

Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas

Drs. Lina Figueira Rodríguez, Manuel Ibarra Arias, Rafael Cortés Charry, Marcos Blasco de Oro, Alexander Mendoza Rivas, Geraldine Velásquez Brucoli.

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Dr. Domingo Luciani.

RESUMEN

Objetivo: Comparar la utilización rutinaria de la episiotomía con su uso selectivo en pacientes nulíparas.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, aleatorio y controlado con 100 pacientes nulíparas entre marzo y noviembre de 2002. Cincuenta pacientes fueron asignadas al grupo de episiotomía rutinaria y 50 al de episiotomía selectiva.

Ambiente: Hospital Dr. Domingo Luciani. Caracas.

Resultados: La principal variable en el estudio fue el daño perineal. Los desgarros perineales severos fueron poco frecuentes y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo rutinario y el selectivo (4% vs 0%, $p=0,495$), mientras que los desgarros anteriores y los perineales leves fueron más frecuentes en el grupo selectivo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la duración del periodo expulsivo, presencia de meconio, puntuación de Apgar, gasto en material de sutura, dolor y complicaciones a las 24 y 48 horas. La mayoría de las pacientes del grupo selectivo (76%) sólo presentaron desgarros leves o no presentaron desgarros; entre ellas un 30 % no requirieron sutura. **Conclusión:** Estos resultados no demuestran ninguna ventaja clínicamente significativa con el uso rutinario de la episiotomía; tasas superiores al 30% no se justifican.

Palabras clave: Episiotomía, Desgarros perineales, Parto vaginal.

SUMMARY

Objective: To compare selective with routine use of mediolateral episiotomy in nulliparous women.

Method: In this randomised controlled trial 100 patients were selected between march and november 2002. Fifty patients were randomly allocated to the routine episiotomy group and 50 to the selective group.

Setting: Hospital Dr. Domingo Luciani. Caracas.

Results: The main outcome in this study was perineal trauma. Severe perineal trauma was uncommon in both groups, and there was no significant difference between the liberal and the restrictive groups (4% vs 0%, $p=0.495$). Anterior and mild perineal trauma were both more frequent in the selective group, whereas there were no significant differences in duration of second stage of labor, meconium, Apgar scores, pain and healing complications at 24 and 48 hours, and packets of suture. Most patients in the selective group (76%) had either mild perineal tears or no tears; among them, 30 % did not require perineal repair.

Conclusion: These findings provide little support for liberal use of episiotomy and rates above 30% can not be justified.

Key words: Episiotomy, Perineal lacerations, Vaginal delivery.

INTRODUCCIÓN

Aunque la episiotomía fue descrita por primera vez en 1742 por Ould, de acuerdo a lo citado por Myers-Helfgott y Helfgott (1), el procedimiento no ganó mayor aceptación entre la comunidad obstétrica de la época debido a la alta morbilidad infecciosa asociada a ella y a la no disponibilidad de anestesia. Entre 1920 y 1930, la alta tasa de morbimor-

talidad perinatal, aunada a la transición de los partos del domicilio a los hospitales, determinó el uso rutinario de la episiotomía a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara su seguridad y beneficios. La episiotomía fue así popularizada por DeLee a partir de sus publicaciones en 1920 (2).

En las décadas del 70 y 80, con el surgimiento del movimiento naturalista en Estados Unidos, el uso rutinario de la episiotomía comenzó a ser cuestionado. La revisión de toda la literatura publicada en inglés entre 1960 y 1980

Recibido: 29-05-04

Aceptado para publicación: 23-08-04

realizada por Thacker y Banta en 1983 (3), revela la falta de evidencia científica que sustente los beneficios promulgados en relación a la episiotomía, particularmente respecto a su uso rutinario. Por el contrario, encontraron evidencias considerables sobre los riesgos asociados a la episiotomía, en especial la media, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia. Los autores concluyeron que la episiotomía debería ser restringida a ciertos casos en los que existan indicaciones estrictas para su uso y desafiaron a la comunidad obstétrica a practicar medicina basada en la evidencia y probar los beneficios de la episiotomía en estudios clínicos adecuadamente diseñados. Lamentablemente, este artículo tan polémico no logró estimular la discusión en relación al uso de la episiotomía y no tuvo el impacto esperado en la comunidad obstétrica.

Quienes avalan el uso rutinario de este procedimiento (sobre todo en pacientes nulíparas) argumentan que la episiotomía previene el daño perineal y la relajación del piso pélvico, disminuye el trauma neonatal y acorta el período expulsivo (4).

La mayor justificación para el uso de la episiotomía es la prevención de los desgarros perineales severos, es decir, de tercer y cuarto grado, los cuales podrían contribuir con la incontinencia anal. En general, los estudios observacionales revelan una tendencia hacia la asociación de la episiotomía con los desgarros severos (5). Hasta la actualidad, se han realizado cinco estudios aleatorios y controlados (6-10) para evaluar el efecto de la episiotomía oblicua derecha sobre la incidencia de desgarros perineales severos. En un metanálisis de estos estudios se concluye que la episiotomía rutinaria tiene un efecto protector nulo en la ocurrencia de desgarros perineales severos (11)

Existe evidencia suficiente que apoya el hecho de que la episiotomía previene los desgarros perineales de primero y segundo grado, así como los desgarros anteriores (5,10). Otro de los beneficios adjudicados al uso rutinario de la episiotomía es la prevención de la elongación muscular a nivel del piso pélvico y sus consecuencias a largo plazo. La revisión de la literatura no revela pruebas consistentes en relación a alguna diferencia significativa al comparar la tonicidad del piso pélvico (mediante conos vaginales o electromiografía) de mujeres que han tenido episiotomías con mujeres que han sufrido desgarros espontáneos (1).

Otra ventaja que se ha querido relacionar con la episiotomía es la prevención del trauma fetal, incluyendo la hemorragia intraventricular y la asfixia perinatal. La literatura revela, uniformemente, que no existe basamento científico para aseverar que la episiotomía reduce el tiempo del expulsivo o previene el sufrimiento fetal medido a través de la puntuación de Apgar, pH de la sangre del cordón umbilical o admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales (3, 6, 7, 11).

En relación al dolor perineal, hasta la actualidad se han publicado cinco estudios observacionales y cinco aleatorios en los que se incluye información sobre dolor en el puerperio inmediato. La mayoría no encontró diferencias estadísticas en el nivel de dolor y algunos revelan mayor dolor con el uso de la episiotomía (1).

La tasa de episiotomías es de aproximadamente 63% en los Estados Unidos y 30% en promedio en Europa. Argentina tiene tasas de episiotomías mayores al 80% (12). Según Tomasso y col. (13), en Latinoamérica 92,3% de las pacientes nulíparas reciben esta intervención. En nuestra institución, la episiotomía se practicaba en todos las pacientes nulíparas previo a la realización de este estudio, a excepción de aquellos casos de expulsivos precipitados en que no había ocasión para su realización. Existe consenso entre distintos autores (11) y así lo señala la Organización Mundial de la Salud, en relación a que la episiotomía debería utilizarse en forma selectiva y no de forma rutinaria y su tasa no debería superar el 30%.

En el marco del surgimiento de la medicina basada en la evidencia, este estudio prospectivo, controlado y aleatorio se diseñó para comparar el uso rutinario versus selectivo de la episiotomía en pacientes nulíparas en relación a la incidencia de desgarros genitales, con el objetivo de establecer pautas respecto al uso de la episiotomía en nuestra institución y proyectarla a otros centros. Secundariamente, se evaluarán otros factores relevantes asociados al uso de la episiotomía en ambos grupos como el dolor y las complicaciones a nivel de la episiorrafia y/o desgarros a las 24 y 48 horas posparto, el Apgar del recién nacido, la duración del período expulsivo y la cantidad de material de sutura empleado.

MÉTODOS Y POBLACIÓN

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, aleatorio y controlado. La población de estudio consistió en 100 pacientes nulíparas con embarazos a término que ingresaron a la Sala de Partos del Hospital Dr. Domingo Luciani para la inducción o conducción del trabajo de parto durante el período comprendido entre marzo y noviembre de 2002. Las pacientes fueron incluidas en el estudio si tenían una gestación simple con feto vivo en presentación cefálica, edad de gestación mayor o igual a 37 semanas y nuliparidad (primigestas o más gestas pero que no hubieran tenido un parto previo más allá de las 22 semanas). Fueron excluidas del estudio aquellas pacientes adolescentes precoces (menores de 16 años), con enfermedades importantes o condiciones psiquiátricas, con contraindicaciones obstétricas para el parto vaginal o con antecedente de cesárea. El anteproyecto del estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital.

La participación en el protocolo se llevó a cabo previa información de los objetivos y procedimientos del estudio a cada paciente y luego del consentimiento por escrito de la misma. La inclusión no se concretó hasta que la paciente fue conducida desde la sala de parto a la sala de partos en espera de un parto vaginal espontáneo. La asignación a uno u otro grupo se realizó al azar simple, utilizando para ello sobres opacos sellados que contenían una de estas dos conductas: realizar episiotomía en forma selectiva o realizarla en forma rutinaria. Los partos fueron atendidos por el residente de guardia (usualmente el de primer año), de acuerdo a las pautas del posgrado de este centro. En el grupo asignado a episiotomía selectiva se instruyó al residente para “tratar de evitar la episiotomía” siempre que fuera posible y realizar esta intervención sólo por indicaciones fetales (bradicardia o taquicardia fetal y meconio), en caso de expulsivo prolongado (mayor de 60 minutos), o si el trauma perineal severo se consideraba inminente. En el grupo asignado a episiotomía rutinaria se instruyó al residente para “tratar de evitar desgarros” y realizar la episiotomía en forma rutinaria acorde a las pautas establecidas en la institución. Las episiotomías fueron todas oblicuas derechas.

Los desgarros perineales posteriores se clasificaron, de acuerdo a lo descrito en el texto de Obstetricia de Williams y colaboradores (14), como de primer grado cuando comprometen sólo piel y mucosa; de segundo grado cuando además se afecta la fascia y los músculos del periné; de tercer grado cuando se comprometa el esfínter anal y de cuarto grado cuando la mucosa rectal se vea comprometida. Los desgarros perineales de primero y segundo grado se clasificaron como leves y los de tercero y cuarto grado como severos. Además se evaluó la presentación de desgarros anteriores como los parauretrales, vaginales y a nivel de labios menores.

En cada caso se registró además, el Apgar del recién nacido y su peso, la variedad de posición de la presentación, la duración del período expulsivo, la presencia de líquido meconial, así como la edad de la paciente, paridad, edad de gestación, peso, realización de ejercicios prenatales y la altura uterina. El líquido meconial se clasificó en grado I cuando era fluido, grado III cuando era espeso y grado II cuando era intermedio entre ambos aspectos.

La sutura de la episiotomía y los desgarros se realizó con poliglecaprone 25 2-0 y 3-0 en la mayoría de los casos y con catgut crómico 2-0 en otros de acuerdo a las técnicas habituales. Se indicó en la hoja de recolección de datos la técnica utilizada y el número de suturas requeridas para reparar la lesión.

Las pacientes fueron evaluadas a las 24 y 48 horas en relación al grado de dolor a nivel genital utilizando la escala visual análoga. Igualmente se registró cualquier

tipo de complicación a ese nivel, tales como equímosis, edema, hematomas, infección, etc.

En el análisis estadístico se calculó la media y desviación estándar a las variables continuas; a las variables ordinales la mediana y su medida de dispersión se expresaron como cuartiles; en el caso de las variables nominales se calculó su frecuencia y porcentaje. Para comprobar si las variables continuas seguían o no una distribución normal se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnoff. Las comparaciones de las variables continuas se basaron en la prueba “t” de Student para muestras independientes y en el caso de las variables nominales en la prueba chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher. Las comparaciones de las variables ordinales se basaron en la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Para comprobar la asociación entre los tipos de desgarros vaginales y la técnica de episiotomía (selectiva o rutinaria) se empleó un modelo de regresión logística dicotómica. Se consideró un valor estadístico significativo $p < 0,05$ y altamente significativo $p < 0,01$.

RESULTADOS

De las 100 pacientes incluidas en el estudio, 50 fueron asignadas en forma aleatoria al grupo de episiotomía rutinaria e igual número al de episiotomía selectiva. En el 100 % de las pacientes asignadas al grupo de episiotomía selectiva no se practicó la misma. Todas las pacientes fueron entrevistadas a las 24 horas para evaluar dolor y complicaciones locales; de éstas un 78% fueron nuevamente valoradas a las 48 horas.

Ambos grupos fueron comparables en relación a las variables maternas que afectan el pronóstico como edad, peso y antecedente de ejercicios prenatales. Igualmente no hubo diferencias estadísticamente significativas con relación a la altura uterina, variedad de posición durante el período expulsivo, peso del recién nacido y duración del período expulsivo (Cuadro 1). La variedad de posición fue occípito-púbica en la mayoría de los casos en ambos grupos (98% en el grupo de episiotomía selectiva y 94% el grupo de episiotomía rutinaria). No hubo ningún caso de variedad occípito-sacra en el grupo selectivo mientras que se presentaron 2 casos (4%) en el rutinario. En un caso (2%) del grupo selectivo se presentó un desprendimiento del producto en variedad occípito-ílica izquierda posterior y en un caso (2%) del grupo rutinario la variedad fue occípito-ílica izquierda anterior. Con relación a la edad de gestación, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (39,15 en el grupo selectivo versus 39,69 en el grupo rutinario, $p = 0,016$).

El trauma perineal presentó un patrón diferente en ambos grupos de estudio. En relación a los desgarros

Cuadro 1
CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

VARIABLES	EPISIOTOMÍA SELECTIVA	EPISIOTOMÍA RUTINARIA	p
n	50	50	-
Edad materna (años)	21,14 ± 4,73	20,56 ± 3,79	0,500*
Edad de gestación (sem)	39,15 ± 1,20	39,69 ± 0,97	0,016*
Peso materno (kg)	64,62 ± 8,23	66,34 ± 10,65	0,395*
Ejercicios prenatales			0,537**
Si	41 (83,7%)	44 (88,0%)	
No	8 (16,3%)	6 (12,0%)	
Altura uterina (cm)	31,33 ± 2,11	31,90 ± 1,76	0,145*
Variedad de posición fetal			0,360**
Occipito-púbica	49 (98,0%)	47 (94,0%)	
Occipito-sacra	0 (0,0%)	2 (4,0%)	
Otra	1 (2,0%)	1 (2,0%)	
Peso del recién nacido (g)	3083 ± 499	3148 ± 294	0,437*
Duración del expulsivo (min)	11,58 ± 8,70	10,04 ± 6,99	0,332*

media ± desviación estándar

*: Valor p obtenido de la prueba "t" de Student para muestra dependientes.

** : Valor p obtenido de la prueba chi-cuadrado de Pearson.

perineales leves, los de primer grado fueron más frecuentes en el grupo asignado a episiotomía selectiva que en el grupo de episiotomía rutinaria (Cuadro 2; 50% vs. 2%, Desigualdad Relativa (DR) 0,02, Intervalo de Confianza del 95% (IC-95%) 0,00 – 0,16). Igualmente, los desgarros de segundo grado fueron estadísticamente mayores en el grupo restrictivo en relación al liberal (Cuadro 2; 20% v 2%, DR 0,08, IC-95% 0,01-0,67). Los desgarros perineales severos fueron, en general, muy poco frecuentes. Se presentaron sólo en dos casos en que no se practicó episiotomía y no hubo complicaciones. Esta diferencia no alcanzó significancia estadística (p = 0,495). No hubo ningún caso de desgarro perineal de cuarto grado. En el caso de los desgarros anteriores, sólo hubo diferencia

estadística en el porcentaje de desgarros parauretrales, el cual fue mayor en el grupo asignado a episiotomía selectiva en relación al grupo de episiotomía rutinaria (Cuadro 2; 54% v 30%, DR 0,37, IC-95% 0,16-0,83). Tres pacientes (6%) en el grupo de episiotomía selectiva no tuvieron ningún tipo de desgarro (periné íntegro) y 12 (24%) presentaron desgarros pero no ameritaron sutura. En el grupo de episiotomía rutinaria, 22 pacientes (44%) presentaron desgarros asociados, 3 de los cuales (14 %) ameritaron sutura.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables que reflejan indirecta o directamente bienestar fetal o del recién nacido. La presencia de meconio se constató en 20% de los pacientes sometidos a episiotomía y en 24% en los pacientes en que ésta no se practicó (Cuadro 3; p 0,81). Ninguna paciente presentó líquido meconial grado III y la mayoría (71%) presentó meconio

Cuadro 3
PARÁMETROS DE BIENESTAR FETAL Y GASTO DE SUTURAS

VARIABLES	EPISIOTOMÍA SELECTIVA	EPISIOTOMÍA RUTINARIA	p
n	50	50	-
Meconio en líquido amniótico			0,810*
Si	12 (24,0%)	10 (20,0%)	
No	38 (76,0%)	40 (80,0%)	
Apgar**			
1er minuto	8,00 (7,79 - 8,45)	8,00 (7,86 - 8,34)	0,511***
5to minuto	9,00 (9,04 - 9,44)	9,00 (8,99 - 9,41)	0,534***
Gasto de sutura (# de paquetes)			0,094*
Uno	32 (91,4%)	40 (80,0%)	
Dos	2 (5,7%)	10 (20,0%)	
Tres	1 (2,9%)	0 (0,0%)	

media ± desviación estándar

*: Valor p obtenido de la prueba chi-cuadrado de Pearson

** : Mediana (1er cuartil - 3er cuartil)

***: Valor p obtenido de la prueba U de Mann-Whitney

Cuadro 2
RAZONES DE PROBABILIDADES DE LOS DESGARROS PERINEALES

DESGARROS MATERNOS	EPISIOTOMÍA SELECTIVA		EPISIOTOMÍA RUTINARIA		DR	IC - 95%	p
	n	%	n	%			
Desgarro perineal grado I	25	50.0	1	2.0	0.02	0,00 - 0,16	0.001
Desgarro perineal grado II	10	20.0	1	2.0	0.08	0,01 - 0,67	0.008
Desgarro perineal grado III	2	4.0	0	0.0	0.49	0,40 - 0,60	0.495
Desgarro perineal grado IV	0	0.0	0	0.0	n/a	-	-
Desgarro parauretral	27	54.0	15	30.0	0.37	0,16 - 0,83	0.025
Desgarro vaginal	10	20.0	3	6.0	0.26	0,07 - 0,99	0.071
Desgarro de labios menores	6	12.0	2	4.0	0.31	0,06 - 1,59	0.269

DR: Desigualdad Relativa; IC - 95%: Intervalo de confianza al 95%; n/a: Es una constante, no se puede estimar la DR

grado I. El Apgar al primero y quinto minutos fue de 8 y 9, respectivamente en ambos grupos de estudio (Cuadro 3). Un total de 4% de los recién nacidos en el grupo de episiotomía rutinaria y 10% en el de episiotomía selectiva presentaron una puntuación de Apgar menor de 7 al primer minuto, lo cual no alcanzó significancia estadística. (chi cuadrado = 0,638, p = 0,424).

En relación al número de paquetes de sutura utilizados, si bien el gasto fue mayor en el grupo de episiotomía rutinaria, no hubo diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 3; p 0,094). El total de paquetes de sutura utilizados en el grupo de episiotomía selectiva fue de 35 frente a 50 en el caso de la rutinaria. La utilización de 2 paquetes de sutura para la reparación del periné se presentó en un 20% de los casos sometidos a episiotomía frente a un 5,7 % en las pacientes sin la misma. Sólo en un caso sin episiotomía se utilizaron tres paquetes de sutura y éste correspondió a una de las pacientes con afectación leve del esfínter anal.

El dolor a nivel genital a las 24 horas de puerperio fue leve a moderado en la mayoría de las pacientes; sólo 2 (4,0%) en ambos grupos presentaron puntuación superior a 4 según la escala visual análoga (Cuadro 4). Sin embargo, el dolor durante las primeras 24 horas resultó ser más intenso en el grupo sometido a episiotomía rutinaria (p = 0,055), y al cabo de 48 horas se conserva este patrón, aunque no se alcanzó significancia estadística en ambos casos (p = 0,069). Al comparar sólo las pacientes con desgarros perineales de segundo grado con las sometidas a episiotomía, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas a las 24 (p= 0,08) ni a las 48 horas (0,062).

La tasa de complicaciones a las 24 y 48 horas fue muy baja. Se presentó un caso de hematoma leve y otro de edema vulvar leve en el grupo sometido a episiotomía selectiva, mientras que en el otro grupo hubo un solo caso de equimosis.

Cuadro 4
DOLOR PERINEAL POSPARTO SEGÚN ESCALA VISUAL ANÁLOGA

VARIABLES	EPISIOTOMÍA SELECTIVA	EPISIOTOMÍA RUTINARIA	p
24 después del pos-operatorio			0.055
0	9 (38,0%)	9 (18,0%)	
1 - 2	15 (30,0%)	19 (38,0%)	
3 - 4	14 (28,0%)	20 (40,0%)	
Más de 10	2 (4,0%)	2 (4,0%)	
48 después del pos-operatorio			0.069
0	20 (51,3%)	10 (25,6%)	
1 - 2	11 (28,2%)	22 (56,4%)	
3 - 4	7 (17,9%)	6 (15,4%)	
Más de 10	1 (2,6%)	1 (2,6%)	

media ± desviación estándar

Valores p obtenidos de la prueba asimétrica de gamma

DISCUSIÓN

Este estudio aleatorio controlado se diseñó con el objetivo de comparar dos procedimientos para el manejo del periné en la atención de partos vaginales espontáneos en pacientes primíparas. Se logró recolectar una muestra de 100 pacientes que se considera representativa de la población de pacientes nulíparas sanas que acude a este hospital para la atención del parto. El proceso de asignación aleatoria permitió la formación de dos grupos de estudio que fueron comparables, en especial en relación a las variables descritas previamente como determinantes en la presentación de desgarros y otras complicaciones del parto (Cuadro 1). La única variable que resultó estadísticamente diferente entre los dos grupos fue la edad de gestación. Es probable que esta diferencia se haya presentado porque se produjo un error tipo II, es decir, hay una diferencia estadística que no debería existir, que puede explicarse por un sesgo de selección debido al tamaño de la muestra, o a un sesgo de asignación. Sin embargo, los promedios encontrados en ambos grupos no son diferentes desde el punto de vista clínico.

Los médicos seleccionados para la atención de estos partos tenían el mismo grado de instrucción en la mayoría de los casos (residentes de primer año). A diferencia de todos los estudios publicados anteriormente, en los que a un porcentaje de las pacientes asignadas al grupo de episiotomía selectiva se le practicó la misma, en este estudio a ninguna de las pacientes del grupo selectivo se le practicó episiotomía. La multiparidad se consideró un criterio de exclusión con el propósito de controlar aquellos factores que afectan las tasas de desgarros, en concordancia a lo citado por Borgatta y col. (15). La inclusión de pacientes múltiparas hubiera disminuido la tasa de desgarros y por lo tanto se hubiera necesitado una muestra más grande para evaluar este aspecto.

La tasa de desgarros perineales severos fue, globalmente, mucho más baja que la esperada en base a otros estudios publicados. Si consideramos toda la población estudiada, sólo se presentó en 2% de los casos y fueron exclusivamente de tercer grado. Según la literatura, en los pacientes sometidos a episiotomía rutinaria, la tasa de desgarros severos es de un 4 a 5%. (7, 10). Previo a la realización de este estudio, se consideró que un aumento del 50% (a 6 ó 7,5%) asociado al uso de episiotomía selectiva sería suficientemente importante desde el punto de vista clínico como para recomendar el uso rutinario de la episiotomía. En este estudio, la tasa de desgarros severos (sólo de tercer grado) en el grupo selectivo fue de 4% y no hubo diferencias estadísticas entre los dos grupos. Estos resultados son comparables a los obtenidos en otras investigaciones (7,10).

Los desgarros perineales leves (primero y segundo grado) fueron, de acuerdo a lo esperado, más frecuentes en

el grupo restrictivo. Este resultado no tiene mayor relevancia a la hora de comparar los resultados en ambos grupos si tomamos en cuenta que la episiotomía en sí constituye un desgarro de segundo grado que requiere sutura en todos los casos. En forma global, la mayoría de las pacientes (76%) en el grupo de episiotomía selectiva presentaron sólo desgarros leves (menores que los desgarros de segundo grado) o no los presentaron. Este resultado favorece enormemente el uso de la episiotomía selectiva si consideramos que las pacientes sometidas en forma rutinaria a la misma están destinadas a sufrir un desgarro equivalente al de segundo grado y aún así, en un 44% de los casos tienen además desgarros asociados, 14% de los cuales requieren sutura. Un 24% de las pacientes a las que no se le practicó episiotomía tuvieron desgarros leves que no ameritaron sutura, si a esto le agregamos aquellas pacientes con periné intacto, tenemos que las pacientes de este grupo tienen un chance razonable (30%) de no requerir sutura, con lo cual hay menor inversión de tiempo por parte del residente en la atención del parto y ahorro de material de sutura.

Entre los desgarros anteriores, sólo los desgarros parauretrales fueron estadísticamente más frecuentes en el grupo asignado a episiotomía selectiva. En estudios previos se demuestra un aumento de los desgarros anteriores en general en los grupos restrictivos, aunque no se reportan específicamente los parauretrales (4,7,10). En base a estos resultados se concluye que la episiotomía pudiera jugar un papel en la prevención de este tipo de desgarros. En la práctica, sin embargo, no existe evidencia sobre el impacto clínico a corto y largo plazo de los desgarros anteriores y, menos aún, de los parauretrales (16). Algunos autores los han tratado de relacionar con incontinencia urinaria de esfuerzo. Las pacientes que participaron en el estudio West Berkshire (7) y que fueron evaluadas por un lapso de tres años, presentaron pérdida de orina en un 36% en el grupo liberal y 34% en el restrictivo, diferencia que no fue estadísticamente significativa. La morbilidad asociada con este tipo de desgarros pareciera entonces ser mínima. Sorpresivamente, en este estudio no se presentaron desgarros vaginales altos en ninguno de los dos grupos. Klein y col. (17), en una publicación en la que encuestaron a la población de su estudio aleatorio de 1992, encontraron que los factores de riesgo para los desgarros vaginales altos eran distintos a los de desgarros perineales severos. Los factores determinantes de desgarros vaginales estaban presentes antes del embarazo y eran intrínsecos de la mujer embarazada (baja ganancia de peso, falta de empleo, debilidad del piso pélvico anteparto). Las intervenciones durante el parto no afectaron su presentación. Por el contrario, los desgarros perineales severos resultaron significativamente asociados al manejo durante el parto, en especial, con el uso de episiotomía media (74 de 75

desgarros) Por lo tanto, según estos resultados, la responsabilidad de la prevención de desgarros perineales severos recae directamente sobre el obstetra que atiende el parto y su decisión o no de realizar una episiotomía media.

La tasa de periné íntegros fue baja en comparación con otros estudios (6%). Harrison y col. (6) tuvieron una tasa de 21% en las pacientes asignadas al grupo de episiotomía selectiva y Sleep y colaboradores de 14.6% (7). Se ha demostrado que las pacientes con perinés intactos presentan musculatura pélvica posparto más fuerte, menor dolor y dispareunia. La ampliación del periné mediante la realización de la episiotomía no pareciera ser un factor determinante en la duración del período expulsivo, ya que éste no se prolongó en las pacientes en quienes no se practicó la incisión. Este resultado concuerda con investigaciones previas (6). Asimismo, la variedad de posición durante el período expulsivo, la altura uterina y el peso del recién nacido no afectaron la tasa de desgarros. En concordancia con los estudios previos (6,7,10) la realización o no de la episiotomía no tuvo ningún impacto en las variables que se relacionan con el bienestar fetal. No hubo diferencias entre los grupos en la frecuencia de meconio y en la puntuación de Apgar al nacer. La justificación de la utilización de la episiotomía en base a la reducción de la morbilidad fetal y neonatal no pareciera tener sustento según los resultados de éste y otros estudios (Cuadro 3).

En relación al gasto en material de sutura, si bien fue mayor en el grupo de episiotomía rutinaria, en el que se utilizaron un total de 15 paquetes más de sutura en relación al grupo selectivo, no se logró demostrar diferencias estadísticas entre los dos grupos (Cuadro 3). Usualmente en nuestra institución se considera ideal utilizar un solo paquete de sutura por paciente para reparar el periné. En este estudio no se logró este objetivo en un 20% de los pacientes sometidos a episiotomía rutinaria y sólo en un 8,6% de los pacientes del otro grupo, diferencia que es estadísticamente significativa ($Z = 2,080$; $p = 0,038$). Otros estudios han demostrado un ahorro importante y estadísticamente significativo en los costes relacionados con el gasto de suturas con el uso de episiotomía selectiva (7). En un análisis de costes realizado por Barghi y col. y citado por Tomasso y col. (13), se concluyó que por cada paciente sometida a parto vaginal hay un ahorro potencial de 11,63 dólares americanos. Ellos consideraron que si en Latinoamérica se realizan 11,5 millones de partos anuales, esto significaría un ahorro aproximado de 134 millones de dólares anuales.

El dolor perineal a las 24 y 48 horas posparto fue, en general, leve a moderado. Si bien no se alcanzó significancia estadística estricta, el valor de p estuvo muy cerca del límite definido para significancia en este estudio. Así, el dolor tendió a ser más intenso en las pacientes sometidas a episiotomía rutinaria a las 24 y 48 horas, lo cual concuerda

con los hallazgos del estudio argentino (10). Al comparar sólo las pacientes con desgarros de segundo grado y las sometidas a episiotomía rutinaria, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual coincide con los resultados de Harrison y col. (6). Estos autores no encontraron diferencias estadísticas en relación al dolor entre estos dos grupos en los 4 primeros días de puerperio y tampoco a las 6 semanas posteriores al parto.

Las complicaciones en las primeras 48 horas de puerperio fueron muy poco frecuentes y en general leves (hematoma localizado, edema vulvar leve y equimosis). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,39$). Tres de los cinco estudios observacionales que evaluaron estas variables revelaron más complicaciones tempranas con la episiotomía que con los desgarros espontáneos (5). De los estudios aleatorios, el de Harrison y col. (6) no encontró diferencias significativas, mientras que el ensayo argentino (10) demostró que habían más problemas de cicatrización asociados al uso rutinario, mientras que la tasa de hematomas e infección fueron similares. En Venezuela se han realizado algunos estudios (18-21) en relación a las complicaciones locales, siendo uno de los primeros el publicado por el Dr. Agüero (18) en 1949, pero sólo se evaluaron las episiotomías realizadas de forma rutinaria. Es interesante que en la mitad de ellos (18, 19), la frecuencia de complicaciones locales estuvo por encima del 20%.

Esta investigación constituye una de las primeras experiencias aleatorizadas en este país que somete a la medicina basada en la evidencia una práctica obstétrica profundamente arraigada la cual no contó nunca con suficiente sustento científico que avalara su uso en forma rutinaria. Ningún procedimiento quirúrgico, por inocuo que parezca, debe ser utilizado sin evidencia científica que soporte su uso. En este sentido y en base a las evidencias actuales, la episiotomía debe realizarse solamente en forma selectiva y no se justifican tasas mayores al 30% en la práctica obstétrica. La Organización Mundial de la Salud, de acuerdo a lo citado por Madura-Butshe y col. (12) ha fijado una posición clara en contra de la episiotomía de rutina y se han presentado reacciones mundiales sobre la agresión innecesaria de la mujer.

En conclusión, todas las evidencias disponibles hasta la actualidad nos conducen hacia la utilización racional y selectiva de la episiotomía con el objetivo de ofrecerle a la paciente y su producto una adecuada atención del parto con la menor cuota de morbilidad posible.

REFERENCIAS

- Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Controversies in labor management. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: Should it be performed? *Obstet Gynecol Clin* 1999; 2: 305-325
- DeLee J. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920; 1:34-44
- Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: An interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 36: 322-338
- Bansai RK, Tan WM, Ecker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Transactions of the Sixteenth Annual Meeting of the Society of Perinatal Obstetricians. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:897-901.
- Woolley R. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 806-820
- Harrison RF, Brennan M, North OM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? *BMJ* 1984; 288: 1971-1975.
- Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984; 289: 587-590.
- Flint C, Poulengeris P. The "Know your midwife" report. London: Heinemann; 1987.
- Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation: [article]. *Online J Curr Clin Trials [serial online]* 1992 Jul 1; 2.
- Argentinean Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine versus selective episiotomy: a randomized controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-1518
- Lede RL, Belizán JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1399-1402
- Madura-Butshe A, Dyal A, Garner P. Routine episiotomy in developing countries. Time to change a harmful practice. *BMJ* 1998; 316:1179-1180
- Tomasso G, Althabe F, Cafferata M, Alemán S, Sosa C, Belizán J. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002; 62 (2): 115-121
- Pritchard JA, McDonald PC, Gant NF. *Williams Obstetrics*. 17 ed. Norwalk: Appleton Century Crofts; 1987
- Borgatta L, Pening S, Cohen W. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 294-297
- Thorp JM, Bowes WA. Episiotomy: Can its use be defended? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1027-1030.
- Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, Kaczorowski J, Johnson B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 403-410
- Agüero O. Evolución de 1000 episiotomías. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1949; 9:186-195
- Marcano A. Episiotomía. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1951;11:66-84
- Acuña G, Caballero M, González A, Monroy T. Episiotomías. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977; 37: 173-178
- Fernandez G. Valoración clínica de 1.000 casos de perineotomías mediana. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1963; 23: 731-751

Correspondencia: a Dra. Lina Figueira Rodríguez: Centro Clínico Profesional Caracas. Av. Panteón. Piso 2. Consultorio 202. San Bernardino. Teléfonos: (0212) 578.11.20-37.57 • Fax: (0212) 977.44.85
e-mail: linafigueira@cantv.net

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
La SOGV informa que la siguiente obra se encuentra disponible
en nuestra biblioteca a la orden para su consulta:

BASES FISIOLÓGICAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Autores: Dvorkin / Cardinali
Edición: 13ra. Edición / Año 2003

Obra clásica y consagrada que resume la importancia clínica de la fisiología con alto rigor científico. Responde a un enfoque sumamente didáctico que aporta las bases fisiológicas para interpretar las enfermedades y fundamentar así la terapéutica.

ESTA NUEVA EDICIÓN PRESENTA:

Un innovador elemento como lo es un MAPA CONCEPTUAL que a lo largo de toda la obra servirá de referencia dentro de un contexto integrativo que facilitará la interrelación de los temas claves.

Contiene además un CD ROM que brinda a docentes y alumnos asistencia para el estudio de los distintos conceptos mediante la presentación de los temas y ejercicios.

CARACTERÍSTICAS DE LA OBRA:

- Texto diseñado para adaptarse a los programas de estudios vigentes.
- Prioridad del contexto clínico (el paciente) en la presentación de los temas.
- Incorporación del listado de objetivos explícitos para que el lector pueda jerarquizar y evaluar los conocimientos.
- Dibujos y gráficos a todo color, esquemas, cuadros ecocardiogramas y otros recursos diagnósticos. Casos clínicos desarrollados en paralelo con la presentación de los contenidos teóricos con el fin de brindar un contexto adecuado para su comprensión. Ejercicios de revisión y evaluación. Lecturas adicionales seguidas. Novedosa incorporación de elementos de la fisiología pediátrica diferenciada de la fisiología de los adultos, para la interpretación de la fisiopatología de las enfermedades del niño.
- Fisiología del envejecimiento y de la muerte y la interpretación de los fenómenos fisiológicos que tienen lugar en esas etapas vitales.