONAL DEL SUELO PELVICO

Conjunto de músculos, ligamentos y fascias que cierran la pelvis por su parte inferior. Estas estructuras anatómicas se encargan de mantener los órganos pélvicos en una posición correcta, evitando las pérdidas de orina y heces ante los aumentos de presión abdominal o el movimiento.

Asimismo son imprescindibles para la micción y la defecación voluntaria, participan en el mantenimiento de la estabilidad lumbo pélvica, e intervienen en funciones y momentos tan importantes en la vida de la mujer como son la sexualidad, el embarazo y el parto.

4.8.1 Musculatura del suelo pélvico

El periné comprende el conjunto de tejidos contenidos entre la sínfisis púbica, el cóccix y los laterales de los huesos púbico e isquiático, dibujando el plano más superficial como una especie de rombo.

De este modo la región perineal queda dividida en una parte urogenital anterior, y otra posterior; ambas separadas por una línea transversal que une las dos tuberosidades isquiáticas y que coincide con el músculo transverso superficial del periné.

4.8.2 Región Urogenital Anterior: Plano más Superficial

Se distinguen los genitales externos, la uretra y el diafragma urogenital. La parte más superficial del periné está compuesta por los músculos bulbo esponjoso, isquio cavernoso y el transverso superficial del periné

4.8.3 Bulbo esponjoso

Se origina en el núcleo fibroso central del periné, y recubre la glándula vestibular mayor y el cuerpo esponjoso bulbo-vestibular hasta insertarse en dos fascículos en: las caras inferior y lateral del clítoris (fascículo posterior); y en el músculo posterior de la vena dorsal del clítoris (fascículo anterior). Estos dos músculos estrechan el introito vaginal y al mismo tiempo comprimen la glándula vestibular mayor, la vena dorsal profunda del clítoris y el cuerpo esponjoso bulbo vestibular; dando lugar a la erección del clítoris.

4.8.4 Isquio cavernoso

Nace en la tuberosidad isquiática y las ramas pubianas, insertándose en el pilar del pubis (en la comisura cavernosa) y compartiendo función con el bulbo esponjoso. El isquio cavernoso también comprime los cuerpos cavernosos, y por tanto, contribuye a la erección del clítoris.

4.8.5 Transverso superficial del periné

Se presenta en transversalmente y en un plano superficial. Situándose cerca del borde posterior del diafragma urogenital y representa una franja muscular fina que atraviesa el periné. Lateralmente se inserta en el isquion, entrecruzándose en la línea media con su homónimo del lado contralateral y entrelazándose parcialmente con los músculos bulbo cavernoso y esfínter del ano. Al mismo tiempo contribuye en la fijación del núcleo fibroso del periné.

4.9 Región Urogenital Anterior: Plano más profundo

4.9.1 Transverso profundo del periné

Se origina en las tuberosidades isquiáticas, por detrás de la inserción del músculo isquio cavernoso, dirigiéndose hacia medial hasta cruzarse por detrás de la vagina, dónde se inserta en un rafe tendinoso con las fibras del músculo del lado opuesto. Se separa del transverso superficial del periné por una capa aponeurótica superior, y del elevador del ano por una capa aponeurótica inferior. Y colabora en el control de la micción asistiendo al esfínter uretral externo. Músculo de Wilson: situado entre la uretra y el músculo isquio pubiano.

4.9.2 Esfínter Estriado de la uretra o Constrictor de la Vulva

Se sitúa por delante del transverso profundo del periné. En él se distinguen los fascículos periféricos dirigidos a las ramas pubianas y las fascias del diafragma urogenital; y los fascículos más profundos, centrales y que rodean la porción membranosa de la uretra. Además, se une a la vagina. Este esfínter está compuesto por tres elementos: el esfínter uretral, el compresor de la uretra y el esfínter uretrovaginal los cuáles contribuyen al aumento del tono de reposo uretral

y a la continencia durante los aumentos de presión abdominal (Ejemplo: tos, estornudo).

4.9.3 Elevador del ano

Es el músculo más extenso de la pelvis y actúa como un segundo esfínter uretral y anal, sirviendo de soporte de los órganos pélvicos y facilitando el cierre de la luz uretral y anal, y con ello la continencia. Éste está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo.

1. Puborrectal:

Se origina en la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis, situado medialmente con respecto al origen del haz pubococcígeo. Se trata de un fascículo muscular grueso que avanza en dirección postero caudal pasando por detrás de la flexura del recto, a nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se entrecruzan concediéndole la característica forma de “U”.

2. Pubococcígeo:

Nace en la sínfisis del pubis, lateralmente al haz puborrectal, en la porción anterior del arco tendinoso del músculo elevador del ano que representa la porción densa de la fascia obturadora. Desde su origen se dispone en dirección posterior, caudal y medial hacia el cóccix, insertándose en el ligamento ano coccígeo, el ligamento sacro coccígeo anterior y en la parte anterior del recto; emitiendo una parte de sus fascículos hacia el músculo esfínter externo del ano. El borde interno de este músculo forma el margen del hiato urogenital a través del cual pasan la uretra, la vagina y el ano.

3. Iliococcígeo:

Se inserta en las regiones laterales de la sínfisis del pubis y en el arco tendinoso del músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho, curvo y cóncavo de la fascia obturadora); y posteriormente se une al ligamento ano coccígeo lateral a las dos últimas vértebras del cóccix. La disposición de sus fibras adopta una dirección

hacia caudal y medial en dirección al conducto anal, formando un “embudo” con forma de “V” o a “alas de paloma” al observar cortes coronales a esta altura.

4.9.4 Coccígeo

Se extiende desde la espina isquiática hasta el cóccix y el sacro caudal, formando la parte posterior del diafragma pélvico y asentándose sobre la superficie anterior del ligamento sacro espinoso.

4.10 ESTRECHOS PÉLVICOS

Durante el trabajo de parto el feto tiene que pasar por varios obstáculos en la pelvis materna que son de tejido blando.

Tiene 3 estrechos para que el feto nazca por vía vaginal.

Si alguno de los 3 estrechos se encuentra reducido (distorcia) el parto se dificultara y puede ocurrir una distorción que termine por complicar la vida del feto.

Los 3 estrechos son: superior, medio e inferior

4.10.1 ESTRECHO SUPERIOR

Se encuentra delimitada por el pubis por delante, por el promontorio sacro por detrás y por las del hueso sacro a los lados. Este estrecho nos delimita la pelvis falsa de la pelvis verdadera y es el que da la forma a la pelvis.

Consta de dos diámetros que son

- Transverso del estrecho superior(TES) que mide 13cm o mas
- Conjugado diagonal(CD) y conjugado obstétrico(CO) que mide 14cm o mas

3.10.2 ESTRECHO MEDIO

Se encuentra entre el estrecho superior y el estrecho inferior. Se encuentra delimitado por:

Por delante por la parte media del pubis, por detrás por la concavidad de los huesos sacro y a los lados por las espinas ciáticas.

Consta de 2 diámetros:

- El diámetro sacropúbico (SP) que mide 12cm
- El diámetro biespinoso BE que mide 10cm

4.10.3 ESTRECHO INFERIOR

Se trata del último estrecho que tiene que librar el feto antes de nacer, se encuentra delimitado por un arco subpubico mide más de 90 °.

4.11 RIESGOS DE UNA EPISIOTOMÍA

Hay algunos riesgos al someterse a una episiotomía. Debido a los riesgos, las episiotomías no son tan comunes como solían ser. Los riesgos abarcan:

- El corte puede desgarrarse y aumentar de tamaño durante el parto. El desgarre puede llegar hasta el músculo alrededor del recto o incluso hasta el recto mismo.
- Puede haber más hemorragia.
- El corte y los puntos de sutura pueden infectarse.
- Las relaciones sexuales pueden ser dolorosas durante los primeros días.

5. MODIFICACIONES GRAVÍDICAS DEL PERINÉ

5.1 Durante la gestación

Durante la gestación, los tejidos perineales adquieren progresivamente una mayor elasticidad bajo el efecto de factores hormonales, mecanismos y vasculares. En especial, la impregnación hormonal de estrógenos/ progestágenos, asociada al aumento de la presión abdominal por el peso de las vísceras, produce una hiperlaxitud musculo ligamentaria a nivel púbico, sacro ilíaco y sacro coccígeo.

La hipertrofia de las fibras musculares provoca una pérdida del tono y una mayor extensibilidad de los músculos elevadores del ano.

5.2 Durante el parto

Después de atravesar el estrecho superior, la cabeza desciende siguiendo un eje umbilico coccígeo. La progresión del feto durante los esfuerzos expulsivos, provoca una relajación del músculo iliococcigeo. Este, junto con los músculos isquio coccígeo, empuja la presentación hacia delante, a nivel de la hendidura urogenital.

La presentación empuja el tabique recto vaginal y aplana el recto contra el cóccix que, a su vez, se ve empujado hacia atrás y provoca una distensión del periné posterior, lo que da lugar a una distención del periné posterior, lo que da lugar a una elongación del ligamento ano coccígeo y a una prominencia de la comisura posterior del ano. En esta etapa pueden aparecer lesiones esfinterianas anales, clínicamente ocultas.

Debido a la resistencia del periné posterior, la cabeza situada bajo la sínfisis del pubis ya no puede progresar en el eje umbilico coccígeo. Al verse impulsada hacia adelante cambia de eje y comienza a desviarse.

El núcleo central del periné se comprime y se extiende. La distancia ano vulvar se alarga por ampliación del periné anterior con adelgazamiento de éste. Durante las contracciones y los esfuerzos de pujo, la presentación fetal rechaza hacia abajo y hacia delante el fascículo puborrectal de los elevadores.

Se separa y se integra en el periné superficial. En esta etapa, el ano, solidario con la región ano vulvar, se abre ampliamente, exponiendo la mucosa endoanal.

Al final del expulsivo, el periné, que se ha ampliado al máximo, forma un conducto musculo cutáneo perineal, aun denominado infundíbulo perineo vulvar de Farabeuf, y su elongación provoca lesiones musculares y aponeuróticas casi inevitables.

Los nervios pudendos y rectales superiores se ven afectados por esta elongación, con un riesgo de denervación de los músculos perineales, en especial del musculo esfínter externo del ano, lo que explicaría la aparición de la incontinencia anal y urinaria del posparto.

5.3 USO DE LA OXITOCINA DURANTE EL PARTO

La oxitocina es la medicación usada más frecuentemente para la estimulación del parto en obstetricia.

Entre los beneficios conocidos de su empleo se encuentra la mejora de las contracciones. La oxitocina es usada comúnmente en la moderna práctica obstétrica para aumentar la actividad uterina cuando se produce un fracaso del trabajo de parto, con el objetivo de permitir que el proceso de parto progrese hacia un parto vaginal. El uso de oxitocina ha sido propuesto para el tratamiento de la distocia del parto, porque podría reducir la tasa de cesáreas. El trabajo de parto prolongado o distocia ha sido descrito como una de las principales indicaciones de cesárea en situaciones donde se detiene el progreso que conduce hacia un parto normal y espontáneo.

El Instituto para la Seguridad de la Práctica Médica designó la oxitocina como una medicación de alta vigilancia en 2007. Este tipo de medicación se caracteriza por necesitar una especial consideración y precaución durante su administración, ya que presenta un alto riesgo de causar daño cuando se usa erróneamente. Los errores relacionados con el uso de oxitocina son actualmente los errores más comunes que se producen durante el parto. Estos errores están relacionados con dosis elevadas en la mayoría de los casos, que pueden provocar una excesiva actividad uterina.

La intervención con oxitocina, particularmente con dosis altas, puede tener potenciales efectos negativos en la madre y en el feto, tales como taquisistolia uterina y afectación de la frecuencia cardiaca fetal. Esto ocurre debido a la disminución o interrupción del flujo sanguíneo hacia el espacio intervelloso durante las contracciones. Las contracciones en partos normales son bien toleradas por la mayoría de los fetos; sin embargo, existe riesgo de hipoxemia y acidemia fetal si las contracciones son muy frecuentes y/o prolongadas.

Romano y Lothian concluyeron en su estudio, que las intervenciones durante el proceso fisiológico del parto, en ausencia de complicaciones, aumenta el riesgo de

alteraciones para la madre y el feto. Ellos propusieron el uso de cuidados basados en la evidencia de la práctica clínica para promover el parto fisiológico, evitando el uso innecesario de la inducción del parto, de intervenciones rutinarias y restricciones también innecesarias. Sin embargo, un metanálisis con 10 ensayos aleatorios controlados, concluyó que altas dosis de oxitocina para la estimulación del parto, se asoció con una reducción de la tasa de cesáreas y con un menor tiempo de duración del parto, sin incremento de resultados maternos o perinatales adversos.

La Organización Mundial de la Salud resaltó la necesidad de revisar el modelo biomédico de cuidados durante el embarazo y parto, caracterizado por un elevado intervencionismo y excesiva medicalización en países desarrollados. En sus recomendaciones para la atención del parto normal, consideró lo inapropiado de ciertas prácticas e intervenciones tales como la amniotomía ó rotura artificial de bolsa amniótica de forma temprana, y el uso rutinario de oxitocina, entre otras.

En España, en la Estrategia de Atención al Parto Normal, el Ministerio de Sanidad recomendó un uso limitado de la oxitocina.

5.4 PELVIMETRÍA INTERNA

La pelvimetría es la medida de la pelvis femenina. Teóricamente puede identificar la desproporción cefalopélvica, que es cuando la capacidad de la pelvis es inadecuada para permitir que el feto negocie el canal de parto

Para realizar las mediciones exactas de la pelvis materna se requiere de un estudio radiológico llamado pelvimetría que consiste de 2 placas simples de pelvis una AP y una lateral las cuales deben tomarse con poca radiación.

Anatomía de la Pelvis Formado por:

- Dos huesos coxales
- El Sacro
- El Coxis

Los huesos coxales están unidos en la parte anterior a nivel de la sínfisis del pubis.

El hueso coxal se forma por la unión del ílion, ísquion y del pubis.

Algunos médicos e incluso radiólogos llaman a este estudio cefalopelvimetría ya que además de realizar mediciones pélvicas, realizan mediciones pélvicas, realizan mediciones de la cabeza fetal con el fin de saber si va a poder pasar por los 3 estrechos pélvicos de no existir diámetros favorables le llaman Desproporción Cefalopelvica (DCP).

5.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TRAUMA PERINEAL

- Posición de litotomía durante el parto.
- Trabajo de parto prolongado
- Aceites y lubricantes incrementan las laceraciones
- Pujos dirigidos o pujos en Valsalva, realizando pujos forzados largos y manteniendo el aire dentro. Se relacionan con mayor número de desgarros y episiotomías, así como más problemas de incontinencia urinaria
- Empleo de analgesia epidural, ya que aumenta el riesgo de un parto instrumental
- Empezar los pujos cuando la mujer ha alcanzado la dilatación completa, y no cuando el feto ha descendido y tiene sensación de pujo
- Nuliparidad
- Elevado peso del bebé al nacer
- Presión en el fondo uterino
- Empleo de oxitocina durante el parto

5.6 FACTORES QUE PROTEGEN DEL TRAUMA PERINEAL

Este punto es muy importante ya que en la actualidad existen diversas técnicas las cuales permiten que haya una expectativa mayor y que ayudan a que el canal de parto responda de una mejor manera, sin necesidad de realizar una episiotomía. Hablamos del masaje perineal el cual permite que la gestante pueda preparar su suelo pélvico para el momento del parto. (DJ, 2013)

Se están realizando estudios los que están demostrando y que parecen tener algo de protagonismo ayudando a disminuir el trauma perineal, y estos tendrían gran significancia en la prevención de desgarros, laxitud del suelo pélvico e incontinencia urinaria.

Entre todos los métodos que se están investigando, se hallaron fuertes tendencias sobre posiciones en el parto vaginal, masajes perineales, la psicoprofilaxis obstétrica y otros métodos. Se ha visto que esto también interfiere en la necesidad o no de una episiotomía.

- Masaje perineal en las últimas semanas de embarazo
- Uso de compresas calientes
- Soporte manual del periné en el momento del expulsivo.
- Parto en posición lateral
- Posición lateral o de pie durante el parto
- Paciencia por parte de la persona que asiste el parto
- Pujo espontáneo durante el expulsivo, realizando múltiples pujos cortos y sin mantener el aire dentro
- Educación maternal durante la gestación

5.7 TIPOS Y TECNICAS DE EPISIOTOMIA

5.7.1 TIPO DE EPISIOTOMÍAS

Se han descrito siete tipos de episiotomía en la literatura médica que se describen a continuación.

Al realizar una episiotomía esta abarca las siguientes estructuras:

- Piel
- Tejido celular subcutáneo
- Mucosa vaginal
- Músculos bulbo cavernoso
- Isquio cavernoso
- Perineal transverso.

5.7.1.1 Medio lateral (Tarnier):

También se llamada diagonal, es la más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde el centro de la horquilla vulvar hacia la tuberosidad isquiática, y puede ser derecha o izquierda según el cirujano sea diestro o surdo.

5.7.1.2 Mediana (Michaelis):

Comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Esta episiotomía es frecuentemente realizada en Estados Unidos y Canadá. Tiene un mayor riesgo de que este se prolongue como desgarro hacia el recto.

5.7.1.3 Mediana modificada:

Se modifica de la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.

5.7.1.4 Lateral:

Comienza por encima de la línea media en dirección a la tuberosidad isquiática. Entre sus variedades tenemos en curva, bayoneta y bilateral.

5.7.1.5 Lateral radical (Schuchardt):

Es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy complicados. Consiste en una episiotomía completamente extendida, que llega profundamente al surco vaginal, se curva hacia abajo y luego lateral alrededor del recto.

5.7.1.6 En forma de J:

Inicia con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal.

5.7.1.7 Anterior:

Se la realiza durante los partos para abrir la cicatriz de la fusión de los labios menores de un parto anterior. Abarca desde la línea media hasta que el meato uretral externo sea visible. Es preferible evitar esta episiotomía y practicar cualquier otra episiotomía antes descrita.

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Según el criterio de angulación y un consenso de recomendación, se debería utilizar el medio lateral debido a la facilidad de la técnica hay menos riesgo de laceración del esfínter anal externo.

5.8 TIPOS DE EPISIOTOMÍA MÁS REALIZADAS

TIPOS	
MEDIANA	Inicia en la horquilla vulvar posterior y corta el rafe medio en dirección medial, extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del Esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo.
	Se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (derecha) en ángulo de 45° en relación

MEDIO LATERAL	con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano
---------------	---

Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen.

5.9 REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

5.9.1 Momento y técnica a realizar en una episiotomía

Es imprescindible saber cuál es el momento apropiado para practicar esta técnica, puesto que “el corte” en un momento inadecuado puede generar complicaciones.

5.9.2 Momento idóneo:

Si se efectúa en un momento innecesariamente temprano, la hemorragia puede ser considerable entre la incisión y el nacimiento. Si se realiza muy tarde, no se evitan las laceraciones.

De manera característica, la episiotomía se lleva a cabo cuando es visible en el introito vulvar la cabeza de la criatura con un diámetro de 3 a 4 cm durante una contracción. Sin embargo, de presentarse, el signo de alarma es un hilo de sangre saliendo por la horquilla vulvar se anticipa la episiotomía.

La episiotomía se realiza en el acmé de la contracción, cuando la presentación está coronando.

En un parto espontáneo el momento elegido será cuando el feto esté con presentación de vértice, apoyándose la misma en el periné, se esperará hasta que éste completamente distendido. Es fácil de apreciar puesto que la piel perineal aparece pálida por falta de riego.

5.10 ELECCIÓN DE EPISIOTOMÍA:

Episiotomía media versus episiotomía medio lateral:

Borja Jiménez y asociados publican un estudio en el 2018 Estudio comparativo entre episiotomía media y medio lateral según las variables del parto y su evolución. Se efectuó un estudio prospectivo con una muestra de 106 mujeres, consistente en una encuesta telefónica, referida al dolor de la episiotomía. Las mujeres con episiotomía media refirieron tener menos dolor, reiniciar antes la vida normal posparto, estar mucho más satisfechas con la episiotomía y volver a mantener antes relaciones sexuales.

La episiotomía medial es conocida como episiotomía de línea media y es la episiotomía utilizada con mayor frecuencia. Sin embargo, también está asociada con mayor riesgo de extensión misma que puede incluir el esfínter anal (tercer grado) o el recto (cuarto grado).

Una episiotomía medio lateral, que es una incisión de al menos 45 grados desde la línea media, se prefiere en algunos países debido a que reduce el riesgo de

Extensiones de tercer y cuarto grado, entre sus desventajas están: Difícil de reparar, aumentan la pérdida de sangre y aumentan los malestares posparto.

En la Guía de Práctica Clínica de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la técnica recomendada es episiotomía mediolateral.

5.11 APLICACIÓN Y TÉCNICA

1. Realizar asepsia y antisepsia con agua y jabón y después una solución antiséptica.. Pedir colaboración a la paciente – relajación.
2. Anestesia local infiltrativa, con lidocaína simple al 1% 10 ml, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal.

3. Realizar el corte un poco antes de la contracción siguiente de manera que las manos estén libres para ejecutar las otras maniobras destinadas a proteger el Periné y el desprendimiento de la presentación fetal

4. Para realizar el corte con tijera recta sin lesionar al feto o estructuras adyacentes.

5.11.1 Episiotomía medio-lateral

Procedimiento:

- Visualizar un ángulo de 45 y 60 grados, desde la horquilla vulvar en dirección a la tuberosidad isquiática.
- Separar los labios mayores y se identifica el plano muscular con el dedo índice y medio con una mano, con la otra mano se sostiene la tijera mayo.
- La punta de la tijera se introduce en la línea media en la región mucocutáneo. Orientada oblicuamente en dirección del recto, posteriormente toma sentido horizontal alejando del recto.
- La incisión se extenderá aproximadamente 4 cm hacia el perineo y puede alcanzar la fosa esquió anal.
- Se avanza a la profundidad entre 5 y 6 cm. Después se retira la tijera y se realiza el corte de la mucosa vaginal, tejido conectivo y porción muscular y aponeurótica.

ELEMENTOS QUE SE SECCIONAN:

1. Pie
2. Tejido celular subcutáneo
3. Mucosa Vaginal
4. Músculo bulbo cavernoso

- 5. Músculo isquicavernoso
- 6. Músculo transverso superficial del periné,
- 7. Haces pubianos del elevador del ano.

5.11.2 EPISIORRAFIA

Es un procedimiento en el cual se realiza la reparación o reconstrucción de la episiotomía, teniendo como objetivo principal la restauración anatómica evitando el exceso de puntos de sutura y la hemostasia

La reparación de la episiotomía debe iniciar aproximadamente 1 cm por encima del ángulo (superior) de la incisión, llevándola a cabo hasta el nivel de la abertura vaginal

Aspectos importantes:

- Realizarla una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente.
- Tener siempre presente que una buena episiiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía.
- Se recomienda la introducción de gasas u otros materiales en vagina para producir hemostasia
- Durante la realización de este procedimiento; la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos.
- Se prefieren las suturas reabsorbibles (CATGUT – VICRYL).
- Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario y cumplir con los criterios de asepsia y antisepsia recomendados.

		A nivel del extremo vaginal la línea de corte se extiende hasta unos 2 ó 3 cm por detrás de las carúnculas himeneales y el extremo perineal no se
--	--	---

	MEDIANA	compromete más allá de la fascia del esfínter externo. En el plano medio, hacia el extremo vaginal, se alcanzan a notar las fibras más externas del transverso profundo y en la región de la cuña perineal, el tendón conjunto se expone nítidamente.
EPISIORRAFIA SIN PROLONGACIÓN	MEDIO LATERAL	Los hallazgos en el extremo vaginal son iguales que para la mediana; Hacia el extremo perineal en razón de la orientación del corte, no debe observarse el esfínter, y los músculos de la cuña se exponen claramente.
	TÉCNICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se inicia 1cm por detrás del vértice vaginal. <p>PUNTO DE ANCLAJE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Continuar con sutura continua y cruzada hasta inmediatamente por detrás de las carúnculas himeneales. 3. Teniendo en cuenta incluir en las puntadas iniciales a la submucosa y la porción comprometida del músculo transverso profundo. 4. Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de ellas de atrás hacia delante, fijándola con una puntada de mucosa a mucosa por delante de ellas. 5. Desde este punto hasta la horquilla vulvar posterior se lleva con sutura continua sin cruzar y se anuda.

		<p>6. Se repara entonces la cuña perineal, iniciando en el tendón conjunto en el punto de conjunción del músculo bulbocavernoso. Parte profunda.</p> <p>7. Con sutura continua sin cruzar se baja hasta el vértice perineal inferior.</p> <p>8. Sin interrumpir se pasa a piel y en forma ascendente se afronta piel y celular subcutáneo finalizando al nivel de la fosa navicular donde se anuda Para finalizar.</p> <p>9. Se sutura la piel con puntos simples y separados.</p>
--	--	--

- Debe iniciarse después del alumbramiento, luego de la revisión uterina, para que en caso de que haya que sacar la placenta con la mano por alguna anomalía de este período, no se altere la integridad de la sutura.
- Aplicación de anestésico local.
- Cierre por planos:

1. Pared vaginal: Con puntos continuos sin dejar espacios muertos. Al terminar la vagina, se pasa un punto por debajo de la base del himen para reconstruir la fosa navicular, sin incluir las carúnculas, y llegar hasta la horquilla vulvar.

2. Tejido muscular: Afrontando por planos, con puntos separados, sin estrangular el tejido.

3. Piel: Idealmente subdérmica o sino con puntos separados desde el extremo posterior hasta la unión mucocutánea.

Se utiliza como única sutura, el Catgut crómico 2/0.

5.12 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ACUERDO AL TIPO DE EPISIOTOMIA REALIZADA

Dentro de las ventajas se podrán encontrar gran cantidad de beneficios como a su vez desventajas, los cuales se basaran a la técnica que se emplee durante la labor de parto para la realización de esta sección quirúrgica obstétrica conocida como episiotomía en base a lo mencionado se presentara a continuación:

5.12 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA MEDIA

5.12.1 VENTAJAS

- a) Fácil de realizar.
- b) No incide fibras musculares.
- c) Fácil de reparar.
- d) Buena cicatrización.
- e) Escaso dolor puerperal y dispareunia.
- f) Buen resultado anatómico.

5.12.2 DESVENTAJAS

Desgarro del esfínter anal.

5.13 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA MEDIO LATERAL

5.13.1 VENTAJAS

- a) Proporciona buen espacio vaginal.

b) Baja frecuencia de desgarros III-IV.

5.13.2 DESVENTAJAS

a) Incide fibras musculares.

b) Mayor pérdida hemática.

c) Dolor puerperal y dispareunia.

d) Peor resultado anatómico y estético.

e) Cicatrización más difícil.

5.14 CONTRAINDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

- Si bien existen mujeres que se pueden beneficiar con la realización de una episiotomía, existen otras en las que se incrementa el riesgo de complicaciones, por lo que no se recomienda que sea un procedimiento rutinario
- Relajación y flaccidez del piso pélvico.
- Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.
- Enfermedades granulomatosas activas.
- Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvo perineal.
- Fístulas recto perineales.
- Antecedentes de Perineo plastia.
- Cáncer Ano rectal

5.15 CONTROVERSIA DEL USO DE LA EPISIOTOMIA

La OMS rechaza la episiotomía rutinaria y sólo la aconseja en caso de partos que presenten dificultades (con fórceps, de nalgas, etc.), sufrimiento fetal, y desgarros de tercer y cuarto grado mal curados.

Desde los años 60 las episiotomías han perdido popularidad entre obstetras y parteras en Europa y el resto del mundo. Un estudio nacional en EE.UU. por Weber y Meyn (2002) sugiere que el 31% de mujeres que tienen bebés en hospitales recibieron episiotomías en 1997, comparado con 56% en 1979.

Sin embargo, en varios países, especialmente en América Latina y España, la episiotomía de rutina es todavía una práctica médica habitual. Circulan leyendas urbanas sobre que obstetras jóvenes después de partos muy rápidos harían episiotomías para no disgustar a sus profesores.

Actualmente existe la tendencia entre los especialistas de recomendar una serie de ejercicios y masajes concretos que pueden evitar la episiotomía; se realizan durante el embarazo y su objetivo es dar elasticidad al periné.

En América Latina la episiotomía se practicaba hasta en un 90% de los nacimientos hospitalarios, en la mayoría de los casos sin el consentimiento de la madre.

Era una de las razones de infecciones y mortalidad materna después del alumbramiento. En la actualidad en América Latina se reconocen más los procedimientos por cesárea, que pueden ser escogidas libremente por la madre en clínicas privadas.

Estudios recientes indican que las episiotomías de rutina deberían reducirse drásticamente, porque incrementan la mortalidad. Hartmann *et al* (2005), revisando literatura, indican que este procedimiento no ayuda a pacientes rutinarios, salvo en ciertos casos, como el de un canal de parto estrecho y otros problemas.

El tener una episiotomía aumenta el riesgo de dolor del perineo durante el puerperio, resultando en dificultad para la defecación y otros trastornos.

5.16 COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

5.16.1 COMPLICACIONES INMEDIATAS

5.16.1.1 Desgarros

Incremento de la prolongación del corte de la episiotomía en la misma dirección, creando un desgarro de tercer y cuarto grado. En el caso de aplicar la episiotomía media; compromete el esfínter anal externo del ano y en ocasiones el recto; y al aplicar la medio lateral, el compromiso del elevador del ano es mayor y se debe reparar cuidadosamente.

Existen cuatro grados de desgarros y esto dependerá de la extensión y profundidad de la lesión.

Los desgarros perineales se clasifican en grados que van del I al IV. Teniendo en cuenta las estructuras que se comprometen, tal como se describen a continuación.

- Grado I: Compromiso de piel y/o mucosa vaginal.

Grado II: Compromete piel, mucosa, músculos perineales superficiales respetando el esfínter externo. Frecuentemente suele observarse el compromiso de las paredes laterales de la vagina, dando lugar a una.

5.16.1.3 Hematomas

- lesión triangular debida a la retracción de los músculos perineales superficiales.
- Grado III: Compromete el esfínter externo del ano.
- Grado IV: Compromete la mucosa anal.

5.16.1.2 Hemorragia

Se presenta en caso de medio lateral que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los

vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento

Asociados casi siempre a los medios laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido.

Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvo perineales por desgarros.

5.16.1.4 Dolor severo

Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías.

5.17 COMPLICACIONES MEDIATAS

5.17.1 Infección

Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente.

En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gramnegativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.

Señales inflamatorias: Son datos de sospecha de infección de episiotomía:

- a) Dolor en el sitio de episiotomía, secreción purulenta, edema y fiebre.
- b) Dehiscencia, hemorragia y puntos de sutura sueltos.
- c) Desgarro, pérdida de la sensibilidad y rigidez.
- d) Secreción, pérdida de la sensibilidad y retracción vulvar.

El tratamiento dependerá del grado de infección, incluyen curaciones locales, antibioticoterapia (antibióticos de amplio espectro) y rara vez se procede a desbridar la herida

5.17.2 Dehiscencia

Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.

5.17.3 Granuloma

Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.

5.18 COMPLICACIONES TARDÍA

5.18.1 Fibrosis

De incidencia más frecuente con medios laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia.

5.18.2 Fistulas

Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria

<p>PRIMER GRADO Y SEGUNDO GRADO</p>	<p>IMPORTANTE: buena iluminación y visualización del campo, anestesia adecuada, instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.</p>	<p>Sutura de mucosa vaginal</p>	<p>Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo. Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal.</p> <p>Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.</p>
		<p>Sutura de músculos perineales</p>	<p>Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua que ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos.</p> <p>Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto Suelto.</p> <p>Si la lesión afecta al músculo elevador del ano los cabos segmentados se suelen retraer,</p>

			por lo que se deben buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad.
		Sutura de piel	Debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto.
Tercer y cuarto grado	La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar, un tacto rectal. Se consideran lesiones contaminadas, por lo que debe asegurarse un campo quirúrgico limpio y con medidas de asepsia adecuadas, realizando lavados si es necesario. Buena relajación y analgesia de la zona para poder	Sutura de mucosa recta	Debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

	suturar correctamente.		
		Sutura de Esfínter	<p>Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción.</p> <p>Medidas generales: Preparación del campo y medidas de asepsia, analgesia adecuada y relajación, iluminación adecuada del campo, profilaxis antibiótica.</p> <p>Existen 2 técnicas: Término-terminal (endtoend) se aproxima los extremos desgarrados del esfínter anal externo y son suturados sin superposición del músculo.</p> <p>Superposición (overlap) se unen los extremos desgarrados del esfínter</p>

			anal externo y se suturan mediante la superposición del extremo del músculo sobre el otro de forma cruzada (Fernando, 2006).
		Sutura de músculos perineales	Como se indicó anteriormente.
		Sutura de piel	Como se indicó anteriormente.

5.18 DESGARROS PERINEALES

Clasificación: Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG.

PRIMER GRADO	Lesión de la piel perineal
SEGUNDO GRADO	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal
TERCER GRADO	Lesión del esfínter anal 3 a. Lesión del esfínter externo <50% 3 b. Lesión del esfínter externo >50% 3c. Lesión del esfínter externo e interno
CUARTO GRADO	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal

Reparación:

El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada.

5.19 CUIDADOS DE LA EPISIOTOMÍA

Los cuidados y sugerencias de la obstetra y de la enfermera tienen como finalidad, el cuidado y aseo oportuno para evitar posibles complicaciones que puede presentarse en la paciente

- Suprimir anomalías o posibles complicaciones que puedan poner en riesgo la salud del recién nacido y de la madre y así poder actuar sobre ella.
- Instruir a la mujer sobre las técnicas relacionados con los cuidados oportunos del neonato.
- Promover el autocontrol durante el posparto.
- Evaluar y eliminar los factores que afecten a la paciente y a su familia en su capacidad funcional y psicológica para avalar el cuidado del neonato y el autocuidado de la mujer en el puerperio.

6. MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

Una de las grandes preocupaciones de la mujer embarazada es el miedo al dolor durante el parto, al ser de intensidad severa a insoportable en más del 50% de las parturientas.

El abordaje analgésico de este tipo de paciente ha sido motivo de controversias y discrepancias durante mucho tiempo, lo que ha supuesto una importante limitación a la hora de su adecuada utilización.

6.1 Características del dolor de parto

El dolor de parto es un complejo síndrome somático-emotivo que confiere una estabilidad emocional determinada, en el que la matización de dicho dolor depende de diversas características socioculturales de la paciente. Se caracteriza por ser un dolor somático y visceral, de inicio brusco (dolor agudo) y corta

duración. Además, se suele asociar a náuseas, vómitos y sudoración y por contener además un componente referido, manifestándose en lugares distantes al órgano que lo origina.

De esta manera, existe una serie de factores físicos (edad, paridad, condiciones del cérvix...) y factores psicológicos (miedo, ansiedad...) que pueden aumentar la sensación de dolor.

El dolor fundamentalmente se produce por la dilatación y contracción de estructuras anatómicas implicadas en el parto, y su intensidad y características dependen de la fase de parto en que nos encontremos:

1. Durante el período de dilatación el dolor se debe a la dilatación del cuello uterino, a la distensión del segmento uterino inferior y la contracción del cuerpo uterino. La sensibilidad generada es transmitida a través de los nervios raquídeos torácicos.

2. En el periodo de expulsión los estímulos dolorosos se producen por la distensión de las porciones bajas del canal del parto: vagina, vulva, periné (zonas continuas al dorso). La sensibilidad generada es transmitida a través de los nervios sacros (S2, S3, S4).
3. En el periodo de alumbramiento los estímulos dolorosos se producen por la dilatación del cuello uterino y la contracción del cuerpo uterino. La sensibilidad generada es transmitida a través de los nervios raquídeos torácicos.

6.2 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA

El dolor postoperatorio es un problema muy difundido y constante en los cuidados del paciente quirúrgico y a pesar de que los analgésicos son utilizados de modo general para controlar el dolor, la mayoría de los pacientes siguen experimentando alivio incompleto del mismo. Actualmente, hay que tener presente que la analgesia postoperatoria en obstetricia no se circunscribe únicamente al anestesiólogo.

En el dolor derivado de cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras aferentes del tipo C y A-delta. En la mayoría de las cesáreas se realiza la incisión de Pfannenstiel ya que es una técnica que se asocia a menor pérdida de sangre, menos infección y menos dolor postoperatorio.

Del mismo modo las contracciones uterinas post-cesárea son las responsables de la inmunidad celular y del proceso inflamatorio. Por lo que el dolor tras la intervención de cesárea tiene dos componentes fundamentalmente: somático y visceral.

Esta liberación de sustancias, activa a los mecanismos de sensibilización periférica y central, por lo que respuestas sensitivas como alodinia o hiperalgesia secundaria pueden estar presentes.

Es necesario visualizar el dolor agudo por un procedimiento quirúrgico de forma diferente, ya que el empleo de fármacos analgésicos, puede tener impacto en el binomio materno-fetal y en el recién nacido

<p>ENFERMERAS, MATRONAS Y ENFERMEROS INTERNOS RESIDENTES</p>	<p>Valoración y manejo del dolor, administrando el tratamiento prescrito y siguiendo las pautas del manejo no farmacológico del dolor establecidas en la Unidad</p>
<p>TOCÓLOGOS Y MEDICOS INTERNOS RESIDENTES</p>	<p>Valoración del dolor y manejo, estableciendo la pauta analgésica en función del Tipo de dolor, intensidad y plan de cuidados</p>
<p>AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y CELADOR</p>	<p>Colaborar en el manejo no farmacológico del dolor. Movilización del paciente evitando posturas que puedan resultar dolorosas.</p>

SUPERVISORA DE LA UNIDAD	Velar por el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en este protocolo.
--------------------------	--

Las recomendaciones generales indican que se debe hacer una valoración, al menos una vez al día, de las personas que potencialmente puedan sufrir dolor.

La detección del dolor se realizará a través de auto informe, preguntando a la propia paciente o a la familia y/o cuidador, sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.

En el caso de las gestantes, la valoración inicial del dolor se realizará al ingreso de la misma en planta de hospitalización de tocología, dentro de la valoración inicial de Enfermería y la realizará la enfermera de planta. Los parámetros del dolor que se valorarán serán:

- Localización de dolor.
- Factores desencadenantes
- Irradiación del dolor.
- Intensidad del dolor.
- Frecuencia temporal (intermitente, continuo).
- Medicación para el alivio del dolor y efectos adversos.
- Para valorar la intensidad del dolor se utilizará una herramienta sistemática y validada.

Utilizaremos la Escala Numérica (NRS) o la Escala Visual Analógica (EVA), en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje).

El resultado numérico (0-10) de la valoración de la intensidad del dolor se registrará en el formulario de constantes vitales. Con ayuda del equipo

interdisciplinar se establecerá un plan de cuidados en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- -Los resultados de la valoración.
- -Las características basales del dolor.
- -Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor.
- -La etiología.
- -Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.
- -La intervención para el manejo del dolor.
- -Los principales planes de cuidados actuales y futuros.

Los siguientes parámetros se incluyen en las valoraciones periódicas del dolor.

Grado de recomendación

- Intensidad del dolor actual y localización.
- Grado de alivio del dolor conseguido – respuesta (disminución según la escala de intensidad del dolor).
- Los efectos del dolor en las actividades de la vida diaria, el sueño y el estado de ánimo.
- Los efectos adversos de la medicación para el tratamiento del dolor (náuseas, estreñimiento).
- El nivel de sedación.
- Las estrategias, farmacológicas como no farmacológicas, utilizadas para aliviar el dolor.

6.3 MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

El médico responsable de la paciente establecerá cual va a ser el manejo farmacológico del dolor, dejando constar la pauta a seguir en función del tipo de dolor que presente la paciente.

Siempre se revisarán posibles alergias a fármacos en la historia clínica MAMBRINO antes de proceder a la administración de cualquier producto farmacológico. Ante alergia detectada a algún componente incluido en el presente

protocolo, comunicará al facultativo para la prescripción de otro fármaco de similar actividad.

6.3.1 Manejo farmacológico del dolor en gestantes en fase latente del parto o en proceso de maduración cervical

La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm. Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm de dilatación.

- La Meperidina ha sido el opiáceo más utilizado en obstetricia durante el periodo de dilatación. Esta se trata de un opiáceo sintético de gran poder analgésico y ligero poder sedante.

En caso de que la gestante se encuentre muy molesta por el dolor se le puede ofertar una sedación intramuscular o intravenosa (meperidina + haloperidol) para su alivio.

Pero teniendo presente que la sedación con morfínicos no mitiga el dolor completamente y que si lo alivia parcialmente, permitirá que la gestante pueda relajarse.

De esta forma, la analgesia durante la fase latente de parto consistiría en administrar analgésicos opiáceos vía intramuscular (meperidina) junto con un antiemético con acción sedante (haloperidol).

En ocasiones, si se emplea a menos de 4 horas del nacimiento, puede producir que el recién nacido nazca con hipotonía, producto de la propia sedación, por lo que se intentará evitar este tratamiento si se prevé la finalización del parto en menos de 4 h.

Se prefiere el uso de meperidina a la morfina debido a su inicio más rápido y duración más corta. Además, los recién nacidos parecen ser menos sensibles a los efectos respiratorios de meperidina que los de la morfina.

Una gran desventaja es que la meperidina se metaboliza a norpetidina en el recién nacido, lo que se traduce en que tiene una semivida sustancialmente más larga. Por otro lado, no se recomiendan dosis repetidas ya que pueden conducir a una acumulación de opioides dentro del recién nacido que persistiría después del parto.

En cuanto al haloperidol, se utiliza conjuntamente con un analgésico. Sus principales ventajas son que es antiemético y reduce las náuseas asociadas con opiáceos y que proporciona sedación para la ansiedad materna sin provocar depresión respiratoria en la gestante.

- Sólo se puede administrar por vía intramuscular y oral, ya que no hay preparaciones intravenosas disponibles.

Varios grupos de consenso han propuesto a la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud para el inicio del abordaje farmacológico en dolor agudo postoperatorio.

ESCALA	ABORDAJE FARMACOLOGICO
PRIMER ESCALÓN	ANALGÉSICOS NO OPIOIDES <ul style="list-style-type: none"> ❖ AINES ❖ Metamizol ❖ Paracetamol
SEGUNDO ESCALÓN	OPIOIDES DÉBILES <ul style="list-style-type: none"> ❖ Codeína ❖ Meperidina ❖ Tramadol

TERCER ESCALÓN	<p>OPIOIDES POTENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Morfina ❖ Fentanilo ❖ Oxycodona ❖ Metadona ❖ Fupremorfina
----------------	--

1. Dolor leve (EVA: 1- 3):

Se administrará paracetamol o analgésicos no esteroideos (AINEs). Grado de recomendación B. Fármacos del primer escalón:

- Protocolo analgésico postparto:

Analgésicos pautados: Paracetamol 1g. cada 8 horas vía oral alternado con Ibuprofeno 600 mgr cada 8horas vía oral ó con Metamizol (Nolotil®) 575mg cápsulas cada 8horas. o Adyuvantes: Frío local (compresa de hielo y compresas de gel frías) como segunda línea de tratamiento para el dolor perineal después del parto. o Protección gástrica (según riesgo gastrointestinal*): Omeprazol 20mgr cada 24h vía oral.
- Protocolo analgésico postoperatorio:

Los AINEs pautados combinados: Metamizol 2g. IV. cada 8 hora alternando con Paracetamol 1g. cada 8 horas IV. o Analgesia de Rescate: Dexketropofeno (Enantyum®) 50mg IV cada 8- 12horas. o Protección gástrica: Omeprazol 40mg IV. o Cuando la paciente tolere se administrarán por vía oral:
- Analgésicos pautados: Paracetamol 1g. cada 8horas vía oral alternado con Ibuprofeno 600 mgr cada 8 horas vía oral ó con Metamizol (Nolotil®) 575mg cápsulas cada 8 horas

- Analgesia de rescate: Diclofenaco (Voltaren®) 50mg / Dexketopofeno (Enantyum®) 25 mg cada 12 horas si precisa.

2. Dolor moderado (EVA: 4-6):

Se puede emplear analgésicos opioides con efecto techo (Por ejemplo, Tramadol) en bolo o en infusión continua, generalmente en combinación con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES

La Meperidina (Dolantina ®) se puede emplear para el tratamiento de episodios de dolor agudo siempre y cuando la paciente no presente antecedentes de reacciones adversas al uso de este tipo de opioides. La Meperidina está contraindicada en los pacientes con insuficiencia renal.

- Fármacos de segundo escalón: Opiáceos débiles Tramadol: 50-10mg cada 8horas iv/v.o.
- Meperidina (Dolantina®): 25 mg-100 mg cada 4 horas, mediante inyección intramuscular o subcutánea. Pueden asociarse a los fármacos del primer escalón. (Paracetamol, AINE, Metamizol).

Si EVA > 6 ó se precisen dosis repetidas de fármacos del segundo escalón la enfermería avisará al médico responsable para valoración de la paciente.

3. Dolor severo (EVA: 7-10)

El dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes: Morfina, fentanilo, oxicodona.

Recomendaciones generales:

- Se ofrecerá el tratamiento pautado del dolor, no a demanda.
- No se recomienda el manejo con AINEs que exceda a los cinco días.
- No deben utilizarse de forma conjunta dos medicamentos con el mismo mecanismo de acción, por ejemplo no combinar dos antiinflamatorios no

6.4 PERIODO DE CICATRIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

Tras el parto con episiotomía o desgarro, te pondrán puntos para suturar la herida, los cuales tardarán entre 2 y 3 semanas en caerse o reabsorberse, en la mayoría de los casos. Si durante este tiempo la herida se reabre antes de haber cicatrizado del todo, debes consultar con el personal sanitario qué conviene hacer, si dejarlo curar solo o si es necesario volver a suturar.

Si la mujer nota que los puntos están supurando, o comprueba que la zona presenta un enrojecimiento o una hinchazón asociados a fiebre, es conveniente que consulte con el médico/matrona porque es posible que se haya infectado alguno. También es recomendable acudir al médico si nota pinchazos.

Durante este periodo se deben tener ciertos cuidados a fin de disminuir las probabilidades de que surjan complicaciones. Luego de una semana podrá realizar trabajos ligeros que no requieran utilizar mucha fuerza o mucho movimiento, como labores del hogar y de oficina, para no correr el riesgo de romper las suturas

El mayor peligro de las heridas es la humedad, por lo que no se debe lavar la zona con demasiada frecuencia. Basta con una ducha diaria y mantener siempre secos los puntos. Tampoco conviene moverse o estar de pie en exceso durante esos primeros días.

Si la madre permanece sentada, conviene evitar que todo su peso recaiga sobre los puntos. Para ello, se puede colocar una toalla enrollada o un flotador especial en el asiento en el lado contrario a la episiotomía.

Cuando se utilicen compresas, es preferible que no tengan plástico para que la herida se airee mejor. Se desaconseja el uso de tampones durante el postparto para evitar el riesgo de infección por acumulación de secreciones.

Para aliviar el dolor en la zona de la episiotomía se pueden aplicar compresas heladas durante los primeros días.

6.4.1 LACERACIÓN EN LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA

Una laceración es un desgarro o una abertura de la piel producto de una lesión. Las laceraciones pueden ser pequeñas y necesitar solo un tratamiento leve en el hogar o pueden ser grandes y necesitar atención médica de urgencia.

Los desgarros vaginales durante el parto, también llamados laceraciones o desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Este tipo de desgarro es bastante común.

Las laceraciones en la pared posterior de la vagina se deben generalmente a la penetración de las hojas de los fórceps en la mucosa, razón por la cual son frecuentes bilaterales.

Las laceraciones en la vagina pueden ser sencillos o bilaterales y cada uno de esas laceraciones pueden ser a si mismo completo o incompleto. La laceración completa se extiende hasta el recto, a través de la delgada capa del tejido conjuntivo, subyacente en la vagina, y aunque en muy raras ocasiones puede producirse también una laceración en la cavidad peritoneal (colporrexis).

Laceraciones el cérvix es frecuente que durante el proceso del parto se produzcan lesiones en el cérvix, se puede aceptar como regla general que durante el parto el cérvix invariablemente sufre lesiones de algún grado por lo que se refiere específicamente a las laceraciones, una vez más se observa que el parto precipitado ocasiona ciertas laceraciones debido a la expulsión repentina y, en ocasiones incontrolada que ocurre con dicho tipo de parto.

Las laceraciones que atraviesan el cérvix hasta el parametrio pueden atravesar la rama descendente de la arteria y de la ventana uterina un traumatismo de este tipo puede extenderse en la misma dirección que algunos hematomas, es decir hacia arriba, por debajo del peritoneo.

6.4.1.2 AREA VAGINAL

Los desgarros vaginales durante el parto, también llamados laceraciones o desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Este tipo de desgarro es bastante común.

Los desgarros que implican solamente la piel alrededor de la vagina suelen curarse por sí solos en algunas semanas. Algunos desgarros son más extensos y requieren tratamiento. El profesional de atención médica te examinará cuidadosamente luego del parto para identificar y tratar cualquier herida.

6.4.1.3. Aliviar las molestias

El proveedor de atención médica evaluará tu recuperación en la revisión posparto, que se hace, por lo general, seis semanas después del parto. Si tuviste un desgarro vaginal de tercer grado o de cuarto grado, es posible que necesites consultar con tu médico más a menudo para asegurar la detección temprana de cualquier problema. Infórmele a tu profesional de atención médica si estás sintiendo dolor intenso, persistente o en aumento, lo que podría ser un signo de infección. Si presentas complicaciones a causa de un desgarro vaginal, es posible que te deriven a un uroginecólogo, cirujano colorrectal u otro especialista.

Para aliviar las molestias durante la recuperación, puede hacer lo siguiente:

- Siéntate en una almohada o un cojín viscoelástico.
- Enfría la herida con una compresa de hielo o coloca una almohadilla fría con hamamelis entre una compresa higiénica y la herida.
- Usa una botella de material blando para aplicar agua tibia en el perineo mientras orinas.
- Siéntate en un baño de agua tibia lo suficientemente adentro para que se cubran tus glúteos y la cadera (baño de asiento) durante cinco minutos. Usa agua fría si te parece más relajante.

- Toma un analgésico de venta libre. De ser necesario, pide a tu profesional de atención médica algún spray o crema anestésicos.
- Consulta con tu profesional de atención médica sobre si puedes utilizar un ablandador de heces o un laxante para evitar el estreñimiento.

No es necesario retirar los puntos de sutura. El cuerpo los absorberá. Usted puede volver a las actividades normales cuando se sienta lista, como el trabajo de oficina o la limpieza de la casa ligeros. Espere 6 semanas antes de:

- Utilizar tampones.
- Tener relaciones sexuales.
- Realizar cualquier otra actividad que pudiera abrir (romper) los puntos de sutura.

6.4.1.4 Cuidados personales

Para aliviar el dolor o la molestia:

- Pídale al personal de enfermería que le apliquen compresas frías inmediatamente después del nacimiento. Utilizar compresas de hielo en las primeras 24 horas después del nacimiento disminuye la inflamación y ayuda con el dolor.
- Tome baños con agua tibia, pero espere hasta 24 horas después de haber dado a luz. Verifique que la bañera se limpie con un desinfectante antes de cada baño.
- Tome medicamentos como ibuprofeno para aliviar el dolor.

Usted puede hacer muchas otras cosas para ayudar a acelerar el proceso de cicatrización, como las siguientes:

- Utilizar baños de asiento (sentarse en el agua que cubra la zona de la vulva) unas cuantas veces al día. Espere hasta 24 horas después de haber dado a luz para tomar un baño de asiento. Usted puede comprar tinas en

cualquier droguería que encajen en el borde del inodoro. Puede sentarse allí en lugar de treparse en la bañera, si lo prefiere.

- Cambiar sus almohadillas cada 2 a 4 horas.
- Mantener la zona alrededor de los puntos de sutura limpia y seca. Seque la zona dando toques con una toalla limpia después de bañarse.
- Después de orinar o tener una deposición, rocíe agua caliente sobre la zona y seque dando palmaditas con una toalla limpia o pañitos húmedos para bebés. No utilice papel higiénico.

6.5 El objeto de efectuar una episiotomía es evitar desgarros y preservar la integridad perineal. Consiste en seccionar el perineo y el anillo vulvar.

Las indicaciones son:

1. Cuando la vagina, la vulva y el periné son poco elásticos o atrésicos: primíparas (especialmente añosas).
2. Cuando el feto es excesivamente voluminoso.
3. Cuando se trata de presentaciones viciosas (pelvianas, partos de cara)

6.6 Nuestra técnica

1. Anestesia como para episiotomía *mediodiagonal* a la derecha o izquierda según costumbre o habilidad.
2. Toma con 1ª pinza de Kocher de tejido vulvar, vaginal y piel luego de evertir labios mayores y menores en el sentido del corte y antes de la coronación, ya que en ese momento pueden evertirse los tejidos y observarse claramente la longitud deseada de la episiotomía.
3. Toma con la 2ª pinza de Kocher superando la punta de la 1ª Kocher aproximadamente 1 cm y formando un ángulo de aproximadamente 20 grados.

4. Corte con tijera siguiendo el sentido de la 1ª pinza hasta el ángulo formado por las dos pinzas al cruzarse

El parto se efectúa con las pinzas colocadas. La episiorrafia se comienza a partir del ángulo vaginal de la incisión, que no se extenderá más allá del cruce de ambas pinzas de Kocher éstas al traccionarse, servirán de guía para la sutura, enfrentándose prolijamente los bordes.

Mediante esta técnica se mantienen indemnes los músculos perineales, a diferencia de la episiotomía convencional.

6.7 CUIDADOS POSOPERATORIOS PARA UNA EPISIOTOMÍA

Una episiotomía es una cirugía menor hecha durante el parto para ensanchar la abertura de la vagina.

Un desgarro o laceración perineal a menudo se forma por sí solo durante un parto vaginal. En raras ocasiones, este desgarro también comprometerá el músculo alrededor del ano o el recto.

Tanto las episiotomías como las laceraciones perineales requieren puntos de sutura para reparar y garantizar la mejor cicatrización. Ambas son similares en el tiempo de recuperación y la molestia durante la cicatrización.

6.8 Microbiología en las infecciones abdomino-pelvianas puerperales

Se destaca el origen poli microbiano de estas infecciones, habitualmente más de dos gérmenes se aíslan en las muestras.

Los gérmenes pertenecen a la flora vaginal y/o intestinal, que ven favorecido su ingreso a la cavidad uterina luego del parto o cesárea.

Los gérmenes involucrados son: E.coli, klebsiella, estreptococo β hemolítico grupo A y B, enterococos, gérmenes anaerobios y estafilococos coagulasa positivos.

AEROBIOS	ANAEROBIOS	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estafilococo aureus ➤ Estreptococo Grupo A,B y D ➤ Enterococos ➤ Enterobacterias: E.Coli, Klebsiella, Proteus 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bacteroides sp ➤ Otros anaerobicos bacteroides ➤ Clostridium ➤ ☐ Fusobacterium sp 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mycoplasma Hominis ➤ Clamidydia trachomatis

6.9 MANIOBRAS Y OPERACIONES OBSTETRICAS “EFECTOS SECUNDARIO

Aumento del diámetro anteroposterior del orificio de salida que aliviara el paso del producto mayor. Evitará además, la presión continua sobre la vejiga y el recto que cesara de inmediato, así como la presión de la cabeza contra el pubis comprimiendo la unión uretrovesical que así disminuirá notablemente.

6.9.1 MANIOBRAS Y OPERACIONES OBSTETRICAS “EPISIOTOMIA”:

Una oportuna y correcta episiotomía previene la perdida de una arquitectura anatómica normal, estética y funcionalmente satisfactoria, ya que la restauración plástica del perineo y del orificio vulvar simultáneamente en aquellas multíparas que han perdido mucho de su libido por diferentes intervenciones obstétricas anteriores, les permiten recobrarlo en ocasiones, con lo que quedan muy agradecidas.

Un punto muy importante en la episiotomía es la referente al dolor y las molestias postoperatorias. El dejar espacios muertos, el material y el tipo de sutura, así como el cuidado de la misma, son efectos que influyen en la producción de molestias de esta importante etapa de la vida de la mujer.

“Apósito de piel”, esta sutura consiste en que terminada la reparación, la herida insicional, con piel delgada plegada de los márgenes de la sutura, esto comprime los planos, evita el además con los movimientos de propulsión que imprime al peritoneo la tos, los esfuerzos durante la micción o defecación, se distenderán los tejidos sanos pero nunca la herida operatoria.

6.10 EVALUACIÓN DE EPISIOTOMÍA EN PARTO NORMAL

Se entiende por episiotomía (del griego ἐπίσιον "pubis" y τόμος "corte") a la realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto.

Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. De acuerdo con la orientación del corte, la episiotomía puede ser: lateral, medio-lateral u oblicua y media.

De acuerdo con MESH: Incisión de la pared posterior de la vagina y una parte de la vulva para ensanchar el introito vaginal con vistas a facilitar el parto y evitar laceraciones.

Definición del indicador: Altas de mujeres entre 15 y 55 años con un procedimiento de episiotomía acompañado o no de instrumentación (códigos CIE-9: 73.6, 72.1, 72.21, 72.31, 72.71) durante un parto vaginal (DRG: 372, 373, 374, 375, 652).

Definir el parto normal comporta alguna dificultad, ya que el concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado. Según la GPC sobre la atención al parto normal, se define como: “el parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento.

El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran

en buenas condiciones”. De acuerdo con MESH: trabajo de parto y parto sin intervención médica, generalmente involucrando terapia por relajación (“Natural childbirth”).

Frecuentemente las mujeres que esperan dar a luz, nos plantean la necesidad de realizar una episiotomía de forma rutinaria o electiva. Para contestar de una manera científica, nos basaremos primero en seis estudios que incluyen casi 2 millones de mujeres a las que se les había realizado episiotomía restrictiva, a otras episiotomía sistemática medio lateral central, y valorando la lesión vaginal, dispareunia posterior, o secuelas de incontinencia urinaria y/o fecal.

Los autores concluyen que la episiotomía restrictiva (que se realiza en el 27% de las mujeres por necesidad en el momento del parto) parece tener cierto número de ventajas en relación a la episiotomía rutinaria, en relación a un menor número de casos con trauma perineal posterior, menor necesidad de sutura, y sin diferencias en el dolor y trauma perineal o vaginal severo. No obstante, esta actitud condujo a un mayor riesgo de trauma perineal posterior.

En nuestra actividad profesional, en la que primamos especialmente el confort de la paciente en cuanto a dolor, intra y postparto, acompañamiento con sus familiares cercanos, reducir en lo posible el tiempo de dilatación y expulsivo, contacto piel a piel tras el parto, etc, consideramos que la conducta de elección es la episiotomía a demanda.

Ello quiere decir que la realizamos o no, dependiendo de la laxitud de los tejidos maternos, del tamaño del bebé, de si es necesario algún tipo de instrumentación o no, de si existe una analgesia peridural adecuada. En el momento del expulsivo, el tocólogo debe valorar la necesidad de realizar o no, una episiotomía, que facilitará el nacimiento con el menor trauma posible al recién nacido, y que al ser una incisión dirigida su reconstrucción debe ser rápida, perfecta y sin secuelas.

Solemos escoger la episiotomía media, ya que es la que menos molestias causa en el puerperio, y que el teórico riesgo de llegar a afectar las fibras más externas del esfínter anal, no supone ninguna complicación, porque al ser reconocido en el momento se repara y no produce ninguna molestia añadida. La episiotomía mediolateral, es la menos escogida por nosotros, porque provoca más molestias en el puerperio.

Evitar la episiotomía de una forma sistemática, provoca mayor número de desgarros, mayores lesiones de cara anterior (vejiga, incontinencia urinaria), y de cara posterior (incontinencia a gases y a heces), así como mayor número de mujeres con dispareunia. Todas estas lesiones requieren soluciones quirúrgicas o de rehabilitación en un futuro, siempre más molestas y costosas.

6 .11. Reparación de laceraciones obstétricas

La reparación de laceraciones (mal denominadas desgarros) obstétricas es tal vez uno de los procedimientos obstétricos más practicados en el mundo. A pesar de esta situación, existen pocos estudios con suficiente peso en medicina basada en evidencias para recomendar una técnica sobre la otra o bien una clasificación sobre otra.

Consideraciones iniciales

El éxito quirúrgico de una reparación de laceraciones obstétricas y del grupo esfinteriano consiste en restaurar por completo la función del piso pélvico (continencia fecal y de flatos incluida en este rubro), y de forma secundaria la anatomía.

Es importante precisar que muchas de las laceraciones obstétricas que a largo plazo provocan problemas con la continencia urinaria o fecal, así como con la relajación de los órganos pélvicos, tiene una base neurológica importante, y que estudios de electrofisiología del piso pélvico han demostrado que la mayor parte

de las lesiones neurológicas requieren en promedio de uno a siete años para observar una mejoría significativa.

Si existen otros factores aditivos, como otros nacimientos por vía vaginal o el uso de fórceps, deterioran aún más la salud del piso pélvico y los resultados de las intervenciones practicadas, independientemente de la calidad de la reparación de la laceración encontrada.

Es importante que las pacientes reciban esta información y pronóstico antes de cualquier intervención reparadora.

La clasificación enfocada a la región perineal es la siguiente:

- Primer grado: involucra piel y mucosa solamente.
- Segundo grado: involucra piel, mucosa, cuerpo perineal o músculos del cuerpo perineal, pero no el esfínter anal.
- Tercer grado: involucra las fibras del esfínter anal externo o interno.
- Cuarto grado: involucra la mucosa rectal.

Abdul Sultan, en 1999, en Reino Unido, propuso subclasificar las laceraciones de tercer grado con base en los mecanismos de continencia fecal (grupo muscular, unión rectosigmoidea, distensión rectal).

Los músculos involucrados en la continencia fecal son la rama puborrectal de músculo elevador del ano, en tanto que el grupo esfinteriano consiste en los esfínteres anal interno (EAI) y externo (EAE). El EAI está inervado por el sistema autónomo y determina dos terceras partes del tono rectal en reposo, mientras que el EAE recibe inervación de la rama hemorroidaria del nervio pudendo (somático) y determina una tercera parte del tono rectal en reposo. Con todo, el papel del EAE es de suma trascendencia ya que su mayor actividad se verifica en la continencia.

7. LA EPISIOTOMÍA COMO RIESGO POTENCIAL PARA LA MUJER

Numerosos estudios han señalado la existencia de problemas derivados del uso de la episiotomía para la mujer. Se han señalado desde alteraciones físicas que incluyen: dispareunia (Ejegard, 2008), disfunción sexual (Robinson, 2010), incontinencia urinaria (Baydock, Flood, Schulz, MacDonald, Esau y Jones, 2009), incontinencia fecal (Eason, Labrecque, Wells et al, 2000), hasta consecuencias psicológicas como depresión (Browne et al, 2010), síndrome de estrés postraumático (Olza, 2010), ansiedad, etc. (Horowitz y Damato, 1999).

Según el tipo de episiotomía que se realice cuando existe indicación, hay diferencias en cuanto a las consecuencias para la mujer. Por esta razón, la evidencia científica recomienda el uso de la episiotomía medio-lateral, por presentar un riesgo menor de lesión de esfínter rectal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Según Cabero y Saldivar, algunas de las consecuencias del uso del procedimiento de la episiotomía para la mujer, tienen que ver con las complicaciones de la misma, entre las que se encuentran:

- Ampliación incontrolada de la episiotomía.
- Desgarros perineales del esfínter anal (3ºgrado) o mucosa rectal (4ºgrado).
- Hemorragia y hematomas.
- Dolor y edema.
- Infección y dehiscencia.
- Fascitis necrotizante.
- Dispareunia.
- Disfunción sexual.
- Resultados anatómicos insatisfactorios.

- Disfunción del suelo pélvico.
- Endometriomas, fistulas y quistes (Cabero y Saldivar, 2009, p. 106).

7.1 POSIBLES COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA EPISIOTOMÍA PARA LA MUJER

Las complicaciones físicas más frecuentes incluyen la lesión perineal, que se asocia a corto y largo plazo con un aumento de la morbilidad materna. Se incluyen: Ampliación de la episiotomía por extensión de la incisión, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía, dispareunia, infección y dehiscencia de la herida (Ghosh, Mercier, Couaillet y Benhamou, 2004; Homsí, Daikoku, Littlejohn y Wheeless, 1994). Resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fistulas rectovaginales y anales y disfunción sexual (Homsí et al., 1994). Además, la episiotomía media aumenta el riesgo de desgarramiento de tercer y cuarto grado (Landy, Laughon, Bailit, Kominiarek, Gonzalez-Quintero, Ramírez et al, 2011).

El riesgo de infección de la episiotomía puede tener su máxima expresión en una complicación, afortunadamente infrecuente en Obstetricia, como es la fascitis necrotizante, pero que es preciso conocer dada la alta morbilidad y mortalidad materna que presenta y puesto que el diagnóstico precoz mejora la supervivencia. La fascitis necrosante o gangrena de Fournier es una infección poco frecuente y rápidamente progresiva que afecta al tejido subcutáneo y fascia de la zona perineal. Es una infección típicamente polimicrobiana que normalmente afecta a pacientes con factores de riesgo que predisponen a la inoculación y extensión de estas bacterias. El diagnóstico de la gangrena de Fournier puede ser difícil, frecuentemente hay una discordancia entre la clínica de la paciente, quien referirá un dolor intenso de la zona afectada y los signos físicos, donde se apreciará un leve eritema e induración que no difiere de una celulitis banal. Sin embargo, la rápida progresión de la inflamación hacia las zonas adyacente en horas, junto a un deterioro clínico importante de la paciente, con fiebre, taquicardia, hipotensión, leucocitosis, alteraciones hidroeléctricas y coagulopatía, nos harán pensar en este

proceso. En fases más avanzadas, la piel se encontrará dura, tensa e incluso pueden aparecer puntos negros y zonas de crepitación, que son signos ominosos de necrosis subcutánea. El tratamiento debe ser quirúrgico, asociado a una cobertura antibiótica amplia y a un soporte metabólico y nutricional adecuado.

Asimismo, se asocia el dolor como una consecuencia de la episiotomía. Este es mayor durante las primeras 24 horas, a las 48 después del parto la episiotomía causa dolor al 85-95% de las mujeres y comienza a mejorar al tercer día. Este dolor puede afectar a la defecación, causando estreñimiento, y a la micción, causando dificultad para la misma. También puede afectar a la movilidad, reduciéndola, ya que se observa una exacerbación del mismo al caminar, cambiar de posición y sentarse, dificultando la lactancia materna.

Leeman (2003), relacionó la disfunción sexual femenina con la existencia de episiotomía en el parto eutócico. En un estudio que comparaba partos con y sin episiotomía, resultó que las mujeres que habían tenido un parto eutócico con la menor lesión del periné son las que gozaban de mejor vida sexual al año del parto (Blas, López, Marcos y Valtierra, 2011). La dispareunia o dolor en las relaciones sexuales, es otra complicación experimentada por mujeres tras el parto, en ellas, la historia obstétrica de desgarros, episiotomía o trauma perineal, se considera un factor clave en su diagnóstico (Heim, 2001).

También esta va a estar relacionada con el tamaño de la misma, así, en episiotomías superiores a 4 cm, es más frecuente y la duración del dolor, es mayor (Cots, Mimó, Grau, Vives y Rué, 2001). La posibilidad de disfunción sexual parece ser mayor cuando se realiza una episiotomía que cuando no se hace, sin embargo, este efecto parece tener una duración limitada y estudios con seguimiento a largo plazo no han encontrado una mayor incidencia de dispareunia en las mujeres que se sometieron a la episiotomía frente a las que sufrieron un desgarro espontáneo (Robinson, 2010).

También, la episiotomía es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria, junto con el uso de fórceps o un expulsivo prolongado (Baydock et al., 2009). Sin

embargo, la episiotomía no influye en los distintos tipos de incontinencia urinaria (Juste-Pina et al., 2007). Igualmente, existe el riesgo potencial de producirse una lesión del esfínter anal e incontinencia fecal tras la episiotomía (Andrews et al., 2006).

7.2 POSIBLES COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA EPISIOTOMÍA PARA LA MUJER

Este procedimiento también puede ocasionar consecuencias psicológicas. Horowitz y Damato (1999) identificaron como factores estresantes, después del parto, el cuidado del niño, el descanso, el reajuste de las propias necesidades, la imagen corporal y el trabajo doméstico, mientras que son percibidas como áreas de satisfacción la participación en las relaciones sociales, el orgullo de ser madre y disfrutar de un niño sano.

La episiotomía puede interferir en todas ellas. Emmanuel, Creedy y Fraser (2001) identificaron cinco aspectos que preocupan a las mujeres durante este periodo: información específica sobre la crianza, ambiente cómodo, alivio del dolor, asistencia práctica, educación y programación de sus visitas.

El estrés de las mujeres no solo puede revelar problemas de adaptación y salud personal, sino que pone de manifiesto la necesidad de cambiar las formas de distribuir el trabajo, planificar y gestionar los servicios y asumir la responsabilidad de la maternidad y la vida doméstica (Maroto- Navarro, García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2004). Una de las mayores quejas emitidas por las mujeres en el posparto tiene relación con las molestias de la episiotomía (García Caravantes, 2006). El dolor perineal y los problemas sexuales también se asocian con la depresión posparto (Browne et al., 2010). La episiotomía se asocia con una menor satisfacción con el proceso del parto (Gungor y Beji, 2012).

Excepcionalmente, se ha descrito una forma extrema de ansiedad relacionada con el parto, denominada síndrome de estrés postraumático, según la clasificación DSM IV (Clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica

Americana), este trastorno se asocia a la episiotomía, uso de fórceps y cesáreas como factores desencadenantes.

El parto es una vivencia única e íntima de la mujer en donde los aspectos emocionales ejercen una poderosa influencia. La forma en que perciba esta vivencia permanecerá en su recuerdo durante toda su vida, y tendrá una marcada influencia en el establecimiento del vínculo materno.

La episiotomía, en este contexto, se presenta como uno de los procedimientos que no contempla el derecho de la mujer a elegir, limita su capacidad de expresar su opinión acerca del procedimiento y discutir su necesidad o no con el profesional que le asiste durante el parto. Es el profesional el que tiene el poder de decidir sobre lo que se debe hacer, reafirmando la posición de subordinación experimentada por la mujer, es la denominada medicalización del cuerpo femenino. Tradicionalmente existe o ha existido, la mayoría de las mujeres que dan a luz en los centros hospitalarios desconocen las indicaciones, riesgos y alternativas de las intervenciones que se les practicaron.

Las mujeres, en su mayoría, desconocen su cuerpo, no disponen de la autonomía necesaria para poder decidir acerca de su proceso de parto, esta tarea debe ser recogida por los profesionales que la asisten durante todo el proceso de embarazo, mediante la educación maternal, con la finalidad de informarla y prepararla para que pueda tomar sus propias decisiones. De lo contrario, en este escenario, donde no se tiene en cuenta el derecho a la información y a la elección, no tendría cabida una maternidad segura y agradable.

7.3 INDICACIONES EN QUE ES PRUDENTE JUICIO CLÍNICO JUSTIFICA LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

A causa de pérdida del bienestar fetal, distocia de hombros, parto de nalgas, parto instrumental, periné muy corto, presentación posterior persistente o el agotamiento materno (Melchor et al., 2008). Si hay que realizarla se recomienda que sea mediolateral (Aceituno et al, 2009). Todos coinciden en su uso restrictivo (Aceituno, Segura, Ruiz, Sánchez-Barroso, Acosta, Delgado y Barqueros, 2011).

En la actualidad, se debe reconocer que no hay evidencia para definir las indicaciones en que se debe realizar una episiotomía. No obstante, está claro que “el beneficio materno no sería una de ellas”.

Asimismo, la Federación de Asociaciones de Matronas de España se hace eco de lo que dictamina la Organización Mundial de la Salud, recomendando en el documento de consenso titulado Iniciativa al Parto Normal (2007), que un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar.

Las indicaciones para realizarla, se limitarían a aquellas situaciones en las que se produzca un riesgo de pérdida del bienestar fetal, un parto vaginal complicado y en aquellos casos en que existan cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores o mal curados. Por tanto abogan por un uso restrictivo de la episiotomía, utilizando la técnica más conocida por el profesional que asiste el parto (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007).

También las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence en relación a la atención intraparto recomiendan la no realización de una episiotomía de forma rutinaria durante el parto vaginal espontáneo, considerando que solo debería realizarse en caso de necesidad clínica, como ante un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal (National Institute for Health and Care Excellence, 2007).

7.4 INDICACIONES DE CONTEXTO

Además de los criterios clínicos, Barber, Eisenberg y Grobman creen que la realización de esta práctica puede obedecer a otros factores no clínicos, tales como número de horas de trabajo del profesional que asiste los partos, horario nocturno, etc. Concluyendo, en su estudio, que sería necesario profundizar sobre cómo se estructuran los servicios de Obstetricia para optimizar los resultados obstétricos y que las intervenciones se apliquen de una forma óptima (Barber et al, 2011).

Aunque no disponemos de datos que relacionen el aumento del número de episiotomías respecto del tipo de hospital, (nivel tecnológico, número de camas, número de profesionales, etc.) puede servirnos de ejemplo cómo las variaciones en la práctica médica de la cesárea dependen del tipo de hospital o del número de profesionales, así por ejemplo, en el caso de la cesárea, se ha observado que el nivel tecnológico neonatal (existencia de Unidades de Cuidados Intensivos de neonatos) siempre actuó en sentido de incrementar el riesgo, al igual que el hecho de que el hospital tuviese plantillas amplias de médicos especialistas en Obstetricia. Mientras que el hecho de ser un hospital docente, actuó en todos los indicadores como un claro factor protector disminuyendo el riesgo relativo de sufrir una cesárea (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009).

7.4.1. TIPO DE HOSPITAL

Analizando la variable hospital, que los clasifica en función del número de camas. Nivel 1: menos de 200 camas; nivel 2: entre 200 y 500 camas; nivel 3: entre 501 y 1000, y nivel 4: más de 1000 camas. Cuanto mayor es el nivel del hospital (mayor número de camas), más aumenta el número de partos instrumentados y disminuye el número de partos eutócicos sin episiotomía.

Según el Informe de Evaluación de Tecnología Sanitaria realizado en 2007, el 30 tipo de hospital en el que se lleva a cabo el parto no parece ser un determinante del tipo de parto, salvo en los hospitales de nivel 1, en los que el porcentaje de episiotomías es bastante menor que en el resto de hospitales. El informe concluye que el número de episiotomías y de partos instrumentados aumenta conforme es mayor la complejidad del hospital. Al igual que para otras especialidades, esto es debido a la derivación de los procedimientos complejos a los centros con mayor dotación tecnológica y humana. Sin embargo, los porcentajes de partos no instrumentados que se realizan sin episiotomía son ligeramente superiores en los hospitales de nivel 1 que en el resto, debido probablemente a un cambio de actitud de los profesionales más jóvenes hacia la realización de episiotomías de forma rutinaria (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009). En la Comunidad Foral de Navarra, se produjo una reducción del 60%, en el uso de la episiotomía, debido a

la introducción de guías clínicas y programas específicos que favorecieron esta disminución (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009).

En un estudio llevado a cabo en el País Vasco en 2010, se estableció el nivel del hospital sobre la base del número de partos atendidos al año, observándose que a mayor número de partos atendidos, mayores tasas de episiotomías y partos instrumentales (Blas y Cediel, 2010). Esto indicaría que una mayor presión asistencial, obliga a los profesionales a agilizar el proceso del parto, utilizando la episiotomía como un procedimiento que acorta la etapa de expulsión fetal.

7.4.2. HORARIO LABORAL DE LOS PROFESIONALES

La influencia del horario nocturno en la actividad profesional, ha sido demostrada ampliamente, así, desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en una guía de buenas prácticas, advierte sobre la posibilidad de acumular fatiga por falta de sueño y de la repercusión negativa sobre la realización del trabajo que puede ocasionar acumulación de errores, dificultad de mantener la atención, de percibir correctamente la información o de actuar con rapidez. Generalmente en el turno de noche se obtiene un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado, especialmente entre las 3 y las 6 de la madrugada, ya que en estas horas la capacidad de atención y toma de decisiones, así como la rapidez y precisión de los movimientos es más reducida (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997).

Algunos autores se han cuestionado el horario como un factor relevante a la hora de tomar la decisión de realizar una episiotomía, así Carvalho, Souza y Moraes

Filho, (2010), realizaron una investigación bajo la hipótesis de que el turno de noche de parto sería un factor de riesgo para la realización de la episiotomía. Sin embargo, esta hipótesis no fue confirmada y no se encontraron en la literatura estudios que vinculan el uso de la episiotomía con el horario de realización de la misma, y tampoco con el turno de los profesionales que la realizan (24 horas frente a 12 horas, turno de día frente a turno de noche, etc.).

7.4.3. PROFESIONALES SANITARIOS QUE ASISTEN A LAS MUJERES EN SU PROCESO DE PARTO.

Los profesionales sanitarios que se ocupan del cuidado de la mujer es durante el proceso del parto, son principalmente matronas y obstetras. Estos profesionales sanitarios, han sido formados en diferentes universidades, siguiendo planes de estudios diversos e impregnándose de distintas filosofías en cuanto a los cuidados a la mujer. Todas estas diferencias, implican que en la práctica, se refleje también de forma diferente su manera de actuar.

La decisión de practicar una episiotomía parece estar influenciada por el profesional que realiza el parto.

En concreto, las matronas realizan un número menor de episiotomías que los obstetras. Según un estudio, en Boston, los obstetras privados presentan las tasas más altas de episiotomías (55,6%), seguido por los obstetras públicos (33,3%) y, por último, las comadronas la tasa más baja (21,4%), (Robinson, Norwitz, Cohen y Liebermanl, 2000).

Hay evidencia de que los partos atendidos por ginecólogos tienen una mayor prevalencia de lesiones perineales que los asistidos por parteras. En un estudio retrospectivo, Bodner-Adler, Bodner, Kimberger, Lozanov, Husslein y Mayerhofer informaron de una tasa significativamente menor de episiotomías y laceraciones perineales de todos los grados en las mujeres con embarazos de bajo riesgo atendidos por parteras, en comparación con los atendidos por médicos ($p < 0,001$), (Bodner-Adler et al, 2004).

Este hecho puede deberse a que las matronas habitualmente asisten la mayoría de los partos eutócicos, mientras que los obstetras realizan los partos instrumentales.

Variables obstétricas	Modalidades
Tipo de episiotomía	Esta variable contiene tres modalidades. Sin episiotomía cuando no presenta la realización de este procedimiento,mediolateral y central, dependiendo del ángulo de corte elegido por el profesional que lo realiza
Inicio del parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espontaneo 2. Inducido 3. Estimulado.
Tipo de parto	Se consideró parto vaginal diferenciado entre eutócico e instrumentado cuando precisa la ayuda de tubo de vacío, fórceps la extracción de la placenta y cesárea.
Uso de la oxitocina	Se considera su uso durante el periodo del parto
Tipo de analgesia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin anestesia , ➤ Local ➤ Epidural ➤ Raquídea ➤ General
Edad gestacional	Se agrupo por semanas de gestación en inmaduro de 24SDG, prematuro desde las 25 SDG hasta las 36SDG a término desde la semana 37 a la 41SDG y pos termino más de 41SDG
Posición del parto	Durante la etapa de expulsión fetal se pueden adaptar las siguientes posturas cuadrupedia,cuclillas de pie, decúbito lateral, decúbito supino, litotomía y sentada

7.5 EPISIOTOMÍA Y RELACIÓN CON LA EDAD GESTACIONAL

Durante la asistencia al parto, existen determinadas variables, que podrían influir en la necesidad de realizar una episiotomía. Las variables estudiadas fueron: la paridad, la edad gestacional, el inicio del parto (espontáneo, inducido o estimulado), el uso de analgesia epidural, el uso de oxitocina, la posición durante la etapa de expulsión fetal, el peso del recién nacido y la finalización del parto (eutócico o instrumentado).

Los servicios de salud conocen la importancia del equilibrio resultante de una mayor participación y opinión de las mujeres. Del mismo modo, entienden la oportunidad de hacer una reflexión común, tomando como referencia los modelos de buena práctica existentes con la disposición a incorporar una mayor calidez a la calidad en la atención al parto

Como profesionales sanitarios dedicados a la atención a la mujer durante su proceso de parto, es nuestro deber reflexionar acerca de la realización de determinadas prácticas, que si bien pueden ser necesarias en determinados momentos, no deben realizarse de manera sistemática. Tal es el caso del procedimiento de la episiotomía.

7.5 PROTOCOLO DE INDICACIONES Y TECNICA DE LA EPISIOTOMÍA

7.5.1 ALCANCE DEL PROTOCOLO

El siguiente protocolo es para el personal asistencial y sala de partos que intervengan en la atención de las madres gestantes en trabajo de parto.

7.5.2 INDICACIONES DE LA EPISIOTOMIA

INDICACIONES FETALES:

Macrosomía fetal, expulsivo prolongado, presentaciones occipito-posterior, hipoxia fetal en expulsivo, feto pretérmino.

INDICACIONES MATERNAS:

VITALES: periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, etc.

PREVENTIVAS: impedir prolapso urogenital y la incontinencia urinaria a corto y mediano plazo.

INDICACIONES.

- Compromiso fetal (sufrimiento fetal agudo)
- Líquido amniótico.
- Macrostomia fetal.
- Presentación podálica.
- Parto instrumentado.
- Cardiopatía materna.
- Compatibilidad de RH.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS.

- Cáncer cervicovaginal.
- Hepatitis B y VIH.
- Infecciones perineales.
- Retardo mental materno.
- Anemia severa.
- No certeza de parto vaginal

7.5.3 CARGO LIDER RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO

Coordinación y líder y personal asistencial Responsables por controlar, verificar y hacer cumplir el protocolo eficaz y oportuno que permitan desarrollar los lineamientos e indicaciones en la realización de episiotomía en los trabajos de parto en etapa expulsiva.

7.5.4 CONDICIONES GENERALES Y POLITICAS INSTITUCIONALES

- Capacitar y dar a conocer el protocolo a los profesionales que intervengan en la atención del parto.
- Políticas donde se establezcan las indicaciones específicas para la realización de episiotomía.
- Capacitar al personal asistencial sobre políticas institucionales (IAMII) donde se establece la no realización rutinaria de episiotomía
- Establecer políticas y dar constancia en historia clínica por parte de los profesionales la indicación de la realización de episiotomía en un trabajo de parto etapa expulsiva
- Socializar periódicamente con el personal asistencial que intervengan en la atención del parto para cumplir los lineamientos e indicaciones para la realización de episiotomías
- Socializar periódicamente ventajas y desventajas del procedimiento

7.5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS

7.5.6 PROCEDIMIENTO DE LA EPISIOTOMIA

Los elementos que se seccionan son:

- Piel
- Tejido celular subcutáneo
- Mucosa vaginal
- Músculo bulbo cavernoso
- Músculo transverso superficial del periné
- Haces pubianos del elevador del ano

1. Explique a la paciente el procedimiento a realizar y la justificación del mismo. Previa asepsia y antisepsia del área perineal.
2. Infiltración local con Lidocaína al 2% asegurándose que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados.

Técnica de infiltración:

- Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal, utilizando alrededor de 10 cc de solución de Lidocaína al 1% sin epinefrina.
- aspire (hale el émbolo para asegurarse que no ha penetrado en un vaso sanguíneo), si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja.
- Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre.
- Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque la incisión con una pinza. Si la mujer siente el pellizco espere 2 minutos más y vuelva a probar.
- Coloque tempranamente el anestésico para permitir que tenga tiempo suficiente de producir efecto.

1. Espere para realizar la episiotomía hasta que se haya adelgazado el perineo y se vean 3-4 cm de la cabeza del bebé durante la contracción.

2. Al realizar una episiotomía se producirá sangrado. Por lo tanto, no debe hacerse con demasiada anticipación.

3. Provisto de guantes estériles, coloque dos dedos entre la cabeza del bebé y el perineo.

4. Use las tijeras de Mayo recta para cortar el perineo cerca de 3-4 cm en dirección mediolateral o media según la preferencia al momento del parto.

7.5.7 PROCEDIMIENTO DE REPARACION DE LA EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA

Objetivo de la reparación:

Hemostasia y restauración anatómica sin exceso de puntos de sutura

- El Catgut cromado es una alternativa aceptable Carmen • Aplique una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía.

- Si la episiotomía se extiende a través del esfínter anal o la mucosa rectal, maneje de igual manera que los desgarros de tercer o cuarto grado, respectivamente Cierre la mucosa vaginal con una sutura continua.
- Desde este punto hasta la horquilla vulvar posterior se lleva con sutura continua sin cruzar y se anuda.
- En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la abertura vaginal. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través de la incisión y anude. • Cierre el músculo perineal utilizando suturas interrumpidas con hilo Catgut 2- 0 en dos planos.

• Cierre la piel.

7.5.8 POR ULTIMO VERIFIQUE LA PERMEABILIDAD DEL RECTO.

Mientras realiza la episiorrafia brinde consejería acerca de:

- Cuidados e higiene de la episiorrafia, especialmente después de defecar.
- Abstinencia sexual no menor a 6 semanas.
- Consejería sobre planificación familiar pos evento obstétrico
- Cuidados e higiene del recién nacido. Principalmente la vacunación, lactancia materna, cuidados del ombligo.
- Signos y síntomas de alarma maternos y fetales durante el puerperio.

7.5.9 RECOMENDACIONES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA CRITERIOS DE ALTA O DE LIBERACIÓN DEL PROTOCOLO

Se considerará la liberación para aquellos pacientes

- Que tienen mejoría significativa de su sintomatología.
- Los pacientes que no tienen criterios de severidad, y son dados de alta con tratamiento ambulatorio.
- Pacientes que son remitidos a institución de mayor complejidad

7.5.10 MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA

Serán criterios para la evaluación de la adherencia

1) Pertinencia médica

- El manejo en urgencias debe ser efectuado por médico general. • Todo caso complicado debe ser remitido para valoración y manejo por Gineco-obstetra.

2) Pertinencia de medicamentos

- Los medicamentos utilizados deben estar acorde con las recomendaciones de la presente guía (LEV, antibióticos etc.)

3) Pertinencia de medidas de apoyo y procedimiento

- Se deben dar instrucciones sobre signos de alarma.
- Procedimientos de la guía (criterio de selección episiotomía)

7.6 DERECHOS DE LA MUJER DE ELEGIR SI SE REALIZARA LA EPISIOTOMÍA

7.6 La organización mundial de la salud

“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada”.

7.7 La legislación española

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de noviembre de 2002 (en adelante “LBRAP”), dice en su artículo 2 que:

“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.

El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada”; y que “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.”

El artículo 4 de la ley, titulado “Derecho a la información asistencial”, dice que:

“1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica (por ejemplo la episiotomía o los fórceps) o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”

La necesidad de advertir al paciente y pedir su consentimiento está claramente recogida en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 (en adelante “LGS”), que dice en su artículo 10:

“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional

para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.”

La nueva Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica

Dice la ley que:

“2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.”

Razones por las que el respeto a estos derechos ha de ser especialmente escrupuloso en el caso de las mujeres embarazadas:

1º Porque la mujer embarazada no es una paciente. El parto no es una enfermedad, es un acto fisiológico en el que la necesidad de intervenir ha de ser valorada cuidadosamente. Cualquier intervención en un proceso de salud requiere más justificación que cuando se realiza ante una patología.

2º Porque las parturientas se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica y puede tener dificultades para expresar sus deseos y

necesidades. Por tanto, el equipo médico debería facilitar la expresión de estas necesidades, lo que exige mayor honradez a la hora de informar y recabar el consentimiento.

3º Porque están en juego dos vidas, y por ello han de respetarse también los derechos y obligaciones inherentes a la patria potestad. Los padres tienen el derecho y la obligación de velar por la salud de sus hijos. Por ello, es su derecho y su deber estar informados en todo momento de las consecuencias que determinadas prácticas pueden tener en la salud del feto o del neonato. La toma de decisiones no debe ser usurpada por los asistentes al parto, ya que la responsabilidad es de los padres, y son ellos quienes van a afrontar la eventualidad de un resultado adverso.

4º Porque el parto es un acontecimiento de la vida sexual. Las intervenciones practicadas a una mujer que está de parto tienen lugar principalmente sobre sus órganos genitales y son muy intrusivas, por lo que su intimidad y su dignidad están más expuestas que en otros ámbitos de la medicina.

La Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres establece el fundamento jurídico para avanzar hacia la efectiva igualdad en todos los ámbitos de la vida social, económica, cultural y política. Para garantizar su aplicación, se establece en 2008-2011 el Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades; este Plan, hace mayor hincapié en la calidad de vida de la mujer, tras haber logrado la consecución de un nivel de formación y cualificación profesional. El Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades establece cuatro principios rectores: Ciudadanía, Empoderamiento, Transversalidad e Innovación, que están, además, relacionados entre sí.

7.8 LA MATRONA Y SU LABOR

En 2005, en la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Brisbane, Australia, se desarrolló una definición de

Matrona: Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha

terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante.

Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el lo largo de su ciclo reproductivo en relación a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación en los procesos patológicos, y a la madre y al hijo en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, así como al Recién Nacido sano hasta los 28 días de vida, con el apoyo de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

Más recientemente en 2011, en la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Durban, Sudáfrica, se desarrolló una nueva definición de Matrona:

Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa educativo en partería que está debidamente reconocido en el país donde se encuentra y que Confederación Internacional de Matronas para la Práctica de la matrona Globales de la Confederación Internacional de Matronas para la Educación de registrada y / o autorizada para la práctica de la partería y utilizar el título de "matrona", y que demuestra competencia en la práctica de la partería

8. CUIDADOS Y SUGERENCIAS ENFERMERILES EN COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA EPISIOTOMÍA

8.1 Cuidado de Enfermería durante el embarazo

Báez H. (2009) describe al cuidado por Enfermería como “la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado”.

Por otra parte, Patiño M (2008), menciona sobre el cuidado se ha definido como “el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía por atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica”.

La contribución de la Enfermería hacia la mujer embarazada es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados. Por lo tanto, la consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concreta en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

8.1.1 Intervenciones en la etapa prenatal

McCloskey y Bulechek (2000) refieren que una intervención de Enfermería es “cualquier tratamiento, basado en el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para evidenciar resultados sobre el cliente”.

Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan también a la familia y comunidad. Las Intervenciones de valoración clínica que se realizan en el control prenatal son (peso, altura uterina, examen general, tensión arterial, intervenciones profilácticas, intervenciones educativas como: lactancia materna, prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

psicoactivas, signos de alarma, promoción del parto hospitalario, planificación familiar).

8.1.2. Gestión del cuidado

(Morfi, 2010). La Gestión del Cuidado de Enfermería se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud”. Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas.

La Gestión del Cuidado de Enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos.

8.1.3 Conocimiento sobre el control prenatal

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza.

La organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

La atención centrada en la paciente y la familia es un enfoque para la planificación del parto y evaluación de la atención de la salud que se basa en el entendimiento que la familia juega un papel vital en asegurar la salud y el bienestar de pacientes de todas las edades.

El objetivo final de la atención centrada en la paciente y la familia es crear alianzas entre los profesionales de la salud, las pacientes y sus familias que conduzcan a resultados y mejoren la calidad y la seguridad de la atención de la salud.

El enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención, a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad perinatal (semana 28 del embarazo hasta los primeros siete días de vida).

Tamir (2005) afirmó que por conocimiento profesional se entiende al conjunto de “conocimiento y habilidades que son necesarios para funcionar con éxito en una profesión particular. Este conocimiento está determinado por dos procedimientos comúnmente aceptados:

- Análisis del trabajo o tarea
- Consenso de la comunidad de gente que son reconocidos como profesionales en un campo particular”.

8.1.4 Personal del centro de atención a la salud para el control prenatal

A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del Control Prenatal, se recomienda revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas, lo cual podría considerarse una oportunidad para realizar investigación al respecto. En contraste, un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, afiliadas al Control Prenatal:

- control prenatal, lo que se cumple en el (52.7%), mientras que el resto (47.3%) no promueve el inicio del control prenatal en las mujeres.

8.1.5 Higiene y belleza

Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos).

- En las piernas para prevenir las varices alternar agua fría con caliente, terminar siempre con agua fría.
- Es muy importante el lavado de los dientes y la lengua después de cada comida con un cepillo suave para evitar el sangrado de las encías.
- Evitar la depilación con cera caliente que favorece la aparición de varices, utilizar cera fría, pinzas o aparatos eléctricos.
- La higiene íntima; lo mejor es que se lave los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, sólo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el Ph y favorecer las infecciones.
- Utilizar ropa interior de algodón cambiando siempre que se necesite, no es recomendable el uso de salva-slip ya que no deja transpirar la piel con normalidad.
- El sol se debe tomar con moderación y siempre usando cremas con factor de protección. En caso de tener manchas no se aconseja la exposición al sol ni cremas despigmentantes.

8.1.5 Sueño y descanso

El descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación.

- Dormir al menos 8 horas diarias, además es conveniente que se realice pequeños descansos durante el día a ser posible en un sillón con respaldo y las piernas en alto.
- Es recomendable dormir de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo.

- Evitar la posición boca arriba cuando el útero esté muy grande, ya que puede provocarle mareos incluso disminuir la oxigenación de su hijo/a debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos.

8.1.6 Viajes

- Salvo que exista embarazo de alto riesgo se puede viajar realizando períodos de descanso.
- No es aconsejable viajar a lugares con escasos servicios sanitarios.
- Hacia el final del embarazo deben evitarse los viajes muy largos.
- Es conveniente que lleve la cartilla maternal, donde se recogen los datos más significativos respecto a la evolución del embarazo y es de gran utilidad para el personal sanitario en caso de que surja cualquier problema.

8.2 ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE EPISIOTOMÍA

La episiotomía es un corte que se realiza en el borde inferior de la vagina, entre 45° y 60° grados de la horquilla del periné, sus indicaciones para realizarla son: necesidad de acortar el expulsivo, sufrimiento fetal y distocia de hombros. Actualmente en la mayoría de paritorios se lleva a cabo la “episiotomía restrictiva” la cual sólo se realizaría en los supuestos anteriores.

Aún así, pese a no realizarla es posible que la mujer sufra pequeños desgarros que es preciso suturarlos, con lo cual nos encontraríamos también ante una herida quirúrgica en ambos casos, ya sea por una episiotomía o por un desgarro suturado.

Una de las complicaciones de las heridas quirúrgicas es la infección de esta, por tanto será necesario instruir a la mujer para un cuidado eficaz de la herida y prevenir complicaciones futuras.

8.2.1 CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA

RECABAR A LA EXPLORACIÓN FÍSICA LA SIGNOLOGÍA VITAL

- Toma de signos vitales
- Presión Arterial
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria
- Peso
- Talla
- Temperatura corporal

Los profesionales de enfermería pueden medir los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal por medio del 'Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal', al identificar tres variables: la percepción de beneficios al CPN, la percepción de barreras al CPN y la actitud negativa hacia el embarazo.

- Promover, por diferentes medios y estrategias, la asistencia precoz y periódica al control prenatal.
- Fortalecer la confiabilidad hacia los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención y el trato humanizado a la gestante, al recién nacido y a toda persona que solicite los servicios de salud.
- Los profesionales de enfermería deben hacer partícipes a los futuros padres del cuidado de su hijo por nacer, para disminuir los miedos y preocupaciones frente al bienestar y salud del bebé.
- Los profesionales de enfermería deben brindar acompañamiento y consejería a los hombres adolescentes sobre el embarazo y sus consecuencias.
- Los profesionales de enfermería deben favorecer la inclusión del padre gestante como protagonista en las diversas actividades de la gestación, el nacimiento y la crianza. Para ello, es importante dejar atrás antiguos modelos patriarcales que rigen la dinámica familiar, los cuales excluyen a los varones, para, de este modo, no continuar legitimando la ausencia paterna.

- Los profesionales de enfermería deben proporcionar asesoría en cuidado prenatal, generando confianza para resolver inquietudes, con el fin de lograr niveles altos de satisfacción de la gestante y que ellas consideren que la atención cubrió sus expectativas.
- Los profesionales de enfermería deben especificar los aspectos educativos que se les dan a las gestantes, como: signos de alarma cambios durante la gestación, nacimiento, puerperio y cuidados con el recién nacido.
- Los profesionales de enfermería deben brindar enseñanza del cuidado de la salud a la población, teniendo en cuenta la problemática social del desplazamiento forzado en nuestro país; estos cambios deben estar apoyados por teorías como la de Leininger.
- Los profesionales de enfermería deben utilizar la historia clínica materno-perinatal como un instrumento que permite valorar los antecedentes y factores de riesgo durante la gestación, y facilita el seguimiento efectivo durante el control prenatal, al llenar e interpretar las casillas de riesgo.
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres prestan atención a su componente físico y emocional, con la finalidad de prepararse para el parto y garantizar el bienestar del hijo por nacer. Para ello, aplican las creencias y costumbres propias y de las personas que ya han experimentado el estado de gravidez.
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta instruir a la gestante sobre los dominios encontrados en el estudio, como son: protección a la madre, protección al bebé, cuidarse en la alimentación y prepararse para el parto.
- Los profesionales de enfermería deben seguir realizando intervenciones educativas, con el fin de evitar consecuencias negativas en la salud física y emocional de la madre y su recién nacido, y sensibilizar y motivar al personal de enfermería para que transmita en su práctica diaria la filosofía del autocuidado..

- Los profesionales de enfermería deben aprovechar los espacios, en la consulta de cuidado prenatal y en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, para brindar cuidado integral a la gestante y su pareja, facilitar la interpretación y comprensión de los significados de la sexualidad en la gestación y cimentar en ellos un cuidado culturalmente congruente.
- Los profesionales de enfermería deben brindar educación a la gestante y su familia para prevenir factores de riesgo, así como la detección temprana de las alteraciones durante la gestación.
- Los profesionales de enfermería deben advertir a la mujer gestante y a su compañero sobre malos hábitos higiénicos, o conductas sexuales de riesgo, que pueden constituirse en desencadenantes de morbilidad materna y perinatal.
- Para conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres trabajadoras en general y de las diabéticas en particular, los profesionales de enfermería deben saber que unas palabras dichas con cariño y con conocimientos científicos en el momento adecuado surten un efecto positivo.
- El personal de enfermería debe estar consciente de los posibles riesgos de la episiotomía.

8. 3 OBJETIVOS EN EL CUIDADO DEL PARTO NORMAL

El objetivo del cuidado es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que: En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

Las tareas del personal sanitario son cuatro:

1.- Animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto, en el período del alumbramiento y sucesivos.

2.- Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.

3.- Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; cuidado del niño después del nacimiento.

4.- Traslado de la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado.

8.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Como ya se expuso anteriormente el puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas. En estas 24 horas la mujer, en general, va a estar en dos estancias distintas, en un primer momento estará en una sala de puerperio inmediato durante 1-2 horas en la cual se le hará un seguimiento exhaustivo tanto a ella como a su bebé como a los dos considerándolos como una unidad.

El bebé acompañará a la madre en los partos vaginales sin incidencias en la sala de puerperio inmediato y se animará a que le de el pecho lo más pronto posible si la mujer está de acuerdo.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

La toma de constantes vitales, que incluirá

- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Temperatura.
- PULSO

Lleno regular amplio bradicárdico frecuencia del pulso oscila entre 60 y 70 latidos por minuto cualquier alteración debe hacer pensar en complicaciones hemodinámicas.

TENSIÓN ARTERIAL Es normal 100 -70 a veces un poco baja si no es hipertensa las cifras son iguales al pre- gravídicas por siete días.

8.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO CLÍNICO.

Aquí vamos a encontrar, siguiendo un orden cronológico, unos cuidados que se van a dar por parte de Atención Especializada mientras la mujer esté en el hospital y otros cuidados que se van a dar por parte de Atención Primaria.

Una vez que la mujer está ya en la planta de hospitalización mientras dure su estancia se tomarán:

- Constantes hemodinámicas: cada 8 horas.
- Temperatura: cada 8 horas.
- Involución uterina: cada 8 horas.
- Loquios: cada 8 horas.
- Estado del periné: cada 12 horas.
- Micción: cada 8 horas.
- Circulación venosa de las piernas: cada 8 horas.
- Estado de las mamas: cada 8 horas.
- Estado mental: cada 8 horas.

8.6 Cuidados generales de enfermería en la herida

- Lavar cuidadosamente la zona de adelante hacia atrás, no más de dos veces al día, de lo contrario no estaríamos favoreciendo que la herida se mantuviese seca.
- Cada vez que se defeque, será necesario limpiarse de adelante hacia atrás y posteriormente lavar la zona.
- Secar con toallas suaves, a golpecitos, nunca por arrastre.
- Cambiar la compresa cada 2-3 horas o cuando se note empapada, de esta manera la herida se mantendrá en un medio más seco y no habrá maceración de la misma.
- El jabón de elección será uno cuyo pH sea neutro, de por sí tras el parto el pH vaginal será más ácido de lo normal para proteger frente a infecciones.

- Usar ropa interior de algodón, ya que la transpiración es mayor.
- Es importante una dieta rica en fibra e hidratación para evitar el estreñimiento, y con ello esfuerzos a la hora de defecar con la consiguiente tensión para la zona
- No está aconsejado sentarse con flotadores o cualquier elemento que deje al descubierto la zona de la herida ya que aumenta la presión en esa zona y hay riesgo de dehiscencia.
- Si existe dolor para sentarse, lo mejor es apoyar la espalda en el respaldo y contraer las nalgas para sentarse, resultará menos doloroso.

Signos y síntomas a vigilar

- Fiebre, es normal un aumento ligero de la temperatura en el puerperio relacionado con la subida de la leche. Si es superior a 37,5° durante dos días se ha de acudir a un especialista.
- Secreción purulenta o maloliente.
- Inflamación repentina de la zona
- Dolor

Lo más importante en el cuidado de la
episiotomía es mantenerla siempre LIMPIA
y SECA.

No es preciso emplear jabones específicos,
si bien pueden resultar reconfortantes
Aquellos con efecto refrescante y calmante.

8.7 CUIDADOS TRAS EL PARTO.

Si tiene una episiotomía o desgarro, le beneficiará seguir una serie de recomendaciones para su cuidado óptimo.

- Mantenga la zona perfectamente limpia y seca. **ES LO MÁS IMPORTANTE.** Se debe secar cuidadosamente con toallas suaves, a golpecitos, evitando un secado de arrastre que pueda tirar de los nudos de los puntos.
- No se recomienda utilizar el secador en la zona perineal de forma rutinaria, pues los puntos pueden quedar tirantes. Puede ser útil en caso de retraso de la cicatrización, y siempre con aire frío.
- Vigile diariamente la herida y realice lavados con jabón neutro. No es preciso hacer curas ni aplicar productos antisépticos. Y recuerde que **NUNCA** debe usar antisépticos con yodo. El yodo es perjudicial para su bebé y le llegará a través de la leche materna.
- Utilice ropa interior de fibras naturales, preferentemente de algodón, puesto que la transpiración es mayor.
- Los primeros días las braguitas desechables pueden ser útiles. Se encuentran fácilmente en farmacias o en grandes superficies.
- Utilice compresas de algodón y procure cambiarla cada 2-3 horas o cuando se note empapada, de esta manera la herida se mantendrá más seca y no habrá maceración de la misma. Evite usar las compresas cubiertas de celulosa (plástico).
- No es recomendable el uso de tampones o copas vaginales durante el postparto para evitar el riesgo de infección por acúmulo de secreciones.

- Es importante evitar el estreñimiento, para ello tome alimentos ricos en fibra y beba mucha agua. No tema el momento de ir al baño puesto que la sutura de la herida es firme y los puntos no se soltarán por este motivo. Si es preciso, puede utilizar microenemas.
- Tras la defecación límpiense siempre desde delante hacia atrás, en dirección al recto. Posteriormente se recomienda lavar la zona con agua y jabón, para asegurar la limpieza y evitar la infección de la herida.
- La herida se beneficiará de la exposición al aire puesto que así se secan antes los puntos. Busque el momento idóneo para hacerlo, por ejemplo, mientras da una toma al bebé, tumbada en la cama, colocando previamente una toalla limpia y seca por si se produce un manchado.
- Para aliviar el dolor, pruebe a darse baños de asiento con agua tibia, asegurando después que la zona perineal queda perfectamente seca. También le puede aliviar tomar analgésicos o antiinflamatorios (consulte con su médico en caso de estar dando el pecho).
- En caso de inflamación es útil aplicar hielo. Debe ir metido en una bolsa de plástico, para no mojar los puntos, y envuelto en un paño o toalla, pues la aplicación directa puede provocar quemaduras.
- Si las molestias son persistentes deberá consultar con el especialista para descartar una complicación.
- Evite sentarse sobre flotadores o cualquier elemento que deje al descubierto la zona de la herida ya que aumenta la presión en esa zona y hay riesgo de dehiscencia.

- Para que no moleste, pruebe a sentarse contrayendo las nalgas y apoyando completamente la espalda al respaldo.

8.8 CUIDADOS DE ACUERDO A LAS ALTERACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

RIESGOS DE LA EPISIOTOMÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A ALTERACIONES DE LA EPISIOTOMÍA
Riesgo de hemorragias.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar la pérdida de loquios. ➤ Control de las constantes vitales. ➤ Vigilar la altura del útero y la formación del globo vesical. ➤ Dar masajes uterinos, si precisa.
Riesgo de retención urinaria.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejercicios de Kegel. ➤ Comprobar que la primera micción espontánea se realiza en las 6-8 horas tras el parto. ➤ Sondaje vesical, si precisa.
Dolor agudo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valoración del dolor. ➤ Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.
Riesgo de estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de heces. ➤ Dieta rica en fibra. ➤ Baños de asiento para disminuir hemorroides. ➤ Aplicación de frío local en periné. ➤ Aumento de la ingesta de líquidos. ➤ Fomento de la eliminación fecal.

8.9 PREVENCIÓN

A. Masaje perineal:

Cuando tenga 34 semanas de embarazo, usted o su pareja pueden comenzar a masajear el perineo con los dedos y con un gel lubricante, Esta medida permitirá ablandar y suavizar la piel y puede ayudar a que se estire con mayor facilidad en el parto.

B. Ejercicios de Kegel

Contraiga y mantenga contraídos los músculos del piso pélvico. Practique contraer y relajar lentamente estos músculos para fortalecerlos.

C. Mantenga una nutrición adecuada:

La piel sana se estira más fácilmente.

D. Un período expulsivo lento

Al controlar el pujo permite que el perineo se estire lentamente. Episiotomía: agranda el canal de parto.

8.10 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Intervenciones de enfermería Consiste en el tratamiento y las acciones de enfermería en los desgarros vaginales.

Tratamiento: Consiste en la sutura inmediata de todo desgarro durante el parto.

Acciones de enfermería dependientes :

LAS ACCIONES DEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

- Son los tratamientos médicos específicos para los desgarros vaginales.

ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTES

Las acciones que debe realizar el personal de enfermería son las siguientes:

- Apoyo psicológico para lograr la cooperación de la paciente y logre adquisición de los conocimientos necesarios relacionados con su situación.
- Realizar el examen físico para observar características de la vagina y presencia de alteraciones en esta zona.
- Durante el parto se cerciora de que todos los desgarros hayan sido suturados.

8.11 CUIDADOS DE ENFERMERIA DE ACUERDO A LA VALORACION FISICA

La valoración física incluye las mamas, fondo uterino, loquios, perineo, función vesical e intestinal, signos vitales y miembros inferiores. La observación permite identificar los signos anormales. La enfermera analiza los datos obtenidos en la valoración, y teniendo en cuenta los factores relacionados (antecedentes) puede establecer los diagnósticos de enfermería. El plan de cuidados incluye: a. Prevención de infecciones: Uso de técnicas correctas del lavado de manos, cuidado apropiado de la episiotomía, y de los desgarros perineales, cambios de compresas y promover la cicatrización.

B. Prevención de hemorragia: - Control de los signos vitales: la taquicardia, e hipotensión se asocian con la hemorragia y shock hipovolémico

.- La aplicación intermitente de masaje suave en el fondo del útero favorece la contracción firme del útero. La atonía es resultante de una inadecuada contracción

.- Observar la cantidad de loquios, la saturación de la compresa, así como la acumulación de sangre por debajo de los glúteos indica una pérdida profusa.

- Control de diuresis. Ayudar a evacuar la vejiga en forma espontánea, con estrategias conocidas por enfermería, en último caso usar una sonda vesical. Para prevenir la hemorragia es necesario mantener un buen tono uterino y prevenir la distensión vesical.

C. Promoción de la comodidad, reposo, deambulación y ejercicio:

La mayoría de mujeres experimentan algún grado de dolor , causados por entuertos, episiotomía, desgarros perineales, hemorroides o congestión mamaria.La enfermera debe ayudar a reducir el dolor que permita a la mujer su auto cuidado, con calor local, distracción, relajación, contacto terapéutico, e interacción con el bebé.El temor a su nuevo rol, las rutinas hospitalarias, las demandas del RN, y las visitas frecuentes hacen que su patrón de sueño se altere. Puede recurrirse a masajes en la espalda, favorecer la comodidad, limitar las visitas, etc.Se estimula la deambulación frecuente y precoz con supervisión, porque ayuda a reducir el riesgo de trombo embolismo, así como la recuperación de la fuerza. En aquellas mujeres que deben permanecer más de 8 horas en cama debe realizar ejercicios para estimular la circulación. Evaluar el signo de HOMAN (dolor en la pantorrilla cuando se hace dorsiflexión forzada del pie).Los ejercicios de kegel son importantes para fortalecer el tono muscular del piso pélvico después del parto.

D. Promoción de una buena nutrición La enfermera observa los signos vitales, la firmeza del útero, el flujo de los loquios, antes de ofrecer los alimentos, debe empezar con pequeñas cantidades de líquido. Debe tener en cuenta sus hábitos, preferencias culturales, así como los niveles de hemoglobina y hematocrito. Se recomienda alimentación rica en proteínas, vitamina C, fibras, líquidos suficientes y calorías para evitar el estreñimiento y favorecer el bienestar.e. Eliminación: la micción espontánea será entre las 6 y 8 primeras horas pos parto, la enfermera debe evitar la retención urinaria y prevenir la distensión vesical.Debe poner en práctica medidas para reducir el riesgo de estreñimiento, la deambulación, consumo de fibras y líquido.

9. CONCLUSIÓN

Tras el análisis de los resultados obtenidos, pude llegar a las siguientes conclusiones según los objetivos planteados: tras se puede llegar solo una persona

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud no se siguen en su totalidad las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Pero cuentan con el conocimiento básico para poder implementar esta técnica a sus pacientes de la mejor manera sin poner en riesgo alto a la usuaria.

Así como se identificó que las alumnas de la Escuela de Enfermería y Obstetricia cuentan con conocimiento parcialmente moderado del tema y de los cuidados básicos de una paciente primigesta con episiotomía como también los cuidados que se le brindan así como saben cómo actuar ante unas circunstancias de estas.

Entre los puntos de mejora se han identificado el permitir la libre deambulaci3n de la parturienta durante el periodo de dilataci3n, la adopci3n libre de posturas durante el expulsivo en mujeres sin analgesia epidural, el permitir la ingesta de l3quidos y alimentos livianos durante el parto, el uso de la hidrataci3n intravenosa a todas las mujeres en trabajo de parto normal, la amniotomía precoz de rutina y la auscultaci3n intermitente.

Los factores que van a condicionar la pr3ctica de la episiotomía ser3n los criterios de indicaci3n cl3nica, que estar3n determinados seg3n la formaci3n de los profesionales y su experiencia en la pr3ctica cl3nica.

Es necesario actualizar la formaci3n de los profesionales en materia de anatomía del suelo p3lvico, reparaci3n de sus lesiones y en materia de protecci3n perineal.

Existen diferencias en cuanto a la t3cnica de realizaci3n del procedimiento de la episiotomía entre los profesionales. Las diferencias encontradas obedecen a la formaci3n del profesional y al seguimiento de la pol3tica de episiotomía selectiva.

En resumen, la pr3ctica de la episiotomía est3 condicionada por las intervenciones obst3tricas que se realizan durante el desarrollo del parto, e incluso se ha evidenciado la influencia de variables contextuales. Tambi3n obedece a criterios

clínicos y de formación de los profesionales sanitarios que asisten a la mujer durante este proceso.

Todo ello influye en la variabilidad existente en la práctica clínica. 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, etc. y también contextuales como, el acompañamiento al parto y el turno de día de los profesionales.

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.

Actualmente los profesionales que han participado en esta investigación están de acuerdo con la necesidad de desarrollar una política de episiotomía selectiva, no obstante, para que se lleve a la praxis se deberán de producir cambios en cuanto la práctica de los que poseen mayor experiencia profesional por aparecer como reticentes al cambio que presenta la evidencia científica.

Así mismo, será necesario reforzar la formación del equipo interdisciplinar como un instrumento de mejora, procurando así el bienestar de la mujer y por ende de su criatura.

En relación a los efectos que el procedimiento de la episiotomía tiene sobre la mujer y su criatura, se ha puesto en marcha un estudio cualitativo, para analizar en profundidad, las repercusiones de este procedimiento sobre su calidad de vida y la vivencia del parto.

Teniendo como referencia el marco legislativo del estudio realizado de la episiotomía, se ha elaborado un modelo de consentimiento informado específico.

Informando y hacer valer el derecho de la mujer a decidir sobre su proceso de parto.

Una vez realizado este estudio, se evidencia la necesidad de especificar las indicaciones de realización de la episiotomía. Así como, establecer una política de episiotomía selectiva, en el hospital objeto de estudio, con el objetivo de disminuir las tasas de este procedimiento.

Un inicio podría ser tener que recoger el motivo de realización de esta técnica por parte del profesional en el registro de datos del parto.

Así mismo, vemos necesario continuar con la formación de los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres en su proceso reproductivo, mediante cursos sobre actualización de conocimientos en materia de anatomía del suelo pélvico, protección perineal y reparación de sus lesiones.

1. BIBIOGRAFIAS

10.1 BASICA

- Amezcua olivo fernano. (2017). valoración y manejo del dolor en el parto y puerperio. clínica rnao: generla.
- J.F., & Souza, K.V. (2007). Episotomía: focalizando la visión de las mujeres. Revista Brasileira Enfermagem, 60(2), 197-201.
- Progianti, J.M., Araújo, L.M., & Mouta, R.J. (2008). Repercussões da Episiotomia sobre a Sexualidade. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12 (1), 45-9.
- Qian, X., Smith, H., Zhou, L., Liang, J., & Garner, P. (2001). Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: An observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. BMC Pregnancy and Childbirth, 1(1), 1.

- Raisanen, S., Vehvilainen-Julkunen, K., & Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3). 348-356.
- Reinbold, D., Éboue, C., Morello, R., Lamendour, N., Herlicoviez, M., &
- Rodríguez, R.M., y Álvarez, C. (2010). Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de hodge frente a conducta activa. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster*, 2(1), 12-32.
- Romero, J., y De Prado, M. (2002). Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Profesion*, 8, 33-39.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. (2001). *The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use of interpretation of cardiopography in intrapartum fetal surveillance*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist.
- Rubio, J.A. (2005). Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), 116-12

10.2 COMPLEMENTARIA

- https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D007,de%20la%20persona%20reci%C3%A9n%20nacida.
- Guía de práctica clínica, prevención ,diagnóstico y tratamiento de la episiotomía complicada
- Guía de práctica clínica, Detección y tratamiento inicial de emergencia obstétrica
- https://www.gfmer.ch/Guidelines/Parto_postparto_es/Hemorragia_postparto.htm
- Guía de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio mediato

- https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D007,de%20la%20persona%20reci%C3%A9n%20nacida.laria&category_slug=documentos-estrategicos&Itemid=224
- Guía de práctica clínica Control prenatal con enfoque de riesgo
- https://www.gfmer.ch/Guidelines/Esterilidad_aborto_espontaneo_embarazo_ectopico_es/Tecnicas-reproduccion-asistida-estimulacion.htm
- <http://editorialmedicaesculapio.com/index.php/rms/article/view/220>
- Guía de práctica clínica, Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de alto riesgo
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GRR.pdf
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GP_C_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf
- Protocolo episiotomía y episiorrafia
- <https://portal.guiasalud.es/gpc/cuidados-perioperatorios-cirugia-mayor-abdominal/>
- https://www.gfmer.ch/Guidelines/Deteccion_prenatal_es/Ecografia_prenatal.htm
- https://www.gfmer.ch/Guidelines/Embarazo_recien_nacido_es/Cuidado_prenatal.htm
- <https://www.cndh.org.mx/documento/nom-007-ssa2-2016-atencion-de-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-y-del-recien>
- <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/nom/NOM-005-SSA2-1993.pdf>
- <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/nom/NOM-014-SSA2-1994.pdf>
- http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5234875&fecha=22/02/2012
- <https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/conoce-tus-derechos>
- Manual de episiotomía

- <https://www.gob.mx/derechoslaborales/articulos/mujer-conoce-tus-derechos-laborales#:~:text=En%20caso%20de%20embarazo%2C%20las,que%20percibir%C3%A1n%20su%20salario%20%C3%ADntegro>

10.3 ELECTRÓNICA

- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011
- <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-30.pdf>
- <https://www.ensuelofirme.com/episiotomia-y-su-impacto-sobre-el-perine/>
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289#:~:text=La%20episiotom%C3%ADa%20es%20una%20incisi%C3%B3n,vaginal%20y%20facilitar%20el%20parto.>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114m.pdf>
- <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/175/cuidados-de-una-episiotomia-compleja-caso-clinico/>
- https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00162.pdf
- <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>
- <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32397>
- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf
- https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOM%C3%8DA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCIÓN-AL-_PARTO_NORM
- https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_taller_episiotomia_episiorrafia_0.pdf
- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/608GRR.pdf>

- <https://es.slideshare.net/SiLgAdOo/episiotomia-yepisiorrafia#:~:text=2.,Su%20reparaci%C3%B3n%20se%20denomina%20Episiorrafia.>
- https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/3%20Guias/SH-S2G13-V2Guia_Episiotomia_Episiorrafia.pdf
- <https://esalud.utpl.edu.ec/recursos-didacticos/episiotomia-episiorrafia-desgarros-perineales>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im053h.pdf>
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500030&lng=es&nrm=iso
- <https://www.natalben.com/parto/episiotomia/cuidados-episiotomia>
- <https://www.em-consulte.com/es/article/890831/episiotomia-y-desgarros-obstetricos-recientes>
https://issuu.com/obstaamh/docs/manual_basico_de_obstetricia_y_gine/259

11. GLOSARIO

A.

- AMENAZA DE ABORTO

Se presenta cuando una embarazada antes de las 20 SDG tiene síntomas y signos que indican la presencia de aborto

- ABORTO INCOMPLETO

Se expulsa solo la parte de los productos de la concepción quedando retenido en el útero

- ABORTO COMPLETO

Se expulsan todos los productos de la concepción

- ABORTO INEVITABLE

Es en el que hay ruptura de membranas y que por lo tanto no se puede evitar

- AGENECIA RENAL

Padecimiento muy raro consiste en la ausencia de 1 o ambos riñones aunque se presentan más con ausencia de ambos riñones

- ANOMALIA

Cambio o desviación respecto de lo que es normal, regular, natural o previsible.

- ACTH

Adenocorticotropina

- AVF

Anteversoflexion

- ADH

Vasopresina

- AMNIOCENTESIS

Es la perforación con una aguja del saco Amniótico para la obtención de líquido amniótico.

B.

- BACTERIA

Las bacterias son microorganismos que presentan un tamaño de unos pocos micrómetros y diversas formas incluyendo filamentos, esferas (cocos), barras

(bacilos), sacacorchos (vibrios) y hélices (espirilos). No tienen el núcleo definido ni presentan, en general, orgánulos membranosos internos. Del estudio de las bacterias se encarga la bacteriología, una rama de la microbiología.

- BARTOLINITIS

Inflamación de las glándulas de Bartolino a causa de una infección. El tratamiento suele ser la incisión y drenaje del pus o la extirpación de la glándula.

- BIOPSIA

Toma de células de un tejido de una persona para su posterior análisis histológico.

- BLASTOCITO

Es el nombre que recibe el embrión en el 5º día de desarrollo y la fase en la que se va a producir la implantación en el interior del útero.

- BRAQUITERAPIA

Aplicación local de radioterapia mediante pequeñas fuentes de radiación colocadas directamente o cerca de los tejidos a tratar.

- BITROCANTÉREO, DIÁMETRO

En obstetricia, distancia entre los dos trocánteres mayores del feto. Actualmente su medición carece de importancia

- BULIMIA

Trastorno parecido a la anorexia nerviosa en que se ingieren cantidades excesivas de alimentos y se alternan con periodos de ayuno o vómitos autoinducidos que pueden producir lesiones en el esófago. También se puede dar un abuso de laxantes o diuréticos.

- BE

Biespinoso

C.

- CALIDEZ DE LA ATENCION

Es una actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de la salud con las usuarias de los mismos

- CANCER

Enfermedad en la que células anómalas se dividen sin control y destruyen los tejidos corporales.

- CARDIOPATÍA

También denominada arteriopatía coronaria, es una enfermedad progresiva del miocardio o músculo cardíaco

- CÉRVIX

Se divide en dos partes, la parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix y la porción más cercana a la vagina ectocérvix o exocérvix.

- CIAN

Azul

- COMPLICACIONES INMEDIATAS

Son aquellas complicaciones que se presentaron durante las primeras 24 horas posteriores a la realización de la episiotomía.

- CO

Conjugado obstétrico

- CONTROL PRENATAL

Serie de consultas médicas que se realizan durante el transcurso del embarazo

- CODIGO ROJO

Requiere de una atención inmediata de la madre se dice que está comprometida la función vital de la mujer

- COLOCACIÓN FETAL

Determinación del feto con respecto a sí mismo, al útero y a la pelvis. Es un fenómeno estático, cinético influenciado por la movilidad, tonicidad y motricidad del útero.

D.

- DESGARRO

Es una lesión que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina

- DCP

Desproporción cefalopelvica

- DIASTASIS

Los músculos rectos anteriores sufren distensión importante para sostener el peso del útero

- DODERLEIN

Bacilo que se encuentra en la flora vaginal normal

- DEFORMIDAD

Alteración en la forma y estructura o ambas de y una parte previamente formada

- DIU

Dispositivo intrauterino

- DEFUNCION

Muerte de una persona

E.

- EDAD GESTACIONAL

Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última menstruación

- EMBARAZO

Proceso fisiológico pasajero que inicia con la unión de un ovulo con un espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser

- EMBARAZO ADOLESCENTE

Es aquel que se produce entre la adolescencia inicial o pubertad o comienzo de la edad fértil.

- EMERGENCIA

Es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y se requiere una actuación inmediata

- ESCALA REEDA

Evaluación de la curación de episiotomía: confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación

- ESPINA BIFIDA

Es una hendidura en las vértebras principalmente en las lumbosacras casi siempre va acompañada de meningocele

- ERIO

Equipo de respuesta rápida inmediata

- EMBRION

Concepto que va desde el momento de la implantación del cigoto en el útero hasta la SDG 10

F.

- FALOPIO

Gabriel Falopio nacido en Módena (Italia) en 1523 fue uno de los más importantes anatomistas y médicos italianos del siglo XVI. Diseñó un precursor del condón, que consistía en un objeto hecho de tripa de animal y lino, que se fijaba al pene con una cinta. Su objetivo era prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea.

- FASE FOLICULAR

Fase del ciclo ovárico en la que se produce la selección del folículo y que va a finalizar con la ovulación del ovocito maduro listo para ser fecundado.

- FASE LÚTEA

Fase del ciclo ovárico en la que se realiza la preparación endometrial para la anidación del embrión en el útero materno.

- FECUNDACIÓN

Unión del óvulo y espermatozoide en la trompa o en el laboratorio de Fecundación in Vitro y que produce el embarazo.

- FR

Factores de riesgo

- FCF

Frecuencia cardiaca fetal

- FOCOMELIA

Es un trastorno en donde aparecen deformidades graves de los huesos largos

- FUM

Fecha de última menstruación

G.

- GALACTOSEMIA

Trastorno del metabolismo de los carbohidratos y también origina retraso mental.

- GASTROSQUISIS

Hendidura abdominal es un defecto de la pared abdominal lateral al cordón umbilical intacto

- GALACTORREA

Secreción de leche por el pezón fuera del periodo de lactancia

- GAMETO

Nombre que reciben las dos células reproductivas: espermatozoide y óvulo. Al combinarse con la otra célula reproductiva forman el cigoto del que se originará un nuevo ser vivo.

- GINECOLOGÍA:

Es la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la mujer no embarazada

- GESTACIÓN

Es el período de nueve meses de duración, el que tiene derecho aun desarrollo del embrión hasta su termino

- GANGLIO CENTINELA

Nombre que recibe el ganglio linfático que tiene más probabilidad de tener células cancerosas desde un tumor primario

H.

- HEMATOMA

Colección hemática de partes blandas o lechos quirúrgicos, espontánea, traumática o postquirúrgica.

- HEMORRAGIA OBSTETRICA

Se define como el sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de más de 500 mL de sangre en el momento del parto vaginal o 1,000 mL durante la cesárea, con la caída de la concentración de hemoglobina > 40g/L y la necesidad de transfundir

- HIDROCEFALEA

Es la acumulación excesiva del LCR en los ventrículos cerebrales causando aumento del volumen craneal.

- HIPERTENSION

Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta. Si se deja sin tratamiento, la presión arterial puede llevar a muchas afecciones médicas.

- HIMEN

Membrana mucosa que bien parcial o totalmente ocluye la entrada a la vagina en la mujer virgen.

- HIPERALGESIA

Sensibilidad aumentada frente al dolor. Lo que en otras personas no produce dolor si que lo hace en una con Hiperalgesia. Se da en casos de endometriosis.

- HIPERMENORREA

Menstruación excesivamente abundante y que puede conducir a una anemia crónica.

- HORQUILLA

Parte interna anatómica inferior de la vulva, es el orificio de labios menores.

- HGH

Somatotropina

I.

- IPPA

Inspeccion, palpación, percusión, y auscultación

- ISOINMUNIZACION MATERNO FETAL

Cuando una embarazada se encuentra sensibilizada y produce anticuerpos IgG que son capaces de atravesar la placenta

- INIENEFALEA

Es una pronunciada retroflexión de la cabeza con falta de occipital y meningocele medular y cerebral.

- IMPLANTE DE PROGESTERONA

Método anticonceptivo formado por cápsulas de pequeño tamaño que se insertan bajo la piel del brazo y que liberan de forma continuada pequeñas dosis de prostágeno.

- IMPOTENCIA

Incapacidad para realizar la cópula, que puede tener una causa anatómica, fisiológica o psicológica.

- INCONTINENCIA

Incapacidad para controlar la evacuación de las heces o de la orina.

- INDUCCIÓN DEL PARTO

Estimulación de las contracciones uterinas antes de su inicio espontáneo con la finalidad de producir el parto.

- INFECCIÓN

Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos

- INFERTILIDAD FEMENINA

Incapacidad de la mujer para llevar su embarazo a término o quedarse embarazada

- INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CONYUGAL

Depósito de espermatozoides capacitados de la pareja de la paciente en el interior del útero, tras una estimulación ovárica suave, se conoce por las siglas IAC.

L.

- LCR

Líquido cefalorraquídeo

- LUXACION CONGENITA DE CADERA

Padecimiento más frecuente en mujeres en relación de 6 a 1 se produce por partos de nalgas o traumáticos obstétricos

- LABIOS VULVARES

Pliegues cutáneos, dos mayores y dos menores, localizados a ambos lados del introito vaginal, uretra y clítoris. Los labios mayores se extienden desde el monte de Venus hasta el periné y los labios menores se sitúan por debajo de los labios mayores extendiéndose desde el periné hasta el clítoris.

- LAPAROSCOPIA

Examen de los órganos de la cavidad abdominal o pélvica por medio de un sistema introducido por una pequeña incisión en la pared abdominal.

- LAPAROSCOPIA ROBÓTICA

Técnica quirúrgica que usa instrumentos laparoscópicos controlados por un cirujano sentado en una consola desde la cual se controla el robot que realiza la intervención quirúrgica

- LEUCORREA

Flujo vulvar de carácter fisiológico o patológico.

- LIGADURA DE TROMPAS

Método anticonceptivo femenino permanente y, en principio, irreversible, que consiste en el bloqueo de las trompas de Falopio; las trompas se atan, se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa.

- LÍQUIDO AMNIÓTICO

Líquido que rellena el saco amniótico, formado por la orina fetal y por la filtración de la placenta. Desempeña una misión hidrodinámica amortiguando los golpes que puede recibir el feto.

- LITOTOMÍA

Posición de la paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración.

- LOQUIÓMETRA

Retención de loquios en el útero

- LOQUIOS

Los loquios o lochia es el nombre que se le da a la secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y progresa por tres estadios o etapas. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo menstrual.

M.

- MACROSTOMIA

Se considera niño macrosómico en nuestro país cuando pesa más de 4kg

- MELASMA

Paño

- MESTRUACION

Es un flujo transvaginal sanguíneo, espontáneo y periódico que se origina en la mucosa del útero llamada endometrio en las mujeres en edad fértil

- MSH

Estimulante de melanocitos

- MITOSIS

Forma de división celular mediante la cual una célula madre da origen a una célula hija con el mismo número de cromosomas

- MEIOSIS

Forma de división celular mediante la cual una célula madre da origen a una célula hija la mitad del número de cromosomas

- MULTIGESTA

Más de 3 gestaciones

- MVI

Módulo de valoración individual

N.

- NECROSIS

Cambios morfológicos que siguen al daño irreversible y muerte de las células en un área de tejidos vivos y órganos.

- NEFROSIS

Enfermedad del riñón que afectan inicialmente a los túbulos.

- NEONATAL

Nombre que recibe el periodo de las cuatro primeras semanas de vida del recién nacido.

- NEONATO

Nombre que se da al recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

- NEOPLASIA

Proceso anormal que resulta de la formación y crecimiento de un tumor.

- NEURALGIA DEL NERVIO PUDENDO

La neuralgia del nervio pudendo por compresión es una enfermedad rara, desconocida, complicada y muy poco diagnosticada. Es importante un diagnóstico acertado y un tratamiento correcto para obtener buenos resultados. Ver fuente

- NÓDULO

Agregación de células que parecen distintas del tejido que lo rodea.

- NULIGESTA

Ningún embarazo previo

- NULIPARA

Ningún parto

- NUTRICION

Satisfacción de las necesidades orgánicas en cuanto a requerimiento diario para lograr un buen funcionamiento de todos los aparatos y sistemas del organismo

O.

- OBSTETRICIA

Rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

- OXT

Oxitocina

- (ÓBITO FETAL)

Se llama así cuando el feto muere dentro del útero con un peso mayor a 500 g. y con un desarrollo gestacional mayor a las 22 semanas

- ONFALOCELE

Hernia umbilical fisiológica, también hendidura abdominal

- OLIGOMENORREA

Reducción del número de menstruaciones (con un intervalo superior a 34 días entre dos períodos de regla) o de la cantidad de flujo menstrual. Puede tratarse de un carácter constitucional y sin significado patológico, o deberse a trastornos endocrinos, genitales o de otro tipo.

- ONFALOCELE

Hernia congénita del ombligo en la cual una pequeña porción de contenido abdominal protruye en la base del cordón umbilical.

- OPERACIÓN

Intervención quirúrgica que consiste en abrir o cortar un tejido u órgano con una intención reparadora o terapéutica

- ORINA

Secreción líquida de color amarillo que es secretada por los riñones, y se acumula en la vejiga siendo expulsada por la uretra

- OSTEOLASTO

Célula responsable de formar hueso y la matriz ósea

P.

- PLACENTA

Pastel circular

- PELVIS GINECOIDE

Es la típica de la mujer útil para partos tiene forma de manzana

- PELVIS ANDROIDE

Tiene forma de corazón alargada con ciertos diámetros

- PELVIS ANTROPOIDE

Tiene diámetros irregulares, manera ovalada y alargada de arriba hacia adelante, no es útil para el parto

- PELVIS PLATIPÉLOIDE

Es en forma de plato, no es útil para el parto aunque pudiera tener lugar a un parto con un producto de 2500 gr

- PERINÉ

Zona del cuerpo humano comprendida entre el ano y los órganos genitales.

- PRIMIGESTA

Primera gestación

- POSICIÓN LITOTOMÍA DORSAL O GINECOLÓGICA

La mujer embarazada se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas se colocan apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla.

- Ph

Potencial de hidrogeno

- PRL

Prolactina

- PSEUDOCIESIS

Embarazo psicológico

R.

- RADIACIÓN

Emisión y proyección de energía a alta velocidad en partículas u ondas, se utiliza para las radiografías y para tratamientos contra el cáncer por ejemplo.

- RADIOGRAFÍA

Es la acción de plasmar una imagen de una parte interna del cuerpo mediante la aplicación de rayos X a través del mismo en una película sensible.

- RADIOPELVIMETRÍA

Técnica que emplea rayos X para determinar la talla, diámetros y la forma de la pelvis .

- RADIOTERAPIA

Tratamiento para enfermedades malignas que consisten en irradiar con rayos de alta energía o partículas subatómicas, como son las partículas alfa, beta y rayos gamma; los materiales radiactivos pueden incluir cobalto, radio, cesio e iridio.

- RESTRINCION EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Deficiencia generalizada de nutrientes en el feto que ocasiona la disminución en todos los parámetros de la somatometria

S.

- SALPINGITIS

Inflamación de una o ambas trompas uterinas. Puede ser causada por la infección de un simple organismo o por varios; los más frecuentemente son la Neisseria gonorrea, Chlamydia trachomatis y el Ureaplasma urealyticum.

- SALPINGOPLASTIA

Reparación quirúrgica de la trompa de Falopio. Es una técnica que da pobres resultados y ha sido desplazada por la Fecundación in Vitro (FIV) en la mayoría de indicaciones.

- SALUD

Serie de condiciones físicas en que se encuentra un ser vivo en un momento determinado

- SALUD ÍNTIMA

La Salud Íntima es una especialización de la Ginecología que ofrece una mayor calidad de vida a las mujeres y una valiosa información para la prevención de enfermedades. Ver fuente Fecha: 01-10-2020

- SECUNDIGESTA

Dos gestaciones

- SDG

Semana de gestación

- SP

Sacropúbico

- SNC

Sistema nervioso central

- SECUNDIPARA

Dos partos previos

- SINDROME POST TERMINO

Se presenta en un 9% de todos los embarazos y se caracteriza por un embarazo de más de 42 SDG

T.

- TALASEMIA

Enfermedad consistente en un grupo de alteraciones hereditarias caracterizada por la producción deficiente de una de las cadenas polipeptídicas de la hemoglobina.

- TALIDOMIDA

Droga hipnótica y sedante que puede producir anomalías fetales cuando son tomadas durante el embarazo. Característicamente producen focomielia.

- TAQUICARDIA

Latido cardíaco más rápido de lo normal, generalmente se considera así cuando sobrepasa los 100 latidos por minuto, también se le llama taquiarritmia. Se le denomina taquicardia fetal cuando el feto supera los 160 latidos por minuto y suele estar causada por una infección materna, una hipoxia fetal o consumo materno de determinadas sustancias por producen esta respuesta.

- TAQUIFILAXIA

Respuesta rápida y decreciente a una sustancia fisiológica o farmacológicamente activa tras realizar la administración repetida.

- TMM

Tasa de mortalidad materna

- TES

Transverso del estrecho superior

- TSH

Tirotropina

- TRIAGE OBSTETRICO

Es un protocolo de atención de primer contacto en emergencia obstétrica.

U.

- USG

Ultrasonido

- URGENCIA

Se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata

- URETRITIS

Inflamación de la uretra. Los síntomas habituales son la sensación de quemazón con el paso de la orina , llamado disuria. Usualmente causada por infecciones o irritación química.

- URETRORRAGIA

Se llama así al sangrado por la uretra.

- URODINAMIA

Estudio y análisis de las actividades de la vejiga, el músculo esfínter de la uretra y la musculatura pélvica mediante el uso de varios mecanismos de presión y llenado vesical.

- UROGRAFÍA

Visualización con rayos X y un contraste radiopaco de cualquier parte del tracto urinario.

- ÚTERO

Órgano muscular profundo de la mujer situado en la pelvis entre la vejiga y el recto. Su función consiste en alojar al embrión y al feto hasta el nacimiento. Tiene forma de pera, la pared gruesa y mide aproximadamente 75 mm. de largo. Alcanza el tamaño adulto a los 15 años y luego disminuye con la llegada de la menopausia. Esta formado por una porción principal o cuerpo, otra superior o

fondo en la que desembocan las trompas, y una baja, el cuello, que se abre a la vagina.

- ÚTEROPLASTIA

Es la cirugía cuyo objetivo es reconstruir el útero.

V.

- VAGINA

Conducto musculo membranoso que une el útero con la vulva

- VAGINITIS

Inflamación de la vagina. Puede tener origen infeccioso, traumático, irritativo o inespecífico.

- VAGINOPLASTIA

Cirugía reconstructiva de la vagina conocida también como colpoplastia.

- VARICOCELE

Varices de las venas que acompañan al cordón espermático hasta el testículo.

- VARIZ

Vena dilatada por alteración de sus válvulas.

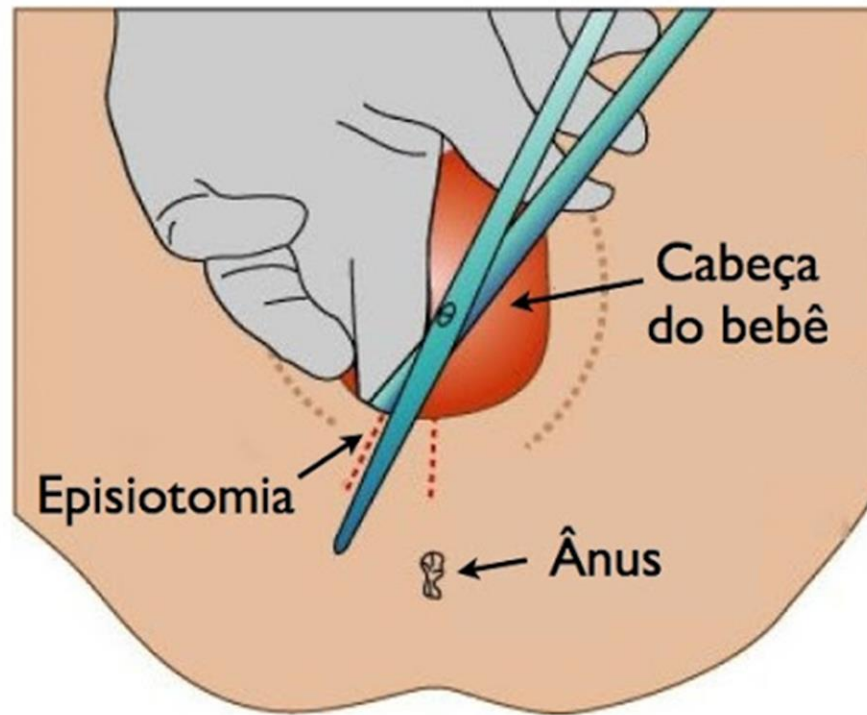
- VERRUGA

Pequeña elevación de la piel o mucosa, usualmente de origen vírico. Puede ser secundario al virus del papiloma humano.

- VIRILIZACIÓN

Aparición anormal de caracteres sexuales secundarios masculinos en la mujer. Se conoce también como masculinización.

12. ANEXOS



Episiotomia

Episiorrafia

