

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Estudio comparativo entre el uso
sistemático y el no uso de la episiotomía
en pacientes nulíparas: complicaciones.
Hospital Nacional Docente Madre Niño San
Bartolomé. enero – agosto 2001**

TESIS Para optar el título profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTOR

Casanova Chang, Mey Lin

Luna Zafra, Tania Jessica

LIMA – PERU 2002

ÍNDICE DE MATERIAS

	Página
Resumen	1
• Marco Teórico	1
• Objetivo General	2
• Diseño de la Investigación	2
- Tipo de Investigación	2
- Población	3
- Muestra	3
• Resultados	3
• Conclusiones	4
I. Introducción y Objetivos	5
• Antecedentes	5
• Marco Teórico	8
• Definición de términos básicos	16
• Hipótesis	19
• Objetivos	19
• Finalidad	19
• Aportes	20
• Limitaciones	20
II. Material y Métodos	21
• Tipo de Investigación	21
• Población	21
• Muestra representativa	21
• Criterios de Inclusión	22
• Criterios de Exclusión	22
• Operacionalización de la Variable Independiente	23
• Operacionalización de la Variable Dependiente	24
• Operacionalización de la Variable Interviniente	25
• Técnica e Instrumento de Recolección de datos	27
• Procedimiento	27
• Análisis de Datos	28
III. Resultados	29
IV. Discusión	44
V. Conclusiones	49
VI. Recomendaciones	50
Referencias Bibliográficas	51

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: GRUPOS DE ESTUDIO.....	29
TABLA N° 2: EDAD.....	30
TABLA N° 3: TIEMPO DE EXPULSIVO	31
TABLA N° 4: MEDIA Y DE DEL TIEMPO DE EXPULSIVO	41
TABLA N° 5: PUNTAJE DE APGAR AL MINUTO	42
TABLA N° 6: PUNTAJE APGAR A LOS 5 MINUTOS	34
TABLA N° 7: DESGARROS VS. NO DESGARROS PERINEALES.....	44
TABLA N° 8: GRADOS DE DESGARRO PERINEAL.....	36
TABLA N° 9: VALOR P DE LOS DESGARROS PERINEALES.....	46
TABLA N° 10: LACERACIONES VS. NO LACERACIONES PERINEALES.....	46
TABLA N° 11: COMPLICACIONES POST PARTO	38
TABLA N° 12: VALOR P DE DEHISCENCIA PARCIAL.....	39
TABLA N° 13: DESGARRO PERINEAL VS. PESO RN - EPISIOTOMÍA CON INDICACIÓN .	39
TABLA N° 14: DESGARRO PERINEAL VS PESO RN - EPISIOTOMÍA SISTEMÁTICA.....	50
TABLA N° 15: DESGARRO PERINEAL VS. PESO RN - NO EPISIOTOMÍA	50
TABLA N° 16: PESO FETAL Y PERÍMETRO CEFÁLICO - MEDIA Y DE	51
TABLA N° 17: PESO RN VS. LACERACIONES VS. NO LACERACIONES - EPI. CON INDICACIONES	51
TABLA N° 18: PESO RN VS. LACERACIONES VS. NO LACERACIONES - EPI. SISTEMÁTICA.....	51
TABLA N° 19: PESO RN VS. LACERACIONES VS. NO LACERACIONES - NO EPISIOTOMÍA.....	52
TABLA N° 20: LACERACIONES VS. PERÍMETRO CEFÁLICO	52
TABLA N° 21: DESGARROS PERINEALES VS. PERÍMETRO CEFÁLICO	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1: Grupos de Estudio	29
Gráfico 2: Edad	30
Gráfico 3: Tiempo de Expulsivo	31
Gráfico 4: Apgar al minuto	33
Gráfico 5: Apgar a los 5 minutos	34
Gráfico 6: Desgarros Perineales	35
Gráfico 7: Grados de Desgarro Perineal	36
Gráfico 8: Laceraciones	37
Gráfico 9: Complicaciones post Parto	38

RESUMEN

Marco teórico

La episiotomía, en sentido estricto, es la incisión de los genitales externos (en especial el orificio externo de la vulva). La perineotomía es la incisión del periné^(2,15). Sin embargo, la episiotomía se utiliza a menudo como sinónimo de perineotomía. La incisión debe ser amplia; de 3 - 4 cm, puede hacerse en la línea media (episiotomía mediana o de la línea media) en donde se incide el rafe anovulvar o, puede comenzar en la línea media para dirigirse hacia afuera y abajo (episiotomía mediolateral), en la cual se inciden los músculos bulbocavernoso, transverso superficial y profundo⁽¹²⁾.

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould, una enfermera obstétrica de Dublín, en 1742. Los proponentes de la episiotomía argumentaron que su uso prevenía el daño perineal, prevenía la relajación del piso pélvico y protegía al feto de injurias. Una revisión reciente no pudo encontrar evidencia para fundamentar estos beneficios propuestos^(9,11,14).

La episiotomía sigue siendo una operación muy común en obstetricia. Según Sheila Kitzinger, ésta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente en la sociedad occidental⁽¹⁹⁾. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia de otro modo^(11, 12). Su reparación es más fácil, pero no parecen ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es

menor y la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarro. Con una episiotomía mediolateral, la probabilidad de una laceración en el recto se reduce pero no se elimina (^{11, 29}).

Parece razonable llegar a la conclusión de que no debe realizarse una episiotomía de rutina (¹²). El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para indicaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones fetales (distocia de hombros, parto de nalgas), operaciones de fórceps (²⁹) y de extractor al vacío, posiciones occípito posteriores y en los casos en que sea obvio que la falta de ejecución de una episiotomía producirá la ruptura perineal.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “... **el uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada**”. Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada sólo para aliviar el distress materno o fetal, o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso (^{18, 34}).

Objetivo General

Comparar las complicaciones que se presentan con el uso sistemático y el no uso de la episiotomía mediolateral.

Diseño de la investigación

a) Tipo de investigación

El siguiente trabajo corresponde a un estudio analítico, prospectivo, de corte transversal.

b) Población

La población la constituyen 1341 mujeres gestantes a término, nulíparas que acuden al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

c) Muestra representativa

La muestra es aleatoria y está formada por 494 gestantes a término, separadas en tres grupos, el primer grupo formado por pacientes con episiotomía con indicación, el segundo por pacientes con episiotomía sistemática y el tercero por pacientes sin episiotomía que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión y acudieron al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período Enero – Agosto 2001.

Resultados

El tiempo del expulsivo entre los grupos de episiotomía sistemática y no episiotomía tuvieron diferencia significativa. Sin embargo, el tiempo para ambos grupos tuvo una duración menor a 30 minutos. En el grupo de episiotomía con indicación el tiempo de expulsivo fue mayor a 30 minutos.

El puntaje de apgar no varió entre los tres grupos, obteniendo la mayoría un puntaje de 7 a 10.

Entre las complicaciones, los desgarros de I^o y II^o se produjeron con mayor frecuencia en el grupo de no episiotomía y el resto de complicaciones mayores (dehiscencias, hematomas e infección), en el grupo de pacientes con episiotomía sistemática e indicada.

En las pacientes en las que no se realizó la episiotomía fueron más las laceraciones perineales anteriores.

Las laceraciones y los desgarros perineales no necesariamente guardan relación con el peso fetal ni el perímetro cefálico.

Conclusiones

- Al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones post parto, pero de menor severidad, que cuando ésta se realiza de manera sistemática.
- La aplicación sistemática de la episiotomía se asocia a complicaciones post parto severas como son los hematomas, las infecciones, los edemas, los desgarros perineales, las dehiscencias parciales y totales de episiorrafia.
- Cuando no se realiza episiotomía es mayor el número de laceraciones y desgarros de I^o y II^o.
- La dehiscencia de episiorrafia es la principal complicación que se presenta como resultado de la aplicación de la episiotomía sistemática.
- Existe mayor riesgo de desgarro de III^o y IV^o al realizarse la episiotomía.
- El tiempo de expulsivo aumenta discretamente cuando no se realiza la episiotomía.
- El puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos no varía cuando no se practica la episiotomía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1. Antecedentes

Diversas revisiones se han realizado durante un largo período de tiempo para determinar y comprobar qué tan beneficioso puede ser el realizar una episiotomía en una paciente nulípara. Entre 1988-1989, Röckner observó una disminución de las episiotomías (sobre todo la mediolateral) entre las nulíparas de 49.9% en 1984 a 33.6% en 1988-1989. El riesgo de desgarro de tercer grado en realidad disminuyó durante el mismo período, de 3.3% a menos de 1%, mientras que el parto con periné intacto ascendió de 28% a 44% ^(27,28,34).

En otro estudio, él y sus colaboradores reportaron una incidencia de 25% de dolor durante la episiotomía (mayormente mediolateral), mientras que en las que hubo desgarro espontáneo, ya sea de segundo o tercer grado, no refirieron dolor. Asimismo, encontraron que dentro de las tres semanas postparto, las pacientes en las que se realizó episiotomía mediolateral tenían más dolor al sentarse, caminar, defecar y miccionar que en aquellas que tuvieron un desgarro espontáneo de segundo grado. También reportaron tasas significativamente altas de edema y hematoma (25% y 38% respectivamente) luego de la episiotomía que luego de laceraciones de segundo o tercer grado (8% y 13%) ^(28,34).

Thacker y Banta citaron siete estudios entre 1919 y 1981 en los que se observaron desgarros de tercer grado (sin episiotomía) en un rango de 0 a

6.4%. En el mismo período, en seis estudios se encontró un intervalo de 0 - 9% de extensión de episiotomías mediolaterales (^{31,34}).

Lee reportó que 10% de las pacientes con episiotomías siguieron experimentando dolor hasta seis semanas después del parto, pero ninguna con desgarros espontáneos de segundo grado lo sintieron. En el segundo día post parto, Dutch reportó una incidencia de 36% de dolor “frecuente y continuo” en las pacientes que tuvieron episiotomía mediolateral, 25% luego de un desgarro espontáneo (incluyendo primer y segundo grado) y 7% en las que tuvieron un periné intacto (³³). Sleep y col. observaron dentro los tres meses postparto, frecuencias comparables de “bajo”, “mediano” y “severo” dolor entre las pacientes en las que se realizó la episiotomía. Tres de cinco estudios observacionales revelaron mayores problemas con la cicatrización postparto temprana de la episiotomía que en aquellas en las que hubo un desgarro espontáneo (^{14,20,23,28}).

Dos de tres estudios observacionales encontraron altas tasas de infección de cicatriz luego de la episiotomía mediolateral; en comparación con las que tuvieron laceración espontánea. Cinco veces más (10% contra 2%) en uno y once veces más (22% contra 2%) en el otro (^{14,20,28}).

Un estudio observacional utilizó el parámetro de dehiscencia de cicatriz para medir los problemas de cicatrización pero no encontró diferencias entre mujeres con episiotomía y aquellas en las que hubo desgarro espontáneo (³³).

El *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group* detectó dehiscencia de episiorrafia en el 9.4% de pacientes que tuvieron episiotomía sistemática comparado con 4.5% de pacientes con uso restrictivo de episiotomía (4).

Investigadores argentinos documentaron una incidencia de trauma perineal anterior en 19.2% del grupo de uso restrictivo y 8.1% en el grupo de uso sistemático (riesgo relativo 2.36).

Carroli G, Belizan J, Stamp G en junio del 2000 investigaron el registro de ensayos clínicos mantenido y actualizado por el grupo Cochrane de Embarazo y Parto (*Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*) incluyeron seis estudios de los cuales obtuvieron los siguientes resultados: en el grupo de episiotomía rutinaria, al 72.7% de las mujeres (1752/2409) se les realizó episiotomía, mientras el índice en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27.6% (673/2441). El uso restrictivo de la episiotomía comparado con la aplicación sistemática se detalla en el siguiente cuadro:

Uso Restrictivo de la Episiotomía	RR	I.C. 95%
Traumatismo perineal posterior	0.88	0,84 - 0,92
Necesidad de sutura	0.74	0.71 - 0.77
Complicaciones de la cicatrización	0.69	0.56 - 0.85
Trauma perineal anterior	1.79	1.55 - 2.07
Trauma vaginal o perineal graves	1.11	0.83 - 1.50
Dispareunia	1.02	0.90 - 1.16
Incontinencia urinaria	0.98	0.79 - 1.20

RR: Riesgo Relativo

IC: Intervalo de Confianza

Sus conclusiones fueron que la práctica de la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios cuando se compara con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor severo y con el trauma perineal o vaginal severos. Hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior con el uso restrictivo de la episiotomía^(10,11).

2. Marco Teórico

La episiotomía es una intervención quirúrgica muy practicada durante el parto a pesar de pocas pruebas científicas de su beneficio. A pesar de realizarse durante casi 250 años, este procedimiento sigue siendo muy controvertido⁽¹⁴⁾. En Estados Unidos su uso se estima en 62,5% aproximadamente, mientras que en Europa esto parece estar alrededor del 30% excepto por una tasa de 56% en Dinamarca. Se estima un uso mayor en América Latina y, de una pequeña evaluación en Argentina, la episiotomía es vista como una intervención rutinaria en todos los partos en nulíparas y primíparas. Sin embargo, una investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud indica que la evidencia sólo sostiene una tasa de 5 a 20% de episiotomías. Buekens y cols. infirieron de sus datos que la episiotomía era necesaria en no más que uno de cada 5 partos⁽¹⁶⁾.

Los efectos beneficiosos que parece tener la episiotomía en la madre son los siguientes:

- ❑ Reducción de la probabilidad de desgarros de III ° (Ould 1741; Thacker 1983; Cunningham 1993).
- ❑ Preservación de la relajación muscular del piso pelviano y el periné, lo cual conduce a una mejor función sexual y a reducir el riesgo de incontinencia fecal o urinaria (Aldridge 1935; Gainey 1955).
- ❑ Como es una incisión recta, limpia, una episiotomía es más fácil de suturar y se cura mejor que un desgarro.

Para el recién nacido, un segundo estadio del trabajo de parto prolongado podría causar asfixia fetal, traumatismo craneal, hemorragia cerebral y retraso mental. Durante el parto, es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de una distocia del hombro del feto (^{1,11,13}).

Aunque la edición de 1993 de Williams Obstetricia reconoció finalmente la existencia de estudios que indican que la realización de la episiotomía aumenta el riesgo de un desgarro de tercer grado, aún continúa prescribiendo el procedimiento para la larga lista de indicaciones ya citadas mas no probadas (³).

Existe considerable controversia respecto a si se debe o no efectuar la episiotomía. Cuando existen peculiaridades congénitas que complican el mecanismo normal del parto, cuando el periné es rígido, cuando la parte fetal que se presenta es muy grande o en una posición desfavorable o cuando por cualquier causa una laceración es inminente, ahí comienzan a oponerse las opiniones (³). Otra indicación tradicional para las episiotomía es la protección

de la cabeza fetal, particularmente en los casos de prematuridad. No existen datos de que una episiotomía reduzca el riesgo de hemorragia intraventricular.

Actualmente, está claro que la episiotomía aumenta el riesgo de producir un desgarro en el esfínter anal externo, el recto o ambos. Además, entre los hipotéticos efectos adversos derivados del uso habitual de la episiotomía, se incluyen los resultados anatómicos insatisfactorios, como colgajos, asimetrías o reducción excesiva del introito, prolapso vaginal, fístulas recto-vaginales y fístulas anales (Homsí, 1994), mayor pérdida de sangre y hematoma, dolor y edema en la región de la episiotomía, infección y apertura de la sutura (Homsí, 1994) y disfunción sexual.⁽¹¹⁾ Por el contrario, los desgarros anteriores que afectan la uretra y los labios son mucho más frecuentes en las mujeres en las que no se efectúa una episiotomía; estos desgarros no sólo constituyen un desafío para la reparación sino que a menudo tienen mayor dolor asociado que la episiotomía; sin embargo, se considera que éstos son menos severos. Christian Northrup MD, sostiene que las laceraciones vaginales son triviales y fáciles de reparar en comparación al daño hecho por las episiotomías y también afirma que ellas son además, menos dolorosas ⁽²⁵⁾.

Momento de la episiotomía

Si se realiza una episiotomía temprana de modo innecesario, la hemorragia de la incisión puede ser considerable durante el interin entre la episiotomía y el parto. Si se la realiza demasiado tarde, los músculos del piso perineal ya

habrán sufrido un estiramiento excesivo y se anula uno de los objetivos de la intervención. Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza es visible durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm.^(12, 29)

Momento de reparación de la episiotomía

La práctica más frecuente es diferir la reparación de la episiotomía hasta el alumbramiento de la placenta; así ésta no es interrumpida por la necesidad obvia del alumbramiento placentario.^(12, 29)

El catgut crómico es una sutura comúnmente usada para la episiotomía y que demora 2 a 3 semanas en absorberse. Los errores se pueden cometer haciendo un reparo apresurado o con mala visualización del área que va a ser reparada. Poca luz, sangrado excesivo, o paciente poco colaboradora también pueden dificultar el reparo del área. Si el área no es correctamente afrontada o incluso, si los puntos son estirados luego, los bordes de la herida pueden no cicatrizar correctamente. Algunas mujeres cicatrizan “demasiado bien” y forman un tejido granuloso, que puede crear “spotting” y dolor. En otros casos, se forma una especie de punto, usualmente a horas 6 en la parte inferior de la vagina, lo que puede causar dolor extremo a la inserción de un tampón, un dedo o el pene ⁽³⁾.

Complicaciones de la episiotomía

Entre las complicaciones tenemos la pérdida sanguínea excesiva, formación de hematoma, infección o absceso de episiotomía, pérdida del tono de la mucosa rectal y del esfínter del ano y fístulas. También se puede ver afectada la vida sexual, al menos temporalmente ^(10,12,14,21,26,29). Sheila Kitzinger encontró que

la episiotomía dañaba a la mujer tanto física como psicológicamente. Quince por ciento de las mujeres puérperas describieron el periné como doloroso o muy doloroso al final de la primera semana en comparación con 37% del grupo que tuvo episiotomía. Además, las mujeres que tuvieron episiotomía, especialmente aquellas en las que no se tenía el consentimiento para realizar dicha incisión, se sentían violadas⁽¹⁹⁾.

Asombrosamente, las infecciones de las heridas perineales, incluso las episiotomías y los desgarros separados, son relativamente raras, si se considera el grado de contaminación bacteriana que acompaña al parto normal. Los bordes yuxtapuestos de la herida se vuelven rojos, marrón oscuro y tumefactos. A menudo las suturas desgarran los tejidos edematizados y permiten la formación de aberturas entre los bordes necróticos de la herida, por donde exuda una materia serosa, serosanguinolenta o francamente purulenta. En la mayoría de los casos, el deterioro o la dehiscencia de la episiotomía se asocian con infección. Los desgarros vaginales se pueden infectar directamente o por extensión del periné. La mucosa muestra signos de edema e hiperemia, y después se necrotiza y descama. En algunos casos, la extensión parametrial causa linfangitis^(10,12).

¿Por qué se rasgan las mujeres?

Existen diversas causas por las que puede ocurrir un desgarro durante el parto; entre éstas tenemos que la madre es muy pequeña, que el bebé es muy

grande o que el pujo fue muy fuerte. Una de las consideraciones importantes para la prevención de desgarros, es la posición de la madre al momento del expulsivo. La posición ginecológica estrecha los tejidos vaginales de una manera anormal y es la peor posición para el parto ^(6,18).

Cómo prevenir desgarros

Diversos factores pueden intervenir en la prevención de los desgarros:

- ❖ Buena nutrición. Es importante tener los tejidos en buen estado. Existen ejercicios como los de Kegel y el masaje perineal, los cuales nos van a ayudar a preparar el periné para la distensión en el momento del parto.
- ❖ Comodidad y privacidad. Refieren que la posición en cuclillas y la privacidad suficiente como para que la madre pueda gritar en el momento de la salida del bebé ayudan a que no se produzcan desgarros ^(8, 18).
- ❖ Descanso. Se deben adoptar todas las posiciones incluyendo parada, de cuclillas o, de rodillas apoyándose con las manos. Éstas son ideales para quitar la presión del periné, igual que la posición en decúbito lateral⁽²⁵⁾.
- ❖ Parto bajo el agua. Puede ayudar a prevenir desgarros, ya que el agua distribuye la presión con suavidad y enlentece el parto.

- ❖ Atención del parto sin apresurarse. De esta manera el periné puede tomar el tiempo necesario para distenderse lo suficiente para la salida del bebé ⁽⁸⁾.

- ❖ Jadeo. Para suavizar el pujo y enlentecer el parto.

- ❖ Ejercicios de Kegel. Éstos permiten a los músculos perineales tener un tono adecuado para prevenir los desgarros durante el parto. El ejercicio consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y mantenerlos contraídos por aproximadamente 5 segundos, luego relajarlos. Se deben hacer hasta 200 repeticiones por día, no todos a la vez pero durante el día, sobre todo mientras se micciona ⁽²⁴⁾.

- ❖ Masaje perineal. Éste prepara el cuerpo para el estiramiento perineal que ocurrirá durante el parto. Comenzar a hacerlos desde las 34 semanas de embarazo. Se inicia el masaje aplicando sobre las manos aceite vegetal o gel lubricante. Separar las piernas e introducir los dedos en la vagina deprimiendo el periné hacia abajo y hacia los lados hasta sentir un “estirón”. Mantener esta posición alrededor de 2 minutos, luego proceder a masajear alrededor del introito como si se estuviese dando a luz. Es importante no exagerar con este ejercicio porque puede ocasionar un daño al área ⁽²⁴⁾.

La mayor justificación para el uso de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales severos. La episiotomía *per se* implica un desgarro de segundo grado porque corta músculos superficiales del periné ⁽²¹⁾.

Mujeres en las que el periné permaneció intacto o que tuvieron desgarros perineales espontáneos, reiniciaron las relaciones sexuales pronto, tuvieron menos dolor en la reiniciación y fueron sexualmente más satisfechas que aquellas en las que se realizó episiotomía ⁽²¹⁾.

Se debe tener en cuenta que el cuerpo de la mujer ha sido diseñado para dar a luz sin ninguna intervención quirúrgica ⁽²¹⁾.

Se debe considerar la protección de los prestadores de salud y el riesgo de la transmisión vertical ocasionada por la episiotomía, debido a que la epidemia de VIH/SIDA sigue en rápido aumento en muchos países y a que en los más afectados, más de una tercera parte de las embarazadas da a luz teniendo el VIH. Al suturar una episiotomía, existe un riesgo elevado de punzarse un dedo, especialmente cuando se utiliza una aguja pequeña ⁽²²⁾.

Por todo lo anterior, existen fuertes razones para contrarrestar el abuso de la episiotomía, tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados ⁽²²⁾.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud ha tomado una posición clara contra la episiotomía de rutina, alineada con la mejor evidencia obtenible. Convencer a los obstetras puede ser más problemático. Aún es un tema ético importante para los doctores y también para las pacientes. En el Oeste el

procedimiento es discutido generalmente con la mujer en la consulta perinatal (16). Aún quedan algunas preguntas sobre las que es necesario investigar: cuáles son las indicaciones para el uso restrictivo de la episiotomía ante un parto asistido (fórceps, vaccum), en parto pretérmino, en presentación podálica, cuando se presume macrosomía o desgarro (7).

3. Definición de términos básicos

- ◆ **Edad:** Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.
- ◆ **Edad Gestacional:** Tiempo transcurrido entre el día en que se inició el último período menstrual normal (dato conocido como fecha de última regla) y un momento dado del embarazo. Se expresa en semanas.
- ◆ **Ponderado Fetal:** Es el peso fetal estimado clínicamente mediante observación y palpación.
- ◆ **Peso al nacer:** Es una medida somatométrica que clasifica al recién nacido como: de bajo peso (menos de 2500 gr.), de peso muy bajo peso (menos de 1500 gr.), de extremadamente muy bajo peso (menos de 1000 gr.) y peso adecuado (mayor de 2500 gr.).
- ◆ **Perímetro Cefálico:** Es la medida del cráneo tomada teniendo como puntos de referencia la protuberancia externa del occipital y las dos protuberancias anteriores del frontal. Su valor promedio oscila entre 33 y 35 cm.
- ◆ **Parto Eutócico:** Proceso fisiológico por el cual se expulsa del útero al bebé a término y en presentación cefálica de vértice.
- ◆ **Laceraciones:** Desgarro o herida desgarrada.

- ◆ Hematoma: Derrame sanguíneo que se produce en el espesor del tejido conectivo perivaginal o perivulvar sin ruptura, por lo menos al comienzo de los planos superficiales.
- ◆ Edema: Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo.
- ◆ Infección: Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.
- ◆ Dehiscencia: Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica.
- ◆ Puntaje de Apgar: Permite una rápida evaluación del estado cardio respiratorio y neurológico al nacer y de la respuesta a las medidas de reanimación. Se evalúan 5 signos (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color), a cada uno de los cuales se le califica con puntajes de 0 a 2. El puntaje apgar debe tomarse al minuto de nacido y a los 5 minutos.
- ◆ Pelvis Ginecoide: Es aquella pelvis que cumple con los requisitos de tener un diámetro transversal del estrecho superior igual o mayor a 12 cm, un diámetro anteroposterior del estrecho superior mayor de 11 cm, paredes laterales paralelas, sacro cóncavo, espinas ciáticas romas, un arco suprapúbico amplio, un ángulo subpúbico mayor de 90° y un diámetro bisquiático mayor de 8 cm.
- ◆ Episiotomía: Es una técnica quirúrgica simple de relajación (sección del anillo vulvoperineal) que se realiza con carácter profiláctico, para ensanchar el introito vaginal y así evitar que el desprendimiento de la presentación fetal

provoque una hiperdistensión y posterior desgarro del periné, vagina y especialmente de los músculos y aponeurosis del suelo pélvico.

- ◆ Episiotomía mediolateral: Es la episiotomía que se extiende desde la horquilla y sigue un trayecto diagonal en el periné con dirección a la tuberosidad isquiática.
- ◆ Desgarros perineales: Constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.
- ◆ Desgarros de primer grado: Cuando sólo comprometen la horquilla, mucosa y piel, sin llegar al plano muscular.
- ◆ Desgarros de segundo grado: Lesionan la vagina y el periné, desgarran músculo pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano.
- ◆ Desgarros de tercer grado: Cuando se extiende desgarrando el esfínter del ano.
- ◆ Desgarros de cuarto grado: Cuando se extiende al ano y recto.
- ◆ Expulsivo: Es el segundo período del parto y se inicia cuando la dilatación es completa (10 cm.) y culmina con la expulsión del recién nacido.
- ◆ Tiempo del expulsivo: El tiempo del expulsivo en nulíparas dura hasta dos horas con un promedio de 50 min.
- ◆ Complicaciones a corto plazo: Son aquellas que se presentan en el puerperio inmediato como son desgarros, laceraciones, hematomas y edemas.
- ◆ Complicaciones a mediano plazo: Aquellas que se presentan luego del puerperio inmediato y que pueden aparecer hasta dentro de los 40 días que

dura el puerperio y pueden ser las dehiscencias de episiorrafias o las infecciones de las mismas.

4. Hipótesis

El no uso de la episiotomía mediolateral presenta complicaciones de menor severidad en comparación a las que se presentan con el uso sistemático de ésta.

5. Objetivos

- General

Comparar las complicaciones que se presentan con el uso sistemático y el no uso de la episiotomía mediolateral.

- Específicos

- Demostrar que el uso de la episiotomía mediolateral debe ser restrictivo según las indicaciones ya establecidas.
- Identificar los factores que aumentan el riesgo de complicaciones al usar y no usar la episiotomía.
- Identificar las complicaciones que se presentan a corto y a mediano plazo en las mujeres en las que se realizó episiotomía mediolateral.
- Determinar las complicaciones que se presentan a corto y a mediano plazo en las mujeres en las que no se realizó episiotomía.
- Evaluar el uso sistemático de la episiotomía mediolateral.

6. Finalidad

La episiotomía constituye una de las prácticas rutinarias más realizadas en el campo de la Obstetricia porque su uso se ha generalizado a la atención de todas las gestantes nulíparas como medida de prevención a traumas

perineales y del recién nacido, sin embargo, esta medida debe ser cambiada ya que sus beneficios no han sido completamente probados científicamente. Este trabajo tiene como finalidad promover el uso restrictivo de la episiotomía sujeto a ciertas indicaciones y dejar de lado el uso sistemático de la misma.

7. Aportes

Consideramos que este trabajo es un aporte importante para la Obstetricia Moderna porque no sólo eliminaría la práctica rutinaria de la episiotomía que no tiene beneficios demostrados, sino que también disminuirían considerablemente las complicaciones que su uso presenta y se brindaría una mejor calidad de vida a las pacientes.

8. Limitaciones

- Dificultad para acceder a las historias clínicas debido a que son solicitadas constantemente por el personal para realizar trabajos de investigación.
- El llenado irregular de la historia Clínica Perinatal distorsiona los datos que se buscan en el Sistema Informático Perinatal no pudiendo obtener datos confiables de éste.
- La falta de una capacitación adecuada para la atención de partos sin episiotomía condiciona a que se obtengan resultados adversos.
- El rechazo a ideas innovadoras constituye un obstáculo para la realización de trabajos como el presente.
- La ausencia de un control prenatal en algunas de las pacientes impidió la obtención de datos importantes como peso y talla.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

a) Tipo de investigación

El siguiente trabajo corresponde a un estudio analítico, prospectivo, de corte transversal.

b) Población

La población la constituyen 1341 mujeres gestantes a término, nulíparas que acudieron al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

c) Muestra representativa

La muestra es aleatoria y está formada por 494 gestantes a término, nulíparas que acuden al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período Enero – Agosto 2001. El tamaño de la muestra para la población objetivo se estableció con un nivel de confianza del 95% y un error estimado de 5%. Las gestantes fueron clasificadas de la siguiente manera:

- Un grupo conformado por 238 mujeres a las que se les realizó la episiotomía de manera sistemática,
- Otro grupo formado por 204 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía y;
- Otro grupo formado por 52 mujeres a las que se les realizó la episiotomía según ciertas indicaciones específicas.

Criterios de inclusión

- ◆ Gestantes a término atendidas en el Hospital San Bartolomé
- ◆ Pacientes entre 20 y 34 años de edad
- ◆ Partos eutócicos
- ◆ Pacientes nulíparas
- ◆ Episiotomía mediolateral
- ◆ Feto único
- ◆ Feto en presentación cefálica de vértex
- ◆ Pelvis ginecoide
- ◆ Pacientes que tuvieran por lo menos un control puerperal en el Hospital San Bartolomé

Criterios de exclusión

- ◆ Episiotomía mediana
- ◆ Pelvis no ginecoide
- ◆ Partos instrumentados
- ◆ Feto podálico
- ◆ Embarazos múltiples
- ◆ Pacientes sin control de puerperio

PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ESTUDIO: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO SISTEMÁTICO Y EL NO USO DE LA EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL EN PACIENTES NULÍPARAS: COMPLICACIONES

Definición conceptual de la variable independiente



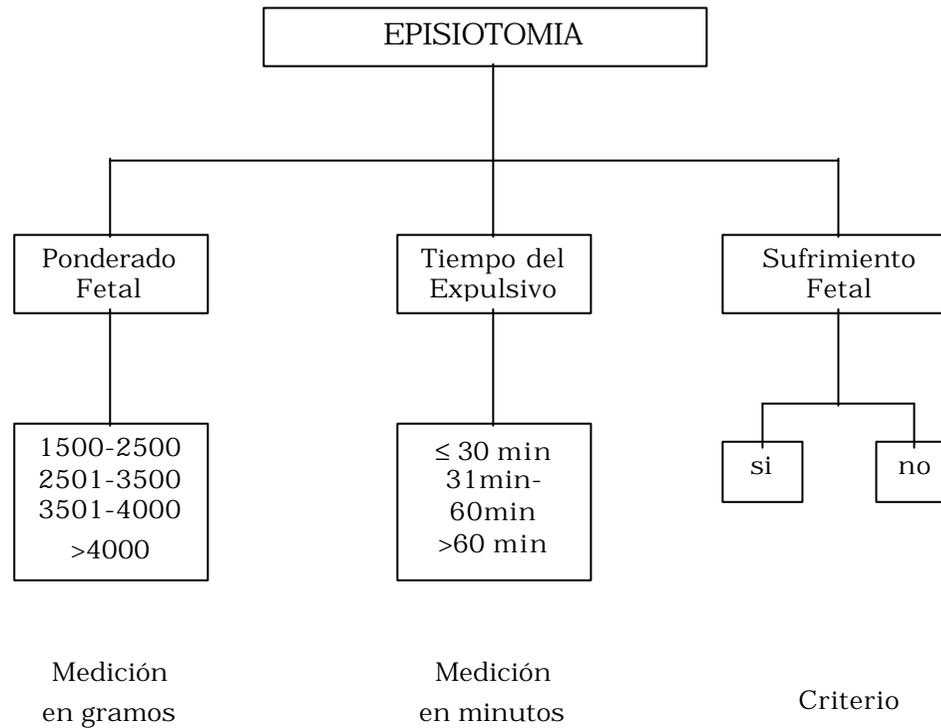
Dimensiones de la variable intermedia



Variable Operacional



Indicadores



ESTUDIO: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO SISTEMÁTICO Y EL NO USO DE LA EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL EN PACIENTES NULÍPARAS: COMPLICACIONES

Definición conceptual de la variable dependiente



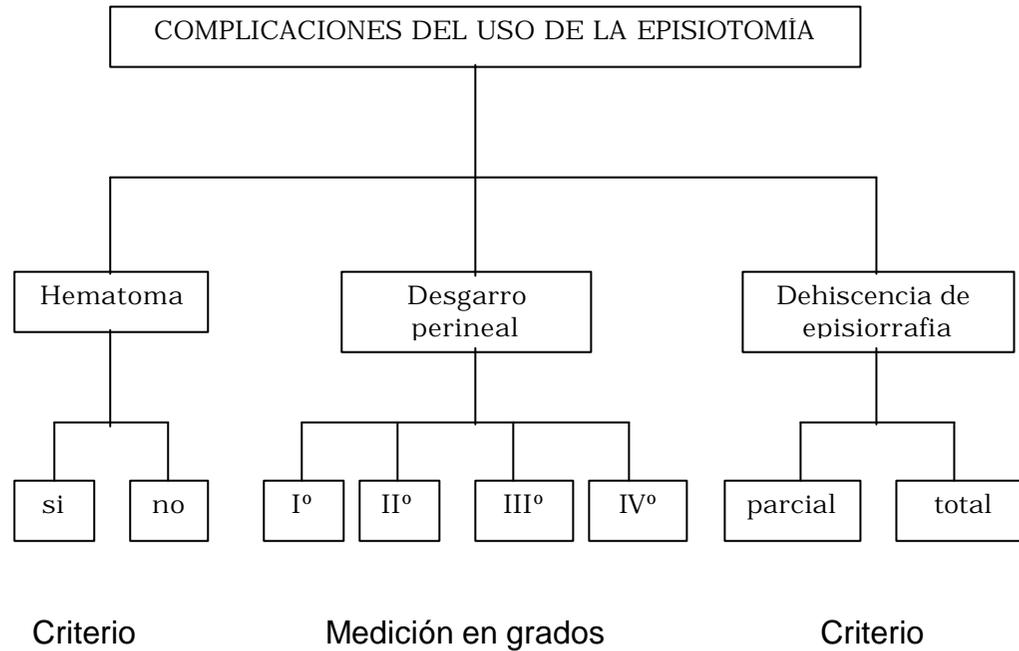
Dimensiones de la variable intermedia



Variable operacional



Indicadores



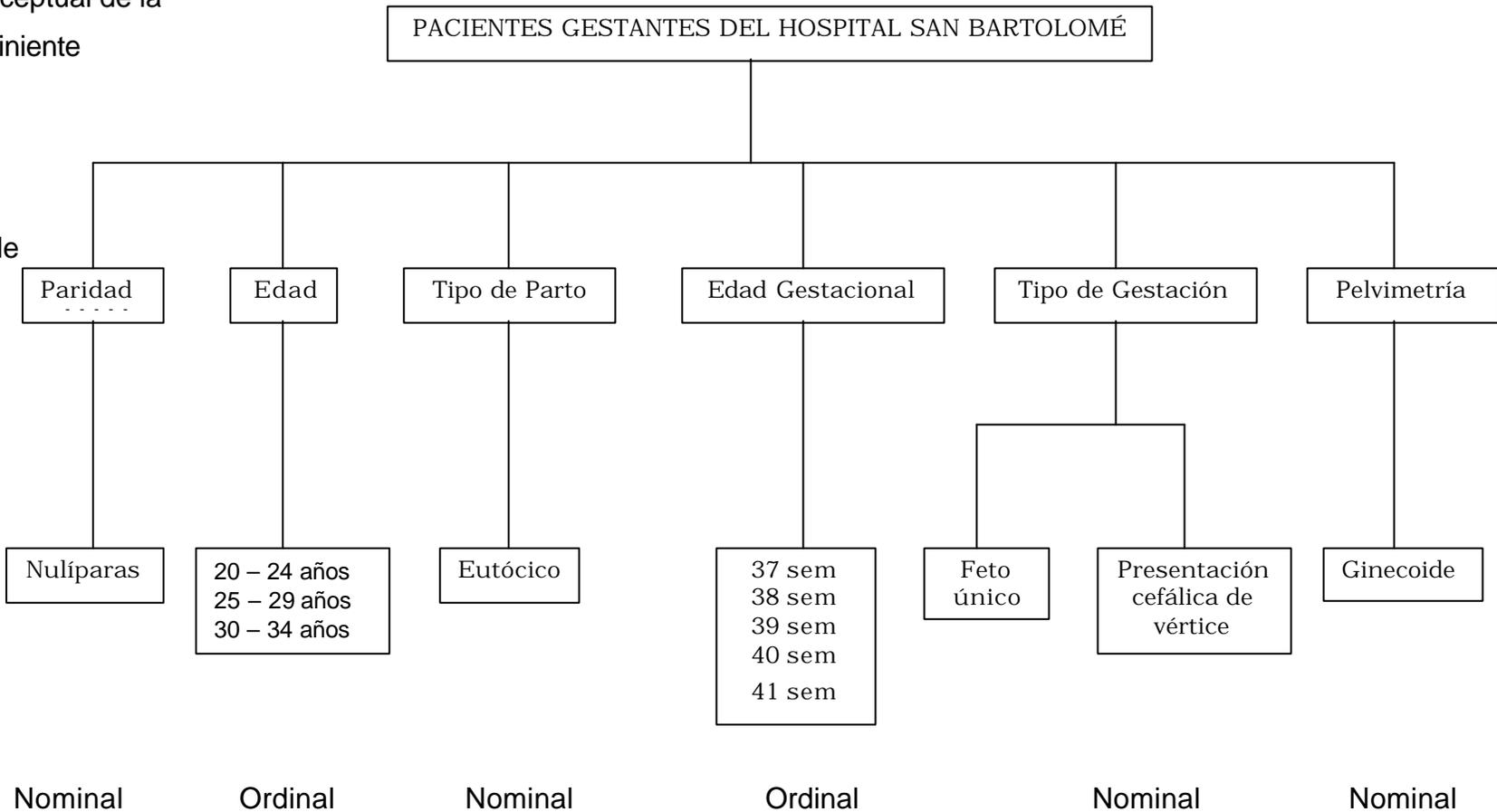
ESTUDIO: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO SISTEMÁTICO Y EL NO USO DE LA EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL EN PACIENTES NULÍPARAS: COMPLICACIONES

Definición Conceptual de la Variable Interviniente

Dimensiones de la variable Intermedia

Variable Operacional

Indicadores



Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se eligieron en forma aleatoria a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión y se tomó el número de historia clínica de dichas pacientes del libro de registro de partos del Centro Obstétrico del Hospital San Bartolomé para realizar el llenado de las fichas de recolección de datos.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó del 1º de Enero al 31 de Agosto del 2001 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

La identificación de pacientes se hizo según los criterios de inclusión y exclusión. Una vez ingresada la paciente a la sala de partos, se le hizo el debido seguimiento hasta el momento del expulsivo. En aquellas pacientes que ameritaban una episiotomía por ponderado fetal mayor a 3600 gr, bradicardia fetal o un tiempo del expulsivo que comprometiese el bienestar fetal se procedió a realizarla. La evaluación del Apgar se hizo al minuto y a los cinco minutos. Inmediatamente se valoró la ocurrencia de complicaciones posteriores al parto, tales como desgarros, hematomas, edemas, etc.

Se hizo el seguimiento de la paciente hasta el control puerperal a partir del séptimo día del parto para identificar a aquellas que presentaron complicaciones mayores como dehiscencias de episiorrafias o suturas e infecciones de episiorrafias o suturas, o alguna otra.

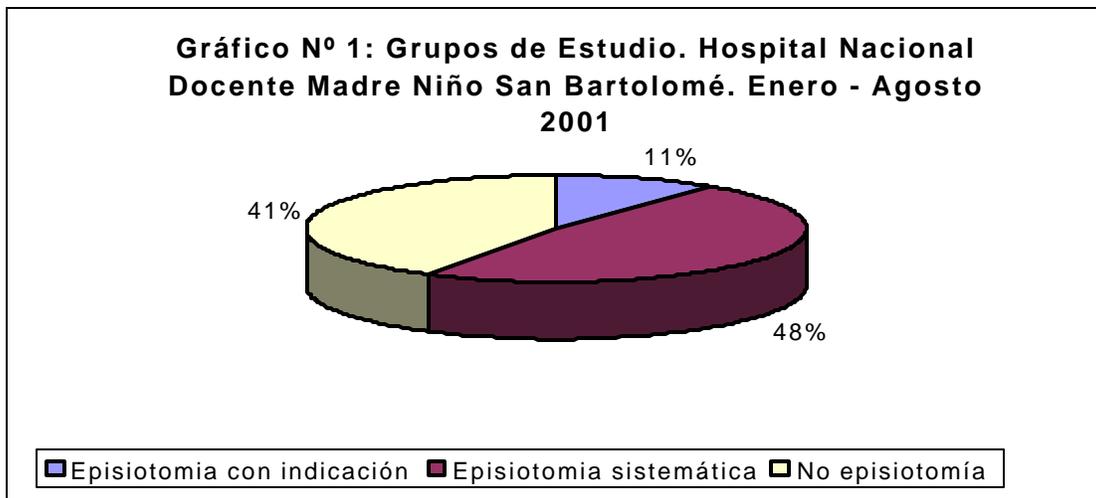
Análisis de datos

Los datos fueron analizados, tabulados y sometidos a pruebas de validez estadística como la prueba de chi cuadrado, la prueba "t" y una significancia estadística $< 0,05$. Se empleó el programa EPI INFO versión 6.4

III. RESULTADOS

Tabla N°1: Grupos de Estudio. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

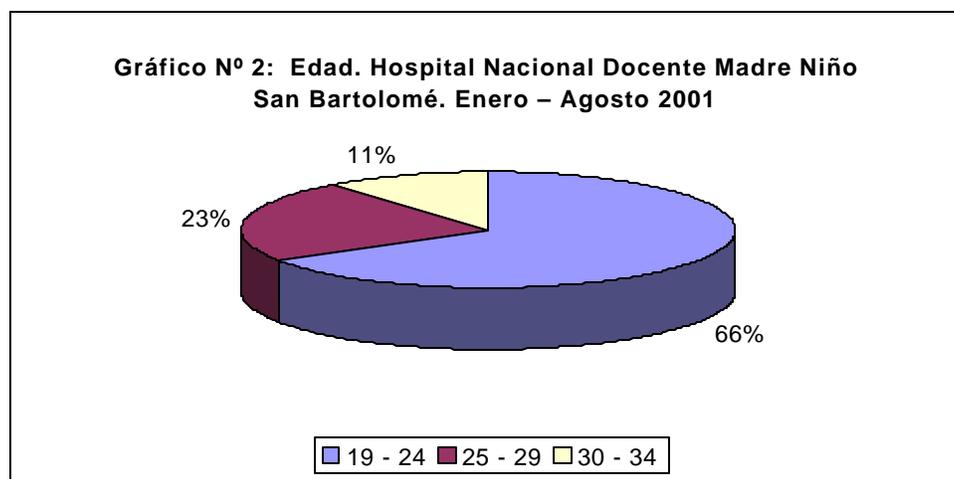
Procedimiento	n	%
Episiotomía con indicación	52	10.5
Episiotomía sistemática	238	48.2
No episiotomía	204	41.3
Total	494	100.0



En este gráfico podemos observar que el grupo que está conformado por la mayor cantidad de pacientes es el de episiotomía sistemática (238), seguido de manera decreciente por el de no episiotomía (204) y luego por el de episiotomía con indicación (52).

Tabla Nº 2: Edad. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Edad	n	%
20 – 24	326	66.0
25 – 29	114	23.1
30 – 34	54	10.9
Total	494	100.0



Aquí podemos observar que la mayor cantidad de pacientes oscilan entre las edades de 20 - 24 años (66%), seguidos por el grupo de 25 – 29 años (23.1%) y finalmente por el de 30 – 34 años (10.9%).

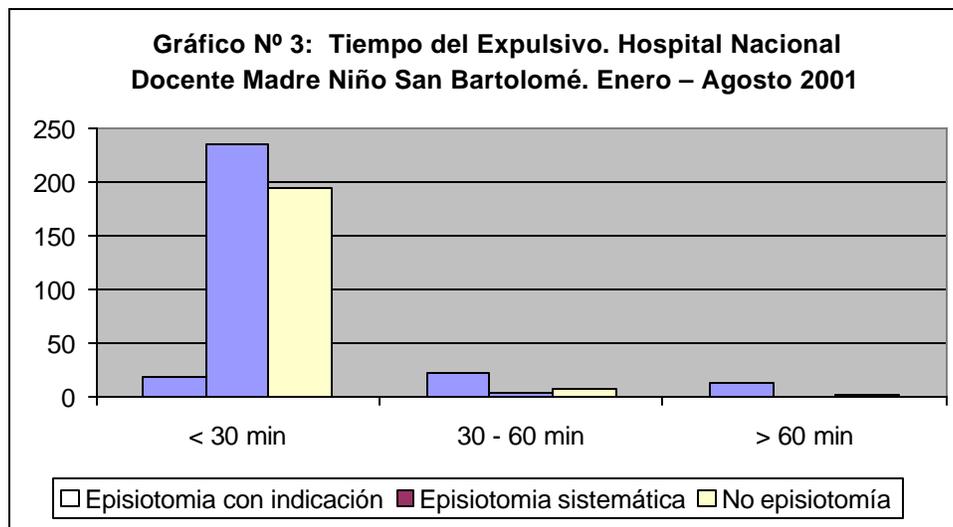
Tabla Nº 3: Tiempo de Expulsivo. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Procedimiento	< 30 min		30 – 60 min		> 60 min		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Episiotomía con indicación	18	34.6	21	40.4	13	25.0	52	100
Episiotomía sistemática	235	98.7	3	1.3	0	0.0	238	100
No Episiotomía	194	95.1	8	3.9	2	1.0	204	100

$X^2 = 217.24$

GL = 4

Valor p = 0.000002 (NS, valor esperado <5)



La mayor parte de los casos de episiotomía sistemática y de no episiotomía tienen un tiempo del expulsivo menor de 30 minutos (98.7% y 95.1% respectivamente). Por el contrario, el mayor porcentaje de casos del grupo de episiotomía con indicación (40.4%), tuvo un tiempo del expulsivo entre los 30 y 60 minutos.

Tabla N° 4: Media y DE del Tiempo de Expulsivo. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Procedimiento	m	s	h
Episiotomía con indicación	40.76	23.06	52
Episiotomía sistemática	13.71	7.16	238
No episiotomía	14.34	10.64	204

m: media del tiempo del expulsivo

s: desviación estandar del tiempo del expulsivo

h: tamaño de la muestra

En esta tabla podemos observar que la media del tiempo del expulsivo para el grupo de episiotomía con indicación fue de aproximadamente 40 minutos, seguida por el grupo de episiotomía sistemática que fue de aproximadamente 13 minutos y finalmente tenemos al grupo de no episiotomía en el cual la media del tiempo fue de más o menos 14 minutos.

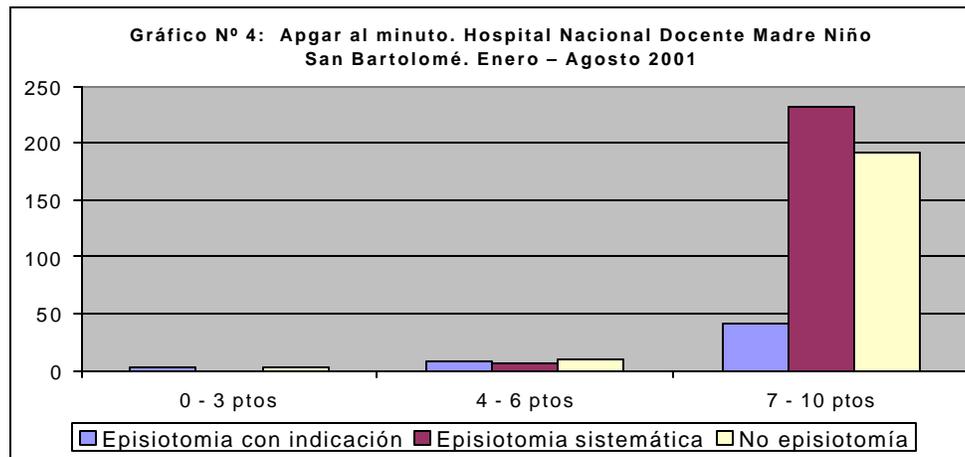
Tabla Nº 5: Puntaje de Apgar al minuto. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Procedimiento	0 - 3 pts		4 - 6 pts		7 - 10 pts		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Episiotomía con indicación	2	3.8	8	15.4	42	80.8	52	100
Episiotomía sistemática	0	0.0	7	2.9	231	97.1	238	100
No episiotomía	2	1.0	10	4.9	192	94.1	204	100

$X^2 = 22.20$

GL = 4

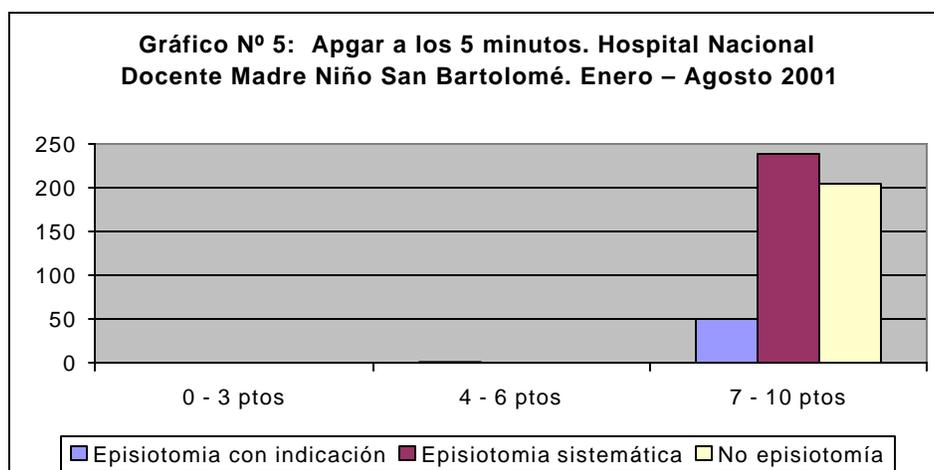
Valor p = NS (valores esperados <5)



El mayor porcentaje de puntaje apgar de 7–10 al minuto se observa en los recién nacidos a cuyas madres se les realizó la episiotomía de manera sistemática (97.1%), pero la diferencia con los otros grupos no es significativa.

Tabla N° 6: Puntaje Apgar a los 5 minutos. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Procedimiento	0 - 3 pts		4 - 6 pts		7 - 10 pts		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Episiotomía con indicación	0	0.0	1	1.9	51	98.1	52	100
Episiotomía sistemática	0	0.0	0	0.0	238	100.0	238	100
No episiotomía	0	0.0	0	0.0	204	100.0	204	100



Los recién nacidos de los tres grupos de estudio obtuvieron un puntaje de apgar de 7-10: en un 100%, en los grupos de episiotomía sistemática y no episiotomía, y en un 98.1% en el grupo de episiotomía con indicación.

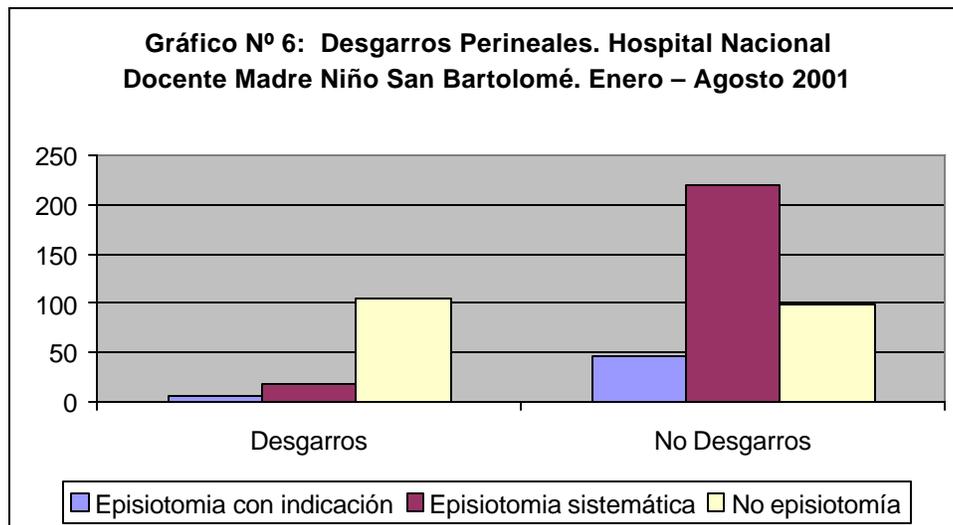
Tabla N° 7: Desgarros vs. No desgarros Perineales. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Procedimiento	Desgarros		No Desgarros		Total	
	n	%	n	%	n	%
Episiotomía con indicación	5	9.6	47	90.4	52	100.0
Episiotomía sistemática	19	8.0	219	92.0	238	100.0
No episiotomía	105	51.5	99	48.5	204	100.0

$\chi^2 = 115.87$

Valor p < 0.001 (significativo)

GL = 2

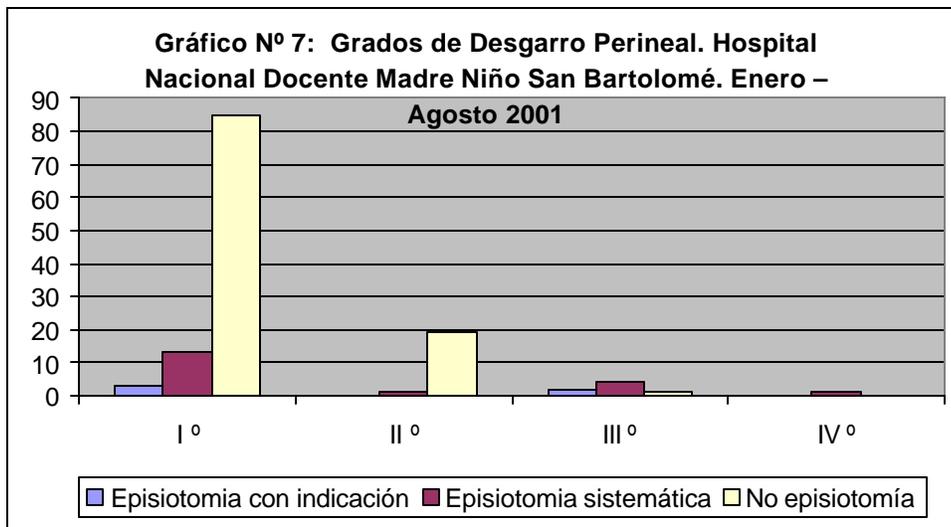


En el grupo de mujeres en las que no se realizó episiotomía se presentaron la mayor cantidad de desgarros perineales y fue en el grupo de episiotomía sistemática en el que se registró la menor cantidad de los mismos.

Tabla Nº 8: Grados de desgarro Perineal. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Procedimiento	I°		II°		III°		IV°		N° Desgarros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Episiotomía con indicación	3	5.8	0	0.0	2	3.8	0	0.0	47	90.4	52	100
Episiotomía sistemática	13	5.5	1	0.4	4	1.7	1	0.4	219	92.0	238	100
No episiotomía	85	41.7	19	9.3	1	0.5	0	0.0	99	48.5	204	100

$X^2 = 32.29$ Valor $p < 0.001$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL= 6



Los desgarros de I° y II° se produjeron mayormente en las pacientes a las que no se les realizó una episiotomía (41.7% y 9.3% respectivamente) y los desgarros de III° y IV°, se produjeron en aquellas pacientes en las que se aplicó de manera sistemática la episiotomía.

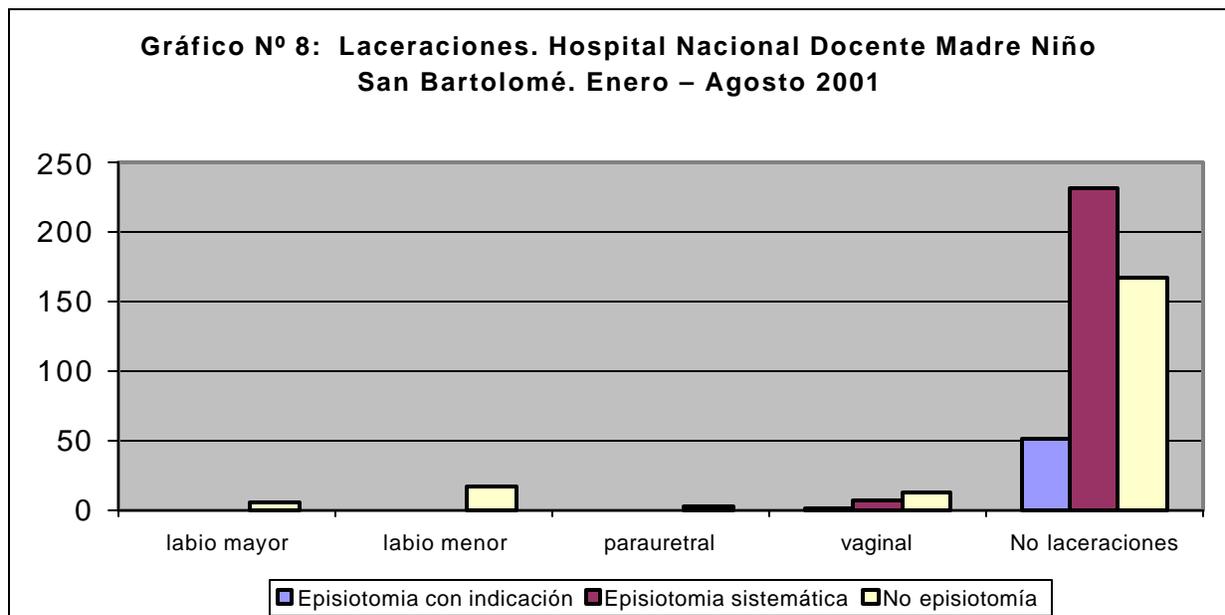
Tabla Nº 9: Valor p de los desgarros Perineales. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Desgarros	Epi / no episiotomía	Epi con ind/ no epi	Prueba Estadística
Iº	< 0.001	< 0.001	t
IIº	< 0.01	--	t
IIIº	NS	NS	t
No desgarros	< 0.01	< 0.001	t

Tabla Nº 10: Laceraciones vs. no laceraciones perineales. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Procedimiento	labio mayor		labio menor		parauretral		vaginal		No lac.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Episiotomía. Con indicación	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.9	51	98.1	52	100
Epi. Sistemática	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	2.5	232	97.5	238	100
No episiotomía	5	2.5	17	8.3	2	1.0	12	5.9	168	82.4	204	100

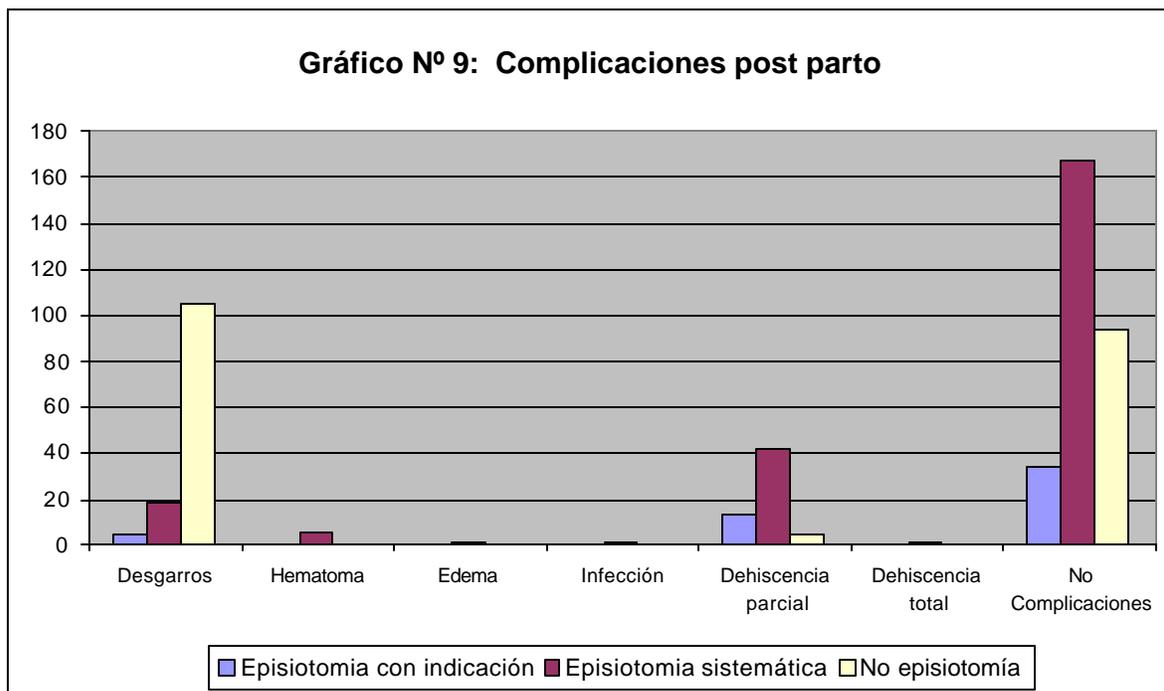
$\chi^2 = 40.95$ Valor p < 0.001 (valor esperado < 5, valor no significativo) GL= 8



El mayor porcentaje de laceraciones se observa en el grupo de pacientes a las que no se les practicó una episiotomía ocurriendo en su mayoría a nivel del labio menor.

Tabla Nº 11: Complicaciones post parto. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Proced.	Desgarros		Hemato.		Edema		Infecc.		Dehisc. parcial		Dehisc. total		No Complic.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Epi. con indic.	5	9.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	25.0	0	0.0	34	65.4	52	100
Epi. Sistem.	19	8.0	6	2.5	1	0.4	1	0.4	42	17.6	1	0.4	168	70.6	238	100
No epi.	105	51.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	2.5	0	0.0	94	46.1	204	100



Las complicaciones post parto se presentan en el 54% de las pacientes a las que no se les realizó una episiotomía, siendo el 51.5% de éstas complicaciones los desgarros perineales.

Tabla N° 12: Valor p de Dehiscencia Parcial. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

	Valor p
Epi con ind/ epi	NS
Epi / no episiotomía	< 0.01
Episiotomía con ind/ no epi	< 0.01

Tabla N° 13: Desgarro Perineal vs. Peso RN - Episiotomía con Indicación. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Episiotomía con indicaciones	1500 – 2500		2501 - 3500		3501 - 4000		> 4000		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
I°	0	0.0	1	3.4	2	10.0	0	0.0	3
III°	0	0.0	2	6.9	0	0.0	0	0.0	2
No desgarros	0	0.0	26	89.7	18	90.0	3	100	47
Total	0	0.0	29	100	20	100	3	100	52

$X^2 = 2.68$ Valor p > 0.5 (valor esperado < 5, valor no significativo) GL= 4

Los recién nacidos cuyos pesos oscilan entre los 2501 y 3500 gramos son los produjeron los desgarros perineales de I° y III° en el grupo de episiotomía con indicación.

Tabla N° 14: Desgarro Perineal vs Peso RN - Episiotomía Sistemática. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Episiotomía Sistemática	1500 – 2500		2501 - 3500		3501 – 4000		> 4000		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	N
I°	1	16.7	9	5.0	3	5.8	0	0.0	13
II°	0	0.0	1	0.6	0	0.0	0	0.0	1
III°	0	0.0	3	1.7	1	1.9	0	0.0	4
IV°	0	0.0	0	0.0	1	1.9	0	0.0	1
No desgarros	5	83.3	164	92.7	47	90.4	3	100	219
Total	6	100	177	100	52	100	3	100	238

$X^2 = 5.78$ Valor $p > 0.05$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL= 9

Los recién nacidos cuyos pesos oscilan entre los 2501 y 3500 gramos son los produjeron los desgarros perineales de I° y III° en el grupo de episiotomía sistemática.

Tabla N° 15: Desgarro Perineal vs. Peso RN - No Episiotomía. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

No Episiotomía	1500 – 2500		2501 – 3500		3501 – 4000		> 4000		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	N
I°	2	25	56	39.4	23	51.1	4	44.5	85
II°	0	0.0	13	9.2	5	11.1	1	11.1	19
III°	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	11.1	1
No desgarros	6	75	73	51.4	17	37.8	3	33.3	99
Total	8	100	142	100	45	100	9	100	204

$X^2 = 27.18$ Valor $p > 0.05$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL= 9

Los recién nacidos cuyos pesos oscilan entre los 2501 y 3500 gramos son los produjeron los desgarros perineales de I° y II° en el grupo de no episiotomía.

Tabla Nº 16: Peso Fetal y Perímetro cefálico - Media y DE. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

	Peso RN	PC
m	3285.54	34.37
s	396.948	13.169

m: media del peso fetal y del perímetro cefálico

s: desviación estándar del peso fetal y el perímetro cefálico

Tabla Nº 17: Peso RN vs. Laceraciones vs. No Laceraciones – Episiotomía con indicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Episiotomía con Indicaciones	1500 – 2500		2501 – 3500		3501 – 4000		> 4000		TOTAL
	n	%	n	%	N	%	n	%	N
Vaginal	0	0.0	1	3.4	0	0.0	0	0.0	1
No laceraciones	0	0.0	28	96.6	20	100	3	100	51
Total	0	0.0	29	100	20	100	3	100	52

$X^2 = 0.31$ Valor $p > 0.05$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL= 2

Los recién nacidos cuyos pesos oscilan entre los 2501 y 3500 gramos son los que produjeron la mayor cantidad de laceraciones vaginales en el grupo de episiotomía con indicación.

Tabla Nº 18: Peso RN vs. Laceraciones vs. No Laceraciones – Episiotomía Sistemática. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Episiotomía Sistemática	1500 – 2500		2501 - 3500		3501 – 4000		> 4000		TOTAL
	n	%	N	%	N	%	n	%	n
Vaginal	0	0.0	5	2.8	1	1.9	0	0.0	6
No laceraciones	6	100	172	97.2	51	98.1	3	100	232
Total	6	100	177	100	52	100	3	100	238

$X^2 = 0.21$ Valor $p > 0.5$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL= 2

Los recién nacidos cuyos pesos oscilan entre los 2501 y 3500 gramos son los que produjeron la mayor cantidad de laceraciones vaginales en el grupo de episiotomía sistemática.

Tabla Nº 19: Peso RN vs. Laceraciones vs. No Laceraciones - No Episiotomía. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

No Episiotomía	1500 - 2500		2501 - 3500		3501 – 4000		> 4000		TOTAL
	N	%	n	%	n	%	N	%	N
Labio mayor	0	0.0	4	2.8	1	2.2	0	0.0	5
Labio menor	2	25.0	11	7.8	3	6.7	1	11.1	17
Parauretral	0	0.0	2	1.4	0	0.0	0	0.0	2
Vaginal	1	12.5	9	6.3	1	2.2	1	11.1	12
No laceraciones	5	62.5	116	81.7	40	88.9	7	77.8	168
Total	8	100	142	100	45	100	9	100	204

$X^2 = 33.79$ Valor $p < 0.05$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL=12

Los recién nacidos cuyos pesos oscilan entre los 2501 y 3500 gramos son los que produjeron la mayor cantidad de laceraciones de labio menor en el grupo de no episiotomía.

Tabla Nº 20: Laceraciones vs. Perímetro Cefálico. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Laceraciones	< 34 cm.		34 – 36 cm.		> 36 cm.		TOTAL
	N	%	n	%	n	%	n
Labio mayor	0	0.0	5	1.7	0	0.0	5
Labio menor	10	5.4	6	2.1	1	6.3	17
Parauretral	1	0.5	1	0.3	0	0.0	2
Vaginal	7	3.7	11	3.8	1	6.3	19
No laceraciones	169	90.4	268	92.1	14	87.4	451
Total	187	100	291	100	16	100	494

$X^2 = 7.92$ Valor $p > 0.05$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL= 8

De manera general, los recién nacidos cuyos perímetros cefálicos oscilan entre los 34 – 36 cm son los que produjeron la mayor cantidad de laceraciones vaginales.

Tabla N° 21: Desgarros Perineales vs. Perímetro Cefálico. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001

Desgarros	< 34 cm.		34 – 36 cm.		> 36 cm.		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n
I°	36	19.3	62	21.3	3	18.7	101
II°	7	3.7	13	4.5	0	0.0	20
III°	2	1.1	5	1.7	0	0.0	7
IV°	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1
No desgarros	142	75.9	210	72.2	13	81.3	365
Total	187	100	291	100	16	100	494

$X^2 = 2.69$ Valor $p > 0.05$ (valor esperado < 5 , valor no significativo) GL= 8

Los recién nacidos con perímetro cefálico entre 34 – 36 cm provocaron la mayor cantidad de desgarros de I°, seguidos de desgarros de II° y finalmente desgarros de III°.

IV. DISCUSIÓN

Las poblaciones menores de 20 años y mayores de 34 años de edad no fueron incluidas en el estudio por las características del tejido perineal de cada una, tenso y laxo respectivamente, lo cual constituiría un sesgo en el trabajo. De nuestra muestra, el 66% de pacientes fluctúa entre los 20 y 24 años de edad por ser éste el grupo etáreo que más concurre al hospital San Bartolomé, siendo la media de edad de 23.4 años.

El mayor porcentaje de pacientes (40.4%) del grupo de episiotomía con indicación tuvo un tiempo de expulsivo entre 30 a 60 minutos porque si bien es cierto el expulsivo puede demorar hasta una hora o más, los fetos de estas pacientes comenzaron a presentar bradicardia, motivo por el cual se decidió acortar el expulsivo. Por otro lado, el grupo de pacientes con episiotomía sistemática y el de no episiotomía tuvo sus mayores porcentajes en un tiempo de expulsivo menor a 30 minutos (98.7 % y 95.1% respectivamente), pero la diferencia entre ambos grupos es significativa. Esto nos demuestra que el tiempo de expulsivo no se prolonga a más de 30 minutos cuando se practica o no la episiotomía. La media de tiempo del expulsivo en el grupo de episiotomía con indicación fue de 40.7 minutos, en el de episiotomía sistemática 13.7 minutos y en el de no episiotomía 14.3 minutos.

El puntaje de Apgar, puntaje muy importante para el pronóstico del recién nacido no se ve alterado cuando se aplica o no la episiotomía, esto se demuestra con los porcentajes superiores al 80% en Apgar mayor de 7 al

minuto y a los cinco minutos en los tres grupos de estudio. Las causas de un puntaje de apgar menor de 7 o menor de 4 encontradas en este estudio, fueron las distocias de cordón (circulares de cordón simples o dobles ajustados), bradicardia fetal y líquido amniótico meconial.

La complicación más frecuente que se presentó en el grupo de episiotomía con indicación y de episiotomía sistemática fue la dehiscencia parcial de episiorrafia (25 % y 17.6% respectivamente), ésta aunada con el porcentaje de dehiscencia total (0.4%), nos da un total de 43% de dehiscencias en las pacientes en las que se realizó episiotomía, en comparación con 2.5% en las que no hubo episiotomía pero tuvieron dehiscencia de sutura. Aquí ocurre algo muy contrario con respecto a un estudio observacional realizado y que no encontró diferencias entre estos grupos. Por otro lado, en el grupo de no episiotomía la complicación más frecuente fueron los desgarros perineales (51.5%). Se encontró sólo un caso de infección de episiorrafia en una paciente en la que se realizó episiotomía sistemáticamente, ésta reingresó al hospital al día siguiente de haber sido dada de alta refiriendo alza térmica e intenso dolor en la zona de episiorrafia. Al examen, se observaba una zona empastada, dolorosa a la presión con secreción purulenta en escasa cantidad. Además, fueron seis los casos de hematomas de pared vaginal en la zona de episiorrafia (2.5%), ésta es una cifra mucho menor a la encontrada por Röckner que fue de 38%. El de mayor dimensión alcanzó 6 cm x 6 cm y fue debridado en sala de operaciones. Los edemas en zona de episiorrafia registrados fueron sólo dos (0.4%) a pesar de que se tuvo conocimiento de la existencia de mayores casos pero que no fueron registrados correctamente en las historias clínicas, este porcentaje

también es muy diferente al encontrado por Röckner en su estudio que fue de 25%. Con respecto a la dehiscencia total, que está descrita en la hoja de control puerperal, se mencionó que el músculo se encontraba totalmente expuesto. También se encontró un caso de una paciente a la que se le había aplicado la episiotomía con indicación que retornó al hospital después de 4 meses con irritación, edema de mucosa vaginal en el segmento inferior y salida de mucosa vaginal por el reborde de la piel (en zona de episiorrafia). Se le realizó una colporrafia posterior y el hallazgo operatorio fue rectocele grado II.

En el grupo de episiotomía con indicación el 9.6% de las pacientes sufrió un desgarro perineal, en el de episiotomía sistemática, el 8% y en el de no episiotomía, el 51.5%, siendo éstos en su mayoría de I^o grado (41.7%) pero que no alcanzaron más de 3 cm de longitud y se debe considerar que muchos de ellos no debieron suturarse. Si bien el mayor porcentaje de desgarros lo tiene el grupo de no episiotomía, existen factores que predispusieron la ocurrencia de éstos, tales como la distocia de hombros que ocurrió en algunos casos, y por sobre todo la poca capacitación del personal para atender partos sin episiotomía sin embargo, estas pacientes tuvieron una cicatrización adecuada y esto se demuestra porque no hubo una tasa significativa de dehiscencias de sutura (2.5%, $p < 0.01$).

A pesar de que se señala que la episiotomía es una medida de protección del periné frente a los desgarros perineales, el 5.9% de los casos de episiotomía

sistemática sufrieron además de la incisión, desgarros de I^o y II^o (5.5% y 0.4% respectivamente).

Los casos de desgarro de III^o entre los grupos de episiotomía sistemática y con indicación (n=6) se dieron en un 5.5%, esta cifra podría ser comparable con el estudio realizado por Thacker y Banta en donde encontraron esta complicación en un intervalo de 0-9%. Si bien es cierto, la diferencia entre este porcentaje y el de pacientes que no recibieron episiotomía (n=1) no son significativamente estadísticos, sí existe un riesgo relativo de 4.22 (IC 95% 0.51, 34.79) de que una episiotomía se extienda a un desgarro de III^o. El desgarro de III^o grado encontrado en el grupo de no episiotomía fue de una mujer cuyo recién nacido pesó 4680 kg y no se le practicó la episiotomía por haber sido inadecuadamente ponderado.

Hubo sólo un caso de desgarro de IV^o en el grupo de episiotomía sistemática el cual fue reparado en sala de operaciones.

Las laceraciones se presentaron en su mayoría en el grupo de no episiotomía (17.6%, RR 1.18, IC 95% 1.10,1.26) estas laceraciones afectaron a labio mayor, labio menor, vagina y región parauretral. Sin embargo, cabe resaltar que aproximadamente el 50% de estas laceraciones no requirieron suturarse ni tampoco presentaron complicaciones mayores.

Recién nacidos entre 2501 y 3500 gramos con un perímetro cefálico entre 34 y 36 centímetros conformaron la población mayoritaria y fueron ellos los que más desgarros y laceraciones produjeron. Al comparar los desgarros que se

produjeron con recién nacidos de mayor peso y mayor perímetro cefálico que los mencionados, no existe diferencia significativa. Esto quiere decir que ni el peso ni el perímetro cefálico necesariamente serían factores predisponentes para la ocurrencia de traumas perineales.

V. CONCLUSIONES

- Al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones post parto, pero de menor severidad, que cuando ésta se realiza de manera sistemática.
- La aplicación sistemática de la episiotomía se asocia a complicaciones post parto severas como son las dehiscencias parciales, los desgarros perineales, los hematomas, las infecciones, los edemas y las dehiscencias totales de episiorrafia.
- Cuando no se realiza episiotomía es mayor el número de laceraciones.
- Los desgarros perineales de I^o y II^o se presentan mayormente en las pacientes a las que no se les practica la episiotomía.
- La dehiscencia parcial de episiorrafia es la principal complicación que se presenta con la aplicación sistemática de la episiotomía.
- Las laceraciones perineales anteriores no siempre requieren sutura.
- Existe mayor riesgo de desgarro de III^o y IV^o al realizarse la episiotomía.
- El tiempo promedio del expulsivo es discretamente mayor en el grupo en que no se realizó la episiotomía, en relación al grupo que tuvo episiotomía de forma sistemática.
- El puntaje de Apgar al minutos y a los 5 minutos no varía cuando no se practica la episiotomía.
- El peso fetal no es necesariamente un factor que predispone la ocurrencia de desgarros o laceraciones.
- La medida del perímetro cefálico no siempre influye en la incidencia de desgarros ni laceraciones.

- El ponderado fetal mayor de 3600 gr no constituye necesariamente una indicación para realizar la episiotomía.

VI. RECOMENDACIONES

- Es necesario una mejor capacitación en la atención de partos sin episiotomía, esto disminuiría notablemente la incidencia de desgarros y laceraciones perineales.
- Se deben realizar estudios para determinar la influencia de la posición de la madre en el momento del parto en la ocurrencia de complicaciones.
- Los datos antropométricos de la madre deberían ser considerados para poder determinar si estos se asocian a complicaciones post parto.
- La variedad de posición de la cabeza fetal en el momento del parto debe ser incluida como variable.
- Se recomienda considerar el seguimiento de las pacientes hasta los seis meses y un año post parto para identificar posibles casos de dispareunia e incontinencia urinaria respectivamente.
- Se deben realizar estudios tomando en cuenta los ejercicios de Kegel para determinar si estos tienen efecto alguno evitando que se produzcan desgarros y/o laceraciones.
- Sería importante considerar el número de tactos vaginales y ver qué relación tendrían éstos en la ocurrencia de desgarros perineales.
- Recomendamos implementar la técnica de Kegel y el masaje perineal en las sesiones de Psicoprofilaxis por ejemplo, para determinar los beneficios que pueda tener en la prevención de desgarros perineales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado J. Manual de Neonatología. Ediciones Apuntes Médicos del Perú. UNMSM. Lima-Perú 1998.
2. Alvarado J. Manual de Obstetricia. Ediciones Apuntes Médicos del Perú. Tomo I. UNMSM. Lima-Perú 1994.
3. Archives of the OBGYN. Episiotomy Revisited...The Case Against Routine Use. USA 1997.
4. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomized controled trial. Lancet 1993; 342: 1517-1518.
5. Ashley Hill D, MD. Possible Causes and Treatments of Episiotomy pain: Issues and Procedures in Women's Health. OBGYN.net Publications, Hospital Family Practice Residency, Orlando, Florida, 1996.
6. ASPPO. Boletín Informativo. Año 1. Perú 1999; 1:7.
7. ASPPO. Boletín Informativo. Año 1. Perú. 1999; 3:2.
8. Balaskas, Janet. Active Birth. Boston: Harvard Common Press, 1992.
9. Bansal, Raj. Tan, Winona. Is there a benefit to episiotomy al spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Estados Unidos 1996. Vol 175, N° 4, Parte I.
10. Carroli G., Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births. The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
11. Carroli G., Belizan J, Stamp G. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 2000.

12. Cunningham G, Mac Donald P. Williams Obstetricia. Vigésima Edición. Editorial Médica Panamericana. España. 1998.
13. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Nº 4. Ginebra 2001.
14. Dildy G, Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. Volumen II. Editorial McGraw Hill Interamericana. Estados Unidos 1999.
15. Espinoza J, Ligarda J. Manual de Obstetricia Tomo II. UNMSM. Lima Perú 2000.
16. Garner P, Dyall A. Episiotomía de rutina en países en desarrollo. British Medical Journal. 1998 Apr; 316: 1179-1180.
17. Goer H. Obstetric Myths versus Research Realities A Guide to the Medical Literature 1995.
18. Harper B, Gentle Birth Choices. Rochester 1994; 75.
19. Kitzinger S. Episiotomy and the second stage of labor. Seattle, Wa: Pennypress 1999;1.
20. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsternesson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecology and Obstetric Investigation 1991; 31: 213-216.
21. Lede R, Belizán J. Is routine use of episiotomy justified? American Journal of Obstetrics and Gynecology. Argentina 1996; 174 (5): 1399-1402.
22. Liljestrand J. Políticas para el uso de la episiotomía en nacimientos vaginales – Biblioteca de Salud Reproductiva 1999.

23. Mc Guinness M, Norr K, Nacion K. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. *Journal Nurse Midwifery* 1991; 36: 192-198
24. Methods to prevent an episiotomy. What Is The Prevention For Episiotomy?. PageWise Inc. USA 2001.
25. Northrup C. *Women's Bodies, Women's wisdom*. New York: Bantam 1998.
26. Pérez Sánchez A. *Obstetricia*. Segunda Edición. Editorial Mediterráneo. Chile 1997.
27. Röckner G, Wahlberg V, Ölurd A. Episiotomy and perineal trauma during childbirth. *Journal Adv Nursery* 1989, 14: 264-268.
28. Röckner G, Henningsson A, Wahlberg V, Ölurd A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. *Scandinavian Journal Caring Science* 1988; 2: 19 –24.
29. Schwarcz R, Duverges C, Díaz G, Fescina R. *Obstetricia*. Quinta Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina 1995.
30. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *British Medical Journal* 1984; 7: 107-110.
31. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review io the english language literature 1860-1980. *Obstetric and Gynecology Surv* 1983; 38: 322-3318.
32. Wagner M. *Pursuing the Birth Machine* 1994.
33. Weijmar Shultz WC, Van de Wiel HB, Heiemann R, Aarnoudse JG, Hiusjes HJ, *Journal Psychosomatic Obstetric and Gynaecology* 1987; 14: 97-100.

34. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-

language literature since 1980. Obstetrics and Gynecology Survey Vol 50.

Estados Unidos 1995.

ANEXOS- Ficha de recolección de datos

1. HC: _____
 2. Edad: _____
 3. Edad Gestacional:
37 sem 38 sem 39 sem 40 sem 41 sem
 4. Ponderado Fetal: _____
1500-2500 2501-3500 3501-4000 >4000
 5. Tiempo del Expulsivo: _____ < 2 horas > 2 horas
 6. Episiotomía MLD: Sí () No ()
 7. Peso del Recién Nacido: _____
1500-2500 2501-3500 3501-4000 >4000
 8. Perímetro Cefálico: _____
< 34 cm 34 – 36 cm > 36 cm
 9. Apgar al minuto: _____ 1-3 4-6 7-10
 10. Apgar a los 5 minutos: _____ 1-3 4-6 7-10
 11. Intercurrencias: _____
 12. Desgarro: Sí () No ()
 13. Grado de Desgarro:
I° grado II° grado III° grado IV° grado
 14. Laceraciones: Sí No
labio menor parauretral vaginal labio mayor
 15. Pérdida Sanguínea: _____
< 500 cc 500 cc > 500 cc
 16. Anemia: Sí () No ()
anemia aguda anemia crónica
 17. Hematocrito preparto: _____
 18. Hematocrito post parto: _____
 19. Dolor: Sí No
leve fuerte
 20. Hematoma: Sí No
 21. Edema: Sí No
 22. Infección: Sí No
 23. Dehiscencia Sí No
parcial total
- Otros: _____

FÓRMULA PARA LA OBTENCIÓN DE TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \left[\frac{Z_a \sqrt{2p_c(1-p_c)} - Z_b \sqrt{p_t(1-p_t) + p_c(1-p_c)}}{p_t - p_c} \right]^2$$

Donde:

Z_α = valor de z – distribución normal = 1.96

Z_β = valor de z – distribución normal = -1.28

n = tamaño final de la muestra

π_t = proporción de episiotomías = 0.75

π_c = proporción de no episiotomías = 0.595

$\pi_t - \pi_c = 0.6\%$

Se desea tener la muestra con un 95% de certeza y sin cometer un error mayor al 5%.

Población de pacientes con episiotomía: 1085

Población de pacientes con episiotomía con indicación: 52

Población de pacientes sin episiotomía: 204

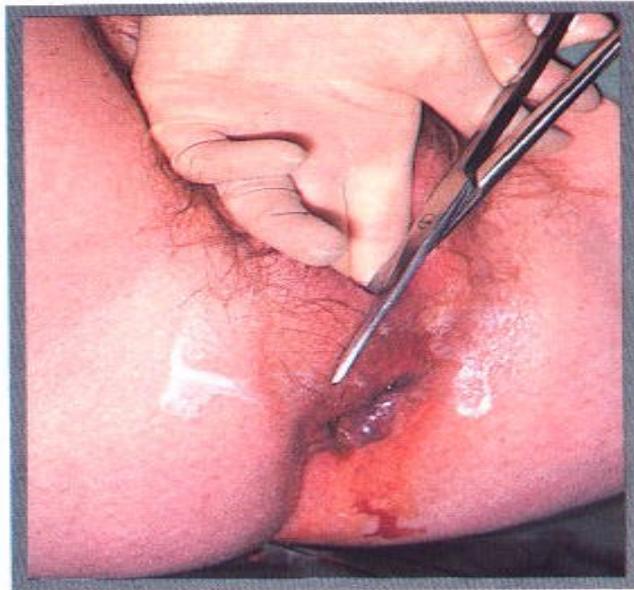
Para pacientes con episiotomía:

$$n = \left[\frac{1.96 \sqrt{2(0.15)(1-0.15)} + 1.28 \sqrt{0.75(1-0.75) + 0.15(1-0.15)}}{0.6} \right]^2$$

n = 201

Sistema de Puntaje de Apgar

Signo	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento, irregular	Bueno, llanto
Tono muscular	Flácido	Cierta flexión de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	No responde	Muecas	Llanto enérgico
Color	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Totalmente rosado

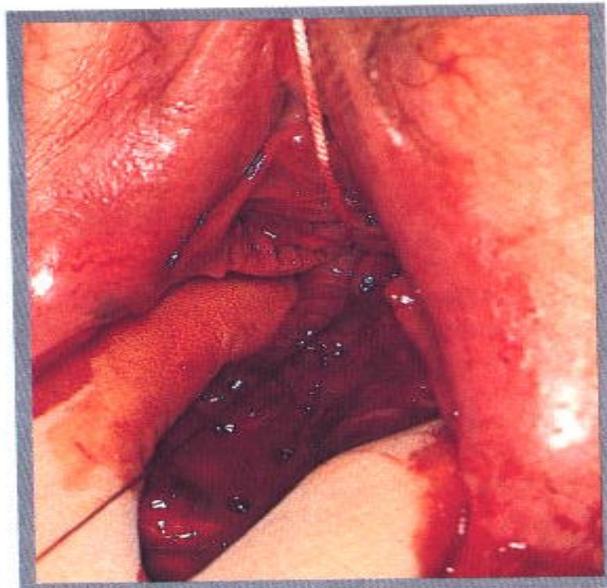


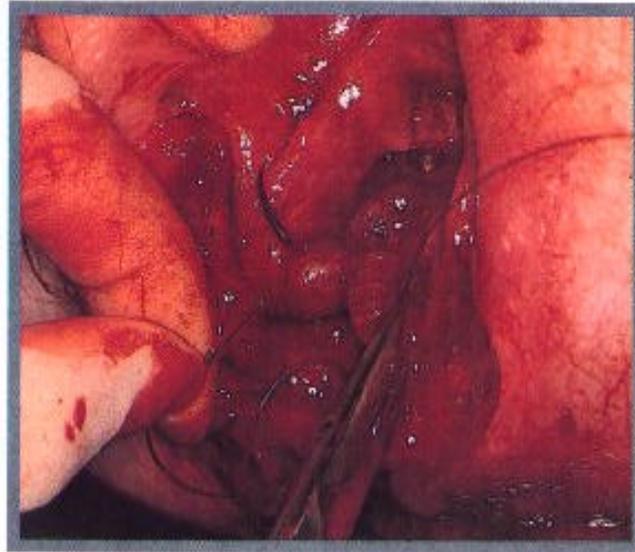
MOMENTO DE LA EPISIOTOMÍA





REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA





TÉCNICA DE SUTURA





EPISIOTOMÍA AFRONTADA

