



ORIGINAL

Estrategia para disminuir la incidencia de patología grave del periné durante el parto

L. Aceituno*, M.H. Segura, E. Ruiz, M.T. Sánchez-Barroso,
V. Acosta, L. Delgado y A.I. Barqueros

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital La Inmaculada, Almería, España

Recibido el 14 de octubre de 2009; aceptado el 1 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 20 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Desgarros de III y IV grados;
Episiotomía;
Analgésia epidural;
Parto instrumental

KEYWORDS

III and IV degree tear;
Episiotomy;
Epidural analgesia;
Operative vaginal delivery

Resumen

Antecedentes: La importancia de los desgarros graves del periné durante el parto radica en que son un factor de riesgo para la incontinencia anal. Decidimos establecer una estrategia para disminuir la incidencia de éstos.

Material y método: La estrategia fue la siguiente: 1) ofertar otras técnicas de analgesia además de la epidural; 2) no aconsejar pujar hasta no tener sensación de pujo; 3) ofertar los pujos e incluso el parto en posición vertical; 4) basarnos en las definiciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos para indicar un parto instrumental; 5) usar como primer instrumento la ventosa, y 6) uso restrictivo de la episiotomía.

Resultados: Hubo una disminución significativa en la tasa de desgarros graves (1,56 – 0,84%).

Conclusiones: Con una estrategia consensuada ente matronas y ginecólogos es posible disminuir de forma significativa la incidencia de desgarros graves del periné, lo que se ha conseguido sin modificar la tasa de cesáreas.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Strategy to reduce severe perineal tears during delivery

Abstract

Background: Severe (third- or fourth-grade) perineal tears during delivery lies in their ability can produce fecal incontinence. We decided to establish a strategy to reduce the incidence of severe tears during delivery.

Material and methods: The strategy was as follows: 1) pain relief options other than epidural were offered; 2) active pushing was delayed until there was maternal urge; 3) upright positions for pushing and delivery were offered; 4) the indication for instrumental delivery was based on the American College of Obstetricians and Gynecologists' definitions for instrumental delivery, 5) ventouse extraction was used as the instrument of choice, and 6) the use of episiotomy was restricted.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laceitunov@sego.es (L. Aceituno).

Results: The rate of severe tears significantly decreased (1.56% – 0.84%).

Conclusions: A strategy agreed between midwives and gynecologists can significantly reduce the incidence of severe perineal tears. This reduction was achieved without changing the rate of cesarean sections.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La patología grave del periné incluye el desgarro de III grado (D3) y el desgarro de IV grado (D4), su incidencia varía entre el 2 – 19% dependiendo de diferentes situaciones clínicas^{1–3}. Su importancia radica en que pueden originar complicaciones a corto y a largo plazo, entre las que destacan: dolor perineal, dispareunia, disfunción defecatoria y urinaria e incontinencia fecal y urinaria^{4–6}.

Los principales factores de riesgo para estos desgarros son primiparidad, feto macrosmático, presentación occipitoposterior, realización de episiotomía, realización de episiotomía central frente a mediolateral y parto instrumental^{7–9}. Dentro de este último grupo, es mucho más frecuente en los partos con fórceps que en los partos con ventosa^{10–15}, aunque con la ventosa habría mayor incidencia de distocia de hombros y cefalohematoma fetal⁶.

En los partos instrumentales, Demissie et al¹⁶ encuentran que las odds ratios (OR) ajustadas de presentar un D3 y un D4 en una ventosa frente a un fórceps son respectivamente 0,78 y 0,64, o sea que hay una disminución del 22 y del 36% respectivamente cuando utilizamos ventosa en el lugar del fórceps. Pero si comparamos el fórceps frente al parto eutócico, las OR disminuyen al 0,39 y 0,24, respectivamente. O sea, la morbilidad materna del periné siempre es menor en un parto eutócico que en un parto instrumental y, dentro de este último grupo, en un parto con ventosa que en un parto con fórceps.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷ recomienda que si hay que realizar un parto instrumental, la primera opción será realizar una ventosa, quedando como principal indicación para el uso del fórceps el compromiso fetal y el fracaso de la ventosa. En los Estados Unidos la proporción entre ventosas y fórceps es de 5/1¹⁸.

Pero cuando hablamos de partos instrumentales, un tema que se debe analizar inexcusablemente son las indicaciones de éste. Para desarrollar este tema, nos vamos a basar en el boletín técnico del American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG, 'Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos') del parto vaginal operatorio¹⁹. En primer lugar, se dice que no hay indicaciones absolutas, sino indicaciones relativas, y éstas serían: a) sospecha de compromiso fetal inmediato o potencial; b) acortamiento de la segunda fase del parto por enfermedad materna, y c) prolongación de la segunda fase del parto. El expulsivo prolongado en las nulíparas se define como la falta de progreso continuo en el descenso de la presentación durante dos horas sin analgesia epidural o tres con analgesia epidural, en la múltipara este tiempo es de una y dos horas respectivamente.

En el pasado, el acortamiento de la segunda fase del parto era una opción aceptable, independiente de cualquier indicación fetal o materna, ya que había estudios²⁰

que sugerían que el riesgo fetal y el riesgo materno aumentaban cuando la segunda fase del parto se prolongaba más de dos horas. Estudios más recientes^{21–24} no encuentran dicha relación si el estado fetal se controla adecuadamente. Además, los riesgos maternos de una segunda fase del parto prolongada (lesión del suelo pélvico, hemorragia posparto) están más relacionados con el parto instrumental que con la duración de la segunda fase del parto²⁵.

La segunda fase del parto se puede dividir en dos períodos: una fase de descenso pasivo y una fase de pujos activos; se ha comprobado que lo que realmente deteriora al feto es la prolongación excesiva de la fase activa de pujos y no la prolongación en conjunto del segundo período del parto como consecuencia de una mayor duración de la fase de descenso pasivo²⁶.

Probablemente, uno de los factores que ha contribuido a que haya aumentado la realización de los partos instrumentales es el mayor uso de la analgesia epidural en el parto. Ésta es la técnica más efectiva para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, pero tiene una serie de efectos secundarios indeseables: mayor incidencia de hipotensión durante el parto que puede originar compromiso fetal, mayor duración de la segunda parte del parto, mayor incidencia de partos instrumentales y de fiebre durante el parto, que requerirá el uso de antibióticos y realizar pruebas complementarias al recién nacido^{27–29}.

Para disminuir la mayor incidencia de partos instrumentales en las gestantes con analgesia epidural, se ha propuesto la siguiente medida: el retraso de los pujos (1–2 h)^{30,31} cuando la mujer ha alcanzado la dilatación completa pero no tiene sensación de pujo. Pero esto no sólo disminuye los partos instrumentales de forma general, sino también la incidencia de partos instrumentales en planos altos y potencialmente con mayores repercusiones negativas para la madre y el feto. Durante el tiempo que se retrasan los pujos se puede producir un descenso pasivo de la presentación y, por tanto, hay mayores posibilidades de que se produzca el parto de forma espontánea; se ha demostrado que esta conducta puede disminuir aproximadamente un 20% la incidencia de partos instrumentales. En resumen, se aconseja que la mujer no realice pujos hasta no cumpla alguna de las condiciones siguientes: que no tenga realmente sensación de pujo, la cabeza sea visible en el introito vaginal sin separar los labios o bien una vez que hayan transcurrido 1–2 h desde que alcanzó la dilatación completa.

Los pujos y/o el parto en vertical presentan diversas ventajas sobre la posición supina: disminución de los riesgos de compresión aorta-cava y consiguiente mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos, contracciones uterinas más fuertes y eficientes, mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis y aumento de los diámetros pélvicos, evidenciados radiológicamente, aumentando la superficie total de salida³².

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812915>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812915>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)