

DESGARROS PERINEALES CON O SIN EPISIOTOMÍA EN SALA DE LABOR Y PARTO DEL HOSPITAL ESCUELA

PERINEAL TEARS WITH OR WITHOUT EPISIOTOMY IN LABOR ROOM OF THE HOSPITAL ESCUELA

Juan Lorenzana-Cruz* , José Espinal-Rodríguez**

RESUMEN. La episiotomía es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en obstetricia; su uso prácticamente es rutinario en la mayoría de los hospitales. En varios estudios se ha llegado a la conclusión que el uso indiscriminado de la episiotomía aumenta los riesgos y la morbilidad del parto, por lo que se ha tomado la iniciativa de realizar este procedimiento en forma más selectiva.

OBJETIVO. Determinar la prevalencia general de desgarros perineales cuando se hace o no la episiotomía durante la atención del parto normal independiente de la paridad.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio experimental. Se tomó una muestra de 1936 madres, se les atendió parto normal en la Sala de Labor y Partos del Hospital Escuela en un período de 1998 a 2000. Se dividieron dos grupos; al grupo A no se le realizó episiotomía (control) y al grupo B se le realizó episiotomía.

RESULTADOS. Hubo una frecuencia de desgarros de 23%; en relación al Grado III fue de 2.9% y al Grado IV fue de 3.3%. Hubo aumento en los desgarros GI y II al no hacer la episiotomía y disminuyendo los Grado III y IV. Al hacer episiotomía aumentan los grados III y IV.

CONCLUSIÓN. La episiotomía, según los hallazgos del estudio, puede hacerse en forma selectiva en nuestros hospitales o cuando esté indicada, se comprobó que disminuye la frecuencia de los desgarros grado III y IV, al mismo tiempo se reduciría la morbilidad a que estos conllevan.

PALABRAS CLAVE: Episiotomía, desgarro perineal, parto vaginal.

ABSTRACT. *Episiotomy is the most common proce-*

dure in obstetrics; its use is almost routine in most of the hospitals. Several trials have concluded that the indiscriminate use of the episiotomy increases the risks and morbidity of delivery, then it has been suggested to realize this procedure in a more selective way.

OBJECTIVE, *to determine the general prevalence of perineal tears with or without performing episiotomy during normal delivery attention, independently of parity.*

MATERIAL AND METHODS. *A experimental study was realized. A sample of 1936 pregnant women whose normal deliveries were attended at the labor ward of the Hospital Escuela from 1998 to 2000, were distributed in two groups: A) episiotomy was not performed (control), and B) episiotomy was practiced.*

RESULTS. *There was a frequency of perineal tears of 23%; grade III was 2.9% and grade IV, 3.3%. There was an increase in tears grade I and II when episiotomy was not performed, but tears grade III and IV decreased. When episiotomy was practiced the III and IV degree tears increase.*

CONCLUSIÓN. *Episiotomy must be done in a selective way. The study shows decrease in the frequency of perineal tears grade III and IV when the procedure was not performed.*

KEY WORDS: *Episiotomy, perineal tear, vaginal delivery.*

INTRODUCCIÓN.

La episiotomía se considera un fenómeno relativamente nuevo. Fue sugerida por primera vez por Ould en 1742 para partos difíciles. En 1878 Broo-

* Residente III Año Postgrado de Gineco-Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Honduras

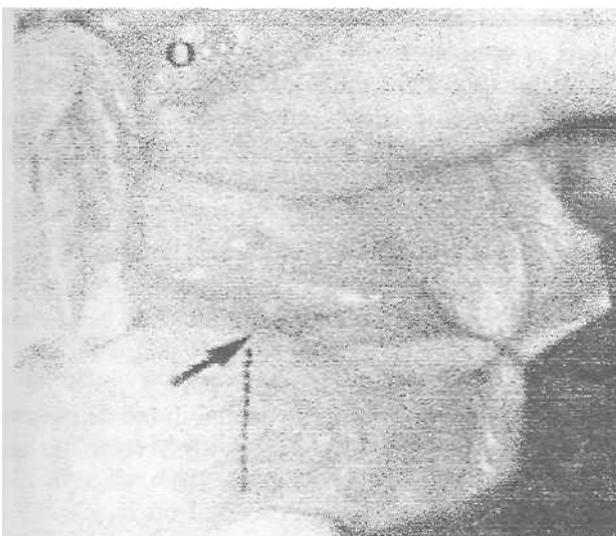
**Departamento de Gineco-Obstetricia. Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras

malí lo introdujo se forma rutinaria como preventivo de rupturas perineales. Durante el siglo XIX había mucho interés en prevenir el trauma perineal intrapaito. En 1855, Ritgen presentó un estudio de 4875 partos vaginales con sólo 190 desgarros perineales. Fue posible con el método llamado escarificación (múltiples incisiones superficiales en vaginal, e introdujo una nueva técnica para protección del perineo.

No fue hasta 1920 que DeLee y Pomeroy comenzaron el uso de la episiotomía rutinaria, lo que obligó a movilizar las parturientas de la casa al hospital y cambiar las parteras por médicos (i).

Los desgarros perineales se consideran una de las principales causas de morbilidad en la mujer durante la atención del parto (2).

Los desgarros es uno de los principales temores de la mujer al momento del parto (2). Las complicaciones de los desgarros perineales tienen un efecto negativo en el área psicológica de la mujer (2). Está comprobado que un desgano o una episiotomía mal reparada, e incluso el tipo de episiotomía que se realice puede tener consecuencias a coito plazo (dehiscencia, infección) mediano plazo (fístulas, incontinencia fecal) (Figura 1) y largo plazo (prolapso genital) (3).



*Foto tomada con autorización

FIGURA 1

FÍSTULA VAGINAL SECUNDARIA A DESGARRO IV

En un estudio se observó que la inspección "integral" del periné después de reparar un desgarro grado III-IV no es fiable, un porcentaje presentaban persistencia del desgarro visible sólo por endosonografía (4).

Otro estudio valoró la pérdida de la función del nervio pudiendo por electromiografía del esfínter anal externo y por Latencia Motora Terminal, donde se observó que su disminución en la función estaba relacionado con desgarros grado III y IV hasta 2 meses postparto (5).

Williams describe la episiotomía como el procedimiento más realizado en obstetricia después del corte del cordón umbilical (6).

El uso rutinario de la episiotomía está quedando en desuso en países desarrollados, ya que se ha estudiado que su uso selectivo aminora una serie de complicaciones relacionadas a este procedimiento (7).

El argumento para su uso rutinario fue de prevenir trauma perineal y la subsecuente relajación pélvica lo cual ha entrado en discusión y en diversos debates que cuestionan estos argumentos (1,8,9).

Los desgarros de la vagina y de periné se clasifican como de primero, segundo, tercer y cuarto grado (1,6,10).



*Foto tomada con autorización

FIGURA 2

DESGARRO PERINEAL GRADO IV

En general los riesgos de la episiotomía son:
 Extensión: Esta puede prolongarse hasta el esfínter anal externo y la mucosa rectal (Figura 2).
 Resultados anatómicos insatisfactorios.
 Pérdida sanguínea importante.
 Dolor, edema y hematomas.
 Infección,
 Consecuencias psicosociales.
 Riesgo para el profesional que atiende el parto (11).
 No hay estudios a nivel nacional sobre este tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental. Se tomaron aquellas madres que ingresaban a la sala de Labor y Partos del Hospital Escuela, en trabajo de parto espontáneo durante el período de 1998 a 2000 el cual se desglosa así: 1998 Marzo-Octubre, 1999 Marzo-Octubre, 2000 Enero - Febrero - Marzo - Agosto; Se tomó una muestra de 1936 madres, en relación a los 24,734 partos atendidos en estos meses del estudio, tomando en cuenta que en este total se incluyen partos patológicos. Los partos que se tomaban en cuenta no presentaban ningún factor de riesgo y/o patología adicional y donde no había indicación precisa de realizar o no episiotomía.

Las pacientes fueron escogidas al azar en dos grupos: Grupo A no se le realizaba episiotomía y el Grupo B se le realizaba episiotomía, ambas independientes de la paridad.

Se utilizó el tipo de episiotomía media como exclusiva en caso de realizarla, con aprobación previa de la gestante.

Se clasificaron la aparición de desgarros según la literatura en Grado I, II, III y IV así:

Los desgarros de primer grado afectan la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal. Los desgarros de segundo grado afectan, además la piel y la mucosa, la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.

Los desgarros de tercer grado se extienden todo lo anterior más el esfínter rectal.

Los desgarros de cuarto grado incluye extensión a mucosa rectal, **deja** descubierta la luz del recto (6)

(Figura2).

Los datos se recopilaron en un formulario donde se anotaban los hallazgos de lo sucedido en el parto y estos se introdujeron en una base de datos computarizada en el programa Microsoft Excel 97, donde se tabuló la matriz de datos y se realizaron cruces de variables. Se utilizaron probabilidades y riesgo relativo para la interpretación de los datos.

RESULTADOS.

La edad promedio de las pacientes involucradas en el estudio fue de 18+- 4.9^a con límites de 14-47^a. El 41.78% tenían menos de 21 años.

La muestra total obtenida fue de 1936 madres durante los meses ya mencionados, durante los cuales se atendieron un total de 24,734 partos.

En relación a la paridad el 33.72% eran nulíparas al momento del parto, 20.76% eran primíparas y el resto 45.52% ya habían tenido 2 ó mas partos lo cual no fue estadísticamente significativa con una $p < 0.05$.

Del total de madres a 929(48%) se les realizó episiotomía y a 3007(52%) no se les realizó episiotomía.

La prevalencia total de desgarros fue de 23.08%. Al hacer la episiotomía la frecuencia de desgarros grado III fue de 6.2% y 6.3% para grado IV, es estadísticamente significativo comparado al no realizar episiotomía con 0% al grado III y 0.45% al grado IV con una $P > 0.05$.

La mayor parte de los partos del estudio fueron atendidos por residentes de primer año con un 47% que estadísticamente es significativo en relación a las otras categorías $P > 0.05$ (Cuadro 1).

Al realizar la episiotomía la probabilidad de presentar desgarro fue de 12.6 veces; 6.2 veces de ser grado III y 6.4 veces de ser grado IV.

En cambio al no hacer la episiotomía la probabilidad de presentar desgarro perineal fue de 32.7 veces; 15.7 veces para ser grado I, 16.5 veces de ser grado II, 0 veces grado III y 0.05 veces grado IV.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE PARTOS SEGÚN CATEGORÍA QUE ATENDIÓ

Categoría	Nº	%
Residente 1	910	47
Residente 2	392	20.24
Médico interno	431	22.26
Otros	203	10.5
Total	1936	100

$P > 0.05$

En cuanto a la paridad se obtuvo un coeficiente de correlación (r) significativo, donde a menor paridad mayor incidencia de desgarros grado III y IV, a menor paridad para grado III $r = 0.77$, para grado IV $r = 0.85$, y para los desgarros grado I y II no se encontró correlación con la paridad; grado I $r = 0.50$ y grado II $r = 0.47$ (entre más cerca = 1 mayor correlación) (Cuadro 2).

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRADO DE DESGARRO, PARIDAD Y R

Grado paridad	0	1	2	3	4 y más	r +- 1
Sin desgarro	450	347	282	197	213	-
G I	65	15	37	8	33	0.5
G II	57	22	69	9	26	0.47
G III	33	5	19	0	1	0.77
G IV	48	13	3	0	0	0.85

DISCUSIÓN.

DISCUSIÓN.

El 41.78% de la muestra tenían menos de 21 años de edad, lo que determina que es una población de mayor riesgo de presentar desgarros, coincide con la literatura en este aspecto (1,3,5).

El 33.72% de las pacientes eran nulíparas al momento del parto, según el riesgo relativo estas tienen mayor posibilidad de presentar desgarros.

Se observó que al hacer la episiotomía las probabilidades de desgarro grado III y IV aumentan en relación al no hacerla. En el grupo A la probabilidad de que haya desgarro es más alta, pero en base al grado I y II, los cuales tienen poca o muy baja morbilidad comparando a los grados III y IV que son mayores en el grupo B.

3.

La frecuencia combinada del desgarro grado III y IV fue de 6.2% menor que el observado en un estudio en Michigan con una frecuencia de 17% (12). Con episiotomía la frecuencia de desgarros Gilí fue de 6.2% y de 6.3% para grado IV, comparado con un estudio en Ohio donde la frecuencia de ambos desgarros fue menor 1.4% y 1.2% respectivamente. Esto se explica porque la frecuencia de episiotomía en el actual estudio fue mayor (47%) comparado con el estudio de Ohio (28.4%). En cambio sin episiotomía la frecuencia de desgarros Gilí y IV fue de 0% y de 0.45% respectivamente. menor que el estudio mencionado 0.9% y 0.78% (13).

Concluimos que la episiotomía según los hallazgos del estudio puede hacerse en forma selectiva en nuestros hospitales o cuando esté indicada se comprobó que disminuye la frecuencia de los desgarros grado III y IV. al mismo tiempo se reduciría la morbilidad a que estos conllevan.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Roben j. Woolley. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-Language Literature since 1980. *Obstetrical And Gynecological Survey* Vol 50 N°1 1.1995 :p234-250.
2. Olson R. Olson C. Cox NS Maternal birthing positions and perineal injury. *J Fam Pract* 1990 May;30(5):553-557.
3. Bansal RK. Tan WM. Ecker JL. Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Oct; 175 (4Pt 1):897-901.
4. Frudinger A. Bartran Ci. Spencer JA. Kamm MA. Perineal examination as a predictor of underlying external anal sphincter damage. *Br j obstet Gynecol* 1997 sept; 104(9): 1009-1013.
5. Snooks SJ. Swash M. Henry MM. Setchell M. Risks factors in childbirth causing damage to the pelvic floor inervalion. *J Coloréctal Dis* 1986 Jan;1(1):20-24.
6. Cunningham FG. MacDonald PC. Gant NF. Levenck KJ. Gilstrap LC. *Conducta en el parto normal. Obstetricia de Williams, 4ta Ed. Barcelona. Editorial Masson, 1996:p 366-380.*
7. Argentino Episiotomy Tnal Collaborative Group Routine vs selectivo episiotomy: a randomised controlled tnal. *The Lancet* Vol 242. Decembei 18/25.1993:123-128.
8. Klein MC. Gauthier RJ. Jorgensen SH, Robbins JM Kaczorowski J, Johnson B. Does episiotomy preven perineal trauma and pelvic floor relaxation¹ *J Cun Clin Triáis* 1992 Sept 12: Doc N° 20.
9. Klein MC, Janssen PA, Mac William L. Kaczorowski J, Johnson B, Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am. J. Obstet Gynecol* 1997 Feb;176(2):403-410.

10. Go PM, Dunselman GA. Anatomic and functional results of surgical repair after total perineal rupture at delivery. *Surg Gynecol Obstet* 1991 Feb;166(2): 121-124.
11. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Changes in the use of episiotomy-methods and consequences. *Ugeskr Laeger* 1995 Oct 2. 157(40):5525-5529.
12. Legino LJ, Woods MP, Rayburn WF, McGoogan LS, Third- and fourth-degree perineal tears. 50 year's experience at a university hospital. *J Reprod Med* 1988 May;33(5):423-426."
13. Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and third-degree tears. *Br J Obstet Gynaecol* 1994-Aug;92(8):820-823.