

## EPISIOTOMÍA Y RIESGOS<sup>1</sup>

CALEZULATO, MIRIAM REGINA<sup>2</sup>; ARANCIBIA ULLOA, FERNANDO LUIS<sup>3</sup>



Miriam regina Calezulato

### RESUMEN

La práctica de la episiotomía no está exenta de riesgos y por el contrario algunos estudios han demostrado que constituye un factor de riesgo para la presentación de hemorragia postparto (HPP). La episiotomía se realiza para prevenir los desgarros perineales severos pero se ha cuestionado su uso rutinario. No están claros los efectos relativos de la episiotomía mediana comparados con la mediolateral. Según la OMS (2007), los estudios realizados en los últimos años demuestran que la episiotomía es necesaria solamente en un pequeño porcentaje de casos. Para el resto, la incisión no tiene beneficio alguno; por el contrario, constituye una de las causas más frecuentes de hemorragia e infección postparto; incrementa notablemente las probabilidades de sufrir un desgarro anal importante y debilita los músculos perineales, favoreciendo posteriores trastornos como incontinencias y prolapso.

### ABSTRACT

The practice of episiotomy is not riskless; on the contrary some studies have shown that it is a risk factor of postpartum hemorrhage (PPH). Episiotomy is done to prevent severe perineal tears, but its common use has been questioned. The relative effects of midline episiotomy compared with the oblique are not clear. According to WHO (2007), studies in recent years show that episiotomy is necessary only in a small percentage of cases. In the rest, the incision does not have any benefits; on the contrary, it is one of the most common causes of postpartum hemorrhage and infection. It significantly increases the odds of suffering a major anal tear and weakens the muscles of the pelvic floor, favoring conditions such as incontinence and subsequent prolapse.

**PALABRAS CLAVE:** Episiotomía. Factores de Riesgo.

**KEYWORDS:** Episiotomy. Risk Factors

### INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

La episiotomía se trata de una incisión quirúrgica en los músculos de la vagina y del periné de la mujer para ampliar el canal por donde sale el feto y evitar así desgarros en la musculatura del suelo de la pelvis. Se realiza durante la fase de expulsión del bebé. Tras el nacimiento, el corte se repara con puntos de sutura. Su práctica está muy extendida en todo el mundo. Se utiliza con frecuencia en las mujeres primíparas. No suele realizarse en mujeres que ya han tenido hijos debido a la mayor facilidad de sus tejidos para dilatarse en el momento del parto. En último caso, se trata de una decisión que el médico debe adoptar en el momento en el que la cabeza del bebé empiece a coronar, en función de la elasticidad del periné.

La episiotomía es el procedimiento actualmente más usado en la obstetricia, llegando a realizarse hasta en el 60% de todos los partos vaginales y es quizá, el procedimiento más realizado en el mundo. Su práctica es rutinaria y con frecuencia se olvida que se trata de un procedimiento quirúrgico y muy pocas veces, tal vez nunca en nuestro medio, se solicita el consentimiento informado a las pacientes para realizarla. En Latinoamérica, su práctica está generalizada y se realiza entre el 87 y el 90% de la atención del parto de las mujeres nulíparas y entre el 57 y el 70% los partos atendidos en instituciones hospitalarias.

No existe un consenso establecido sobre cuál tendría que ser la tasa ideal de episiotomías en un país, aunque se calcula que debería oscilar alrededor del 20%. Incluso hay quien reduce esa cifra ideal hasta el 10%. En España: 56% y el 87%, 8% en Suiza, 4-8% en partos asistidos por parteras en domicilio en Estados Unidos. La OMS (2007) y algunos expertos, consideran que no es lógico ni está justificado realizar porcentajes de episiotomías superiores al 20%.

La práctica de la episiotomía no está exenta de riesgos y por el contrario algunos estudios han demostrado que constituye un factor de riesgo para la presentación de hemorragia postparto (HPP). La episiotomía medio lateral incrementa el riesgo de HPP 4.8 veces mientras que la episiotomía mediana incrementa el riesgo de HPP en 1.6 veces, según el estudio realizado por Combs para la determinación de factores de riesgo de HPP vaginal.

Otras probables complicaciones asociadas a la episiotomía son los hematomas y la infección, que pueden llevar a dehiscencias, abscesos y posteriormente a fístulas recto-vaginales. También suele presentarse dispareunia postparto hasta en el 12 % de las pacientes. La episiotomía de rutina o el uso liberal de la episiotomía, es muy frecuente en lugares de escasos recursos y en algunos países desarrollados. Es probable que estos últimos

1 Investigación Formativa. Revisión bibliográfica. Asignatura Salud Materno Infantil. 2012. UCEBOL

2 Estudiante 10<sup>a</sup> semestre. Carrera de Medicina. UCEBOL

3 Docente Asignatura Salud Materno Infantil. Carrera de Medicina. UCEBOL

contribuyan a la persistencia en cuanto al uso de esta práctica también en lugares de escasos recursos, a pesar de la abrumadora evidencia contra su uso rutinario.

Si se tiene en cuenta que, en muchos países, la epidemia de VIH/SIDA todavía continúa creciendo rápidamente y que, en la mayoría de los países afectados, más de un tercio de las mujeres tienen neonatos infectados por VIH, se debe considerar tanto la protección de los trabajadores de la salud como el riesgo de transmisión vertical asociado con el uso de la episiotomía. Durante la sutura de las episiotomías existe un alto riesgo de pincharse un dedo, en especial si se utiliza una aguja pequeña. Los datos actuales indican que posiblemente se ha subestimado el papel de la transmisión vertical de la infección por VIH en el parto. Por lo tanto, cualquier intervención puede incrementar el riesgo de transmisión vertical. (OMS, 2007)

Debido a esto, en los países en vías de desarrollo, así como en aquellos desarrollados, existen motivos más que suficientes para contrarrestar el uso excesivo de la episiotomía. Algunos países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, redujeron satisfactoriamente la frecuencia de las episiotomías. En este sentido, se puede decir que la episiotomía: no previene los desgarros graves, ni las incontinencias urinarias o anales; un nacimiento de espaldas o un parto de gemelos no justifica la práctica sistemática de una episiotomía.

## OBJETIVOS

### General

Analizar la técnica de escisión de la episiotomía, los beneficios y los riesgos posibles de su uso durante el parto y sus efectos en la salud de la madre y el niño.

### Específicos

- Identificar los factores de riesgo de la episiotomía durante el parto
- Describir los beneficios y complicaciones en la mujer en sus diferentes grados, luego de la realización de episiotomía tanto media como mediolateral.

## METODOLOGÍA

El tipo de estudio es descriptivo, porque se revisa la literatura sobre la práctica de la episiotomía durante el parto para evitar expulsivos prolongados y desgarros graves, así como también las complicaciones que se presentan en los diferentes grados de desgarros, situación que condiciona la salud de la madre y el niño.

## RESULTADOS

### Episiotomía

Se define la episiotomía como un corte realizado al tejido perineal con la finalidad de ensanchar la salida vaginal; se realiza en el período expulsivo con la ayuda de unas tijeras y afecta a la piel, la mucosa y el músculo. El desgarro perineal, como su nombre indica, es la rotura espontánea de los tejidos perineales, pudiendo afectar al esfínter del ano y la mucosa rectal. (Quintero, 2003: 23)

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más utilizado en la actualidad. En EE.UU. se realiza entre el 50 y 90 % de las mujeres primíparas, dependiendo de la zona. En países europeos

como Francia e Inglaterra, se sitúa en tono al 30%, mientras que en Holanda, en menos del 25%.

La episiotomía es una incisión que se realiza en la zona del periné, entre la vulva y el ano, junto antes del expulsivo cuando el bebé asoma la cabeza en el parto, con la función de evitar los posibles desgarros de los músculos de la zona llegando al ano y pudiendo producir infecciones y una recuperación dolorosa innecesaria.

En los países de América Latina, esta tasa es muy alta, siendo el caso de Argentina uno de los más llamativos, pues se llega a realizar sistemáticamente a las mujeres nulíparas y primíparas. La situación en España no es mucho mejor que en América Latina, y aunque no existen cifras oficiales, se podría afirmar que es una práctica rutinaria en nulíparas y primíparas, con cifras, posiblemente, cercanas al 90%.

En países pobres la situación empeora, ya que a la rutinaria práctica de la episiotomía, en muchos países se une la falta de recursos (suturas y antibióticos), lo que favorece la aparición de complicaciones. Actualmente se ha producido un aumento del número de episiotomías, en gran parte debido al traslado de los nacimientos a los hospitales. (Lede, 2000: 38)

Aunque la OMS (2007) haya emitido un informe en que dice que: "de acuerdo con los últimos descubrimientos no debe efectuarse episiotomía de rutina en los partos", algunos profesionales en obstetricia no están de acuerdo y siguen realizando el corte rutinario de episiotomía en partos vaginales sobre todo en aquellas mujeres que dan a luz por primera vez. Aún así se debe tener en cuenta que en muchos casos es imprescindible e inevitable realizar la episiotomía.

En algunas mujeres existe un riesgo alto de prolapso o desgarro en el parto, los motivos pueden ser varios: En las mujeres que hayan subido mucho de peso en el embarazo y sufran edemas (hinchazón). También a aquellas mujeres que por su anatomía tienen el periné muy corto, también algunas grandes deportistas que tienen los músculos muy duros y las mujeres que en su vida cotidiana pasan mucho tiempo sentadas por su trabajo y su vida social. Otros casos son las mujeres que traen bebés muy grandes, cuando hay que recurrir a fórceps y además es muy común tener que hacer una episiotomía en primíparas, ya que cuando la mujer ya ha tenido hijos los médicos valoran si es necesario o no hacer el corte de episiotomía.

La episiotomía se puede hacer de dos formas, media o central y la mediolateral. La episiotomía media o central es el corte recto que se hace desde la vulva hacia el ano pero sin llegar a él. Y la episiotomía mediolateral es el corte que empieza en la vulva y continúa en línea oblicua hacia un lado. Ésta última es la más practicada por lo general que aunque se sangra un poco más, el riesgo de rasgar las fibras de los esfínteres del ano es mucho menor.

Es posible evitar la episiotomía si se prepara bien el suelo pélvico antes del parto. Haciendo ejercicios del ya mencionado suelo pélvico, contrayéndolo y relajándolo varias veces y masajeando la zona con aceites y esencias naturales. Ante todo, se debe tener en cuenta que una buena preparación física y psicológica antes del parto hará que la dilatación sea más rápida y menos dolorosa y que todo el proceso sea más rápido, pero siempre

controlado por el médico y teniendo en cuenta las circunstancias personales.

La sutura de la episiotomía se suele hacer con puntos de un material sintético que se caen solos. Si no es así, a los diez días se retirará los puntos. Para una buena recuperación de la episiotomía realizada durante el parto vaginal es importante cuidar la herida, la llamada episiorrafia. La zona debe estar bien limpia y seca. Debe lavarse la herida con agua y jabón fresco cada vez que va al baño. Además dos veces al día se debe lavar la zona con agua hervida ya tibia y sal gorda. Al secarse dar pequeños toques con la toalla sin frotar, siempre de delante a atrás. Dejar la zona al aire durante unos minutos. No utilizar secador de pelo para secar la zona puesto que el aire caliente solo ayudará a crecer bacterias. Si se está dando el pecho es mejor no aplicar ningún antiséptico en la zona, podría pasar a la leche materna, pero si no aplicar algo del tipo de povidona yodada, o consultar al médico. (Belizán, 2004: 17) Hasta que la herida no haya terminado de cicatrizar usar compresas de algodón absorbentes.

### Propósito de la episiotomía

En teoría:

Sustituye por una incisión quirúrgica limpia y recta a la laceración de los bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia.

Su reparación es más fácil y la cicatrización mejora en comparación con un desgarro.

Un beneficio citado pero no probado de la episiotomía de rutina es que previene la relajación pelviana (cistocele, rectocele) y la incontinencia urinaria

La polémica rodea a esta técnica por los estudios realizados en diversos países sosteniendo los investigadores que la episiotomía se asocia con una incidencia elevada de desgarros del esfínter anal y del recto, que la cicatrización ocurre con mayor dificultad traduciéndose en una mayor tasa de infección y hemorragia así como también más dolor a comparación de los desgarros que la cicatrización es mas lenta e indolora. (Tomasso, 2002: 37)

### Tipos de episiotomía

Existen dos tipos de incisiones: media y mediolateral. La incisión media va recta desde la vagina hasta el ano; la incisión mediolateral se hace en ángulo desde la vagina al ano. La incisión mediolateral se considera que tiene menos riesgo de desgarrarse hasta el ano, pero es más difícil de reparar y tarda más en cicatrizar que la media. La incisión se sutura inmediatamente después del parto. (Tomasso, 2002: 42)

Al respecto, la medial o vertical se realiza en dirección al recto. Aunque provoca menos pérdidas de sangre y produce menos molestias en el postparto, debe ser muy pequeña para que no llegue nunca al ano. Es menos frecuente. En su lugar, se opta por una pequeña incisión mediolateral o lateral. Ésta se aleja del recto hacia un lado del periné que es una zona más segura.

### Realización de la episiotomía

El corte se realiza desde la vulva al ano, en la zona del periné, para prevenir el desgarro de los músculos de esa zona. La incisión se realiza en la piel de la pared vaginal hasta los músculos internos. Lo normal es que se realice mientras la madre empuja, así no sentirá absolutamente nada. Al estar presionada la zona por la cabeza del bebé el dolor que siente no se dirige a la zona, no siente nada nuevo. Aún así los ginecólogos suelen aplicar

anestesia local tanto al realizar la episiotomía como al cerrarla con los puntos. Los médicos deben elegir con gran decisión el momento justo para realizar la episiotomía, si la hacen muy pronto puede que no hayan cortado lo suficiente y si esperan mucho ya pueden haberse producido desgarros en los músculos y la madre sangraría más. (Casanova, 2002)

Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza es visible, durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm. Evitando realizar una episiotomía temprana que dará lugar a una hemorragia de la incisión pudiendo ser considerable durante el ínterin entre la episiotomía y el parto. Si se realiza tarde los músculos del piso perineal ya habrán sufrido un estiramiento excesivo dando lugar a los desgarros.

### Cuadro 1. Clases de episiotomía

Episiotomía media y mediolateral.

Características	Media	Mediolateral
Reparación quirúrgica	Fácil	Difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Frecuente
Dolor	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelente	Defectuosa
Perdida de sangre	Menor	Mayor.
Dispareunia	Rara	Ocasional
Extensiones	Frecuentes	Infrecuentes

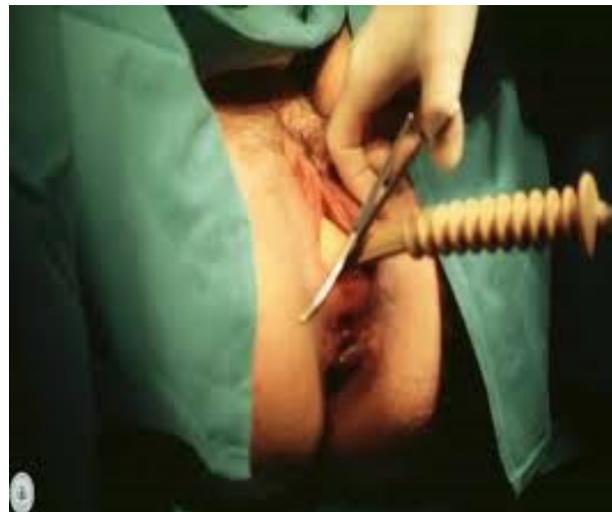


Figura 1.- Incisión mediolateral

Las episiotomías pueden ser útiles bajo las siguientes condiciones: El período de dilatación es demasiado rápido. Si la paciente no puede dejar de pujar ni frenar su período de dilatación, algunos médicos creen que un corte en condiciones higiénicas puede ayudar a prevenir un desgarro grave. (Casanova, 2002)

Sufrimiento fetal o materno. Una episiotomía puede agilizar el parto si la madre o su bebé están sufriendo complicaciones.

Un bebé extremadamente grande. Una episiotomía puede ayudar a garantizar un parto seguro al ensanchar la abertura de la vagina.

En la actualidad, hay controversia en el campo médico en cuanto a la realización rutinaria de una episiotomía. Un estudio demostró que cortar rutinariamente una episiotomía aumenta el riesgo de desgarramientos en la parte posterior de la vagina pero los reduce en el frente. Basado en estos resultados, la Organización Mundial de la Salud, entre otros grupos, recomienda evitar la episiotomía a menos que sea absolutamente necesaria.

### La episiotomía se practica más:

Cuando aparecen signos de sufrimiento fetal para acelerar el nacimiento

Cuando el bebé es grande, generalmente más de 4 kg.

En los partos en los que el bebé viene de nalgas.

Si la pelvis de la madre es estrecha y es necesaria la utilización de fórceps.

En partos gemelares.

Durante la utilización de los fórceps.

### Clasificación de los desgarros

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados:

- **Primer grado:** Compromete solo la piel y los tejidos superficiales.
- **Segundo grado:** Además de la piel y los tejidos superficiales están comprometidos los músculos de periné.
- **Tercer grado:** Se extiende de los músculos perineales al esfínter del ano.
- **Cuarto grado:** Las estructuras anteriores más la mucosa rectal.

Las principales consecuencias de los desgarros vulvoperineales son: (Casanova, 2002)

- Hemorragia postparto.
- Shock hipovolémico
- Hematomas
- Infección
- Dispareunia.

### Reparación de la episiotomía

La práctica más frecuente es diferir la reparación de esta, hasta el alumbramiento permitiendo concentrar la atención en los signos de desprendimiento placentario. Se piensa que el alumbramiento temprano disminuye la pérdida de sangre del sitio de implantación porque impide el desarrollo de un sangrado retroplacentario extenso. (Carroli, 2000)

Para la mayoría de las mujeres la cicatrización no tiene complicaciones, aunque puede tomar varias semanas. Se puede ayudar a agilizar el proceso aplicando compresas de hielo inmediatamente después del parto.

Para continuar el proceso de cicatrización durante las próximas semanas se debe:

- Utilizar baños de asiento unas cuantas veces al día, cambiar las toallas sanitarias con frecuencia, limpiar y secar el área que rodea las suturas.
- Tomar ablandadores de heces y comer mucha fibra para prevenir el estreñimiento.
- Realizar los ejercicios de Kegel. Contraiga por cinco minutos los músculos que utiliza para retener la orina, 10 veces al día durante sus actividades regulares.

### Riesgos

Las episiotomías alguna vez se practicaron en forma rutinaria para prevenir desgarros vaginales durante el parto, pero, en la actualidad, existe mucha controversia con relación a este procedimiento. Una evaluación de las episiotomías realizadas en los Estados Unidos encontró que el procedimiento no ofrece ningún beneficio y estableció que no hay evidencia que sugiera que mejora la función sexual de una mujer. La misma evaluación, encontró que las mujeres que tienen una episiotomía presentan más dolor relacionado con la relaciones sexuales después del embarazo y les toma más tiempo reanudar la vida sexual después del parto. (Carroli, 2000)

Los riesgos adicionales abarcan: Sangrado, Hematomas, incontinencia, infección e hinchazón.

### Complicaciones

- Incontinencia urinaria y anal.
- Formación de hematomas.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Graves traumatismos perineales.

### Profilaxis

Preparación psicofísica del embarazo, parto y puerperio cuyas ventajas consisten en conseguir mayor flexibilidad de los músculos que intervendrán en el momento del parto, logrando romper a su vez con el círculo vicioso temor tensión y dolor. Las sesiones incluyen clases educativas, gimnasia obstétrica, ejercicios de relajación, respiración, etc.

### Ejercicios de Kegel:

Estos ejercicios sirven para fortalecer los músculos perineales, obteniendo un tono adecuado para a su vez ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. El ejercicio consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y mantenerlos contraídos durante cinco segundos y luego relajarlos. Se deben hacer hasta doscientas repeticiones por día pero no todas a la vez. La manera más sencilla de reconocer el músculo perineal es deteniendo la micción a intervalos. Se sienta con las piernas confortablemente abiertas, se intenta detener la orina y se vuelve a dejar fluir sin mover las piernas. Se puede hacer sin esfuerzo, si es que se tiene músculos pélvicos fuertes.

### Masaje perineal:

El masaje perineal prenatal ha demostrado que puede prevenir la realización de una episiotomía y disminuir los desgarros que algunas mujeres presentan durante el parto. Esto es de particular efectividad en embarazadas mayores de 20 años de edad. Esta técnica contribuye a preparar la piel del periné para su distensión a la hora del parto, también contribuye a que aprendan las sensaciones del parto y como controlar los músculos que

allí se encuentran. Se inicia el masaje aplicando gel lubricante, separando las piernas e introduciendo los dedos de la vagina, deprimiendo el periné hacia abajo y hacia los lados durante dos minutos, luego masajear alrededor del introito y por último empujar los pulgares hacia afuera, imaginando como presionar la cabeza del niño cuando salga.

### Posibles beneficios de la episiotomía

Algunos de los posibles beneficios que se le atribuyen a la episiotomía son:

- Es más fácil de reparar que un desgarro, al tratarse de una incisión limpia y recta, al tiempo que cura mejor (Cunningham et al 2001).
- Reduce el índice de los desgarros de 3º grado
- Protege la función del suelo pélvico y el periné, al tiempo que previene de posibles secuelas, tales como incontinencia rectal y urinaria, rectocistocele y prolapso uterino.
- Acorta el segundo período del parto.
- Previene la asfixia fetal y el consiguiente sufrimiento fetal.
- Previene la hemorragia cerebral fetal.
- Previene la parálisis cerebral fetal.
- Previene el traumatismo craneal fetal.

### Diferencia entre episiotomía y desgarro

En cuanto a la comparación entre episiotomía y desgarro, reseña los siguientes aspectos:

- La episiotomía causa más dolor que un desgarro en el momento del parto.
- En los días siguientes, la episiotomía es más dolorosa que un desgarro.
- La episiotomía no es menos dolorosa a lo largo del tiempo (3 semanas o más).
- Con los desgarros, el inicio de las relaciones sexuales se produce antes que con una episiotomía.
- La episiotomía lateral está asociada con más problemas de salud a corto y largo plazo que los desgarros.
- La episiotomía no es más fácil de reparar que un desgarro, además de necesitar más material en su sutura.
- No se encuentra relación con la dispareunia.

Los desgarros, al igual que las episiotomías, implican riesgos y molestias para las mujeres. La política asistencial no debe de ser "cambiar episiotomías por desgarros". Se debe desarrollar toda una gama de recursos eficaces para evitar los desgarros. Hay que recuperar prácticas para proteger el periné de muchas asistencias tradicionales, analizarlas y quedarnos con aquellas que aportan un verdadero beneficio a la mujer y al bebé, al tiempo que se desarrollan nuevas estrategias. Se deberían evitar los traumatismos perineales durante el primer parto, ya que favorecen la aparición de un desgarro en futuros partos.

### Expectativas después de la cirugía

Una episiotomía generalmente sana sin problemas y puede cicatrizar más rápidamente que un desgarro. Igualmente, se cree que ayuda a prevenir la dilatación vaginal y tensiona la vagina después del parto. Sin embargo, algunas mujeres experimentan dolor prolongado en las relaciones sexuales después del proce-

dimiento. Las actividades normales se pueden reanudar poco después de dar a luz. Las suturas son absorbidas por el cuerpo y no necesitan ser retiradas. El dolor y la molestia se pueden aliviar con baños calientes y medicamentos. (Lede, 2000)

### Técnica de la incisión mediolateral



### Efectos negativos

Una episiotomía es una verdadera intervención quirúrgica y no una simple incisión, lo cual puede ocasionar los siguientes efectos:

#### Desgarro de perineo.

Una afectación de los músculos de los esfínteres anales y urinarios que pueden provocar una incontinencia anal o urinaria.

- La cicatriz sigue doliendo en los siguientes 8-10 días después del parto mientras los hilos no se hayan reabsorbido.

Los dolores pueden persistir un mes después, incluso mucho más mientras se camina o se está sentada. Los testimonios de las mujeres que sufren todavía dolores años después de una episiotomía son numerosos.

- Las hemorragias pueden aparecer varias semanas después del parto.

Pueden aparecer dolores durante las relaciones sexuales.

- Una mujer embarazada debe recibir suficiente información sobre las indicaciones, el desarrollo y los efectos secundarios de una episiotomía. Su decisión, fuera de una situación de urgencia, debe ser reflexionada y tomada en cuenta por los miembros del equipo médico.
- La futura madre puede informarse de las tasas de episiotomías del establecimiento al que va a dar a luz. También puede pedir que esta acción no se lleve a cabo sistemáticamente

### Prevención de desgarros vaginales

A finales de los 80, en estudios retrospectivos, desde la revisión de Banta y Thacker se encontró que la episiotomía rutinaria constituía un factor de riesgo para la aparición o presentación de desgarros perineales severos. (Lede, 2000)

La episiotomía medio lateral protege el esfínter anal de presentar desgarros durante el expulsivo mientras se presenta una mayor probabilidad de lesionar el esfínter anal si se practica episiotomía mediana con un índice de confianza de 95% luego de controlar por peso fetal, presentación, edad gestacional, edad

materna, inducción o refuerzo con oxitócicos, analgesia peridural, duración del I y II período y posición materna en el parto.

Otros factores asociados a la aparición de desgarros severos fueron la atención del parto por personal en entrenamiento en hospitales universitarios, el peso fetal mayor de 3.5 kg, la nuliparidad y el parto a una edad mayor de 31 años.

Estudios clínicos controlados realizados desde 1984 y hasta 1993 no lograron demostrar un verdadero efecto protector sobre la aparición de laceraciones perineales severas. En los estudios aleatorizados de Argentina, Reino Unido y Estados Unidos, se encontró que para las pacientes asignadas al grupo sometido a episiotomía liberal o rutinaria, no se evidenció disminución de la presentación de desgarros perineales severos. En los diferentes meta análisis realizados hasta el momento, se mantiene esta tendencia de no protección con la episiotomía rutinaria y se encuentra un índice de confianza de 95%.

La política restrictiva o no rutinaria de la episiotomía disminuyó en un 44% la aparición de cualquier tipo de desgarro de la pared vaginal posterior, hallazgo consistente en los estudios desde 1984 (Sleep, Harrison y Klein). (Cunningham, 2001) De la evidencia recopilada en los estudios anteriores, se puede deducir que el beneficio de practicar la episiotomía rutinariamente es la prevención de desgarros vaginales anteriores, pero a expensas de un mayor número de desgarros posteriores y sin que se logre disminuir la aparición de laceraciones perineales severas. Esto con un mayor gasto en horas de atención por el personal tratante y un gasto mayor en suturas, ya que el uso restrictivo permitió una reducción del 28% de la necesidad de suturar el periné.

### **Prevención de lesiones del piso pélvico**

En sus indicaciones originales, según De Lee promovió que el uso sistemático de la episiotomía lograba disminuir el prolapso genital, la presencia de cistocele y de rectocele y prevenir la incontinencia urinaria y fecal. Klein estudió el tono vaginal y perineal en la semana 34-36 y nuevamente tres meses postparto. En esta parte del estudio encontró: que las pacientes con menor tono perineal en la semana 34-36 tenían mayor probabilidad de presentar desgarros perineales severos asociados a la episiotomía; que las pacientes sometidas a episiotomía tuvieron menor tono y fuerza pico de contracción que las pacientes con desgarros espontáneos o sometidas a cesárea electiva luego de tres meses post parto; que la recuperación del tono fue más lenta en las pacientes sometidas a episiotomía que en las que sufrieron desgarros perineales espontáneos; que a los tres meses no se encontraron diferencias significativas en ningún grupo en cuanto al tono vaginal.

En conclusión, la episiotomía pareció agravar la lesión del piso pélvico que estaba destinada a prevenir.

### **Prevención de lesiones fetales**

Desde 1980 los estudios de observación en fetos a pretérmino no han encontrado diferencias en el Apgar al nacimiento, el ingreso a UCI neonatal ni la presencia de hemorragia intraventricular en pacientes sometidas o no a episiotomía durante la atención del parto vaginal. Del mismo modo, tampoco hubo diferencias significativas en el Ph de la sangre del cordón ni en los gases venosos. (Carroli, 2000)

En cuanto a la prevención de la hipoxia fetal y de las lesiones durante la expulsión de la cabeza fetal, ningún estudio alea-

torizado demostró diferencias significativas en cuanto a la calificación del Apgar al minuto o el ingreso a cuidados intensivos neonatales del recién nacido como fruto del alargamiento natural del expulsivo, que ha sido calculado en nueve minutos aproximadamente. Por lo tanto no existe evidencia que apoye el uso de la episiotomía para acortar el expulsivo o prevenir el sufrimiento fetal o lesiones adjudicables al expulsivo teniendo como desenlaces el Apgar, los gases arteriales o el ingreso a la unidad de cuidado intensivo neonatal.

Por el contrario, el alargamiento "natural" del II período conduce a un menor uso de la episiotomía y un menor uso de fórceps. Durante la atención de partos complicados con distocia de hombros, no se demostró que la práctica de la episiotomía mejora el resultado perinatal pues en un estudio de Nocon y cols, se encontró parálisis de Erb en el 22 % de fetos de pacientes complicadas con distocia de hombros a quienes se les realizó episiotomía y en el 29% de los fetos atendidos sin episiotomía.

Se puede afirmar que en el momento no existe evidencia experimental ni retrospectiva que demuestre los beneficios de realizar una episiotomía en distocia de hombros para prevenir lesiones en el feto.

### **Costos de las episiotomías**

El uso indiscriminado de la episiotomía configura una innecesaria agresión a la mujer. Además representa un costo de salud también innecesario. Basado en los resultados de esta revisión, Borghi y cols realizaron en Argentina un análisis de costo efectividad de una política de episiotomía restrictiva (27,5%) comparada con una política de episiotomía rutinaria (73%). La conclusión fue que, con una política restrictiva de la episiotomía, por cada mujer con un parto vaginal normal hay un ahorro potencial de \$us.11.63 a \$us.20,21. Considerando que en Latinoamérica se realizan 11.5 millones de partos anuales, ello significaría un ahorro anual aproximado de 134 millones de dólares. Además, este ahorro podría ser mucho mayor si se consideraran los costos asociados con cada caso evitado de complicaciones en la cicatrización seguido de dolor perineal y finalmente dehiscencia de la herida.

Otro análisis de costos fue realizado en Cali, Colombia por Conde Agudelo. Se calculó que el gasto debido a la realización de episiotomías en exceso fue de 285.332 dólares estadounidenses por año para esa sola ciudad. (Quintero, 2003) 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, observándose cifras de episiotomía en nulíparas de 28,6% y 24,5% en Australia y Suecia respectivamente.

### **CONCLUSIONES**

La episiotomía no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, sin embargo estos significativamente más graves que en el parto normal, ya que son de tercer y cuarto grado, mientras que en el parto normal se dan en la modalidad de primer y segundo grado. A pesar de ello las mujeres episiotomizadas presentan menos laceraciones que las no episiotomizadas.

La episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales; así como también con

una mayor prevalencia de edemas vulvoperineales. Este procedimiento agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias.

Entre los hipotéticos efectos adversos derivados del uso rutinario de la episiotomía se incluyen, prolongación de la episiotomía, hasta el esfínter anal o recto, o por medio de una prolongación inevitable de la incisión, resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístulas rectovaginales y fístulas anales, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía infección, dehiscencia y disfunción sexual.

Otros aspectos importantes para tener en cuenta son los costos y recursos adicionales que pueden ser necesarios para justificar una política que aliente el uso rutinario de la episiotomía. Actualmente existe controversia en el campo obstétrico en cuanto a la realización rutinaria de la episiotomía. La Organización Mundial de la Salud – OMS, dice que la cirugía es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarro natural.

### RECOMENDACIONES

La Organización Mundial de la Salud, recomienda un uso restringido de la episiotomía. 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, llegando incluso a decir que la episiotomía es una mutilación genital. Estudios realizados por la OMS brindan fuerte evidencia de que la episiotomía no debe ser efectuada en forma rutinaria. Su uso debería restringirse a situaciones clínicas específicas.

Se sugieren intervenciones que cambien el comportamiento de los profesionales. Porque en algunas instituciones u hospitales la episiotomía es una práctica habitual a pesar que los datos disponibles hace más de una década muestran que no mejora los resultados. La episiotomía es un procedimiento que no ha demostrado ventajas diferenciales respecto al parto natural, los diversos estudios que por el contrario tiene menos ventajas que las aparentemente propuestas por los centros hospitalarios.

### BIBLIOGRAFÍA (RESUMEN)

- BELIZAN M. 2004. Episiotomía. Comunicación personal. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Bs. Aires, Argentina.
- CARROLI G, Balizan Y. Stanp G. 2000. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. Oxford. England.
- CASANOVA Chang, Mey Lin. 2002. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas. Complicaciones; Ed. Universitaria. Lima. Perú.
- CUNNINGHAM FG, et. Al. 2001. Obstetricia. Ed. Norwalk, Oxford. England.
- GLEICHER; 2000. Ginecología. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. 3ª Ed. Panamericana. México
- JONES, Howard W. 1999. "Tratado de Ginecología de Novak"; Editorial Interamericana, México; 12va. Edición.
- LEDE, R.; Moreno, M. y Belizan, J.M. 2000. Reflexiones acerca de la indicación rutinaria de la episiotomía. Sinopsis Obstet Ginecol. México.
- MINISTERIO de Salud Pública y Deportes. 2008. Sistema Nacional de Información en Salud. Ed. Graph. La Paz. Bolivia.
- REEDER, S. 1998. Enfermería Materno-Infantil. Ed, Mexicana. Décimo quinta Edición. México.
- RUBIO, Jorge Andrés. 2005. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario, Colombia
- SALINAS Rojas y asociados. 2006. Episiotomía restrictiva. Estadísticas en salud. Ed. Universitaria. Lima. Perú.
- TOMASSO, G. 2002. Episiotomía en forma rutinaria, Ginecología y Obstetricia. Ed. SIP. U2. Caracas, Venezuela.
- OMS. 2010. Episiotomía en el parto vaginal. Ginebra. Suiza. Recuperado de: <http://inmp.gob.pe/images/archivos/SICAP/PERINATOLOGIA%20BASADA%20EN%20EVIDENCIA.pdf>
- OMS. 2007. Factores asociados a la práctica de Episiotomía. Ginecología y Obstetricia. Rev. Med. Suppl. Suiza
- PEÑA, I. 1991. Embarazo Precoz. Trabajo Social. Ed. Interamericana. México.

# Compite Med

## Respuesta

### Caso N° 2: (Viene de Pag. N° 20)

#### Hernia diafragmática congénita

La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) es una patología que se da en 1 entre 2000/5000 recién nacidos vivos y que se origina a partir de una falla en el cierre de los canales pleuro-peritoneales. En el 80% de los casos es del lado izquierdo. El hemitórax afectado contiene intestino delgado, estómago, bazo y parte del colon; y al lóbulo izquierdo del hígado cuando el defecto es grande. Existe hipoplasia y atelectasia del pulmón y desplazamiento del mediastino, y el corazón hacia el lado opuesto. El abdomen suele estar excavado. La gravedad de la anomalía depende en último término del grado de hipoplasia pulmonar.