

USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA

Dra. Marta Raquel Scetti, Dra. Griselda Soledad Serracani, Dra. Lucía Antonia Zalazar
Lugar: Hospital "J.R. Vidal" Corrientes – Argentina

RESUMEN

La episiotomía es en la actualidad la operación obstétrica que se utiliza con más frecuencia. Se realiza como coadyuvante de la cirugía obstétrica (fórceps, vacuum) y en determinadas indicaciones maternas y fetales. Sin embargo, la realización sistemática de la episiotomía es hoy un tema de controversia, al no haberse comprobado clínicamente sus potenciales efectos beneficiosos para la madre (prevención de desgarros complicados, incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapsus genital).

Este trabajo tiene como objetivo la investigación de las características epidemiológicas en las pacientes en las que se realizaron episiotomías, que concurrieron al Hospital J.R. Vidal de la ciudad de Corrientes, teniendo en cuenta indicaciones específicas, con el fin de detectar si su uso se realiza de manera restrictiva. Se incluyeron a mujeres con diferente número de gestación, independientemente de la edad, mediante la obtención de datos retrospectivos del Servicio de Obstetricia de dicho hospital. Para ello se verificaron las fichas médicas de control prenatal de todas las gestantes en un periodo que abarca desde el 1º enero de 2000, hasta el 30 de septiembre de 2004.

Se concluye que la realización de la episiotomía se realiza de forma selectiva en el Servicio de Obstetricia del Hospital "J. R. Vidal".

Palabras claves: episiotomía, uso restrictivo, numero de gestaciones.

Abstract

The selective use of the Episiotomy

The episiotomy is nowadays the obstetric operation and it is used with more frequency. It is performed as an obstetric surgery helper (forceps, vacuum) and in determinate maternal and fetal indications. However, the systematic realization of the episiotomy is today a controversy theme, because it was not clinically tested its potential effects which are benefits for mothers (prevention of complicated lacerations, incontinence of urine, genital prolapsus).

This work has as a purpose the investigation of the epidemiologic characteristics on patients who received a treatment of episiotomy in the "J. R. Vidal" Hospital in Corrientes, they took in account specific indications, to find out if it is used in a restrictive way.

They were included women with different number of gestations, the age is not so important, with the help of data gave by the obstetric service from that hospital.

It was verified the medical filing card of prenatal control of all the pregnant women in a period from 1º january of 2000 to the 30º september of 2004.

In conclusion, the episiotomy is performed in a selective way in the obstetric service of "J.R. Vidal" Hospital.

Key Words: Episiotomy, Retictive Use, Number of Gestations.

INTRODUCCION

Etimológicamente episiotomía significa cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto). También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un acto quirúrgico simple. Según datos históricos, parece que fue Sir Fielding Ould (1742) (Irlanda) el primero en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. Su utilización ha sido objeto de múltiples controversias⁽¹⁾. El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799. Según lo reporta Nugent, el profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad mediolateral de episiotomía en Francia después del año 1847 y diez años más tarde, Carl Braun fue el primero en denominar "episiotomía" a la incisión perineal y el primero en criticarla y considerarla inadmisible e innecesaria. Por entonces, las

únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto difícil y el intentar salvar la vida del feto⁽²⁾. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse. Anna Broomall en EEUU y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración ad integrum del periné.⁽¹⁾

El mayor auge de la episiotomía en la práctica obstétrica fue en el año 1920, la conducta de entonces cambió; se pasó del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía, (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profiláctico, particularmente en

primíparas, siendo su empleo en la actualidad prácticamente selectiva.⁽³⁾

Se pueden distinguir tres tipos de episiotomías según donde se realice la incisión quirúrgica: mediana, medio-lateral y lateral, las cuales comprometen al cuerpo perineal⁽⁴⁾. La episiotomía mediana corresponde a un corte entre la vagina y el ano, fue muy utilizada pero puede llevar a complicaciones anales si es que se agranda durante la salida de la cabeza del bebé. La mediolateral o diagonal es la más utilizada, va desde la vagina hacia afuera y abajo alejándose del ano hacia la izquierda o derecha según las preferencias del médico obstetra. La lateral es la que más se aleja de la fisiología y no se utiliza más, ya que lesiona demasiado la zona, sin mayores beneficios que las demás.⁽⁵⁾ Para efectuar la episiotomía realizamos un corte con tijeras o bisturí de los tejidos del periné que rodean al introito (orificio vaginal), en especial el músculo elevador del ano, con el fin de facilitar la salida del bebé, esperando hasta que la cabeza presione sobre la región perineal y haya distendido al máximo los tejidos, empleando anestesia local con lidocaína.⁽⁶⁾

La episiotomía tendría como fin evitar las lesiones permanentes del periné (componente fibromuscular importante del suelo de la pelvis) al conservar los medios de sostén del piso pélvico, facilitar el parto cuando existe un perineo poco distensible, acelerar el parto abreviando el periodo expulsivo cuando se presentan trastornos fetales o hay agotamiento materno, agrandar el introito y reducir la curva de Carus. Con ello se evita la aparición de desgarros y contusiones de la vagina y del tejido suburetral y además se impide la aparición de aquellos desgarros no controlados y se previene el prolápso genital y la incontinencia urinaria.⁽⁷⁾

En realidad no existen fundamentos científicos que avalen su práctica rutinaria.

El objetivo de nuestro trabajo es conocer el número de episiotomías y determinar si se realizaron en forma restrictiva o rutinaria en el servicio de Obstetricia del Hospital "J.R. Vidal" de la ciudad de Corrientes.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital "J.R. Vidal" de la Ciudad de Corrien-

tes, en el Servicio de Obstetricia durante el período 1 de enero de 2000 - 30 de septiembre de 2004. Se analizaron los siguientes datos: número de gestas, cantidad de episiotomías en primíparas y multíparas.

El rango analizado de gestas comprendió desde la primera hasta la octava.

Se relacionó el número de gestación con la realización o no de episiotomías.

Se agrupó a las pacientes según el número de gestaciones y se obtuvo la Razón (cociente de dos números o de dos cantidades comparables entre sí), del total de partos comparando el número de parturientas en las que se realizaron episiotomía, con aquellas en las que no se utilizó esta técnica.

Del total de episiotomías se obtuvo el porcentaje que correspondía a las primigestas. También obtuvimos el porcentaje de las episiotomías, con relación al total de partos.

Como criterio de realización de episiotomía en el Servicio se consideran: Periné poco distensible, desproporción feto pélvica, feto macrosómico, utilización de fórceps, acelerar el parto abreviando el periodo expulsivo cuando se presentan trastornos fetales o hay agotamiento materno, agrandar el introito y reducir la curva de Carus (eje normal de la salida de la pelvis)⁽⁸⁾

No se consideró la edad materna.

RESULTADOS

De las 17.680 gestas analizadas desde el 1 de enero de 2000 hasta el 30 de septiembre de 2004, 4255 fueron primigestas de estas a 2482 (58,33 %) se le realizó episiotomía; 3392 fueron secundigestas y a 705 (20,78 %) se le realizó episiotomía; cursaban su tercera gestación 2652 y con episiotomía fueron 167 (6,29 %); cursando su cuarta gestación se hallaron 2113 de las cuales 62 (2,93 %) presentaron episiotomía; con gestas 5 se encontraron 1547 de las cuales a 30 (1,93 %) se le realizó episiotomía; 1108 pacientes cursaban su sexta gestación y de estas 15 (1,35 %) presentaron episiotomía; 753 cursaban su séptima gestación y a solo 7 (0,92 %) se le realizó episiotomía; 1201 pacientes causaban su octava gestación de las cuales 10 (0,83 %) presentaron episiotomía. (Tabla N°1) (Gráfico N°1).

TABLA N° 1. Episiotomías totales según el número de gestaciones

| Gestación | Primera | Segunda | Tercera | Cuarta | Quinta | Sexta | Séptima | Octava |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| CON Episiotomía | 2482 | 705 | 167 | 62 | 30 | 15 | 7 | 10 |
| SIN Episiotomía | 1750 | 2658 | 2456 | 2030 | 1507 | 1083 | 737 | 1178 |
| SIN DATOS | 23 | 29 | 29 | 21 | 10 | 10 | 9 | 13 |
| TOTALES | 4255 | 3392 | 2652 | 2113 | 1547 | 1108 | 753 | 1201 |

GRAFICO N° 1. Episiotomías totales según el número de gestaciones

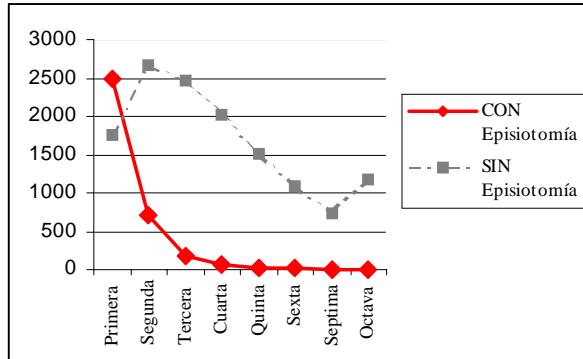


TABLA N°2: Razón entre partos sin y con episiotomía, según el número de gestación

| Gestación | Primera | Segunda | Tercera | Cuarta | Quinta | Sexta | Séptima | Octava |
|-----------|---------|---------|---------|--------|--------|-------|---------|--------|
| Razón | 0,7 | 3,7 | 14,7 | 32,4 | 50,2 | 72,2 | 105,2 | 117,8 |

DISCUSION

La episiotomía es una incisión vagino-vulvo-perineal, destinada a enderezar, ampliar y acortar el canal del parto.⁽⁵⁾ La incisión quirúrgica que se efectúa es un corte nítido, lineal, y anatómico en contraposición con el desgarro, en el cual es difícil controlar su forma de extensión. Es un procedimiento obstétrico de larga trayectoria, que tuvo amplia difusión a partir de la década del cincuenta, realizada para mejorar la atención del parto y para prevenir desgarros no controlados protegiendo al periné, que consiste en una masa muscular y fibrosa situada entre la parte mas inferior de la vagina y el conducto anal, integra el suelo de la pelvis, constituyendo el punto central donde se unen los elevadores del ano y la mayoría de los músculos superficiales.⁽⁸⁾

La episiotomía se indica específicamente en la primigesta así como también ante la presencia de un desgarro perineal inevitable durante el coronamiento de la cabeza; perineo rígido, perineo corto; perineo cicatrizal, parto precipitado, urgencia materna, parto con fórceps; en todos los partos de nalgas; en presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior; fetos macros óhmicos; durante el parto de un prematuro o retardo del crecimiento intrauterino; en el retraso de la segunda etapa del parto producido por un perineo no elástico; sufrimiento fetal o materno, y parto prolongado si la cabeza esta sobre el perineo; reparación previa de la vagina; parto de cara hacia el pubis, independientemente a la paridad de la paciente.⁽⁷⁾

Existen tres tipos de episiotomía de acuerdo a la dirección del corte se conocen: mediana, lateral y mediolateral.⁽⁴⁾

Mediana: se extiende desde la horquilla vulvar hasta las proximidades del esfínter anal, en sentido vertical

Lateral: se realiza partiendo desde afuera de la comisura vulvar hacia el tercio inferior del labio mayor en sentido horizontal

Mediolateral: se extiende desde la horquilla vulvar hacia el isquion en un ángulo de 45 grados, en sentido diagonal.⁽⁶⁾

Ventajas e inconvenientes de la episiotomía mediana. Las ventajas son: fácil de realizar, no incide lazadas musculares, fácil de reparar, buena cicatrización, escaso dolor puerperal y dispareunia, buen resultado anatómico posterior, la perdida de sangre es menor. Inconveniente: desgarro del esfínter anal y recto.

La episiotomía lateral no presenta ventajas. Los inconvenientes son: no brinda ampliación suficiente, puede lesionar la glándula de Bartholin, deja cicatrices viciosas.

Ventajas e inconvenientes de la episiotomía medio-lateral. Las ventajas son: proporciona buen espacio vaginal, baja frecuencia de desgarros tipo III-IV, menores incidencias de desgarros. Los Inconvenientes son: incide lazadas musculares, mayor pérdida hemática, cierre con mayor dificultad, peor resultado anatómico-estético, cicatrización más difícil y defectuosa, dolor puerperal y dispareunia.⁽⁹⁾

Es muy importante saber determinar el momento en el que se debe realizar la episiotomía, siendo este un factor principal a la hora de valorar los potenciales beneficios de esta técnica. Si la episiotomía se realiza de forma muy tardía, prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión músculo-nerviosa ya se habrá producido, invalidando muy probablemente los posibles efectos beneficiosos de la cirugía, al contrario sin se realiza de forma muy precoz, la hemorragia puede ser considerable. En un parto eutóxico se estima que el momento más oportuno para realizar la episiotomías cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulvar, en un diámetro de 3-4 cm.^(4,7)

Los pasos para realizar una episiotomía son: primeramente se hace anestesia regional ya sea por infiltración local o por bloqueo del nervio pudendo utilizando xilocaína al 1 por

100 la cual también sirve para el momento de reparar la herida(10).se separan los labios con los dedos índice y medio dela mano contraria a la que sostiene la tijera y se identifica el plano muscular, luego la punte de la tijera se introduce en la línea media o en la región mucocutánea con una orientación de forma oblicua en dirección al recto, en dicho punto se inicia el corte. La tijera toma un sentido horizontal alejándola del recto y con movimiento de cierre y apertura de las ramas se avanza lentamente hasta una profundidad que varia entre 6 y 9 cm. Después de alcanzar la profundidad deseada, se retira la tijera y se realiza un corte de la mucosa vaginal, del tejido conectivo y la porción muscular y aponeurótica. Posteriormente se continua con el corte de la región perineal coincidiendo con una contracción uterina.⁽⁷⁾

La incisión se realiza cuando la cabeza empuja el periné, dado que en este momento es más fácil determinar su extensión; el esfínter del ano esta desplazado y la perdida de sangre es menor.^(4, 7)

La mejor revisión disponible hasta el momento (por tratarse de una revisión sistemática que incluye solo investigaciones clínicas aleatorizadas de buena calidad metodológica) fue publicada en la biblioteca Cochrane en 1997 y actualizada en 1999. Incluye seis investigaciones clínicas aleatorizadas que brindan evidencia confiable sobre los efectos del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario.

Teniendo en cuenta estos argumentos basados en las mejores evidencias científicas disponibles, se concluye que en la actualidad no se justifica la práctica rutinaria de la episiotomía debiéndose recomendar su uso selectivo. Así, países desarrollados han logrado disminuir su utilización.⁽³⁾

La justificación del uso rutinario de la episiotomía surgió a principios de siglo XX, basado en creencias personales y sin una justificación científica que avalara esta recomendación. Esto llevó a la incorporación de la misma en la práctica diaria siendo una rutina sobre todo en las mujeres durante su primer parto. A partir del año 1985 se generaron una serie de investigaciones de buen diseño experimental que buscaban comprobar si los argumentos que se esgrimían justificando su uso rutinario eran válidos. La serie de investigaciones realizadas demostró que la episiotomía no debe utilizarse en forma rutinaria dado que no presenta beneficios ni para la mujer ni para el recién nacido. A partir de ellas surgen recomendaciones nacionales e internacionales, incluso desde la Organización Mundial de la Salud, que reco-

miendan un uso restringido de la misma. Como consecuencia de ello, en varios países desarrollados se ha producido una disminución en el uso de la episiotomía y asimismo reacciones mundiales sobre la agresión innecesaria a la mujer.⁽¹²⁾

En base a los resultados obtenidos se puede concluir que en el Servicio de Obstetricia del Hospital "J.R. Vidal" se realizan episiotomías en forma selectiva, se observó que el numero total de episiotomías realizadas en un periodo de cuatro años y nueve meses fue de 3478 (tabla N°1); más del 70% de estas se realizaron en las primigestas; en estas hay un mayor numero de episiotomías: Razón 0,7; y a mayor número de gestaciones, menores son las episiotomías realizadas. Así por ejemplo en las secundigestas encontramos: Razón de 3,7; disminuyendo el número de episiotomías, con el mayor número de gestaciones (tabla N° 2, gráfico N° 1).

Actualmente en la práctica medica cotidiana, en este Hospital, pudimos comprobar que el uso de esta técnica es realmente selectivo, considerando que de los 17.021 partos atendidos en dicho periodo, solo en el 20% se la realizó.

Bibliografía

1. Golan A, David M. Reparaciones de las lesiones del parto. En: Iffy Charles, de. Perinatología operatoria. Ed Med. Buenos Aires: Panamericana, 1986: vol 53:757-777.
2. Broomall A. The operation of episiotomy as a prevention of Perineal ruptures during labor. Am J Obstet Dis Women Children 1878: vol 11:517-525; 605-607
3. Althabe F, Belizán J, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in LatinAmerica: hospital based descriptive study. BMJ 2002, 24: 943-946
4. Uribe Botero J, Hasbún A J, Henao G, Episiotomía. En: Cohen SE, Gilberston LD, de. Obstetricia y Ginecología. 5° Edición. Buenos Aires: Copyright, 1994: 120-126.
5. Votta RA, Parada OH. Episiotomía. En: Shnider SM, de. Compendio de Obstetricia. Bs. As: López Editores, 2000: 279-280.
6. Bernart J M. Clínica Obstétrica .Bs. As: El Ateneo, 1954: 130-135,203-206.
7. Beischer N, Mackay E. Obstetricia Práctica con cuidados del recién nacido. Bs As: Nueva Editorial Interamericana, 1978:170-173.
8. Moore L K, Dalley A F. Anatomía con Orientación Clínica. Bs. As: Editorial Medica Panamericana, 2002: 402-403.
9. Cunningham FG, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstra PL, Hankins G, Clark S. Trabajo de parto y parto normales. Madrid: Panamericana, 1998: 301-319.
10. Hingson RA, Hellman LM. Anesthesia for Obstetrics.Filadelphia: Lippincott Company, 1956: vol 2: 72-77.
11. Bouchet A, Cuilleret J. Anatomía Descriptiva Topográfica y Funcional. Miembro inferior Región Retroperitoneal Pelvis Menor Perineo. Bs. As: Editorial Panamericana, 1985: 318-322
12. Latarjet M, Ruiz Liard A. Anatomía Humana. Bs As:Editorial Medica Panamericana, 1995:vol 3: 398-401