

Estudi sobre la relació entre episiotomia i esquinç en els parts eutòcis de la Fundació Hospital de Manacor (FHM)

J. Gonzalo, J. Agüera, A. Calvo, P. Cabeza

Fundació Hospital de Manacor

Resumen

Objectiu: Determinar la incidència d'esquinços i sutures del total de parts eutòcics de FHM i intentar correlacionar el risc d'esquinç en funció de diferents variables durant el part.

Material i mètode: Estudi descriptiu retrospectiu durant el 4t trimestre de 2007 de 269 parts eutòcics agafant com a variables l'edat, paritat, administració d'anestèsia epidural, hores d'expulsiu, realització d'episiotomia, esquinç i grau.

Resultats: Sembla ser que pesos fetals majors de 3.5kg tenen un 20% més de risc d'esquinç(OR:1.2). Períodes amb expulsiu superior a l'hora es correlacionen amb 10% menys d'esquinços (OR:0.9), de la mateixa manera que el risc d'esquinç de les parteres amb un expulsiu que no se'ls ha practicat episiotomia i que ha durat més d'una hora és el doble que aquelles amb un expulsiu inferior a una hora (OR:2.0).

Paraules clau: Episiotomia, estrip esquinç, periné, sutura.

Abstract

Objective: To study the perineal lacerations and suture incidence of the total amount of normal deliveries in our Hospital and to correlate the laceration risk between different variables.

Material and methods: A retrospective population-based study was carried out on the 269 normal deliveries during the 4th trimester of 2007 taking as variables: age, parity, epidural anesthesia administration, expulsion stage, episiotomy, laceration and grade.

Results: It seems that foetal weight of 3.5Kg or more has a 20% increased risk of laceration (OR:1.2). If the expulsion stage is longer than an hour, it is related with a 10% lower tax of laceration (OR:0.9), in the same way, we find a double increased risk of laceration for those women who haven't an episiotomy and have a prolonged expulsive stage(OD:2.0).

Introducció

La realització d'episiotomies és un conflicte permanent en l'àmbit obstètric influenciat per múltiples corrents, escoles, modes...que va variant al llarg del temps.

Actualment s'està tendint a ser menys intervencionista, si comparem les dades de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) s'ha passat d'1,6 milions l'any 1992 a les 716000 de l'any 2003¹, amb una àmplia distribució segons el paísos que van des d'un rang inferior a l'1% de Suècia al 80 % de l'Argentina pel que es refereix a parts eutòcics²

L'episiotomia és una paraula que etimològicament prové del grec: *epíision* (pubis) i *tomé* -(tall), per tant, és la incisió quirúrgica a la vulva que es realitza en el moment del desprendiment de la part fetal, per tal d'evitar, que es produeixi un esquinç greu de forma espontània al perineu³. D'altra banda, l'esquinç del perineu, és una lesió més o menys extensa que es produeix durant el part, quan la vulva no és completament elàstica, el cap fetal és massa voluminós, o bé per falta de protecció del perineu durant el pas del cap. Després d'haver descrit aquests dos conceptes clau, davant un part eutòcic sempre ens plantejarem la disjuntiva de realitzar, o no, una episiotomia⁴.

Els suposats beneficis de la realització d'aquesta serien: una reducció del risc d'esquinços de 3r i 4t grau, facilitació de la reparació de la ferida, preservació del suport muscular i fascial del sòl pèlvic, reducció del trauma neonatal tant en prematurs com en macrosòmics, reducció de la distòcia per augment del diàmetre de sortida de les parts toves del canal del part i una facilitació del part en cas de registres cardiotogràfics no tranquil·litzadors⁵⁶.

Per contra, els potencials efectes adversos inclourien una extensió de la incisió cap a esquinços de 3r i 4t grau, resultats anatòmics insatisfactoris, un increment de la pèrdua hemàtica, un increment del dolor postpart, una major taxa de dehiscència i infecció, disfunció sexual, un possible increment del risc de laceració perineal en el parts següents, un risc augmentat d'incontinència urinària i fecal.

A partir de la valoració benefici-risc, el modus operandi del nostre hospital, FHM, s'ha optat per seguir un model conservador i poc intervencionista en quan a la realització d'episiotomies en parts eutòcis, ens plantegem realitzar un estudi observacional sobre els nostres resultats.

Material i mètode

Estudi retrospectiu descriptiu sobre 269 parts eutòcis de l'FHM durant el període comprès del 15/08/2007 al 30/11/2007. S'han extret les dades del llibre del registre de parts contrastats amb el partograma de cada pacient, agafant com a variables l'edat, paritat, administració d'anestèsia epidural, hores d'expulsiu, realització d'episiotomia, esquinç i grau. El grau ha estat dividit en segons la classificació de Sultan et Al modificat:

Periné íntegre: hem considerat aquell en el qual no s'ha produït lesió en el canal tou del part o bé s'ha produït una laceració que no ha necessitat suturar

1r: quan hi ha hagut esquinç superficial que afecta pell i epiteli vaginal únicament.

2n: esquinç amb extensió a la fascia i a la musculatura del cos perineal, el qual inclou el múscul transvers perineal, el múscul pubococxigi i el bulbocavernós. Esfínter anal intacte.

3r: esquinç amb afectació de l'esfínter anal extern i/o esfínter anal intern que es subdivideix en:

- 3a (afectació menor a un 50% del gruix de l'esfínter anal extern),

- 3b (afectació major a un 50% de l'esfínter anal extern) i

- 3c (a més de l'afectació de l'esfínter anal extern hi ha afectació de l'esfínter anal intern)

Encara que a efectes pràctics en el nostre estudi no hem considerat la subdivisió.

4t: esquinç amb afectació sobre la mucosa rectal. La realització i maneig estadístic de les dades va ser realitzat amb l'ajuda del programa SPSS

Resultats

Sobre un total de 269 parts eutòcis tenim una població de 113 primigestes i 156 multigestes, que es distribueixen en un rang d'edat segons el qual hi ha 9 parteres menors d'edat, 221 entre 18-35, i 39 amb edat superior a 35 anys.

De totes les nostres dones 142 van decidir administrar-se anestèsia epidural i en 127 dones no es va administrar.

La major part de les nostres dones van tenir un període d'expulsiu inferior a l'hora de durada, en termes absoluts 205. Entre 1 i 2 hores 47 i més de 2 hores 17. Del total de parts eutòcis es van realitzar 80 episiotomies i 189 es va decidir la no realització.(fig1) Es van produir 144 esquinços de perineu que es van dividir en : 71 de primer grau, 65 de segon grau, 4 de tercer grau. i 1 de quart grau (fig3)

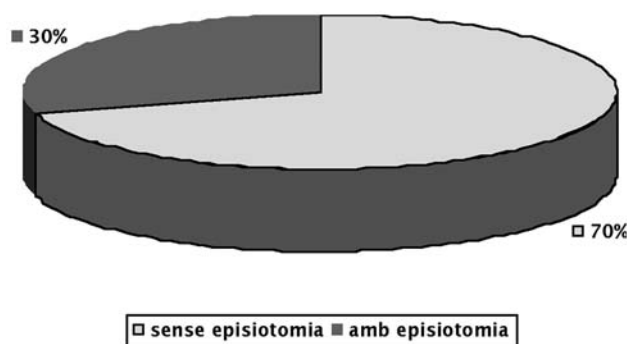


Fig. 1. Percentatge total d'episiotomies realitzades a la FHM del total de parts eutòcis entre 15/8/07 i el 30/11/07

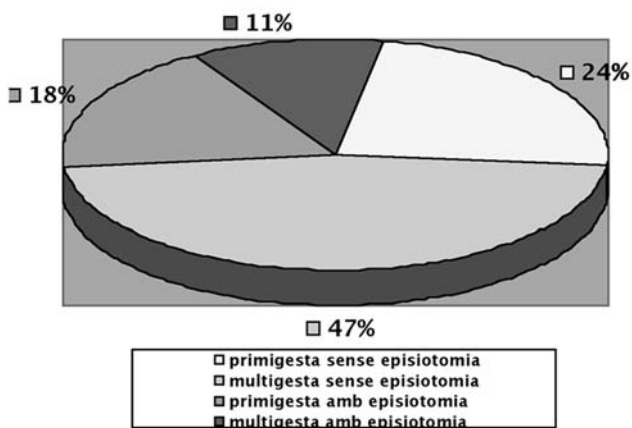


Fig. 2. Taula comparativa entre nuligestes i multigestes segons la realització o no d'episiotomia en el període comprès de l'estudi

De les 113 primíparas a 49 se'ls va realitzar episiotomia, que representa el 43,4% del total de primíparas. Del total de les 156 múltipares només 31 van requerir episiotomia el que comporta un 19.9% del total de totes les múltipares.(fig2) Analitzant els esquinços produïts durant el part, ens trobem que amb la realització d'episiotomia tenim: 14 casos (17.5%) on s'ha produït un esquinç sobreafegit. En els casos on no es va realitzar episiotomia vam tenir un total de 130 esquinços.

En quan a l'estudi del temps d'expulsiu respecte a la realització d'episiotomia i esquinç vam tenir els següents resultats: quan l'expulsiu va ésser inferior a l'hora vam tenir, 111 esquinços (41.3%),i es van realitzar 55 episiotomies (20.4%), 12 de les quals van produir un esquinç sobreafegit. Quan el temps d'expulsiu va oscilar entre 1 i 2 hores hi va haver 23 esquinços (8.5%) i 19 episiotomies (7.1%) i, finalment quan el temps d'expulsiu va ser superior a les dos hores hi va haver 6 episiotomies (2.2%), 9 esquinços (3.3%) (fig.4)

Discussió

És un fet que durant els darrers anys s'està intentant realitzar un ús més restrictiu de l'episiotomia, s'estima que el percentatge ideal estaria al voltant d'un 30% , un percentatge que en el nostre centre estem complint. El que hem intentat en aquest estudi a més de valorar els nostres resultats sobre els percentatges d'esquinços i d'episiotomies, es esbrinar si hi ha

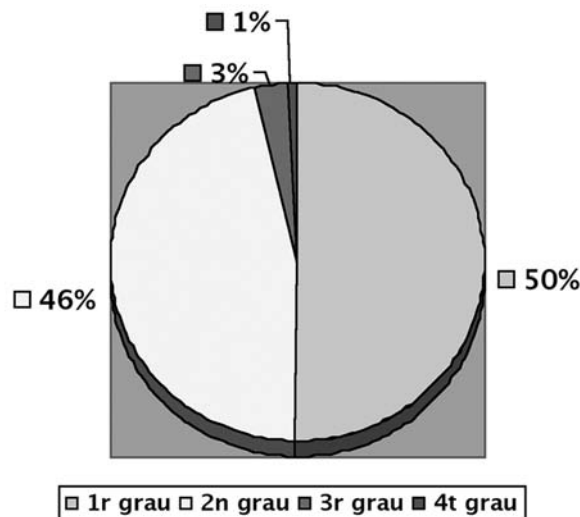


Fig. 3. Distribució del esquinços totals segons el grau de gravetat

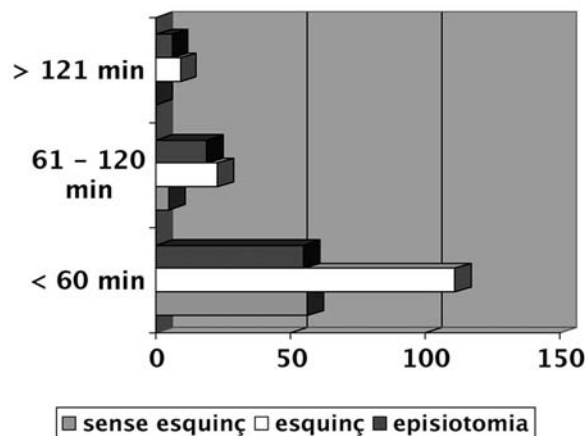


Fig. 4. Taula de distribució de resultats d'episiotomies, esquinços i perinés íntegres en relació a la durada del temps d'expulsiu

alguna causa que estigui relacionada amb l'increment de risc d'esquinç, sobretot, aquells superiors a un segon grau. D'aquesta manera poder indicar la realització d'una episiotomia que evités un esquinç de periné greu.

Realitzant diferents anàlisis estadístics hem trobat que: El risc de les parteres que tenen un nou-nat de més de 3.5kg de tenir un esquinç és un 20% major que a les parteres que tenen un pes inferior a 3.5kg. (OR:1.2)

El risc d'esquinç de les parteres amb un expulsiu de més d'una hora és un 10% menor que les parteres amb un expulsiu que es prolongui més d'una hora. (OR:0.9)

El risc d'esquinç de les parteres amb un expulsiu que no se'ls ha practicat episiotomia i que ha durat més d'una hora és el doble que aquelles amb un expulsiu inferior a una hora (OR 2.0).

Els resultats obtinguts en el nostre centre evidencien que d'un total de 269 parteres, 210 van requerir algun tipus de sutura (130 per esquinç, 66 per episiotomia i 14 per episiotomia amb esquinç sobreafegit. Si fem una hipotètica suma del total de perinés íntegres (59) amb els esquinços de primer grau (71), els quals poden ser considerats com a lleus i amb menor morbiditat que una episiotomia, tenim un cúmul de 130 dones que hem aconseguit que es beneficiïn de la teòrica disminució de molèsties i possibles complicacions de l'episiotomia, ja que el dany als teixits és menor .

Per tant, recoltzant-nos en els resultats obtinguts i coincidint en un metaanàlisi de la Cochrane obtarem per un ús restrictiu de l'episiotomia ja que origina menys trauma perineal, menys necessitat de sutura i menys complicacions.

Tenint en compte que l'atenció al part eutòsic correspon majoritàriament a llevadores i residents en formació, des del nostre centre recomanariem la introducció de tallers enfocats al reconeixement correcte de lesions perineals a fi de reparar adequadament cadascun dels diferents graus de lesió.

Bibliografia

1. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy use in the United States. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol* 2006; 107:957.
2. Rockner G, Fianu-Jonasson, A Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106-95(5)
3. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Lancet* 1993; 342:1517
4. Carroli G, Belixan J. Episiotomy for vaginal birth. In: *The Cochrane Library Issue2*, 2008. Chichester, UK. John Wiley & sons Ltd. Search date not reported; primary sources Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials Register
5. Parnell, C Langhoff-Roos, J Moller, H Conduct of labor and ruptura of the sphincter ani. *Aca Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:256

6. Gottvall, K, Allebeck, P , Ekeus, C Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG* 2007; 114:1266

7. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, et al Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literatura..

8. l'Épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2005.

9. Carroli G, Belixan J. Episiotomy for vaginal birth. In: *The Cochrane Library Issue2*, 2008. Chichester, UK. John Wiley & sons Ltd. Search date not reported; primary sources Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials Register