

Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

Beltrán P. William F¹, Duran M. Mayra¹, Losada R. Margarita¹, Maya G. Maria¹, Orjuela C. Carolina¹, Rojas Fabio²

¹Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.

²Profesor Asociado, Departamento Ginecología y Obstetricia Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.

Fecha de recepción 7/12/2018
Fecha de corrección 5/05/2019
Fecha de aceptación 30/06/2019
Fecha de publicación 30/06/2019

Resumen

La episiotomía es una intervención común usada en las salas de partos. Se define como la realización un tipo de intervención quirúrgica en el periné que pretende facilitar la expulsión del producto ampliando el canal blando del parto. Este tiene unas indicaciones para su realización. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las razones para la realización de episiotomía en el HUHMP, analizar si esta se realiza según las indicaciones maternas-fetales, evaluar cuanto la implementación de una episiotomía selectiva puede proteger contra las laceraciones perineales y realizar una revisión de la literatura relevante y actual en este tema. El total de pacientes fue 214 en el periodo de Agosto, Septiembre y Octubre DEL 2016. De las cuales 103 (48.13%) fueron primigestantes, y las no primigestantes fueron 111(51.86%). En cuanto a la presencia de desgarros en las primigestantes se encontró desgarro grado 1 (17.51%), desgarro grado 2 (21.63%) desgarro grado 3 (0%) y desgarro grado 4 (1.03%), sin desgarro (39.14%),a este grupo de pacientes se les realizo episiotomía a (25.75%). En las no primigestantes fue desgarro grado 1 (32.19%), desgarro grado 2 (14.43%) desgarro grado 3 (0%) y desgarro grado 4 (0%), sin desgarro (68.82%),a este grupo de pacientes se les realizo episiotomía a (7.77%) Cuando se realizaron episiotomías se tuvieron como indicación periné corto y poca distensibilidad con un 19.3%, acortamiento del periodo expulsivo 16%, prevención de desgarro y acortamiento de trabajo de parto 6.4%, primigestante 3.2% Y en el 58% de las pacientes en quienes se realizó episiotomía no tenían indicación descrita.

Palabras clave: episiotomía, parto, desgarro, primigestante.

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2018. Todos los derechos reservados.

Episiotomy state of the art. A sample in the deliveries of the Hernando Moncaleano Perdomo Hospital Universitario

Abstract

Episiotomy is a common intervention used in maternity ward. It is defined as a type of surgery in the perineum intended to facilitate the expulsion of the product extending the birth canal. This has some indications for its realization. The objective of our study was to evaluate the episiotomy reasons in HUHMP, analyze whether this is done by maternal-fetal indications, the assess the implementation of a selective episiotomy may protect against lacerations and a review of the relevant and current literature on this subject. The total was of 214 patients in the period of August, September and October 2016. Of which 103 (48.13%) were primigravidae, and non primigravidae were 111 (51.86%).

In the primigravidae group the tearing grade 1 (17.51%), tearing grade 2 (21.63%) tearing Grade 3 (0%) and tear Grade 4 (1.03%), without tearing (39.14%); this group of Patients underwent episiotomy (25.75%). In non primigravidae I was tear grade 1 (32.19%), tear grade 2 (14.43%) tearing Grade 3 (0%) and tear Grade 4 (0%), without tearing (68.82%), this group of Patients Were episiotomy Performed (7.77%)

When episiotomies were performed were taken as indication Short perineum and poorly compliant con un 19,3%, shortening the period expulsive 16%, prevention tear and shortening of Labor 6.4%, 3.2% primiparous And in 58% of Patients Who episiotomy was performed in they had no indication described

Key words: episiotomy, delivery, tearing, primigravidae

Copyright © Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. 1995-2018. Todos los derechos reservados.

Introducción:

La episiotomía es una intervención común usada en las salas de partos. Se define como la realización un tipo de intervención quirúrgica en el periné que pretende facilitar la expulsión del producto ampliando el canal blando del parto(1).

El uso de la episiotomía trae ventajas como disminución del trauma en el piso pélvico, desgarros perineales, prevención de hipoxia del feto y favorece restauración del periné, fue este el motivo del gran uso de esta técnica de manera rutinaria(2), sin embargo se debe pensar en que la episiotomía no es una práctica libre de riesgos y puede favorecer alteraciones a nivel genital y en el esfínter anal que predisponen a incontinencia de esfuerzo y retardan el inicio de las relaciones sexuales (3); adicionalmente es un factor de riesgo para infecciones, sangrados y postpartos dolorosos.

Existen unas indicaciones maternas y fetales para evitar que este procedimiento siga realizándose de manera rutinaria y más bien se realice de manera restrictiva, sin embargo, hay otras razones no soportadas por las guías que influyen en la decisión del personal médico para realizar la episiotomía (4).

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las razones para la realización de episiotomía en el HUHMP, analizar si esta se realiza según las indicaciones maternas-fetales, evaluar cuanto la implementación de una episiotomía selectiva puede proteger contra las laceraciones perineales y realizar una revisión de la literatura relevante y actual en este tema (5).

Materiales y métodos:

Los artículos incluidos en la revisión de la literatura se identificaron mediante la realización de una búsqueda dirigida en internet en diferentes portales biomédicos como PubMed, Cochrane y en otros buscadores de Internet como Google Scholar. Además, se exploraron las listas de referencias de los artículos pertinentes para asegurar una cobertura máxima de la literatura. Se realizó un estudio para investigar la frecuencia con la cual se realizan episiotomías en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva, y bajo que indicaciones son realizadas; además de la frecuencia de desgarros y grado en pacientes que tuvieron parto por vía vaginal dentro de la institución en los últimos 3 meses (agosto, septiembre, octubre 2016). Los métodos de la episiotomía utilizados en el HUHMP son los tipos de medio-lateral y mediana. No existen directrices formales para la realización de episiotomía, y se utiliza el procedimiento de acuerdo con el juicio clínico del ginecólogo que este atendiendo el parto.

El instrumento utilizado contenía identificación de las pacientes, edad, edad gestacional, primer parto o no, peso del recién nacido, si se le realizó episiotomía que técnica usaron, si hubo desgarros y que grado fueron.

Análisis estadístico: Los datos fueron analizados en Excel. Nuestros resultados se presentan como de forma descriptiva, y las distribuciones se presentan como porcentajes.

Resultados

El total de pacientes fue 213 en el periodo de agosto, Septiembre y Octubre 2016. De las cuales 102 (47.88%) fueron primigestantes, y las no primigestantes fueron 111(52.11%).

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMIGESTANTE	102	47.88%
EPISIOTOMIA	29	28.43%
DESGARRO GRADO 1	18	17.64%
DESGARRO GRADO 2	21	20.58%
DESGARRO GRADO 3	0	0%
DESGARRO GRADO 4	1	0.98%
NO PRIMIGESTANTE	111	52.11%
EPISIOTOMIA	7	6.30%
DESGARRO GRADO 1	26	23.42%
DESGARRO GRADO 2	14	12.61%

En cuanto a la presencia de desgarros en las primigestantes se encontró en la tabla 1 los desgarro grado 1 (17.61%), desgarro grado 2 (20.58%) desgarro grado 3 (0%) y desgarro grado 4 (0.98%),

sin desgarro (60.78%), en este grupo de pacientes se les realizó episiotomía a (28.43%) (Grafico 1). En las no primigestantes fue desgarro grado 1 (23.42%), desgarro grado 2 (12.61%) desgarro grado 3 (0%) y desgarro grado 4 (0%), sin desgarro (57.65%), en este grupo de pacientes se les realizó episiotomía a (63.96%).

El hecho de ser primigestantes se asocia proporcionalmente a la realización de episiotomía con un OR de 5,902 e intervalo de confianza entre 2,45 y 14,2

Indicaciones de episiotomía:

Cuando se realizaron episiotomías se tuvieron como indicación periné corto y poca distensibilidad con un 19.3%, acortamiento del periodo expulsivo 16%, prevención de desgarro y acortamiento de trabajo de parto 6.4%, primigestante 3.2% Y en el 58% de las pacientes en quienes se realizó episiotomía no tenían indicación descrita.

Dos pacientes a las que se les realizó episiotomía también resultaron con desgarro, una con un desgarro grado 4 y la otra con desgarro grado uno, las dos primigestantes.

En cuanto a la técnica de la episiotomía, la mas usada con un 84% fue la medio lateral y en menor medida la mediana en 16% de las pacientes.

Discusión:

La episiotomía como procedimiento usado en obstetricia para prevenir desgarros perineales extensos o rotura de los músculos del esfínter anal ha sido ampliamente usado, además se han descrito beneficios para el recién nacido (8)

A través de la historia se ha pasado de usar ampliamente esta técnica a un declive en su uso por recomendaciones de la OMS (9) y de múltiples estudios que han encontrado efectos adversos importantes al usar este procedimiento (11). Por lo anterior hoy en día no existe un uso apropiado de la episiotomía según las indicaciones establecidas, y esta se realiza más a criterio médico.

Es controversial la decisión de realizar o no episiotomía dado que la literatura nos muestra ventajas y desventajas de su uso, por lo tanto, es importante tener claras las indicaciones de la episiotomía y realizar la relación riesgo/beneficio individualizando cada paciente para tomar la mejor decisión que beneficie tanto a la madre como al feto.

Nuestro estudio demostró que la episiotomía en el HUHMP se realiza más en primigestantes (25.75%) que en las pacientes multiparas (7.77%), con gran diferencia de porcentaje entre estos grupo, además las indicaciones para realizar episiotomía fueron: periné corto y poca distensibilidad, acortamiento del periodo expulsivo, prevención de desgarro y acortamiento de trabajo de parto; las cuales coinciden con las indicaciones mencionadas en diferentes estudios, aunque estas aún no están bien establecidas y son controversiales entre la literatura existente. Sin embargo, en nuestro estudio se observó que el mayor porcentaje no tenía indicaciones escritas en las historias clínicas, lo cual puede deberse a que se realizan a criterio medico sin indicación establecida, o a la falta de información consignada en la historia clínica, la cual es un elemento fundamental para seguimiento de la paciente y representa un documento legal que debe ser manejado y diligenciado de manera adecuada y con información detallada.

Más de la mitad de las pacientes en nuestro estudio no presentaron desgarro, dentro de estas al 16.9% se les realizó episiotomía. Los desgarros se producen especialmente como consecuencia de mala protección perineal durante el trabajo de parto, por lo cual es importante hacer énfasis en la realización de esta práctica de protección que es sencilla y podría evitar muchos de los desgarros

durante el parto (13).

En cuanto a los resultados de la episiotomía, según estudios se ha visto que evitar este procedimiento de rutina, previene traumas perineales que requieren sutura y traumas perineales severos, así como las complicaciones asociadas a esto (12)(13), sin embargo, otros estudios muestran que no existe diferencia en cuanto a la presencia de desgarras del esfínter anal entre los grupos a los que se les realiza episiotomía de rutina y a los que se les realiza episiotomía restrictiva (solo en casos específicos) (14), y una desventaja de la episiotomía restrictiva es el aumento del riesgo de trauma perineal anterior (13). Se ha visto en ciertos estudios que la episiotomía mediolateral rutinaria no protege contra el trauma del esfínter anal y la episiotomía mediana puede causar más desgarras del esfínter anal (14).

Existen estudios que sugieren diversas indicaciones de episiotomía y que podrían ser usadas para definir si se realiza o no este procedimiento según el caso, dentro de estas indicaciones y aunque aún son controversiales por la contradicción que existe entre los estudios están: la distocia de hombros, la macrosomía fetal, alto riesgo de lesiones en el esfínter anal externo cuando hay antecedente de desgarro perineal severo, sufrimiento fetal, periné corto (15), partos instrumentados, historia de lesiones obstétricas del esfínter anal o riesgo de ellas, parto prolongado, entre otras (16).

Generalmente la episiotomía es usada como procedimiento durante el periodo expulsivo del parto, especialmente por indicaciones fetales con el fin de evitar desenlaces adversos en el feto, además de evitar desgarras en la madre.

En los últimos estudios se ha visto que es preferible utilizar la episiotomía como un procedimiento circunstancial y no usarla de forma rutinaria para disminuir posibles efectos adversos que podrían sobrepasar la relación riesgo/beneficio, además, se pueden usar las indicaciones mencionadas aunque los resultados son controversiales entre los estudios, con el fin de dejar la episiotomía como un procedimiento opcional según el tipo de paciente, las condiciones fetales y las circunstancias del parto.

La realización de una episiotomía depende de la opinión del médico que atiende el parto basado en el escenario clínico al momento del parto. No hay situaciones específicas en las que la episiotomía es esencial. Se practica para facilitar la salida del feto donde se beneficiará a la madre o el bebé. Con ello agilizar la entrega fetal cuando existe un trazado categoría III de la frecuencia cardíaca fetal que no responde a las medidas de resucitación y el parto está siendo bloqueado por el tejido perineal; también en parto vaginal instrumentado, macrosomía y en distocia de hombros para aumentar el espacio para los dedos del operador mas no para prevenir la distocia de hombros.(1)

El uso de la episiotomía restringida es preferible sobre la episiotomía rutinaria, sin embargo, las indicaciones para la realización de este procedimiento selectivo no están claramente definidas (1). La falta de indicaciones definidas y uniformes para la realización de episiotomía y la influencia de consideraciones subjetivas de los médicos han dado lugar a una frecuencia variable de este procedimiento (11).

La OMS recomendó la disminución de la tasa de las episiotomías, a partir de ello la episiotomía han ido en declive (9). La literatura nos muestra que en cuanto a diferencias en trauma severo combinado vaginal / perineal, dispareunia o incontinencia urinaria, de episiotomía vs su no realización es nula (9).

Las complicaciones más frecuentes de la episiotomía incluyen la extensión de la incisión más profunda en el perineo o el complejo del esfínter anal, infección, ruptura, dolor post-parto, y la dispareunia(2)

En conclusión, hay gran variedad de indicaciones para la episiotomía

entre los especialistas, sin embargo no están claras y en ocasiones dependen del criterio medico por lo que se sugieren protocolos estandarizados para su práctica.

Reconocimientos

Agradecemos a la Universidad Surcolombiana que fue nuestro espacio de aprendizaje y al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como lugar de práctica.

Se brinda agradecimiento a nuestros docentes de gineco-obstetricia por brindarnos su conocimiento y ayuda para la realización de este trabajo, a las personas encargadas de llevar registro de historias clínicas pues gracias a sus datos se logró obtener buena información y ante todo a nuestros familiares por ser un apoyo indispensable en nuestras carreras.

Conflictos de interés: Los autores declaramos que no tenemos conflictos de interés.

Referencias:

1. Sagi-Dain L, Sagi S. Indications for episiotomy performance - a cross-sectional survey and review of the literature. *J Obstet Gynaecol.* 2015;3615(October):1–5. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466640>
2. Lacross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: A systematic review and meta-analysis. *J Midwifery Women's Heal.* 2015;60(1):37–47.
3. Sagi-Dain L, Sagi S. The Role of Episiotomy in Prevention and Management of Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol Surv.*2015;70(5):354–62. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006254-201505000-00020>
4. Karbanova J, Rusavy Z, Betincova L, Jansova M, Necesalova P, Kalis V. Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. *Int J Gynecol Obstet* 2014;127(2):152–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.05.025>
5. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;125(1):6–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.09.034>
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY *Williams obstetrics*, 23rd edn. New York: McGraw-Hill Professional Publishing, 2010.
7. Lyndon et al. 2012; Chalmers et al. 2012; Frass and Al-Harazi, 2010; Johantgen et al. 2012
8. Justin R Lappen; Dana R Gossett.Changes in Episiotomy Practice: Evidence-based Medicine in Action *Expert Rev of Obstet Gynecol.* 2010;5(3):301-309.
9. División Mundial de la Salud Organización de Family Health salud materna y maternidad sin riesgo. El cuidado en el parto normal: una guía práctica. Informe de un grupo de trabajo técnico. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, 1996.
10. Division of Maternal-FetalMedicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, New York. Friedman AM, Ananth CV,

Prendergast E, D'Alton ME, JD Wright JAMA. 2015 Ene; 313 (2): 197-9.

11. Berkowitz, Lori R., Foust-Wright, Caroline E. (2016) Approach to episiotomy. UpToDate

L. Sagi-Dain & S. Sagi (2015): Indications for episiotomy performance – a cross-sectional survey and review of the literature, Journal of Obstetrics and Gynaecology

12. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: Carroli G, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cited 2016 Oct 28]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000081.pub2>

13. Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? Online J Curr Clin Trials. 1992 Jul 1 [cited 2016 Oct 28]; Doc No 10:[6019 words; 65 paragraphs]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1343606>

14. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. Obstet Gynecol. 2000;95(3):464–71.

15. Sagi-Dain L, Sagi S. Indications For episiotomy performance - a cross-sectional survey and review of the literature. J Obstet Gynaecol. 2015;3615(October):1–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466640>

16. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Episiotomy preferences, indication, and classification - A survey among Nordic doctors. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016;95(5):587–95.