

Replantearse la episiotomía: analizando sus improbables beneficios

Anabel García Carabantes (matrona) *

RECONSIDERING EPISIOTOMY. GARCIA A.

Keywords: Episiotomy, Obstetrics, Home delivery, Iatrogenics

English Abstract: In spite of its evident harm, episiotomy is yet a routine practice in the hospitalary delivery. There are some traditional arguments to defend a systematic practice of episiotomy in delivery, but these arguments are now contradictory with the last scientific researches, which demonstrate that episiotomy is a very traumatic routine. It's not an advisable protection against prolapses. Episiotomy it's not a good protection against tears either. Its postnatal consequences are very harmful for the mother: privation of physical autonomy to take care of herself and her sons; negative effects of painkillers in the creation of mother-baby link and abstract breast-feeding; sex life maybe damaged. Better than episiotomy is a good preparation of perineal before delivery.

La episiotomía es el acto quirúrgico más empleado en la práctica actual de la Obstetricia. Puede ser lateral o media. La episiotomía lateral, la más utilizada en España, consiste en una incisión franca desde el centro de la comisura vaginal y en ángulo de 45°. Puede lesionar el músculo bulbocavernoso y el músculo transverso superficial del perineo; sangra en abundancia, tarda en curar y crea molestias a la madre. En la episiotomía media, ampliamente utilizada en los países anglosajones, la incisión se practica sobre el perineo distendido en dirección al esfínter, apenas sangra, es más fácil de reconstruir y poco dolorosa, pero en un 6% de los casos produce lesiones del esfínter.

La episiotomía se ha convertido en una práctica sistemática a pesar de las Recomendaciones Generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé, publicadas y reconocidas en la Conferencia Internacional de Fortaleza, Brasil, en 1985, en cuyo apartado 18 se afirma: «La episiotomía sistemática no está justificada en absoluto. Deberían estudiarse otros métodos de protección del perineo y ser adoptados si se demuestra su validez».

Reconstrucción del perineo

Se llama episiorrafia, a la reconstrucción quirúrgica del perineo, la cual se realiza con anestesia local y sutura reabsorbible. Favorece una buena cicatrización colocar compresas heladas sobre el perineo durante las primeras 8 horas y

realizar posteriormente baños de asiento calientes y ejercicios de Kegel, para incrementar el riego sanguíneo regional.

Finalidad de la episiotomía

Al practicar la episiotomía se trata de impedir el desgarro de los tejidos perineales, evitando así el riesgo de que se prolongue hasta el esfínter anal, y los posibles problemas posteriores de prolapsos. Además con la práctica de la episiotomía se consigue disminuir el traumatismo de la cabeza fetal durante el descenso y expulsión. Estas definiciones, comunes a los manuales de Obstetricia actuales, presentan unas ventajas que son discutibles.

Anatomía del perineo

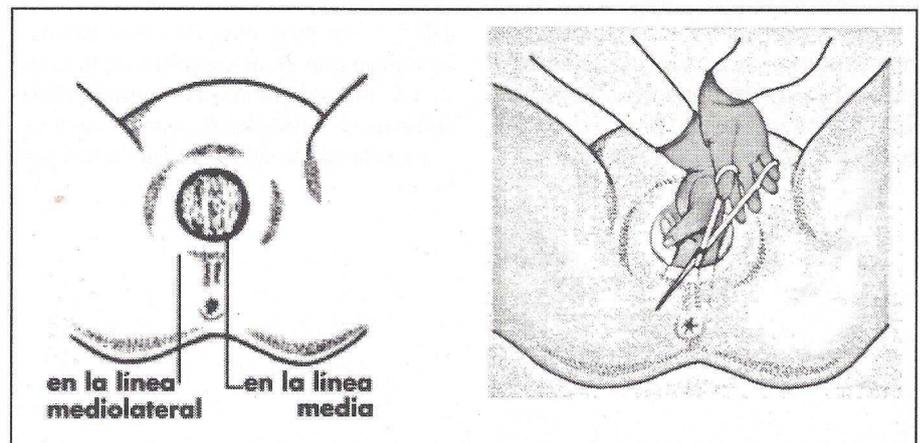
Los labios menores de la vulva y el cuerpo esponjoso del pene proceden del

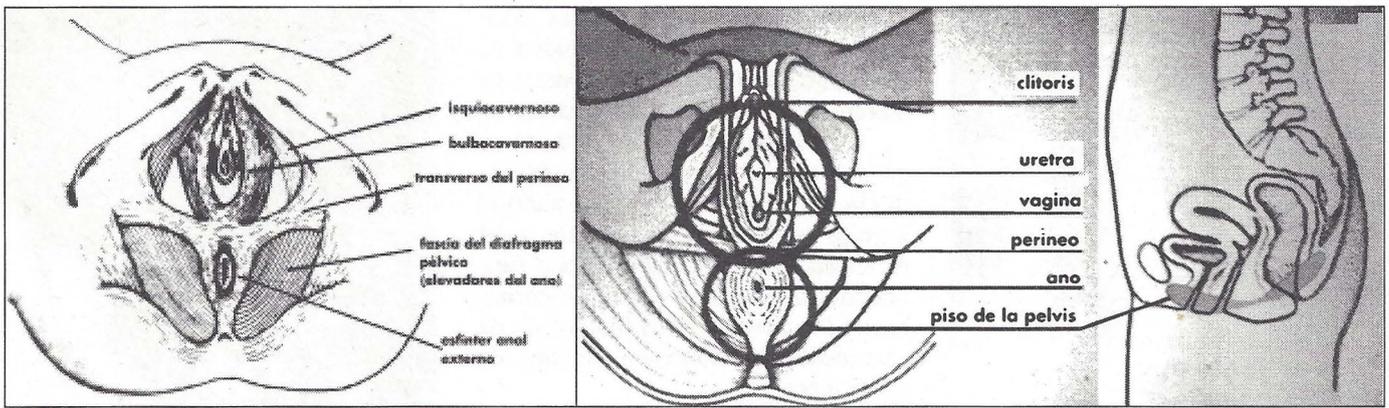
mismo origen embrionario. Son zonas muy inervadas e irrigadas que ejercen un papel importante en la estimulación sexual. Los labios menores son la prolongación del clítoris (órgano sexual fállico femenino) y rodeando el orificio vaginal, terminan en el rafe del perineo.

El clítoris tiene dos cuerpos cavernosos constituidos por tejido eréctil, y cada uno de ellos está unido al pubis y al isquion por los ligamentos suspensorios y los músculos isquiocavernosos; estos músculos se insertan en la raíz del clítoris. El bulbo vestibular, o cuerpo esponjoso, también está formado por tejido eréctil y está en contacto con el diafragma urogenital en su parte más profunda, y con los músculos bulbocavernosos que lo envuelven en su parte más superficial.

Así pues el perineo es un entramado muscular formado:

La ilustración izquierda muestra los dos tipos de episiotomía. A la derecha, episiotomía lateral





A la izquierda, músculos del perineo. A la derecha, relación entre los esfínteres

—en el plano más superficial por el músculo bulbocavernoso que abraza el vestíbulo vaginal y se inserta en el rafe tendinoso del perineo;

—en el plano medio por los músculos superficiales transversos del perineo,

—y en el plano más profundo por los músculos transversos profundos del perineo.

Funcionalidad del perineo

La condición de bípedos, que hace que nos desplacemos erguidos sobre las dos extremidades inferiores, incide directamente sobre el perineo, que debe colaborar en sostener las vísceras abdominales.

Durante el embarazo el peso se incrementa (feto, placenta, líquido amniótico, musculatura uterina). Si el diafragma pélvico no está en forma, aparecerán síntomas de pesadez, problemas de circulación, incontinencia urinaria, etc.

Durante el período expulsivo del parto, la salida del bebé será posible gracias a la hiperdistensión de la musculatura perineal. Pero si estos músculos están rígidos, poco o mal vascularizados, aparece el riesgo de que se desgarren. Una buena preparación y toma de conciencia durante el embarazo los puede poner a punto. En cambio con la práctica de la episiotomía no se resuelve el problema de espacio, y posteriormente es más costoso recuperar la funcionalidad para la que está preparada la musculatura perineal; además, en partos posteriores será más difícil evitar la incisión.

Los desgarros del perineo

Los desgarros perineales pueden ser de primer, segundo o tercer grado según su extensión y alcance.

Llamamos desgarro de primer grado a la separación no intencional de la mucosa de la vagina y la piel del perineo.

El desgarro de segundo grado afecta

además al músculo bulbocavernoso en la parte central del perineo o rafe, el punto en donde se unen las dos fascias de dicho músculo. Este tipo de desgarro solo se produce de manera espontánea, o bien como prolongación de una episiotomía media insuficiente. También en casos de episiotomías anteriores el músculo puede ceder.

El desgarro de tercer grado es aquel que interesa las fibras del esfínter y puede alcanzar parte de la pared del recto.

ARGUMENTOS SIN BASE A FAVOR DE LA EPISIOTOMÍA

Prevención de desgarros de 3.º grado
Este argumento pierde credibilidad si nos atenemos a los diferentes trabajos científicos existentes. En efecto, según esos trabajos, el riesgo de desgarro es inversamente proporcional al número de episiotomías. Thecker y Balta, en un estudio realizado en 1983, nos ofrecen resultados de desgarros hasta un 23'9%

con episiotomía y un 6'4% sin ella. Asimismo en un estudio retrospectivo sobre 21.278 partos, Buekens encontró un 1'4% de desgarros de tercer grado en las mujeres con episiotomía frente a 0'9% de estos desgarros en mujeres sin incisión.

La conclusión de estos autores es que cuando no se practica la episiotomía, no aumenta la frecuencia de los desgarros de tercer grado.

Reducción de riesgos de problemas posteriores en la zona

Los problemas más frecuentes suelen ser prolapsos, sobre cuya incidencia la episiotomía no parece ser significativa, y la incontinencia urinaria de esfuerzo. Esta última secuela, de gran repercusión sanitaria pero también social, y que afecta profundamente a la calidad de vida de las mujeres afectadas, comprende al 5%–10% de las mujeres después del parto. Sin embargo ninguna de las investiga-

Periodo de expulsión en el parto, en el que la musculatura perineal atraviesa la máxima prueba





Coronación con bolsa de las aguas íntegra

ciones realizadas ofrece evidencia fiable de que la práctica rutinaria de la episiotomía mejore o proteja de tal secuela.

Protección al bebé en el expulsivo, acortando éste y evitando hipoxia y traumatismos craneales

La disposición anatómica y funcional del perineo, así como la propiedad poco conocida de la articulación sacrocóxigea de moverse durante el expulsivo, son los mecanismos propios de nuestra especie para favorecer el nacimiento. En cambio la posición horizontal y la sujeción de las piernas

durante el parto reducen estas posibilidades. Probablemente la solución no sea cortar, sino favorecer la puesta en marcha de estos mecanismos naturales.

Otro importante factor a tener en cuenta, es que al no realizarse episiotomía, una vez que la cabeza ha salido, el introito vaginal se retrae, y el tórax del recién nacido se ve comprimido, permitiendo el drenaje de las vías respiratorias, haciendo innecesario en la mayoría de nacimientos la aspiración rutinaria de secreciones.

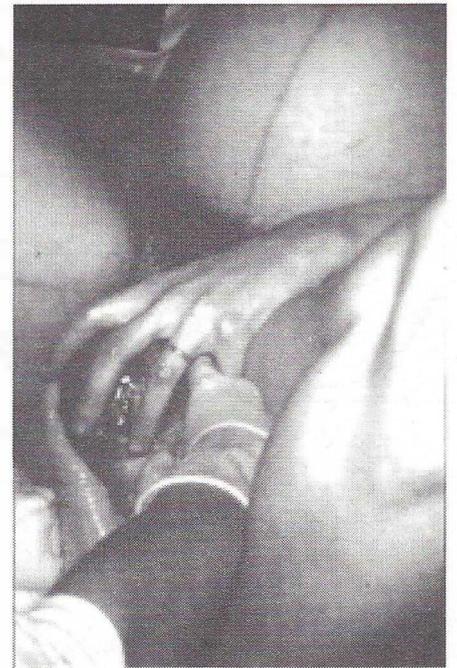
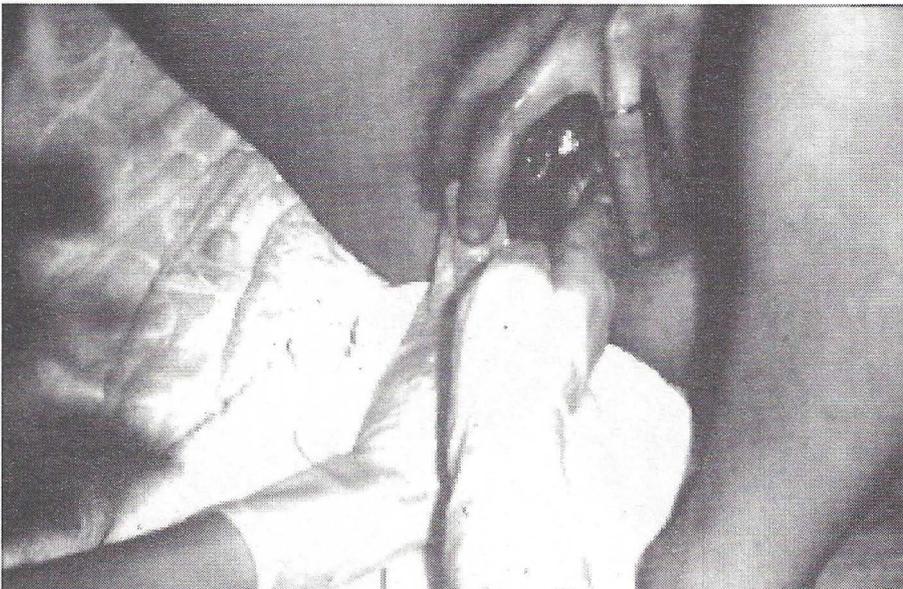
La experiencia obtenida por el Grupo Génesis en Madrid sobre 122 partos, da unos resultados de:

- 6% de episiotomías.
- 56'5% de expulsivos de menos de 30 min.
- 46'7% de integridad perineal.
- 0% desgarros de tercer grado.

Estos resultados son equiparables a los de la Casa de Partos en Berlín (1989), y también a los recopilados por la Asociación «Nacer en Casa».

De acuerdo a esos resultados, el tiempo de expulsivo no se reduce de manera significativa cuando se realiza episiotomía, puesto que ésta se practica cuando el polo fetal alcanza el tercer-cuarto plano de Hodge. El acortamiento del expulsivo en los nacimientos con episiotomía se debe a la utilización de maniobras de extracción. De hecho la duración del expulsivo sin episiotomía es comparable a la duración de la media hospitalaria, que incluye la práctica habitual de este acto quirúrgico. Por lo tanto, para el nacimiento del feto, el espacio fisiológico es suficiente.

Maniobra para la distensión perineal durante el expulsivo



Protección del perineo y salida controlada del bebé

No olvidemos lo que la OMS recomienda: "Ninguna práctica quirúrgica por insignificante que parezca a los asistentes al parto, debe ser ampliamente utilizada sin existir pruebas convincentes de su beneficio".

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Las complicaciones más frecuentes de la episiotomía son las que se mencionan a continuación:

- Por ser un procedimiento quirúrgico está sujeto a riesgos de hemorragia y de infección.

- La sutura debe de ser cuidadosa; de lo contrario la vulva puede quedar muy abierta, muy cerrada o asimétrica, con las molestias consiguientes

- El factor dolor es el más frecuente, e incide no sólo a nivel local, sino en la recuperación de la madre, su relación con el bebé, distorsiona la lactancia, y puede alterar su vida sexual. Hasta un 60% de las mujeres con episiotomía requieren tomar calmantes y ven reducida su autonomía post-parto.

Las molestias en las posteriores relaciones coitales son comunes; la mayoría de mujeres reinicia sus relaciones sexuales post parto con miedo y con dolor. Un estudio de Thacker y Banta (1983) establece que el 19% de relaciones sexuales a los tres meses del parto con episiotomía son dolorosas; en cambio cuando hay desgarro pero sin episiotomía el porcentaje desciende al 11%.

A la vista de todo lo expuesto, los estudios realizados, y el eco que el tema suscita en revistas profesionales y de divulgación, ya se han iniciado tímidos cambios de actitud en la práctica de la episiotomía, proponiéndose ejercicios de toma de conciencia y preparación del perineo, masajes, dieta adecuada y una mayor prudencia antes de cortar.

La ASOCIACIÓN NACER EN CASA tiene en marcha numerosos estudios en los

que se pretende demostrar lo innecesario de ciertas rutinas. Lo que se necesita es ser capaz de distinguir cuando se precisa o no una intervención durante el parto, y llevarla a cabo con oportunidad y eficiencia. La episiotomía es una intervención mucho más traumática de lo que parece; la mujer se ve privada de autonomía física para ocuparse de sí misma y de sus hijos; la toma de calmantes influye negativamente en la creación del vínculo

madre-hijo y dificulta el amamantamiento. Las relaciones de pareja pueden verse afectadas en la esfera coital. Todos estos motivos deberían ser suficientes para replantearnos la episiotomía. ○

*La autora es miembro del Grupo Génesis, un colectivo de matronas cuya sede se encuentra en: c/ Amado Nervo, 5, 4- B.28007 Madrid. Tel. (91) 551 07 66. Fax: (91) 371 48 99.

En la A.M.H.B. editamos desde el año 1985 nuestra revista cuatrimestral dirigida a todos los profesionales de la salud que deseen mantenerse informados sobre la actualidad homeopática.

En sus diferentes secciones de Clínica, Historia, Farmacología y Filosofía se recogen artículos teóricos i experiencias practicas de profesionales de todo el mundo, así como referencias bibliográficas, contactos y noticias de cursos y actos organizados.

REVISTA HOMEOPÁTICA



ACADEMIA
MÉDICO HOMEOPÁTICA
DE BARCELONA
1890

REVISTA HOMEOPÁTICA
es la revista de
actualidad homeopática.

Suscripción anual: 2500 pts.
Núm. de años anteriores: 350 pts.

Academia Médico Homeopática
de Barcelona

c/ Aragón, nº 186, 2º 1º
08011 Barcelona
Tel. (93) 323 48 36

ASOCIACIÓN DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS

Una asociación sin fines lucrativos ni corporativistas. Sus objetivos son la difusión de información científica sobre las Medicinas Complementarias y la realización de actividades que mejoren el nivel de los profesionales. La AMC edita la revista **MEDICINA HOLÍSTICA**.

Precios especiales para los socios en las publicaciones y en las actividades que organiza la Asociación.

A.M.C. Asociación de Medicinas Complementarias
Prado Torrejón, 27. 28224 Pozuelo Alarcón (Madrid)
Tel. (91) 351 21 11 Fax (91) 351 21 71



MEDICINAS COMPLEMENTARIAS n°39

ppp. 3.000 pta.



SIDA
LLEVANDO LA TEORIA
MAS ALLA DE SUS
LIMITES

CEREBRO Y SISTEMA
INMUNOLOGICO

TRATARDE OTRA FORMA
SINDROMES
BAZO
POLIARTRITIS
CRONICA
DEFENSAS
DEPENDENCIA
DEL ALCOHOL
ENFERMEDADES
DE LA PIEL

INVESTIGACION
CIENTIFICA ACTUAL
EN FITOTERAPIA

EFFECTOS DEL QI GONG
SOBRE EL CORAZON

CENSURA CIENTIFICA
Y HOMEOPATIA

LA OXIGENOTERAPIA
BIOCATALITICA

