

Números publicados

Búsqueda documentos

Implementación



Uso de Evidencias en la Práctica Clínica



Sustitución de una política sistemática de episiotomía por una política selectiva

Evidentia 2004 enero-abril;
1(1)

¿Es coste-efectiva la sustitución de una política de episiotomía sistemática por una política selectiva?

Manuscrito aceptado el 10.01.04

Alberto Gálvez Toro^{1,2}, Blanca Herrera Cabrerizo¹.

Documentos relacionados

¹Matronas del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), España. ²Coordinador de Investigación, Fundación Index

Cómo citar este documento: Gálvez-Toro Alberto, Herrera-Cabrerizo Blanca. Sustitución de una política sistemática de episiotomía por una selectiva: es coste efectivo este cambio. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/3articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 6 de Septiembre de 2007

RESUMEN

Actualmente contamos con muchas evidencias clínicas que definen cuál es o puede ser la mejor práctica. En el área de la obstetricia nuestro equipo de trabajo del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén, España) se planteo implementar el uso selectivo de episiotomía. Si en el año 1998 desarrollábamos una política sistemática de episiotomía (>70%), en el año 2003, tras aplicar las recomendaciones procedentes de la mejor investigación clínica disponible, se redujo la prevalencia de episiotomía hasta lograr una política selectiva (30%).

En este estudio realizamos una evaluación de los beneficios del cambio de práctica. Por un lado, se ha reducido el número de lesiones perineales y, por tanto, se favorece la recuperación de la mujer, con el consecuente beneficio para su bienestar. Por otro, se ha realizado un cálculo del ahorro en suturas de la política de episiotomía de nuestro centro (política sistemática vs política selectiva), observándose un ahorro potencial de 6 euros por parto sin episiotomía en la política selectiva.

Palabras clave: Eficiencia/ Implementación/ Evidencia científica/ Enfermería basada en la evidencia/ Episiotomía/ Obstetricia/ Matronas/ Enfermeras especialistas/ Enfermería materno-infantil



OBJETIVO

Describir los resultados de implementación de un cambio de política de episiotomía sistemática a otra selectiva

LUGAR

Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), Servicio de paritorio y dilatación.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Paritorio del Hospital San Juan de la Cruz se realizaba una política de episiotomía sistemática hasta el año 1998, práctica similar a la descrita en otros hospitales españoles¹⁻²⁻³. Según los estudios descriptivos publicados, la prevalencia de episiotomía en los hospitales españoles oscila entre el 70 y el 90% de todos los partos eutócicos⁴. En nuestro caso, en 1998 se practicaba este procedimiento al 77,6% de las mujeres cuyo parto tuvo terminación eutócica.

Discriminando por paridad, se observó que el 94,7% de la mujeres nulíparas recibían episiotomía.

A partir de 1999 las matronas del paritorio de Úbeda comenzaron a poner en tela de juicio su propia práctica. Las preguntas eran sencillas, ¿Está justificada una prevalencia tan alta de episiotomía?, ¿Es lógico que prácticamente todas las mujeres nulíparas reciban una perineotomía? Comenzó entonces un periodo de experimentación y re-aprendizaje práctico. Cada matrona individualmente hizo más laxos los criterios de aplicación de la episiotomía, experimentando con cautela en aquellos casos en los que el éxito se mostraba asegurado. Esto permitió reducir la prevalencia de episiotomía entre las secundíparas y las múltiparas. Una vez convencidas por la propia práctica de los buenos resultados perineales y perinatales, la política selectiva se extendió a las nulíparas. En el año 2003 la perineotomía se practicó en el 43,8% de las mujeres nulíparas asistidas por matronas.



CREENCIAS Y BARRERAS

¿Cómo se justifica una política de episiotomía sistemática? Actualmente sabemos que no tiene una justificación científica, no obstante las personas que recomendaron la práctica de episiotomía sistemática lo hicieron en base a unas pretendidas evidencias científicas. Entre ellas destacan: la episiotomía reduce el dolor y la dispareunia, previene desgarros severos del periné, acorta el parto y reduce la morbilidad perinatal, previene el prolapso uterino y la rotura del septum véscico-vaginal. Estos pretendidos beneficios carecen de apoyo científico, son creencias que se han instaurado en la asistencia obstétrica cotidiana⁵, pero que se continúan esgrimiendo por aquellos profesionales que desde hace décadas realizan una política sistemática y mantienen una actitud inmovilista.

Además de estos motivos, este grupo de profesionales utiliza argumentos del tipo: "Las mujeres esperan que les hagamos la episiotomía", Los ginecólogos de nuestro paritorio difunden una máxima de obligado cumplimiento: "episiotomía siempre y amplía", "esto ya no es como antes,..., ahora los partos son más lentos,..., siempre interviene el médico,..., las mujeres no son como antes,..., ya no saben parir,..., antes lo hacían en sus casas sin ayuda de nadie", "si niño pequeñajo haz un gran tajo". Es decir, se tiende a evitar una toma independiente de decisiones basada en hallazgos de la investigación.

La principal barrera y el principal facilitador del cambio fue la actitud de las matronas. Se observó una mayor resistencia al cambio en aquellas matronas que llevaban en ejercicio más años. Algunas personas del equipo de Ginecólogos se mostraron reticentes en los comienzos del proceso de implementación, sin embargo el buen clima profesional, el respeto mutuo, la confianza y el trabajo en colaboración han propiciado la instauración progresiva de una política selectiva.

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECOMENDACIONES

La literatura científica muestra que las políticas de episiotomía sistemática no reportan beneficios para la salud de la madre o del recién nacido⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que no hay justificación para realizar porcentajes de episiotomía que superen en 30% de los partos, aunque algunos autores prefieren hablar de cifras más bajas (20%) para considerar que hay una adecuada política de episiotomías en la asistencia al parto⁶⁻¹⁰. El uso selectivo de episiotomía supone un menor riesgo de lesiones del periné posterior, menores complicaciones en la curación y cicatrización de las lesiones a los siete días y un menor consumo de suturas. El uso sistemático o selectivo de episiotomía muestra una incidencia similar de lesiones severas de vagina y periné, dolor, dispareunia e incontinencia urinaria y no afecta negativamente a la vitalidad del recién nacido^{5,7}.



PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADOS

Se seleccionaron todos los partos eutócicos atendidos por matronas en el Paritorio del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén, España). Para la redacción de este informe se consideraron tres variables: práctica de episiotomía (Sí, No), resultados perineales (periné íntegro, desgarro de I grado, desgarro de II grado, desgarro severo y Episiotomía) y consumo de suturas durante el periodo 1998-2003. Se calculó la frecuencia de episiotomía para cada año y las diferencias en los resultados perineales. El consumo de sutura se calculó mediante el registro del número de suturas empleadas en 100 partos eutócicos. El coste medio por sutura -cualquier tipo de sutura de las proporcionadas por Suministros al Servicio de Paritorio- para el periodo osciló entre 3,04-3,51 Euros.



RESULTADOS DEL Uso de EVIDENCIAS

El número total de partos eutócicos atendidos por matronas durante el periodo 1998-2003 fue de 6458. En el [gráfico 1](#) se puede observar la reducción progresiva en el uso de la perineotomía, desde un 77,6% en 1998 hasta un 34,2% en

2003. La política selectiva dio como resultado un mayor número de perinés íntegros y con desgarros de I grado (véase el gráfico 2).

El gasto medio de sutura por resultado perineal fue de 2,05 hilos en la episiotomía (6,23-7,20 euros), 2,14 hilos en el desgarro de II grado (6,51-7,51 euros), 0,94 en el desgarro de I grado (2,86-3,30 euros) y 0 en el periné íntegro.

El coste asociado al consumo de suturas en la política sistemática en 1998 supuso un gasto de 518,69-599,21 euros por cada cien partos, mientras que en la política selectiva desarrollada en 2003 el gasto por consumo de suturas se estimó entre 368,37-425,43 euros (véase la tabla 1). Esto supone un ahorro de entre 150,32-173,78 euros/100 partos eutócicos.



DISCUSIÓN

La política de episiotomía selectiva reduce el número de lesiones perineales y la necesidad de sutura. Si se tiene en cuenta la práctica de nuestro servicio en el año 1998 frente a la práctica de 2003, el ahorro potencial es de 2,18-2,52 euros por parto. En el año 2003 las matronas asistieron 1050 partos eutócicos, por lo cual el ahorro estimado estuvo entre 2289 y 2646 euros.

En las condiciones más favorables, no realizar episiotomía y obtener como resultado el periné íntegro equivale a un ahorro de algo más de 6 euros por parto, dato éste que se sitúa por debajo de los cálculos de Belizán y cols⁷, que calcularon un ahorro de entre US\$ 6,50 y US\$ 12,50 en cada nacimiento vaginal sin episiotomía -incluyendo sólo los costes del material de sutura-, y de Borghi y cols (citado por Tomasso y cols⁵) que calcularon un ahorro potencial de US\$ 11,63 a US\$ 20,21.

En cualquier caso, y aunque es evidente que hay un ahorro de costes directos asociados a la reducción en el consumo de suturas - sin tener en cuenta otros gastos asociados-, lo más importante es el beneficio que se le reporta a la mujer. En el año 2003, 329 mujeres no requirieron sutura alguna y 191 tuvieron lesiones leves de la piel perineal y de la mucosa, lo que significa que 520 mujeres no necesitaron una sutura del músculo y, por tanto, que no padecieron las frecuentes complicaciones de la perineotomía (dolor, hematomas, dehiscencias y otras complicaciones de la cicatrización).



CONCLUSIÓN

El uso de una política de episiotomía selectiva es coste-efectivo. Una utilización restrictiva de la episiotomía mejora los resultados inmediatos medidos en el paciente, los resultados a medio plazo en el bienestar de la mujer -dolor, independencia funcional, complicaciones de cicatrización- y además lleva asociada una reducción de costes directos -consumo de suturas- e indirectos -consumo de analgésicos, antisépticos y gasas-.

La política de episiotomía que se realiza en nuestro centro cumple los estándares recomendados por la OMS. Sin embargo, tal y como algunos estudios han mostrado, lo difícil no es reducir la incidencia de episiotomía sino mantenerla baja a lo largo de tiempo⁶.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gálvez Toro A, Fernández-Villamil Menéndez M, Sánchez Borja M. Prevalencia de la episiotomía en los hospitales Materno-infantil y Clínico de Granada. *Enfermería Científica* 2000;222-223:53-58.
2. Pisa Latorre L, Idígoras Hurtado J, Ruiz Plaza JM. Influencia de la educación maternal en la incidencia de lesiones del suelo pélvico. Estudio en el Área Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío. *Metas de Enfermería*. 1999; 19:37-42.
3. Martínez García E, Rey Merino M J, Bouzán San Martín ML. La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización. *Enfermería Clínica* 1998;81-6.
4. Romero Martín J, Prado Amián, María de. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Prof*. 2002;8:33-39.
5. Tomasso G. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 2002; 62:115-21.
6. Belizan, JM. Carrolí, G. Routine episiotomy should be abandoned. *BMJ*. 1998;317:1389.

7. Carroli G, Belizan J *Episiotomía en el parto vaginal*. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
8. Lede R, Belizan JM, Carroli G. *Is routine use of episiotomy justified?* *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1399-402.
9. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial*. *Lancet* 1993;42:1517-18.
10. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS, 1996.



Documentos relacionados [[Cuiden Evidencia](#)] [[Cuidenplus](#)] [[Scielo España](#)][[Cantarida](#)]

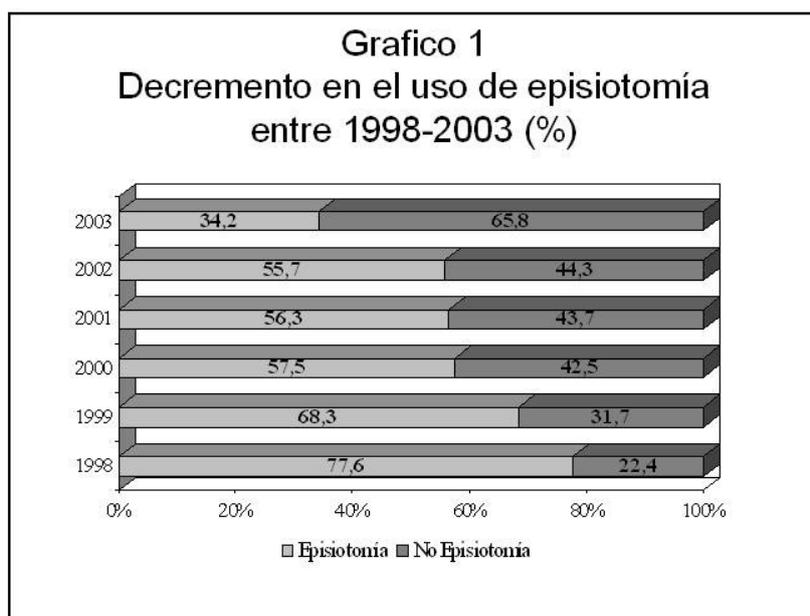
- Núñez Negrillo AM. *El apoyo durante el trabajo de parto tiene beneficios para la madre y el recién nacido*. *Evidentia* 2004 ene-abr;1(1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/1articulo.php>

- Rey Márquez, M^a Dolores del. *Incontinencia urinaria durante los doce meses que siguen al parto*. En <http://www.index-f.com/evidentia/n1/7articulo.php>

- Rey Márquez Dolores del, Herrera Cabrerizo Blanca. *Cuidados básicos en la atención al parto, cuidados eficientes: el uso del enema*. *Index de Enfermería*, 2003;43(12):83-84.



Gráficos y tablas



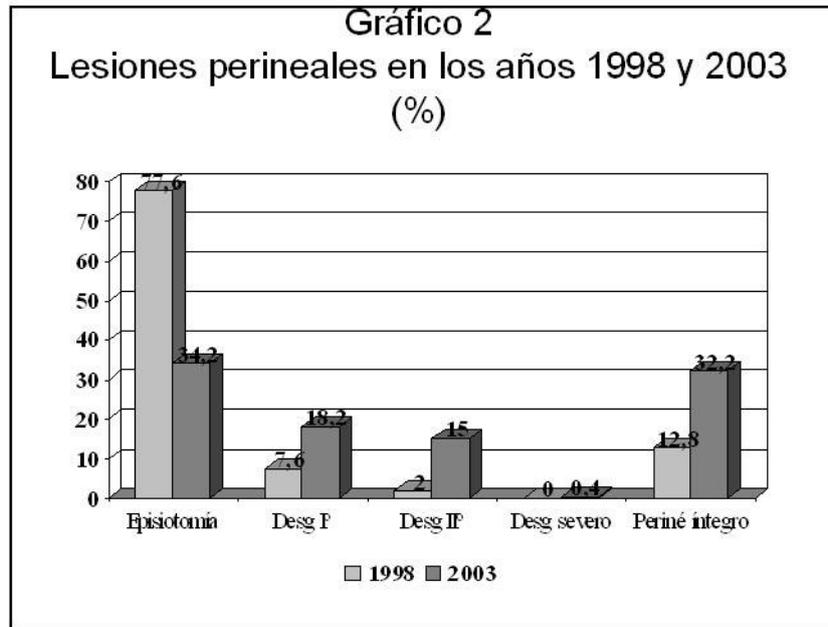


Tabla 1. Estimación del Gasto en euros por 100 partos y por año según resultado perineal

Año	<i>Episiotomía</i>	<i>Desg IIº</i>	<i>Desg Iº</i>	<i>Total gasto</i>
1998	484,22-559,44	13,02-15,02	21,45-24,75	518,69-599,21
1999	433,61-501,12	27,99-32,29	25,17-29,04	486,77-562,45
2000	371,31-429,12	48,83-56,33	41,47-47,85	461,61-533,30
2001	361,34-417,60	46,22-53,32	38,90-44,8	446,46-515,72
2002	348,88-403,20	47,52-54,23	43,76-50,49	440,16-507,93
2003	218,67-252,72	97,65-112,65	52,05-60,06	368,37-425,43

