

Episiotomía, ¿Práctica electiva o rutinaria?

Episiotomy, elective or routine practice?

1. Ateneo Central. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Córdoba. 7 de junio de 2018. Actividad desarrollada por la Secretaría de Investigación y la Cátedra de Bioestadística de la Carrera de Medicina.

Graciela Alegre¹, Valentina Hadad², María C. Caro², María M. Cabral², José A. Carrizo², Lucía Bitar², Eduardo Cuestas³.

1. Docente. Cátedra de Inmunología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba, Servicio de Alergia e Inmunología, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Universidad Católica de Córdoba.

2. Estudiantes de la Práctica Final Obligatoria, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

3. Profesor Titular. Cátedra de Bioestadística, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba, Argentina. Correspondencia: Graciela Alegre. Servicio de Alergia e Inmunología- Clínica Universitaria Reina Fabiola. Oncativo 1248 -X5004FHP- Córdoba, Argentina. e-mail: gralegre98@gmail.com.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La episiotomía es una incisión de la pared posterior de la vagina que agranda el introito vaginal para facilitar el parto y prevenir laceraciones, las cuales son más difíciles de reparar. Hay médicos que creen que la episiotomía de rutina prevé laceraciones severas durante el parto vaginal. Por otra parte, una episiotomía garantiza trauma perineal y la utilización de suturas.

METODOLOGÍA: Desde la exposición de un escenario clínico se planteó una pregunta estructurada para luego realizar una búsqueda bibliográfica con el fin de dar respuesta a la pregunta sobre si la episiotomía de rutina en mujeres con trabajo de parto disminuye el riesgo de desgarro perineal o vaginal. Se realizó una búsqueda en PubMed utilizando los Mesh (Medical Subject Headings) "episiotomy AND selective", se aplicaron distintos filtros, tras lo cual se llegó al número final de 34 artículos. Tras una lectura de los títulos y resúmenes de los artículos, se escogió el artículo "Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review)".

ANÁLISIS DEL ARTÍCULO: Nos hemos centrado en la variable sobre el trauma vaginal/perineal con el fin de responder a la pregunta clínica planteada. Para ello se realizó un análisis secundario de los datos de las distintas variables con el fin de definir los valores de la prevalencia de cada grupo, el riesgo relativo (RR), la reducción de riesgo relativo (RRA) y el número necesario a perjudicar (NNP), con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%).

RECOMENDACIÓN FINAL: Por el momento, con la evidencia disponible, se recomienda la realización de la episiotomía de forma selectiva. En mujeres donde se realizó una episiotomía selectiva hubo una menor cantidad de pacientes con trauma vaginal o perineal severo, por lo que no estaría justificado la implementación de la episiotomía de forma rutinaria, ya que no hay evidencia que justifique su uso de esta manera.

Palabras claves: Episiotomía, selectiva, trauma perineal, trauma vaginal.

Abstract

Revista Methodo: Investigación Aplicada a las Ciencias Biológicas. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Córdoba. Jacinto Ríos 571 Bº Gral. Paz. X5004FXS. Córdoba. Argentina. Tel.: (54) 351 4517299 / Correo: methodo@ucc.edu.ar / Web: methodo.ucc.edu.ar| BIOESTADÍSTICA Y METODOLOGÍA APLICADA Methodo 2018;3(4): 127-130

INTRODUCTION: Episiotomy is an incision of the posterior wall of the vagina that enlarges the vaginal introitus to facilitate vaginal birth and prevent lacerations, which are much harder to repair. There are clinicians who believe routine episiotomy does prevent severe lacerations during vaginal birth. On the other hand, an episiotomy guarantees perineal trauma and sutures.

METHODOLOGY: From the exposition of a clinical scenario, a structured question was presented for a bibliographic search in order to answer the question if routine episiotomy in women during a vaginal birth decreases perineal or vaginal trauma. A PubMed search was performed using the Mesh (Medical Subject Headings) "Episiotomy AND Selective", different filters were applied, and we reached the final number of 34 articles. After a reading of the titles and summaries of the articles, the article "Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review)" was chosen.

ANALYSIS OF THE ARTICLE: We have focused on the variable of vaginal/perineal trauma to answer the clinical question. Then, we performed a secondary analysis of the data of the different variables in order to define the values of relative risk, relative risk reduction, and the number needed to harm, with their respective 95% Confidence Intervals.

RECOMMENDATION: For the moment being, with the evidence available, the use of selective episiotomy is recommended. In women where episiotomy was performed in a selective way there were less patients with severe perineal or vaginal trauma, which is why the implementation of routine episiotomy is not justified, as there is no evidence that gives ground for its use in this manner.

Keywords: Episiotomy, selective, perineal trauma, vaginal trauma.

Caso Clínico

Paciente de 27 años de edad, primípara consulta a su médico obstetra de cabecera por incontinencia fecal de 3 meses de evolución, los síntomas comenzaron luego de dar a luz por vía vaginal. Durante el parto se le realizó una episiotomía de rutina con el objetivo de disminuir el riesgo de trauma perineal. El médico obstetra que la atendió, luego de haber realizado la anamnesis y el examen físico completo, descartó prolapso genital, vaginosis, entre otras; pero observa desgarro en región perineal. Ante el hallazgo se plantea si, efectivamente, el procedimiento de realizar la episiotomía sistemática disminuye el riesgo de desgarro.

Pregunta estructurada

¿La episiotomía de rutina [intervención] en mujeres con trabajo de parto [pacientes] disminuye el riesgo de desgarro perineal o vaginal [resultado]?

Contexto clínico

La episiotomía es una incisión de la pared posterior de la vagina que agranda el introito vaginal para facilitar el parto y prevenir laceraciones, las cuales son más difíciles de reparar. A pesar de que la episiotomía es todavía un

procedimiento obstétrico frecuente, ha disminuido de gran manera en los últimos años. Oliphant et al. observaron un descenso del 75% de las prácticas entre 1979 y 2006 en Estados Unidos¹.

Con respecto a los beneficios de la episiotomía, ésta permite la reducción de la probabilidad de los desgarros de tercer grado (lesión del complejo esfinteriano anal), la preservación del periné llevando a una buena función sexual y una reducción del riesgo de incontinencia urinaria o fecal. Por otro lado, se han descrito algunas complicaciones de la episiotomía, que incluyen: la extensión de la episiotomía al cortar el esfínter anal o recto o por una inevitable extensión de la incisión, desgarros cutáneos, asimetría o estrechez excesiva del introito vaginal, prolapso vaginal, fistula recto vaginal y fistula ano vaginal, hematomas o hemorragias, dolor o edema en la región, infección o dehiscencia y disfunción sexual².

Teniendo en cuenta la extensión de los desgarros espontáneos, éstos se clasifican en los siguientes grados: en primer grado, que incluye "fourchette", compromete la piel perineal y la membrana mucosa vaginal, pero no la fascia subyacente y ni el músculo; el de segundo grado afecta los músculos perineales y la piel; el de tercer grado presenta lesión en el complejo esfinteriano anal, y por último, se clasifica en cuarto grado cuando presenta lesión del periné incluyendo el complejo esfinteriano anal y el epitelio anal².

Existen diferentes criterios de selectividad para la episiotomía, los cuales son: primiparidad, peso fetal mayor a 4 kg (macrosómico), segundo estadio prolongado, parto instrumentado (fórceps) y distocia de hombros. Y serían en estos casos cuando la práctica de realizar la episiotomía estaría principalmente indicada³.

Búsqueda bibliográfica

Para responder a la pregunta planteada utilizamos PubMed, sitio web para búsqueda bibliográfica de libre acceso. En la página de inicio, utilizando los MeSH (Medical Subject Headings), “episiotomy AND selective” en el buscador se obtuvieron el resultado de 34 artículos. Luego de la lectura de los títulos y resúmenes de los mismos el artículo seleccionado que responde al interrogante fue: “Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth”⁴, el cual se corresponde con un nivel de evidencia I a.

Resumen del artículo

En esta revisión se discutió sobre los beneficios y las desventajas de la indicación de episiotomía de rutina durante el parto vaginal. Algunos profesionales de la salud aseveran que este procedimiento podría prevenir el sufrimiento del bebé durante el trabajo de parto. Además, valoraron las complicaciones de dicho procedimiento en el posparto inmediato, mediato y tardío. Como objetivos, se plantearon evaluar los efectos sobre la madre y el bebé comparando la episiotomía de rutina con respecto a su indicación selectiva.

Para la búsqueda examinaron la fuente: “Cochrane pregnancy and child birth’s trial register” el 14 de septiembre de 2016. Los criterios de selección con respecto al tipo de estudio fueron ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Además, se incluyó ensayos donde se practicaban partos vaginales espontáneos e instrumentalizados. La población en estudio fueron las mujeres embarazadas con parto vaginal normal o asistido y el con respecto al tipo de intervención compararon las indicaciones a la episiotomía electiva (grupo de intervención) con respecto a la de rutina (grupo control). Los resultados se midieron teniendo en cuenta las siguientes variables: el trauma vaginal/perineal severo (grado 3 a 4), la pérdida de sangre en parto, la puntuación APGAR menor a 7 a los 5 minutos, la infección perineal, el dolor severo o moderado, la dispareunia, las complicaciones a largo plazo, entre otros.

En esta revisión se incluyeron 12 estudios (6177 mujeres), 11 casos de mujeres en trabajo de parto

no asistido contra 1 con casos asistidos. Dos de ellos contenía ensayos de más de 1000 mujeres cada uno (Argentina y Reino Unido), el resto presentaba menor cantidad (Canadá, Alemania, España, Irlanda, Malasia, Pakistán, Columbia y Arabia Saudita). Ocho de los ensayos incluyeron exclusivamente primíparas y el resto lo hizo tanto con primíparas como multíparas.

Los principales resultados que obtuvieron fueron los siguientes: en mujeres en las que se planificó un parto vaginal no asistido, la indicación de episiotomía selectiva podría resultar en un 30% menos de trauma perineal/vaginal grave (RR 0.70, IC 95% 0.52 a 0.94; 5375 mujeres; ocho estudios randomizados y controlados; baja certeza de evidencia), se desconoce si había diferencia en cuanto a la pérdida de sangre en el parto. Por otro lado, tanto la episiotomía selectiva como la de rutina prácticamente no tiene efecto en la puntuación del apgar menor a 7 a los 5 minutos en los recién nacidos; y podría haber ninguna o una pequeña diferencia en cuanto a la infección perineal (RR 0.90, IC 95% 0.45 a 1.82, tres ensayos, 1467 participantes, baja certeza de evidencia).

En cuanto al dolor, se desconoce si la episiotomía selectiva resulta en menor dolor perineal moderado o severo (RR

0.71, IC 95% 0.48 a 1.05, un ensayo, 165 participantes, certeza de muy baja evidencia) en comparación con la episiotomía de rutina a los tres días post parto. Existe una pequeña o ninguna diferencia para la dispareunia prolongada (seis meses o más) (RR 1.14, IC 95% 0.84 a 1.53, tres ensayos, 1107 participantes, certeza de evidencia moderada); y ninguna o una pequeña diferencia para la incontinencia urinaria prolongada (seis meses o más) (promedio RR 0.98, IC 95% 0.67 a 1.44, tres ensayos, 1107 participantes, evidencia de baja certeza). Un ensayo informó prolapso genital a los tres años post parto, pero no hubo una diferencia clara entre ambos grupos (RR 0.30, IC 95% 0.06 a 1.41; 365 mujeres; un ensayo, certeza de baja evidencia). El dolor no fue bien evaluado y tampoco se informaron las preferencias de las pacientes.

Las conclusiones de los autores fueron que en mujeres en las que se planificó un parto no instrumental, la indicación de episiotomía selectiva resultó en menor trauma perineal/vaginal grave. Pero, por otro lado, tanto a corto como a largo plazo, no demostraron clara evidencia de que las indicaciones de episiotomía selectiva produjeran daño sobre la madre o el bebé.

La revisión demuestra que creer que la episiotomía de rutina reduce el trauma

perineal/vaginal no está justificado por la evidencia actual. Más investigaciones en mujeres en las que se planifican partos instrumentales podrían aclarar si la episiotomía de rutina es útil en este grupo particular. Además, estos ensayos deberían usar mejores métodos de evaluación de resultados estandarizados.

Análisis del artículo

Para el análisis del artículo nos hemos centrado en una de las variables estudiadas con el fin de responder a la pregunta clínica estructurada, la cual pretende determinar si el trauma vaginal/perineal en la episiotomía rutinaria (ER) es menor con respecto a la episiotomía selectiva (ES). Para ello se realizó un análisis secundario de los datos de las distintas variables con el fin de definir los valores de la prevalencia de cada grupo, el riesgo relativo (RR), la reducción de riesgo relativo (RRA) y el número necesario a perjudicar (NNP), con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Para la variable de trauma vaginal/perineal nos centramos en los valores descritos en el estudio, y se realizó el análisis estadístico correspondiente para definir si había una diferencia significativa entre ambos grupos.

A continuación, se describen algunos de los resultados obtenidos. El trauma vaginal/perineal se produjo en el 2,2% de los casos de aquellas mujeres a las que se le realizó episiotomía selectiva, mientras que, en la episiotomía de rutina, el mismo fue del 3,1%. Con respecto a la RRA, se demostró una reducción del 0,9% (IC95% 0,1-1,7%) del riesgo de trauma en la episiotomía selectiva. En relación a la RRR, se evidenció una disminución, aproximada, del 30% (IC95% 3-55%) del trauma vaginal/perineal severo en el grupo selectivo con respecto al grupo rutinario. Por último, el número necesario a perjudicar mostró que por cada 111 (IC95% 59-1008) pacientes a los que se le realizó episiotomía de rutina, se perjudicó a una adicional.

Comentarios y recomendaciones finales.

Por el momento, con la evidencia disponible, se recomienda la aplicación de la episiotomía de forma selectiva. En mujeres donde se realizó una episiotomía selectiva hubo una menor cantidad de pacientes con trauma vaginal o perineal severo, por lo que no estaría justificado la implementación de la episiotomía de forma rutinaria, ya que no hay evidencia que justifique su uso de esta manera.

Bibliografía

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. Williams Obstetrica. 24ta ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2015.
2. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.cochranelibrary.com>.
3. Corrêa Junior MD, Passini Junior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016; 38:301–307.
4. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Syst Rev; 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. Link: <https://youtu.be/FtprBnSPIng> a la transmisión del ateneo central Facultad Ciencias de la Salud 07-06-2018

