

Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina

Episiotomy: Procedure to election and no routine

Mary Carmen Berzain Rodríguez¹, Luis Alberto Camacho Terceros¹

RESUMEN

La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto en mujeres que viven un parto vaginal por primera vez. Actualmente su utilización se ha puesto en duda, ¿es realmente necesaria? Existe evidencia que indica que la mujer no debería ser sometida a esta técnica. Además de ser una práctica invasiva, esta podría tener complicaciones muy serias en el puerperio de la paciente. A nivel mundial se están realizando estudios sobre nuevas técnicas como el masaje del periné pre parto, entre otras. Todo esto para evitar en un futuro la práctica de la episiotomía.

ABSTRACT

An episiotomy is an incision that cuts the perineum. It is used to enlarge the birth canal in women living a vaginal birth for the first time. Currently its use has been questioned, is it really necessary? Evidence suggests that women should not be subjected to this technique. Besides being an invasive practice, this could have very serious complications in the postpartum patient. Globally, studies are underway on new techniques such as pre childbirth perineal massage, among others. All this to avoid in the future the practice of episiotomy.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media¹.

Esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto.

El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. Es por esto que se analiza la verdadera utilidad de este procedimiento y si existen criterios para su realización, ya sean estos incluyentes o excluyentes. Puesto que hasta ahora la episiotomía se conoce como un procedimiento que se debe hacer si o si a todas las mujeres.

Metodología de búsqueda

Se realizó la búsqueda en Pubmed, Cochrane, Bio-med y Scielo. El intervalo de tiempo de búsqueda fue del año 1998 hasta 2014. Los términos de búsqueda fueron: "Episiotomía"; "ventajas de episiotomía"; "complicaciones de episiotomía"; "desgarro perineal".

Desarrollo

- Historia

Etimológicamente la palabra "episiotomía" derivada de episeión: pubis y temno: yo corto, significa cortar pubis. También llamada Colpoperineotomía, fue descrita por primera vez por Sir Fielding Ould, científico Irlandés que dio a conocer la técnica al mundo en 1742 en su obra "Teatrise of midwifery in threeparts". En el siglo XIX fue estudiada y aplicada nuevamente por Michaelis, Tranier y Crede. De Lee y Pomeroy, científicos que vivieron en el siglo XX también describieron la técnica, haciendo que esta sea tomada en cuenta para realizarla en el segundo periodo del trabajo de parto^{2,3}.

En 1983 Thacker y Banta desacreditaron el uso rutinario de la episiotomía, poniendo en duda el uso en todas las embarazadas que cumplen los criterios dentro de las indicaciones³.

- Epidemiología

Este procedimiento se realiza de forma variada en distintos países. Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los Estados Unidos se lo realiza al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%) y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán^{4,5}.

¹Facultad de Medicina "Dr. Aurelio Melean", Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia.

Correspondencia a:

Mary Carmen Berzain Rodríguez
Correo electrónico: maryberzain@gmail.com

Palabras clave: Episiotomía, vagina, puerperio

Keywords: Episiotomy, vagina, postpartum period

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:
30 de agosto de 2014
Aceptado para publicación:
7 de diciembre de 2014

Citar como:
Rev Cient Cienc Med
2014; 17(2): 53-57

Estos porcentajes van bajando con el pasar del tiempo, luego de muchos estudios sobre la utilización de esta técnica, por ejemplo en Inglaterra bajo en un 16%⁶.

Existen datos, no muy explícitos, sobre la necesidad de realizar episiotomía según la raza de la madre. Donde se llega a la conclusión de que las mujeres de raza asiática suelen tener más necesidad de una episiotomía, al contrario las mujeres de raza negra suelen sortear la segunda fase del parto sin necesidad de una³.

- Clasificación de la episiotomía

Siete tipos de episiotomía han sido relatadas en la literatura médica⁷ (Ver figura 1).

1.- Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá.

2.- Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.

3.- Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas

4.- Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.

5.- Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

6.- Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

7.- Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica.

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan^{2,4,7}.

Al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboesponjoso y el perineal transversal. Además existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la grave dispareunia que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía⁶.

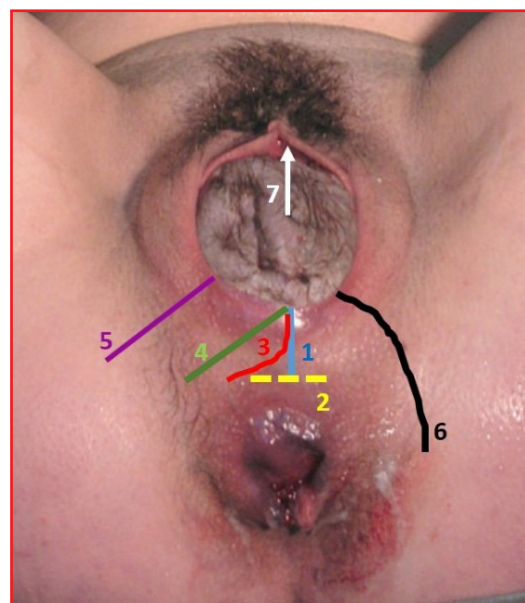


Figura 1: Clasificación de la episiotomía, según tipo de corte. Números; 1: Mediana. 2: Mediana modificada. 3: En forma de J. 4: Medio lateral. 5: Lateral. 6: Lateral radical. 7: Anterior.

Extraída de: V Kallis, K Laine, JW de Leeuw, KM Ismail, DG Tincello. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Revista en Internet] 2012; 522(5). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364

- Objetivos e Indicaciones para realizar una episiotomía

Objetivos de la realización de una episiotomía²:

1. Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
2. Evitar posible desgarro perineal.
3. Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

Estas pueden clasificarse en tres grandes grupos^{2,3}:

- Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps o espátulas Thierry.
- Factores fetales: por ejemplo para evitar la hipoxia del feto haciendo que la expulsión sea más rápida.
- Factores maternos: Desgarro vulvovagino-perineal inminente, madre con hipertensión endocraneana, hipertensión ocular, cardiopatías, entre otras.

Ventajas y complicaciones de la episiotomía (Tabla 1)

Entre las ventajas están^{3,5}:

- Minimiza trauma de piso pélvico.
- Aumenta luz del canal de parto.
- Disminuye el tiempo del periodo expulsivo.
- Evita sufrimiento fetal.

Entre las complicaciones:

- Posibilidad de provocarse hematoma perineal (Figura 2).
- Desgarro perineal severo (III-IV).
- Reconstrucción insatisfactoria.

Tabla 1: Ventajas teóricas e indicaciones de la episiotomía.

Ventajas teóricas e indicaciones de la episiotomía	
Evitar desgarros (evidencia en contra)	Embarazo múltiple (indicación especulativa)
Prevención de un desgarro o lesión del esfínter anal (evidencia en contra)	Sufrimiento fetal (indicación relativa)
Minimiza el trauma del piso pélvico (evidencia en contra)	Mejoría de la actividad sexual (evidencia en contra)
Prevención de cistocele y relajación pélvica (evidencia en contra)	Parto pretérmino: por la reducción de la presión intracraneal fetal. Depende que tan prematuro; (indicación especulativa con escasa evidencia en contra)

Extraída de: Rubio Romero JA. Indicaciones Actuales de la Episiotomía. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2004 Vol. 52 No. 2 [Acceso 28 Julio 2014] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/39090/1/43334-201286-1-PB.pdf>



Figura 2: Hematoma vulvar, post episiotomía y mala episiorrafia.
Extraída de: Choque Campero A., Céspedes Escobar JC. Hematoma Vulvar. Rev Cient Cienc Méd [online]. 2012, vol.15, n.1, pp. 45-45. ISSN 1817-7433. [Acceso 30 de Julio de 2014] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332012000100014&script=sci_arttext

- Dolor post parto en el perineo.
- Posible Infección.
- Mala y tardía cicatrización.

Tipos de desgarro perineal

Existen 4 tipos de desgarro perineal^{4,8}:

Primer grado: Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación.

Segundo grado: Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación. (Grado de desgarro que se logra con una episiotomía)

Tercer grado: Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a

músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal.

Cuarto grado: Esta involucra la mucosa rectal.

DISCUSIÓN

Actualmente: ¿debe o no realizarse la episiotomía?

Muchos estudios se han realizado tratando de contestar esta pregunta, entre algunos de ellos han salido a la luz resultados realmente inesperados.

Dentro de la práctica de la episiotomía se deben tomar en cuenta que no solo se limita al corte que se realiza, sino también a otros factores como: la técnica, las posibles complicaciones inmediatas, mediatas y a largo plazo, entre otras.

En un estudio que se realizó, la herida resultante de la episiotomía tardaba más tiempo en cicatrizar que la herida resultante de un desgarro, es decir de un parto vaginal sin episiotomía⁴.

Además en el mismo estudio se observaron complicaciones inmediatas y mediatas tales como hematoma (62%) y edema (32%) en mujeres con episiotomía, comparando con 3% y 5% en pacientes sin episiotomía, respectivamente⁴.

Las complicaciones más temidas luego de las anteriormente mencionadas, son el dolor en la zona perineal y la dispareunia. Se vieron índices de dolor más alto en pacientes con episiotomía (83%) que en pacientes sin episiotomía (27%)^{4,5}.

Existe el postulado que indica que la episiotomía protege de las disfunciones del suelo pélvico y la incontinencia urinaria post puerperio, esto se vio negado en un estudio donde se observaron que los resultados desmienten tal postulado⁹.

Como ya se mencionó, este corte de por si se puede clasificar como desgarro de I o II grado, pero se ha observado que los desgarros de III y IV grado casi siempre son precedidos por una episiotomía, este es el caso de un estudio realizado con 568 mujeres que cumplían los criterios de inclusión de donde surgieron los siguientes resultados: desgarro de I grado (bordes irregulares, causada por presión sobre el suelo pélvico) con episiotomía 3,4% sin episiotomía 55,6%; desgarro de II grado con episiotomía 2,8% sin episiotomía 15,7%; desgarro de III grado con episiotomía 0,3% sin episiotomía 0%. Del mismo estudio un 28,7% permaneció con el periné integro¹⁰.

Después de ver estos y otras muchos datos más, surge la pregunta ¿por qué se sigue realizando la episiotomía a todas las mujeres? Pues no todo va en contra de esta práctica. También se vieron complicaciones difíciles de resolver como desgarros anteriores, que comprometen la zona uretral, estos suelen ser de difícil tratamiento y de pronóstico variable^{4,5}.

CONCLUSIONES

La relación entre mujeres sin episiotomía que sufren desgarro anterior se ve reflejado en los siguientes resultados; desgarro anterior (tomando en cuenta área parauretral y labios menores): en mujeres sin episiotomía 62% versus mujeres con episiotomía 19%⁴.

En cuanto a las infecciones de la herida, se dice que el 0,15% de ellas se infectan si la madre tiene los debidos cuidados con su lesión, por lo tanto, el miedo a la infección no debería ser relevante¹¹.

Volcando la atención a la esfera psicológica, germinan otras cuestionantes: ¿Qué hay del bienestar integral de la mujer? Pues las mujeres sin episiotomía refieren tener menos dolor, mayor bienestar, deambulación temprana sin molestias, además se vio menos necesidad de administrar analgésicos⁵.

Es obvio que la mayoría de las complicaciones en número corresponden al parto vaginal sin episiotomía, pero las complicaciones son más severas en pacientes con episiotomía.

Los resultados sobre el sufrimiento fetal en paciente sin episiotomía no fueron significativos, por lo tanto se descarta que este sea complicación de un parto sin corte perineal^{3,12}.

Una de las mejores revisiones realizadas sobre este tema insiste en que el uso restrictivo de episiotomía trae consigo menor riesgo de morbilidad¹³.

¿Cómo evitar una episiotomía?

Este apartado lleva consigo gran expectativa sobre las nuevas técnicas que ayudan a que el canal de parto responda mejor, sin necesidad de realizar una episiotomía. Se habla de realizar masajes perineales antes del parto, donde la mujer embarazada debe preparar su suelo pélvico¹⁴.

Referir que se están realizando estudios con Hialuronidasa, la cual parece tener algo de protagonismo entre los métodos experimentales del presente, los mismos que podrían ayudar en disminuir el trauma perineal, y estos tendrían gran significancia en la prevención de desgarros, laxitud del suelo pélvico e incontinencia urinaria¹⁵.

Entre todos los nuevos métodos que se están estudiando, se encuentra fuertes tendencias sobre posiciones en el parto vaginal, se ha visto que esto también interfiere en la necesidad o no de una episiotomía. Pasando de litotomía, cómoda para el médico, a posiciones como de cuclillas o bipedestación¹⁶.

La técnica, la clasificación de la episiotomía y la clasificación de los desgarros perineales no se encuentra bajo discusión, a si mismo la utilidad o no de la episiotomía y si realmente esta es necesaria en todas las mujeres nulíparas. Las ventajas aparentemente son cada vez menores que las desventajas.

Aun después de diversos estudios, con diferentes metodologías, no se ha logrado descartar totalmente el uso de esta técnica. Actualmente el porcentaje de mujeres a las que se les realiza la episiotomía va disminuyendo con la tendencia del parto humanizado. Ya no es necesario realizar el corte a todas las mujeres. Este procedimiento debería ser considerado críticamente selectivo. Lo que queda por investigar son las verdaderas indicaciones para realizarla, puesto que variables como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no están ligadas a la no realización del corte.

REFERENCIAS

- Schwarz R, Fescina R, Duverges C. **Obstetricia**. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo. 2008.
- De Miguel JR, Sánchez M. **Episiotomía: Criterio Obstétrico Actual**. En: Escudero M. Libro del Año de Obstetricia y Ginecología. Madrid: SANED S.L. 1999.
- García Cuesta E. **La Episiotomía en la era del Parto Humanizado**. [Tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria, departamento de enfermería. 2013. Acceso 16 Julio de 2014. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>
- Albino Sánchez F. **Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas, en Mujeres Nulíparas atendidas de Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana**. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*. 2009; 1 (4). Acceso 18 Julio 2014. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistass/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
- Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de ME, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. **Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas**. *Matronas Prof*. 2007; 8 (3-4): 5-11. Acceso 20 Julio de 2014. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6711/174/matronas-profesion>
- Zamora Cifuentes LG. **La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena Enero-Agosto 2010**. [Tesis]. Riobamba-Ecuador. Escuela superior politécnica de Chimborazo. Facultad de salud pública. Escuela de medicina. 2011. Acceso 25 Julio de 2014. Disponible en: <http://dspace.espe.edu.ec/bitstream/123456789/3443/1/94T00106.pdf>
- Kalis V, Laine K, Leeuw de JW, Ismail KM, Tincello DG. **Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology**. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 522 (5). acceso 27 de Julio de 2014. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364
- Gobierno Federal de México. **Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada. Guía de referencia rápida**. SALUD, SEDENA, SEMAR. México; 2013. Acceso 26 Julio 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf
- Luque Carro R, Subirón Valera AB, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Juste Pina A, Cruz Guerreiro E. **Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-**

2008). *Matronas Prof.* 2011; 12(2): 41-8. Acceso 23 de Julio. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/15952/173/episiotomia-selectiva-frente-a-episiotomia-rutinaria-valoracion-a-los-3-anos-2007-2008>

10. Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso A. **Factores que influyen en la realización de una Episiotomía Selectiva en Mujeres Nullíparas.** *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería.* 2014. Acceso 30 de Julio de 2014; 398 (14). Disponible en: www.um.es/eglobal

11. Rebull López E. **Proceso de atención urgente a la mujer. Complicaciones Puerperales.** Universitat de Barcelona: Fundación IL3 UB, 2010. Acceso 29 Julio 2014. Disponible en: http://virtual2.il3.ub.edu/repository/coursefilearea/file.php/1/mf/cursos/sal_meuh/sal_meuh_m8t5c.pdf

12. Rubio Romero JA. **Indicaciones actuales de la Episiotomía.** *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.* 2004; Vol. 52 No. 2. Acceso 28 Julio 2014. Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/39090/1/43334-201286-1-PB.pdf

13. Carroli G, Belizan J. **Episiotomía en el parto vaginal.** Biblio-

teca Cochrane Plus, Oxford, Update Software Ltd. 2008. número 3. Acceso 23 de Julio de 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081sp.pdf>

14. Beckmann MM, Stock OM. **Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.** *Beckmann Cochrane Database Syst Rev;* 2009. Acceso 29 de Julio de 2014. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD005123.pdf>

15. Zhou F, Wang XD, Li J, Huang GQ, Gao BX. **Hyaluronidase for reducing perineal trauma.** *Cochrane Database Syst Rev.* CD010441. 2014; Feb 5:2. Acceso en 30 de Julio de 2014. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010441.pub2/pdf>

16. Montenegro Alonso MS, Blanco Nieves MI, Pereiro, Bangueses MA, Barro Rochela E, Rico Padín B. **Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra.** *Matronas Prof.* 2005; 6(1): 30-32. Acceso en 1 agosto 2014. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7147/173/episiotomia-en-partos-eutocicos-en-el-complejo-hospitalario-de-pontevedra>

FE DE ERRATAS

Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 12) Bajo el subtítulo de Introducción sexto párrafo usted leyó: control de Tuberculosis en instituciones penitenciarias.

Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 12) Bajo el subtítulo de Introducción sexto párrafo debió haber leído: control de Tuberculosis en instituciones penitenciarias.

Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 12) Bajo el subtítulo de Introducción décimo segundo párrafo, noveno renglón usted leyó: de casos en el 82% de 2.983 establecimientos de salud...

Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 12) Bajo el subtítulo de Introducción décimo segundo párrafo, noveno renglón debió haber leído: de casos en el 82% de 2 983 establecimientos de salud...

Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 12) Bajo el subtítulo de Materiales y Métodos segundo párrafo usted leyó: El universo de estudio se representa por un total...

Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 12) Bajo el subtítulo de Materiales y Métodos segundo párrafo debió haber leído: El universo representa un total...

Hallazgo de Esteatosis Hepática en niños de 6 a 14 años con sobrepeso y obesidad en consultas ambulatorias en Cochabamba, Bolivia. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 16) Bajo el subtítulo de Materiales y Métodos primer párrafo, décimo renglón usted leyó: de obesidad y solo 28 ingresaron al estudio de ellos 15 fueron...

Hallazgo de Esteatosis Hepática en niños de 6 a 14 años con sobrepeso y obesidad en consultas ambulatorias en Cochabamba, Bolivia. Revista Científica Ciencia Médica 2014, volumen 17. Número 1: (Página 16) Bajo el subtítulo de Materiales y Métodos primer párrafo, décimo renglón debió haber leído: de obesidad y solo 28 ingresaron al estudio: 15 fueron...