

TRASCENDENCIA DE LA EPISIOTOMÍA Y DESGARROS

(Prof. Marcos Leite)

Buenos días a todos, me gustaría agradecer la invitación a la comisión organizadora, en particular a Hugo Sabatino que ha sido un faro iluminando el camino de todos los profesionales que intentan caminar por una obstetricia humanizada y basada en evidencias científicas. Para mí es un gran honor estar aquí con ustedes, pero es un gran desafío por dos razones claras, la primera es, obviamente, que no tengo el dominio del idioma y esta falta de dominio perjudicará mucho el intento de transmitirles las cuestiones científicas dentro de un tema tan complejo y polémico aquí en España.

Me han invitado para hablar de episiotomía pero también les hablare sobre la protección del periné y ¿Cuál es la importancia de esta protección?

La protección inadecuada o la falta de protección puede causar daños a corto, medio y largo plazo, el dolor en la región perineal puede resultar negativa para el establecimiento de la maternidad.

¿Qué buscamos?

La integridad perineal, esta mujer parió a los 25 años de edad en posición vertical y 6 meses después la fotografié, ninguna persona puede percibir que ya hubiera parido. Por otro lado esta señora de 51 años de edad, parió a los 27 años en posición horizontal con episiotomía, fue sometida a una cirugía para corrección del perineo a los 39 años de edad pero continúa presentando incontinencia urinaria.

Debo hablar al respecto de una trampa muy grande acerca de la discusión sobre la protección perineal que se restringe a la realización o no de la episiotomía y en particular, sobre cual sería la técnica más adecuada, pero algo más importante es que la episiotomía es una intervención y por ello aquellos que la defienden tienen la obligación ética y científica de probar su eficacia. También que prueben que no producen más daños que beneficios, así como que soliciten autorización a la mujer para realizarla, e informar adecuadamente a las mujeres de los riesgos y los beneficios, no cabe en mi que no definiendo la realización rutinaria defenderme, les cabe a ellos, que la defienden, producir informaciones científicas adecuadas para convencerme de hacerlo.

Actualmente las evidencias científicas cuestionan este abordaje reduciendo cada vez más las indicaciones de esta cirugía, por otro lado surgen en la literatura internacional trabajos que investigan y otras tecnologías como masajes y entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Para favorecer el entendimiento del tema abordaré técnicas para protección perineal durante el embarazo y por motivo del parto.

El masaje perineal durante el embarazo.-

Estos autores realizaron una revisión sistemática de las técnicas propuestas para prevenir el trauma perineal durante el parto, condensaron las evidencias clínicas de ensayos clínicos aleatorizados que permitían evaluar la eficacia de estas técnicas. En mujeres nulíparas, el masaje perineal realizado en las semanas anteriores a dar a luz tiene un efecto protector contra el trauma perineal, otros autores confirman esta afirmación y añaden que hay un aumento estadísticamente significativo, en la protección del perineo en mujeres mayores de 30 años de edad.

La evaluación de las mujeres sobre el masaje perineal concluyó que era una técnica bien aceptada. En la opinión de las mujeres investigadas, la calidad de la relación entre ellas y sus compañeros era directamente proporcional a la participación activa en la ejecución del masaje perineal. La mayoría de las mujeres dijo que repetirían el masaje si volvieran a quedar embarazadas y recomendarían esto a otra mujer embarazada.

¿Y la técnica?

Se recomienda empezar el masaje en la semana 34 una a dos veces al día en las primeras dos semanas, se sugieren dos minutos de masaje y a partir de ahí 4-5 minutos hasta el parto. La mayoría de las mujeres refiere un aumento de flexibilidad y alargamiento de la musculatura después de una semana de ejercicios, tanto la mujer como su compañero pueden realizar el masaje. Se sugiere que escojan un periodo del día libre de interrupciones y un local con privacidad que contribuya a la relajación de la mujer; la persona debe ser aconsejada cortar las uñas y lavar bien las manos. Se necesita simplemente unas compresas tibias, aceite vegetal sin perfume y gel lubricante acuoso, un reloj y algunas almohadas. La propia mujer podrá hacer el masaje, adoptará una posición ortostática con un pie apoyado en un banco o la cama o acostarse sobre almohadas, la utilización del pulgar facilita el masaje. Utilizar compresas tibias sobre el perineo durante 10 minutos o bañarse con agua tibia para relajarse. Una vez en la posición adecuada, deberá utilizar el pulgar o segundo y tercer dedo de la mano untado en aceite previamente calentado, e introducirlos hasta la segunda falange como máximo. La primera etapa consiste en notar la musculatura perineal, lo que puede ser facilitado con movimientos de contracción y relajación. El masaje propiamente dicho se hace con un movimiento suave y rítmico presionando la musculatura perineal hacia fuera y hacia abajo, como un reloj, empezando a las tres horas y finalizando a las nueve. De forma continua la mujer deberá mantener estos movimientos, lo que posiblemente llevara a una sensación de quemazón u hormigueo pero no de dolor. Las precauciones que debemos aconsejarles: a) evitar la manipulación del meato uretral; b) no masajear el perineo si hay lesiones activas como herpes y c) evitar la posición acostada sobre la espalda.

Otra indicación muy importante sería el entrenamiento de los músculos del suelo pelviano. Kegel fue uno de los precursores del cuestionamiento del uso rutinario de la episiotomía y utilización de métodos quirúrgicos para la corrección de la incontinencia urinaria, fue también uno de los precursores de la promoción de los ejercicios para la protección del perineo durante el embarazo y corrección de la incontinencia urinaria. Afirmó *“nada es más fundamental que ejercicios instituidos por el propio esfuerzo de la paciente”* hace mucho que se reconoce la importancia y entrenamiento de la incontinencia urinaria y la mejora de la respuesta sexual femenina.

Gordon y Lock estudiaron la fuerza de la musculatura perineal en primíparas, un año después del parto y concluyeron: independientemente de la historia del parto, el grupo que practicó ejercicios de forma regular presentó un buen resultado, aquél que solamente se ejercitó en el posparto logró un resultado mediano y el grupo que no se ejercitó presentó el peor resultado.

Uso de conos vaginales pesados.

Muchas personas tiene problemas para identificar su suelo pelviano y por lo tanto dificultades en su entrenamiento, un auxiliar para ayudar al entrenamiento del suelo pelviano son los conos vaginales pelvianos. Estos se insertan en la vagina y el suelo pelviano se contrae para prevenir la salida de los mismos. A las mujeres se les instruye para insertar el cono más pesado que puedan retener mientras se paran y caminan alrededor, tosen y cuando tienen éxito con éste, se les pide que intenten con el próximo más pesado. Generalmente las instrucciones son llevar el cono durante dos sesiones de 15 minutos por día, durante un mes o más. Las ventajas percibidas de los conos sobre los métodos tradicionales de entrenamiento de los músculos de la musculatura pelviana, implica que se necesita menos tiempo para enseñar a las mujeres a utilizar los conos que para enseñar el entrenamiento. El ejercicio es individualizado, no toma mucho tiempo insertar y retirar los conos, habitualmente se necesita una sola visita, los conos suministran una forma de retroalimentación ya que la sensación de que se deslizan hacia fuera induce una contracción de los músculos del suelo pelviano que pueden ayudar tanto a fortalecer los músculos como a sincronizar la contracción muscular con un aumento de la presión abdominal. El uso de conos vaginales puede ser auto-enseñado, se pueden usar sin supervisión ni examen vaginal. El aumento gradual del peso del cono representa una mejoría en la fuerza muscular y por tanto motiva a las mujeres a continuar. Los conos se pueden usar en la auto-instrucción del entrenamiento de la musculatura del suelo perineal convencional.

Durante el parto la práctica del masaje perineal realizado durante el momento del parto no ofrece protección contra rotura perineal, no reduce el dolor, la dispareunía, la incontinencia urinaria y la fecal. El masaje realizado durante el parto puede llevar a la formación de pequeñas soluciones de continuidad y edema de la vulva, al revés de proteger el perineo contribuiría al aumento de los desgarros. Los factores relacionados con el aumento de la superioridad de perineos intactos con ocasión del parto, incluyen el uso restrictivo de la episiotomía, parto espontáneo o parto con ventosa; pujos dirigidos parecen tener algún efecto negativo sobre el perineo y son contraindicados pues provocan maniobra de Valsalva.

Episiotomía.

Este libro escrito por uno de los principales tocólogos Brasileño tuvo su última edición en el 2002 y en la página 340 dice: *"es la episiotomía casi indispensable en las primíparas y en las multíparas en las cuales haya sido anteriormente practicada"*. Esto era lo que nos aprendíamos en las escuelas médicas de Brasil hasta hoy, pero si buscamos la primera edición, en la Pág. 364 la frase es la misma, o sea, hace 43 años que no se cambia. Desde el punto de vista de la importancia que la experiencia personal tiene en nuestra evolución, este ejemplo lo deja muy claro, pero hay que añadir las evidencias científicas que servirán tanto para fortalecerlas como para dejarlas de hacer.

Si hacemos una búsqueda en “Medline” utilizando la palabra “episiotomía” encontramos 1.500 artículos de estos, sólo 118 son ensayos clínicos aleatorizados y la librería de Cochrane hizo una revisión de 600 y seleccionaron 6 con diseño adecuado. Concluyeron de este trabajo, en que en el grupo de episiotomía rutinaria se realizaron episiotomía al 72% de las mujeres, en el grupo de uso restrictivo, la tasa fue de 27,6%; el número de mujeres analizadas fue de 4.850 y los resultados fueron:

- a) Riesgo reducido de traumatismo perineal posterior;
- b) menor necesidad de sutura;
- c) menos complicaciones en la cicatrización;
- d) el uso restrictivo de la episiotomía se asoció con mayor riesgo de trauma perineal anterior.
- e) no hubo diferencias en el riesgo del trauma vaginal o perineal severo;
- f) no hubo ninguna diferencia en dispareunía;
- g) incontinencia urinaria
- h) medidas relacionadas con dolor severo.

La conclusión de los revisores:

- a) la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la practica de la episiotomía de rutina
- b) en el uso restrictivo de la episiotomía hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior.

Otras evidencias obtenidas a partir de una revisión sistemática de la literatura concluye en que las episiotomías no previenen desgarras en o a través del esfínter anal ni desgarras vaginales, de hecho, los desgarras profundos casi nunca se producen cuando no se realiza una episiotomía, aun cuando se reparen correctamente los desgarras del esfínter anal pueden causar problemas crónicos de dispareunía, incontinencia fecal o flatulencia. Además que las laceraciones anales predisponen a las fístulas recto-vaginales. Si una mujer no tiene una episiotomía probablemente sufra un pequeño desgarras, pero con raras excepciones no será igual o peor que una episiotomía.

La episiotomía no previene la relajación de la musculatura del suelo pelviano, por lo tanto no previene la incontinencia urinaria ni mejoran la satisfacción sexual, no es mas fácil reparar una episiotomía que un desgarras, las episiotomías no sanan mejor que los desgarras, las episiotomías no son menos dolorosas que los desgarras, pueden causar problemas especiales de dolor especialmente durante los relaciones sexuales. Las episiotomías no previenen lesiones durante el nacimiento ni previenen el daño cerebral del feto. Las episiotomías aumentan la perdida de sangre, como cualquier otro procedimiento quirúrgico pueden provocar infecciones incluyendo infecciones fatales como la “fascitis necrotizante”.

Las anestias epidurales aumentan la necesidad de una episiotomía, y también aumenten la probabilidad de que se requieran instrumentos durante el parto, lo que aumenta la probabilidad de episiotomía así como de desgarras profundos.

Resumen de puntos significativos:

La posición de litotomía aumenta la necesidad de una episiotomía probablemente porque el perineo está muy estirado. Pero la filosofía, técnica, experiencia y habilidad de la persona que atiende el parto, son determinantes para el estado de integridad en que termine el perineo.

El factor más fuertemente asociado a la episiotomía fue la categoría profesional, primero los tocólogos, segundo los médicos generalistas y por fin las matronas.

Si observan este trabajo nos muestra que en los hospitales privados hay una tasa exageradamente alta de episiotomías, versus una tasa bien reducida de episiotomías cuando se trata de hospitales universitarios.

Algunas técnicas para reducir el trauma perineal que han sido evaluadas y se han demostrado efectivas:

- a) Masaje perineal;
- b) Lenta expulsión de la cabeza fetal;
- c) Sostener el perineo;
- d) Mantener la cabeza flexionada
- e) Extraer los hombros de uno en uno dejando a la naturaleza que actúe.

Si tenemos algún desgarro o hacemos una episiotomía, que se suture con material sintético absorbible en forma de suturas ácido poliglicólico o de poligalactina, deberíamos abandonar el uso de catgut porque empeora los resultados a posteriori. La técnica de reparación del perineo a elegir sería la subcuticular continua que puede asociarse con menos dolor en el posparto inmediato que la técnica interrumpida. Los efectos a largo plazo están menos claros.

Para que tener una idea de lo que estamos haciendo en el mundo. En el año 80 al 94 hubo una disminución de la tasa de episiotomía de 50 a 20%, tasa de episiotomía en EE.UU. de 1.983 al 2.000 pasó de 68,6% al 19,4%. En la maternidad del hospital universitario de Santa Catalina donde yo trabajé, teníamos en el 99, 37,6% y nos quedamos en el 2004 en 6,7%. O sea, es una práctica que solamente se usa cuando hay indicaciones precisas.