

7

República de Colombia

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Facultad de Medicina y Ciencias Naturales

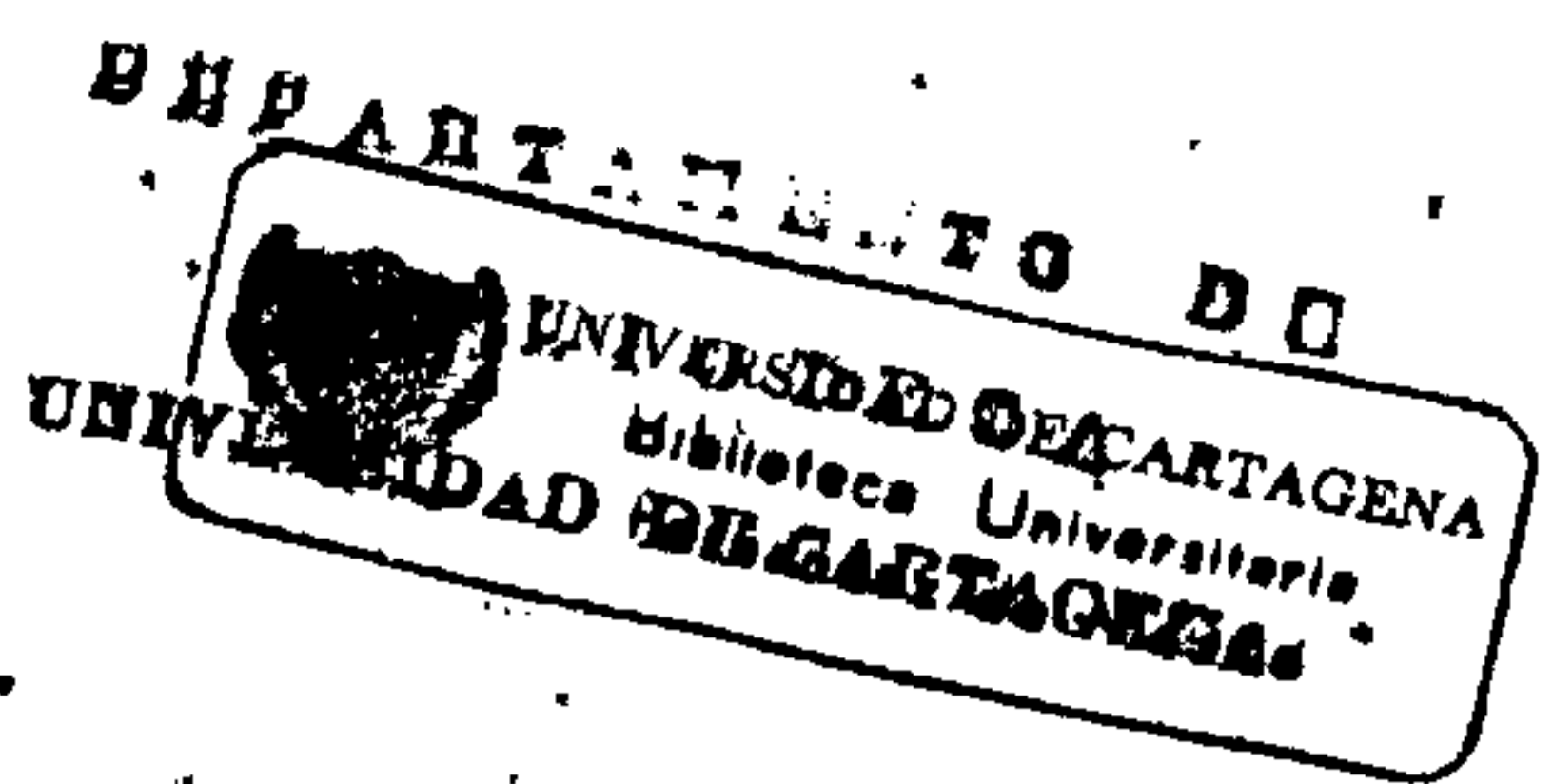
EPisiotomía profiláctica y sus indicaciones.

Hernando Díaz

1957

DEPARTAMENTO DE
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

618
D412



S U M A R I O.

Introducción	Pag. No. 1.
Anatomía del Suelo Perineal.	" 2-5
Relajaciones y fístulas del suelo pélvico	5-6
Episiotomía-Definición-Tipos-Técnica de = Perineorr. fias.-	7-9
Tipos de episiotomía.-	9-10
Complicaciones Post-operatorias.-	10-11
Episiotomía-Técnica de Perineorrafia- Resultados obtenidos, en la elaboración del Presente trabajo.	11-13
Cuadro de paciente intervenidos.	13-16
Episiotomías según las indicaciones. Cua- dros Nos. 1,2 y 3.	17-
Historias clínicas.-	18-20
Conclusiones	21-
Bibliografía	22

Fernando Diego C...

1967

BUFM

S E L B &

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo de "EPISIOTOMIA PROFILACTICA Y SUS INDICACIONES", ha sido realizado, sin la intención de aportar nada nuevo al cuerpo médico, puesto que tanto el tipo de episiotomía usada con la técnica de perineorrafia son ampliamente conocidas, pero me he impulsado a su realización la elevada incidencia de prolápsos genitales que acuden al ginecologo, según las estadísticas mundiales cuya etiología principal estriba en las alteraciones del suelo pélvico, principal sostén del aparato femenino, por los impactos sufridos durante el segundo periodo del parto. =

Me he permitido elaborar este trabajo basado en los conceptos del Profesor Te-Linde (1) quien dice que la recurrencia actualmente a la práctica de la episiotomía ha disminuido la incidencia de desgarros perineales y por consiguiente sus consecuencias cuales son los prolapsos genitales que hacen necesario el acto quirúrgico para su correcta restauración. =

Todos los grandes Tocólogos están de acuerdo en que un periné no desgarrado pero si relajado al máximo despues de maniobras de protección perineal, no solo no constituye un éxito en la atención de un parto, sino que es ilógico y altamente perjudicial (2) tanto para la madre como para el feto, ya que a la primera se le predispone a un prolapso genital mas o menos precoz y al segundo a lesiones cerebrales por aumento de presión intracraneana que si no le es fatal, le puede convertir en un aemente incorregible. =

La práctica oportuna de la episiotomía bien reglada lleva aparejada beneficios desde el punto de vista psicológico tanto para el tocólogo que la realiza, como para la parturienta pues a ésta, se la libra de los complejos que acarrear los trastornos en la estática de los órganos genitales internos y en la integridad de los genitales externos, para el tocólogo por cuanto las enfermas atribuyen todos los trastornos que le aquejan, con justificados motivos, a la negligencia del médico que la atendió en el momento del parto. =

La bondad de este acto quirúrgico, que pertenece a la pequeña cirugía, corresponde apreciarla al médico que atienda a estas pacientes en sus futuros partos quien decidirá si es o no, convenientes practicar nuevas intervenciones para conservar lo logrado en la primera. =

ANATOMIA DEL SUELO PERINEAL

Conocida ampliamente del cuerpo médico, la anatomía perineal=femenina (3) marcaremos los detalles mas sobresalientes a modo = de recordación, para iniciar nuestro estudio de la episiotomía y sus indicaciones.=

Detrás de la comisura posterior de la vulva, se encuentra una= región que separa a ésta del ano, y es lo que constituye el peri= neo clínico, que hay que distinguirlo del perineo anatómico que= es la región que se extiende desde la sínfisis pública, hasta el= coxis.-

Los músculos que forman el suelo de la pelvis, constituyen el aparato de sosten en que se apoyan todos los órganos pelvianos = y singularmente el aparato genital. Es importante su conocimiento por cuanto gran número de cambios de situación y posición de aquel son debidas a roturas a relajaciones o anomalías de estos músculos.

El suelo de la pelvis está formado por dos elementos distin= tos: el llamado diafragma pelviano principal constituido por el músculo elevador del ano y el llamado diafragma urogenital forma= do por distintos músculos que se disponen en torno de la desembo= cadura de la vagina y de la uretra. Se distinguen tres planos: 1o. plano superficial; 2o. plano medio y 3o. plano profundo.=

a) Plano superficial:- está constituido por los músculos es = quiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial del perineo y el esfínter estriado del ano.- El músculo isquiocavernoso cons= tituye una unión entre las tuberosidades del isquión y el cuerpo= cavernoso del clítoris. Es un músculo par y simétrico. Ambos is= quiocavernosos forman entre sí un ángulo que mira hacia abajo y atrás, tiene poco interés como medio de sostén.-

El bulbocavernoso es un músculo par en forma de parentesis que colocando su concavidad hacia el lado interno abarca por ambos = lados a la vulva recubriendo los cuerpos cavernosos y yendo a in= sertarse en la parte posterior de una formación tendinosa llamada nódulo o rafe tendinosa del perineo. Este último recibe este nom= bre por constituir un punto central en el que van a insertarse = una serie de músculos de la región.- Tiene la misma significación que pueda tener la llave de un arco. Es desde el punto de vista= clínico un elemento de mayor importancia. Si desaparece o se rom= pe puede ocasionar la pérdida de todas las relaciones anatómicas asi como el desfondamiento del suelo pélvico. Desde este rafe =

tendinoso se extiende a cada lado a las tuberosidades del isquión, otro músculo, es el transverso superficial del perineo. Este músculo a ambos lados forma con los isquiocavernosos a modo de un triángulo en el que están incluidos los bulbocavernosos y una capa muscular mas profunda que se detalla mas adelante.-

Del rafe tendinoso del perineo hacia atras se extiende, el esfínter externo estriado del ano, dispuesto tambien en forma de doble parentesis pero considerablemente mas potente que el formado por los bulbocavernosos.-Estos últimos son los homólogos del esfínter estriado del ano, en lo que la vulva se refiere.-En efecto tales músculos tienen en los animales un papel constrictor de la vulva por lo que tambien el bulbocavernoso recibe el nombre de constrictor cunni.-En la mujer ha perdido toda su significación constrictora aunque cuando está muy desarrollado o especialmente irritable puede crear una contractura, sino completa, por lo menos parcial que dificulta el acto del coito dando lugar al fenómeno llamado vaginismo.-

b) Plano Medio:= entre los músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos y transverso superficial del perineo, se forma un triángulo al fondo del cual hay un plano músculo aponeurótico, que constituye la segunda capa o plano de los músculos perineales, un poco más profundo que el anterior y formado por los siguientes elementos: hacia atras, por el transverso profundo del perineo y de trayecto semejante al superficial y que es casi una prolongación del mismo y sin bien la anatomia lo describe como separado de él. en clínica casi siempre se encuentran unidos siendo artificioso el querer separarlos. Ahora bien, en este plano profundo las fibras se extienden hacia adelante y ya no son un simple tracto muscular, sino un verdadero diafragma fibroso o fascial que se inserta en las ramas esquiobupianas un poco por delante y arriba de los isquiocavernosos.- Esta es la fascia urogenital que en su porción mas interna, forma una envoltura a la uretra conteniendo fibras musculares y constituyendo al esfínter estriado de la misma.

Mencionada ya la forma en que quedan constituidos ya los dos primeros planos perineales musculares, veamos ahora como ambos crean en su porción mas anterior, o sea en el triángulo que tienen como vertices ambos isquiones y por delante la sínfisis del pubis una formación músculo-aponeurótica apretada y densa que constituye el diafragma urogenital al cual ocluye la hendidura del elevador

del ano por la que pasa el aparato genital.- El borde posterior de este aparato está constituido por el borde posterior de ambos músculos transversos superficiales y profundo del perineo llamado la atención el que cuando se hace una preparación anatómica = detrás de estos músculos se encuentra un escalón profundo de tal manera que si bien el diafragma urogenital mantiene en el triángulo anterior derecho del estrecho inferior de la pelvis un plano de continuidad con la vulva, en cambio en la porción posterior es decir a lados del ano, éste plano lo forma el elevador del ano que está situado a mayor profundidad, formando por tanto una excavación o cavidad que constituye la llamada fosa isquiorectal, = que separa la tuberosidad isquiática del recto. Como veremos es más profunda en las proximidades de la pared pélvica que en el centro puesto que el músculo elevador del ano tiene forma de embudo y se separa progresivamente de la pared pélvica de arriba abajo.=

c) Plano Profundo: El músculo elevador del ano, constituye el llamado diafragma principal pélvico, va a insertarse detrás del ano en el rafe anocoxigeo y en la punta del coxis. Desde este = punto de inserción posterior sus fibras van a insertarse abanicándose en abanico todo a lo largo de la circunferencia pélvica de tal manera que en él se pueden distinguir una serie de fascículos que van desde el coxis por un lado a una larga línea que va de = la tuberosidad isquiática a la sínfisis del pubis.-Estos fascículos se insertan directamente en el hueso a nivel del isquión y = de la sínfisis del pubis, no pudiendo insertarse en el hueso mismo entre ambos puntos, es la llamada línea innominada, porque en ella está la zona de inserción del músculo obturador y no permite que en dicha línea se inserte el músculo elevador del ano. = Este lo hace a este nivel, en un arco tendinoso formado por un = engrosamiento de la fascia del músculo obturador que sirve como puente de unión entre la sínfisis y el isquión cerrando de manera completa la pelvis y continuándose hacia afuera con el músculo obturador.=

De la misma manera hay otro músculo que cierra la pelvis en dirección posterior, es el coxigeo de mas secundaria importancia. Por lo tanto, según las inserciones del músculo elevador del ano en la cintura pélvica, se distinguen en él, tres fascículos distintos: isquiocoxigeo, ileocoxigeo, (que se inserta en el arcus tendineus) y pubocoxigeno cuyos fascículos mas internos son pu-

barrrectales porque se insertan en el recto y no en el coxis -
 De esta manera el músculo elevador del ano constituye un cierre completo de la cavidad abdominal en su parte inferior. Sus inserciones laterales se encuentran a cierta altura mientras que las centrales están en un plano mas inferior, adoptando la forma de un receptáculo o embudo de tal manera que en todos los fascículos, citados existe un declive hacia adentro y abajo. En su parte interior deja en la linea media, entre la sínfisis pubiana y el coxis una hendidura que recibe el nombre de hiato urogenital y que en la parte posterior es mas bien un hiato rectal puesto que deja paso al recto. Podemos decir que este músculo elevador del ano constituye como un cierre o aparato oclusor de la pelvis meno de donde su nombre de diafragma pélvico salvo en la linea media en que deja al recto, aparato urinario y canal genital. Precisamente sobre este punto debil central actúa de aparato oclusor el diafragma urogenital.-

= = = = =

RELAJACIONES Y FISTULAS DEL SUELO PELVICO.

Hecho el estudio de la anatomia del suelo pélvico y apreciándolo como el medio de sostén mas importante del aparato genital, y teniendo en cuenta que la práctica de la episiotomía, tena central de este trabajo, trata de conservar la integridad de ese suelo pelvico y siendo el trabajo del parto en su segundo periodo, la causa principal de desgarrros perineales es conveniente describir el daño sufrido por estos tejidos, despues del parto, a saber: el tejido conjuntivo está desgarrado (4) en varias partes, hay flogedad de las fascias, el músculo elevador del ano está desgarrado, hay rasgadura del tabique urogenital, con frecuencia padece lesión el cuerpo perineal y siempre están contusos los tejidos en los cuales se ven equimosis de mayor o menor cuantía.- La importancia de las desgarraduras es muy variable, las que producen peores efectos son las laceraciones del músculo elevador del ano, tabique vesicovaginal, y perineo, de dignidad fisiológica y patológica ya que las desgarraduras de estas zonas puede extenderse hasta causar el desgarrro del ano y del recto cuya desgraciada consecuencia seria la incontinencia fecal con invasiones bacterianas, y los tejidos desgarrados jamás recuperan supristina integridad.=

(5) Cuando se desgarran los músculos y las fascias se producen dos efectos a saber: 1o. se alarga el sincho pélvico y no suministra ya igual soporte que antes, 2o. trae ésto como consecuencia que los orificios vaginal y rectal, (sitios débiles del suelo perineal) se hundan hacia atrás, hacia la línea de presión de manera que el paso de los órganos pélvicos que primero descansaban sobre el músculo y la fascia, se apoyen entonces en los mencionados orificios.=

Existe otro estado morboso (5), secuela del parto, que llamamos relajaciones del suelo pélvico y es aquel que queda después de la reparación de un desgarro con su perfecta cicatrización = que hace necesario el acto quirúrgico para devolver al suelo perineal su valor como medio de sostén del aparato genital. En algunos casos puede no haber desgarros visibles sino que la distensión originase desgarros submucosos que el médico no pudiese descubrir ni menos enmendar.=

Contemplamos entonces que el parto es la etiología de los desgarros perineales y de las relajaciones del suelo pélvico, que vienen a originar una serie de secuelas posteriores como son = los colpoceles anterior y posterior, cistoceles y rectoceles, prolapsos uterinos desde primer grado hasta de tercer grado, = retrodesviaciones uterinas, y una serie de síntomas como dolores pélvicos, menstruaciones dolorosas, sensaciones de peso y = tirentés así como también fístulas vasico-vaginales y recto vaginales.=

El 70% por ciento (12) de las primíparas sufren desgarros perineales de primer grado, el 30% sufren desgarros de segundo = grado que dejan el descubierto el esfínter del ano y en un 10% = sufren lesiones del esfínter del ano. -Además sufren desgarros = perineales las multíparas en las aplicaciones de forceps, en = las presentaciones de pelvis, de cara, en las presentaciones de vértice posteriores, cuando hay desproporción fetal como sucede en los f. tos hidrocefálicos y siempre que se presente un mecanismo expulsivo anormal. Por lo que en todos estos casos debe = practicarse la episiotomía profiláctica para evitar las distensiones y más aun los desgarros perineales como la detallaremos más adelante.=

EPISIOTOMIA- DEFINICION. TIPOS. TECNICA DE
PERINEORRAFIAS . =

La episiotomía (6) es una operación que consiste en incidir el perineo en el momento del desprendimiento del parto para evitar los desgarrros y preservar la integridad perineal. =

El empleo sistemático de dicha intervención ha disminuido, = la frecuencia de relajamientos pelvianos y la producción de cistocetes y rectocetes.-La necesidad ulterior de cirugía plástica de la vagina ha desaparecido por la correcta ejecución de la episiotomía.-

La práctica de esta intervención de manera gradual ha sustituido a la antigua idea de proporcionar resistencia al perineo por ayuda manual que puede ser origen de desgarrros musculares submucosos inadvertidos que constituyen posibles causas de relajaciones pelvianas, que el médico no puede apreciar ni menos encomendar. Para practicar la episiotomía no se ha de esperar a que se destruya la fascia intercolumnar y padezcan menoscabo los pilares del músculo elevador del ano, pues entonces (establecido) quedaría poco que poner a salvo del suelo pélvico. =

Ha quedado establecido como norma fija de conducta que toda aplicación de forceps debe ir precedida sistemáticamente de una episiotomía profiláctica, conducta que debe hacerse extensiva a los partos espontaneos ante los cuales fuere posible un riesgo de desgarrro perineal, puesto que sucede muchas veces que tejidos de apariencia saludables sufren desgarrros considerables, por lo que los tocólogos están de acuerdo que aun la experiencia y las circunstancias más favorables evitan las desgarraduras ya visibles o no del perineo.-

La episiotomía profiláctica preserva la integridad del perineo al:

- 1o. prevenir que la pared posterior de la vagina y el suelo pelviano sufran daño;
- 2o. evitar las lesiones del esfinter anal y la pared del recto,
- 3o. Impedir la distensión excesiva de la pared vaginal, reducir la deformación del perineo por medio de una herida quirúrgica.-

Como podemos apreciar la episiotomía a mas de los beneficios que proporcionan a la madre, viene a proteger tambien al feto evitando al trauma cerebral al hacer el pelo fetal de dilatador del perineo.=

INDICACIONES.= En caso de estrecheces del estrecho inferior, cuando la cabeza ha de llevarse muy hacia atras, indicación marcada por la medida del diámetro bisquiática (7) ya que siendo estrecho este diámetro tambien se estrechan los músculos que van a insertarse en las tuberosidades isquiáticas como son los transversos superficial y profundo del perineo y los fascículos isquiáticos del elevador del ano, las aponeurosis superficial y media que al estrecharse hacen propenso el desgarro perineal puesto que la cabeza fetal al encontrar un diámetro bisquiático corto o estrecho es rechazada hacia abajo, hacia el coxis y entonces el desprendimiento lo ejecuta muy posterior lo que facilita el desgarro perineal. 3o. la existencia de un periné, (6) resistente como sucede en las primiparas añosas.=

3o. En toda aplicación de fórceps, o en partos espontaneos con presentaciones de cara, de frente, de vértice posteriores en los cuales franquea el orificio vulvar un diámetro de dimensiones mayores a las normales.=

4o. En los partos de pelvis, (2) en los cuales se debe practicar una episiotomía amplia con mira o facilitar la extracción de la cabeza última y conjurar un desgarro de tercer grado, al representarse un diámetro cefálico demasiado grande, aqui su práctica debe ser precoz ya que facilita la ejecución de maniobras manuales tales como la extracción podálica en pelvis incompleta, o el Mauriceau en cabeza última acelerando al facilitarla la evolución final del parto y contribuyendo a hacerlo menos traumático para el feto.-

5o. En el retardo del periodo expulsivo (8) ocasionado por la rigidez anormal del anillo vulvar como se encuentra en las primiparas o en multiparas que hayan sufrido operaciones plásticas de la vagina (colpografía anterior y colpoepineorrafias).-

6o. En la existencia de un periné alto como se encuentra en las primiparas con hábito infantil, en estos casos la dirección de la cabeza fetal no se efectua sino muy hacia atras, la presentación en su avance no entreaire la vulva sino que implele al periné, en estos casos puede salir al exterior por fuera del anillo vulvar.-

76. En el parto de un feto prematuro para evitar una hemorragia meningeo fetal, ya que la demora en el periodo expulsivo es la causa de trastornos cerebro-vasculares en el feto.=

80. En la urgencia de extracción rápida por sufrimiento fetal.

90. Por desproporción fetal como sucede con fetos hidrocefálicos.-

100. Por distocia de contracción causada por fatiga del músculo uterino.

= = = = =

TIPOS DE EPISIOTOMIA . =

1a. LATERAL, la incisión (6) es horizontal, atravesando la vulva, es más probable que cause hemorragia pero tiene utilidad en caso de afecciones locales del periné.-

2a. MEDIA: Se practica la incisión hacia atrás directamente en la línea media tiene la ventaja de ser menos dolorosa y más anatómica pero presenta el inconveniente de desgarrar al esfínter y aun la pared rectal en caso de prolongarse la incisión quirúrgica y no ofrece ninguna garantía cuando el periné es corto.-

3a. MEDIO-LATERAL: Se practica la incisión partiendo de la horquilla vulvar hacia una dirección intermedia entre el esfínter del ano y la tuberosidad isquiática, es el tipo más empleado por la seguridad que ofrece ya que al prolongarse se dirige hacia la nalga y no hay el riesgo de lesionar el esfínter anal. En algunos casos de vulva demasiado estrecha se hace necesario practicar la episiotomía bilateral.-

RESTAURACION. Verificado el parto y el alumbramiento se inspecciona el prihé para ver si hay puntos que sangran y si la incisión se ha extendido. Se debe colocar un tapón vaginal para retener la sangre que viene del útero con lo cual se consigue un campo operatorio seco. La sutura se hace con catgut crómico 0 o 00, la restauración debe hacerse por dos triángulos separados, uno vaginal y otro perineal. El primero lo forman las superficies laterales de la incisión vaginal como lados y la distancia comprendida entre las carúnculas del himen como bases. La restauración de esta zona solo comprende mucosa, teniendo cuidado de tomar también la fascia vaginal para conseguir una buena hemostasia y debe hacerse con sutura continua iniciada

=10=

en el vértice vaginal de la incisión, aunque también puede hacerse con puntos separados. La sutura se prolonga hasta las cunuculas del himen, así se tiene la ventaja de tener un punto fijo donde terminarla y se evita pasar la aguja por la piel de los grandes labios que es una piel de transición que se esfalta fácilmente. -En el periné por debajo de la línea de sutura vaginal se colocan varios puntos separados musculares profundos, se colocan luego puntos separados aponeuróticos y por último, se cierra final de la piel usando aguja de borde cortante practicando sutura continua intradérmica o puntos separados que no deben apretarse mucho. Siempre debe tenerse cuidado de no usar material demasiado resistente no apretar demasiado los puntos, no poner demasiados puntos si se utilizare material no absorbible los cuales deben ser retirados al cuarto día. -En caso de usar material inabsorbible es preferible el hilo del algodón(2).

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.-

1o. El dolor en la incisión (6) lo que puede dominarse con sedantes, pomadas anestésicas e infiltraciones anestésicas en la zona dolorosa. -En caso de infiltrar anestésicos puede hacerse procaína o la efocaina (10) con lo cual se consigue un efecto prolongado por lo que no es necesario repetir la infiltración si el dolor fuere duradero. Se debe inyectar inmediatamente después de la restauración con aguja calibre 22 larga aplicando tres o cuatro centímetros a cada lado de la herida en el tejido celular subcutáneo.=

2o. Hemorragia: (6) se cohibe por presión en el sitio de la incisión y si fuere necesario se hace una infiltración de novocaina al 1% a la cual se agregan cinco gotas de adrenalina en 300 cc. de aquella.-

3o. INFECCION: aun cuando la región perineal es de especial resistencia a las infecciones se ha de practicar lavados con soluciones antisépticas y pulverizaciones de sulfatiazol o aplicaciones locales de emulsiones de sulfa dos veces al día durante tres o cuatro días.-

4o. Separación de los bordes de la herida: se produce de preferencia en el ángulo inferior y se trata con calor seco.

5o. NUBROMA ULTERIOR: cuando se desarrolla en la cicatriz ocasionada dolor y dispareunia, lo cual se hace evitar usando un método de restauración adecuado. En algunos casos, muy raras por cierto, se presenta dehiscencia total de los bordes debido a defectos en las técnicas de restauración o a infecciones locales, se procede entonces a una nueva restauración.

=11=

después de avivar los bordes, se le aplica calor seco, se tienen especiales cuidados con la enferma.-

= = = = =

EPISIOTOMIA!-TECNICA DE PERINLORRANIA.-RESULTADOS OBTENIDOS, EN LA ELABORACION DEL PRESENTE TRABAJO.=

= = = = =

Para la elaboración del presente trabajo usamos exclusivamente el tipo de episiotomía medio lateral la hacíamos siempre del lado derecho por cuestiones de comodidad pero es indistinto practicarla del lado derecho o izquierdo. Usamos este tipo de episiotomía por parecernos la más conveniente por las siguientes razones:

- 1o. La episiotomía medio-lateral (4) es la que más eficazmente protege al periné, el esfínter del ano y al músculo elevador del ano. En esta operación solo se corta la piel con los músculos constrictor de la vagina y transverso del periné, la fascia intercolumnar y unas fibras anteriores de la porción recto-púbica del músculo elevador del ano.-
- 2o. Tiene la ventaja de que si se prolonga lo hace sobre la nalga y no hacia el esfínter del ano, como sucede en la mediana.
- 3o. Es de fácil reparación y generalmente se presenta sin complicaciones si se cumplen pequeños cuidados indispensables.-

Practicamos la incisión al momento que del polo fetal (en las presentaciones cefálicas) descendía al suelo pélvico cuando estaban un poco distendidas las partes blandas pero sin aun sufrir ningún daño, en el momento que calculamos estaban para desprenderse los grandes diámetros cefálicos, ya anotamos que en las presentaciones de pelvis la incisión se practica precozmente. Pues bien en el momento de practicar la incisión dábamos a la paciente unas cuantas inhalaciones de trilene, ya que siempre usamos anestesia general y practicamos la incisión de la siguiente manera: partiendo de la horquilla vulvar dábamos a las tijeras una dirección de manera que quedase en una dirección intermedia entre el orificio anal y la tuberosidad isquiática. El ángulo constante de las tijeras estaba situado en el rafe medio con el dedo índice y pulgar de la otra mano se comprime y se aparta el esfínter anal, hacíamos presión sobre los bordes de la herida pocos minutos después se verificaba el desprendimiento y se verificaba el parto, esperábamos el alumbramiento, en algunos casos lo practicábamos artificialmente y nos preparábamos para la restauración.

En este momento, poníamos nuevos campos estériles y cambiábamos de guantes e iniciábamos la restauración de la siguiente manera: Colocábamos un tapón vaginal para obtener un campo operatorio seco, como la incisión deja un campo en forma de dos triángulos, uno vaginal (2) de vértice interno y un cutáneo unidos ambos por sus bases, iniciábamos la sutura del plano vaginal o sea el plano mucoso con catgut. No. 0. con sutura continua, tomando la fascia vaginal para hacer buena hemostasia, con sutura continua festonada, hasta llegar al nivel de las curúnculas del himen donde pasábamos al hilo al plano muscular profundo y anudábamos, colocábamos luego dos tres nudos musculares profundos según el caso exigiera procedíamos entonces a pasar al plano aponeurótico donde colocábamos tres o cuatro puntos separados, y por último la restauración de la piel con sutura intradérmica iniciada a nivel de los grandes labios y terminada en el vértice inferior de la incisión con el último punto situada a distancia sin anudar.- Con esta técnica de sutura se consigue una buena restauración por lo anatómica, no quedando ningún nudo superficial a nivel de la horquilla que posteriormente fuese causa de la formación de quistes o granulomas que hiciesen padecer dispareunia a la paciente. Los dibujos incluidos dan una explicación de la técnica usada, a la cual en algunos casos hicimos la siguiente modificación: llegada la sutura continua a nivel de las curúnculas del himen dejábamos el hilo colgando, hacíamos la reparación muscular con puntos separados lo mismo el plano aponeurótico y luego continuábamos la sutura de piel intradérmica con el mismo hilo con que hicimos la sutura de mucosa.-Terminada la restauración hacíamos pulverizaciones con sulfas, fijábamos sonda vesical permanente por espacio de cuarenta y ocho hora, ordenábamos lavages dos veces al día aplicación local de sulfas y pulverizaciones dos veces al día y aplicábamos penicilina 200.000 unidades cada cuatro horas por espacio de 24 horas. El instrumental usado en la restauración, consiste en portaguñas, pinza de disección con y sin garras, separadores, tijeras, y dos agujas curvas una redonda para el plano mucoso muscular y una cortante para los planos aponeuróticos y cutáneo.

RESULTADOS: En nuestra casuística de ciento veinticuatro intervenciones practicadas los resultados de cicatrización fueron perfectos, logramos el levantamiento precoz de las pacientes al tercer día, solamente un caso en que hubo dehiscencia de los bordes debido a las malas condiciones de la paciente, hubimos de avivar los bordes



y practicar nueva sutura entences con puntos separados aplicamos calor seco y ponada a =base de clorofila (Mitogen) y felizmente= despues de seis dias la cicatrización fue completa, incluimos la historia completa de esta paciente para exponer todos los detalles.-

Otra paciente que prolongó la incisión quirúrgica experimentó dolores de consideración aplicamos ponadas analgésicas y continué experimentando los dolores por lo que hubo de hacérsele infiltración en los bordes de la incisión de meticaina al 2% (2cc.a cada lado) con lo cual desaparecieron los dolores y se dió de alta al sexto dia, tambien incluimos en el historial la historia de esta paciente.- Tambien incluís la historia de una paciente que hubo de permanecer en el servicio por espacio de doce dias no por defectos de cicatrizacion, sino porque tuvo tuptura de la pared anterior del útero por causas que se detallan ampliamente en la historia.-

Hacemos constar que al darse alta a la paciente se le explicaba la forma como debía cuidarse, le dábanos cita a los 15 dias= mas tarde para que acudiera al Servicio con el objeto de revisar y saber si había sentido molestias, felizmente no sintieron ningún trastorno, entences se le entregaba una tarjeta donde se exponía la intervención practicada a fin de que en su próximo parto fuera informado el médico y dictaminara la conducta que debía seguir.=

=====

EL SIGUIENTE CUADRO ENCIERRA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PACIENTES INTERVENIDAS :

NOMBRE	Edad.-		No. de Embarazos
		años	Primero
Socorro de Avila.	23	años	"
Delia Garcia..	19		"
Gladys Torres.-	20		"
Luisa Castro.	25		"
Beatriz Franco	22		"
Maria Hernandez	23		2
Mercedes Pineda	19		"
Elvia Arteta	22		"
Elvia del +.de Castro.	16		"
Luz Gomez	27		"
Angela Sabalza.	19		"
Zunilda Diaz	22		"

	=14=	
NOMBRES	EDAD	No. de Embarazos.
Glays Equivia.-	16	primero
Maria Mendoza.	18	"
Virgilia Morales.-	20	"
Flor Espinosa.-	27	"
Elvia Marti ez	27	"
Elvia Sorita	20	"
Olimpa Zarate	20	"
Elizabeth Carrillo	18	"
Edith Muñoz	23	"
Ana Bustanante	18	"
Narcisa Caballero	30	"
Cándida Orozco	18	"
Graciela Guerrero	21	"
Marian Pereira	20	"
Virginia Pacheco	23	"
Berta Mont. rosa	18	"
Genoveva Baballero	26	"
Aminda Torres	21	"
Victoria velasquez	20	"
Esperanza Ortiz	19	"
Francisca Verde	24	"
Olga Arrieta	23	"
Lucila Avila	16	"
Argonida Pallares	19	"
Nerna Valencia	20	"
Mery Ortiz	18	"
Elvira Leon	21	"
Clementina Muñoz	22	"
Zoila Mendoza	18	"
Llena Vergara	21	"
Candelaria Perez	18	"
Dolores Torres	22	"
Ana Barrios	19	"
Elvia Pacheco	18	"
Josefa Martinez	25	"
Eufemia Hernandez	19	"
Nerna Lemis	19	"
Rosmira Chico	18	"
Andrea Romero	23	"
Candelaria Escorcía	21	"

NOMBRL	=15=	No. de Embrazo
	EDAD	
Hilda Rodriguez	21	primero
Margarita Merchans	23	"
Praxdes Rodriguez	22	"
Cristina Moreno	19	"
Alicia Beltrán	18	"
Digna Acosta	25	"
Emilda de la Cruz	24	"
Candelaria Barrios	18	"
Ana Luisa Julio	19	"
Conila Samur	19	"
Isis Maria Alvis	23	"
Edith de Castro	18	"
Virginia Meza	15	"
Yolanda Perez	28	"
Adrian Machado	20	"
Geneveva Quiroz	18	"
Maria Ospino	19	"
Maria San Martín	118	"
Juana Puello	20	"
Berta Henao	28	2
Adriana Rios	23	"
Victoria Ortega	19	"
Dora Perez	29	"
Catalina Angulo	20	"
Doris Cárdenas	21	"
Juana Beltrán	18	"
Maria Ofir Tamayo	20	"
Ines Porto	18	"
Concepción Blanco	18	"
Georgina Padilla	18	"
Edna Rodriguez de Bonfante	18	"
Dalia Dau de Perez	18	"
Ubalдина Jaraba	28	"
Isabel Pajaro	18	"
Ana Julio	34	"
Maria del C. Barros	17	"
Carmen Barrios	18	"
Enerda Hernandez	18	2
Elvia Muñoz	21	"
Sixta Villareal	24	"

=16=

NOMBRE	EDAD	No. de embarazos.	
		primero	segundo
Alida Montes.-	29 años	primero	
Geranira Paez.-	18	"	
Maria de J. de Castro.	24	"	"
Rosa Corcho	22	"	
Maria Herrera	29	"	
Olga Florez	18	"	
Fenelda Tinoco	25	"	
Pabla Bravo.	17	"	
Dora Alvarez	25	"	
Margot Machado	23	"	
Leonidas Herrera	17	"	
Nicolasa Garcia.	23	"	
Bonifacia Moreno	19	"	
Berta Sierra	22	"	
Elena Pedroza.	21	"	
Esilda xx	23	"	
Filonena Salina	17	"	
Estebana Osorio	23	"	
Tecдора Hernandez	26		segundo
Yolanda Ortiz	22	primero	
Teonila Ramirez	20	"	
Yadira Alcazar	19	"	
Felipa Fuentes	22	"	
Elvia Muñoz	19	"	
Concepción Guillón.	34	"	
Olga Arroyo	29	"	
Cándida Luna	23	"	
Juana Salas	34	"	
Maria Elena Castilla	16	"	
Rafina Hernandez	18	"	
Helena Barros	29		segundo

Aun cuando toda nuestra casuística consta de primiparas a excepción de dos casos de múltiparas, una de cuarto parto con feto hidrocefálico, y una de segundo parto con presentación descuidada de hombre en la cual se hizo versión interna para hacer extracción de pelvis, en el siguiente cuadro anotamos las indicaciones que nos llevaron a practicar la intervención.

CUADRO NUMERO I.

EPISIOTOMIAS SEGUN LAS INDICACIONES . =

1o. Per periné resistente.....	33 casos
2o. Por feto grande.....	1 caso
3o. Por parto de feto prematuro.....	4 "
4o. Por aplicación de forceps.....	10
5o. Por estrechez del diámetro bisquiatico.....	37
6o. Por vulva de tipo infantil.....	2
7o. Por presentación de pelvis.....	6
8o. Por primiparidad.....	30
9o. Por colpo-perinerrafia anterior.....	1
Total de casos.....	124

CUADRO NUMERO II.

EPISIOTOMIAS DE ACUERDO CON LAS PRESENTACIONES Y VARIEDADES DE POSICION.

1o. Vértice:	
a) OIIA.....	69 casos
b) OIDA.....	37 "
c) OIDP.....	5
d) OIIP.....	4
e) MIDP.....	2
2o. Pelvis.....	7
Total de casos.....	124

El presente cuadro anota siete presentaciones de pelvis a diferencia del primero porque en él incluimos la presentación del feto hidrocefálico por considerar que era la que le correspondía.

CUADRO NUMERO III. =

EPISIOTOMIAS EN RELACION CON LA PARIDAD Y LA MADUREZ FETAL.

I= Primigestantes.....	120 casos
a) con fetos de peso inferior a 2.500 gramos.....	5 casos
b) con fetos de 2.500 a 3.000gramos.....	66
c) con fetos de peso entre 3.000 g 3.500 gr.....	47
d) con fetos de peso entre 3.500 a 4.000 gr.....	2
II= Multigestantes.....	4
a) con peso de 4.700 gramos.....	1
b) con peso de 3.200 gramos.....	1
c) con peso de 3.000 gramos.....	2
Total de casos.....	124

En el cuadro anterior aparece en la columna de multigestantes un caso en el cual su primer embarazo terminó por aborto hacia el tercer mes. =

HISTORIA CLINICA.

SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTA CLARA.

Nombre: R.C. Edad: 22 años.-
Fecha entrada: 6-IV-57 Estado: civil: soltera
Profesión: Oficios domésticos.-

ANTECEDENTES FAMILIARES: sin importancia para el caso.-

ANTECEDENTES PERSONALES: esta paciente sufrió las enfermedades =
propias de la infancia.-

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: vió su menarquia a la edad de 15 años,
desde entonces, ha sido bien reglada siendo su ciclo de 28 x 4 .
En el mes de junio regló corrientemente durante cuatro días del
veinte al 24 de dicho mes, en el mes de julio, faltó su regla =
por lo supuso que estaba embarazada, desde esa fecha hasta el
día en que se presenta a consulta no experimentó molestias de =
consideración por lo que ella no se hizo examinar ni acudió nunca
a este servicio.- Por el examen comprobamos que estamos en pre =
sencia de un embarazo a término, practiquemos la pelvimetría y en =
contremos los datos siguientes:

Diámetro Biespinoso.	23	ctns.
" Bicrestileo	25	ctns.
" Bodeloque.	18	"
" Bisquiatrico	9	"
Altura uterina-	30	"

Practicado el examen genital encontramos dilación del cuello ute-
rino en medida de 20 , la presentación fetal cefálica y comproba-
mos que la posición era OIDA. Ordenamos la hospitalización y or-
denamos 3 ampollas de ofosina una cada 4 horas. 24 mas tarde la =
dilatación cervical era total y cuando consideramos que era el =
momento oportuno practiquemos la episiotomía previa anestesia ge-
neral con Trilene. Diez minutos despues verificó parto y practi-
camos el alumbramiento artificial.- No preparamos para la restau-
ración por medio de la técnica descrita y ordenamos a la paciente
los cuidados de rutina. El día 7 de abril, la paciente hizo tempe-
ratura de 39 grados por lo que se le ordenó aumentar la dosis de
penicilina a 300.000 U. cada 3 horas y 24 horas mas tarde la tem-
peratura se hizo normal. Observamos al tercer día que los bordes
de la incisión estaban separados por lo que aplicamos calor seco
pero en vista de que el cuarto día se observó que la cicatrización
no prosperaba, se resolvió practicar nueva sutura 10 días mas tar-
de, despues de avivar los bordes, en 2 planos, esta vez se pusieron

puntos separados en piel con seda.- Localmente aplicamos lavajes= antisépticos y cubrimos la región con nitogen. La cicatrización= prosperó y 8 días despues la paciente estaba cicatrizada, no obs= tante la retuvimos en el servicio para evitar alguna complicación= ulterior.-

= = = = =

HISTORIA CLINICA .-

SERVICIO DE MATERNIDAD-HOSPITAL SANTA CLARA.-

Nombre: D.T.

Edad: 23 años.-

No. embarazos: 2

Prof. domésticos.-

Esta paciente, se presenta al servicio, el día 6 de marzo de año en curso y fué hospitalizada de emergencia porque al practicar el examen fue diagnosticada presentación descuidada de hombro con procedencia de brazo. La conducta a seguir fue versión interna y se decidió hacer previa episiotomía a fin de facilitar las maniobras y la salida de la cabeza última, para evitar un desgarro perineal ya que la paciente presentaba un buen periné.-

Se practicó episiotomía medio-lateral derecha, se efectuó la = versión interna y una vez terminada el parto se practicó alumbramiento artificial se efectuó la restauración por la técnica descrita.=

La paciente evolucionó perfectamente y al 5o. día fué dada de alta por considerarse que la cicatrización era completa, se le entregó su tarjeta donde consta que fué intervenida.=

= = = = =

HISTORIA CLINICA .-

SERVICIO DE MATERNIDAD-HOSPITAL SANTA CLARA DE CARTAGENA.

Nombre V.O.

Edad: 20 años.-

Estado civil: soltera

Prof. of. domésticos.-

Tanto los antecedentes personales son sin importancia para el caso.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: menarquia a la edad de 14 años a partir de esa edad siempre fue bien reglada, siendo un tipo menstrual de 3 x 28, hizo vida marital a los 18 años, e inmediatamente inició su primer embarazo que termino 3 meses más tarde en aborto, recurrió a este servicio y se le practicó curetaje según informa la = paciente.-

Se presenta a este servicio el día 27 de marzo del año en curso con dolores de parto, practicando el examen comprobamos embarazo = a término, se procedió hacerle perlvimetría que arrojó lo siguiente:

Diámetro Biespinoso-	24	cnts.
" Birectileo	26	"
" Bodelaque	18	"
" Bisquiatico	1	"

Por el examen genital encontramos dilatación de 5 cmts. ordenamos alfos-on via endovenosa una ampolla cada 4 horas y 12 horas más tarde la dilatación cervical era total. Preparada la paciente convenientemente, practicamos episiotomia media lateral derecho en una extensión de 3 cmts, al desprenderse los grandes diámetros fetales pudimos notar que la flexión fetal no era completa y que la circunferencia fetal que iba a franquear la vulva era demasiado grande.- Efectivamente el polo fetal al pasar por la vulva prolongó la incisión en una longitud de 3 cmts aproximadamente, felizmente se prolongó en dirección de la incisión quirúrgica.-Verificado el alumbramiento se practicó la restauración y se ordenan los cuidados de rigor.- La paciente aquejaba dolores en la región perineal cuarentiocho horas mas tarde, se le ordenaron sedantes con lo cual experimentó nuevamente los dolores que se hicieron mas fuertes lo que le hizo manifestar que le calmaran esa molestia.-Se le practicó una infiltración de meticaina al 2% dos cmts a cada lado de la linea de sutura, dos días mas tarde se sentía completamente bien, se ordenó de alta ya que la cicatrización era perfecta y los dolores habian desaparecido.-

Quince días mas tarde acudió al servicio a cumplir la citada para revisarla informando que no había experimentado más molestias,.

= = = = =

HISTORIA CLINICA.-

SERVICIO DE MATERNIDAD-HOSPITAL SANTA CLARA.-

Nombre: S.V.

Edad: 24 años.-

No.de embarazo 4.

Prof.domésticos.-

Esta paciente de 24 años de edad, fue hospitalizada de emergencia en este servicio por hacer retención de la cabeza fetal la última, inmediatamente procedimos a examinarla y observamos que efectivamente de los genitales externos colgaba el cuerpo fetal cuya cabeza se palpaba suficiente por encima del pubis, diagnosticamos hidrocefalia fetal.-

La paciente se encuentra en malas condiciones, pulso filiforme y presión Mx. 70 y Mn,40 por lo que hacia necesario practicar la evacuación lo antes posible, por lo que se practicó biclotri-cia, pero como el polo fetal amenazaba destrozarse el priné practicamos la episiotomia y la evacuación se verificó. Al practicar el alumbramiento artificial comprobamos que habia ruptura de la

=20=

cara anterior del útero. Inmediatamente hicimos pasar la paciente a la sala de cirugía, se le instauró transfusión sanguínea, se laparotomizó y comprobamos que la cara anterior del útero había sufrido ruptura de su cara anterior en una longitud de diez cms aproximadamente de su segmento inferior. Se reparó la pared uterina ya que el útero se encontraba en buenas condiciones y cerré anatómicamente la pared abdominal. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fué dada de alta a los 12 días mas tarde.

Después de la reparación uterina se restauró el periné según la técnica usada para la realización de este trabajo y evolucionó normalmente su cicatrización fué completa al quinto día y no experimentó molestias a este respecto. El feto pasó 4.700 gramos.

= = = = =

HISTORIA CLINICA.-

HOSPITAL SANTA CLARA-SERVICIO DE MATERNIDAD.-

Nombre: H.S.

Edad: 29 años.-

Estado civil: casada

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES, son sin importancia para el caso.-

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: esta paciente hizo su primer embarazo a la edad de 23 años, el cual llegó a término, en el parto presentó inercia uterina y le aplicaron forceps de Garnier, tuvo desgarró perineal porque en ese entonces no se recurría en este medio a la episiotomía. El desgarró perineal fue de segundo grado se reparó pero no cicatrizó por primera intención. Un año mas tarde la practicaron una colpoperineorrafia.-Año y medio después del primer parto inició nuevamente gestación y en el parto que llegó felizmente a término se le practicó episiotomía medio-lateral derecha.-Los resultados fueron satisfactorios, esta paciente hizo su tercer embarazo y en este parto no fué necesario practicar nuevamente episiotomía.=

= = = = =

C O N C L U S I O N E S .
= = = = =

A.orto a la consideración ciento veinticuatro casos de episiotomía realizados en el servicio de Maternidad del Hospital Santa Clara de Cartagena, con resultados satisfactorios y anotadas las complicaciones presentadas, por lo cual me permite concluir lo siguiente:

- 1o. Que la Episiotomía bien reglada y practicada oportunamente es un paso de protección a la integridad perineal femenina.
- 2o. Que debe practicarse sistemáticamente la episiotomía en toda primípara en que se suponga inminente el desgarro perineal y en aquellas que retardan el período expulsivo.
- 3o. En toda múltipara con presentaciones de pelvis, parto de feto prematuro, indicación ésta de gran importancia, en las aplicaciones de forceps y en aquellas que hubiesen sufrido operaciones plásticas de la vagina.-
- 4o. que la Episiotomía medio-lateral derecha es la más conveniente, ya que evita lesionar el esfínter anal y la pared rectal en caso de prolongarse la incisión quirúrgica.-
- 5o. Que la técnica de perineorrafia usada para la realización del presente trabajo es la más adecuada ya que restaura anatómicamente el periné, hace buena hemostasia y no deja puntos superficiales que puedan causar quistes o neuronas que traerían como consecuencia dolores perineales, dispareunia, etc.-
- 6o. Que la bondad de esta intervención que trae aparejados beneficios para el tocólogo como para la parturiente, será apreciada por el médico que atienda estas pacientes en su próximo parto quien decidirá si se hará necesario practicar nueva intervención, para conservar lo logrado en la primera.-

B I B L I O G R A F I A .

- 1o. TE-LINDE. Desgarros Totales del Perine. Ginecologia Operatoria. Capitulo XIV. Pag.247-2a.Edición 1.955.= Edit. Científico de Buenos Aires.
- 2o.FERNANDLZ BASTIDAS MIGUEL.- Técnica Original de Perineorrrofia Post-episiotomía, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia. Vol VI. No. 2 Nov, y Dic. de 1.954 Pags. 69-75.-
- 3o.BOTELLA LLUSIA,JOSE Anatomia del Aparato Genital Femenino (Suelo Perineal) FISILOGIA FEMENINA.Leccción III.Fasciculo.Pag. 33-38, 2a. Edic. 1.952.- Edit. Científico Médico-Barcelona.
- 4o.GREENHILL DE LEE. Tratamiento del 1o. y 2o. periodos del parto.Principios y Práctica de Obstetricia.-Tomo K Undécima Edición. 1955.Pags. 311-312. Edit.Hispano Americano.-
- 5o.CROSSEN STURGEON HARRY. Relaxaciones del suelo de la Pelvis del periné ,del suelo de la pelvis de los genitales externos y de la vagina.Enfermedades de la Mujer Tomo I. 2a Edición, 1.948= Pags. 393-420, Union Tipográfica Edit. Hispano Americano.-
- 6o.LULL Y KIMBRWOUGR.- Aplicaciones de forceps, episiotomías y versión.Tratado de Clinica Obstetrica. Capitulo XXI.Pags. = 539, 1.954. Edit. Interamericano.
- 7o.PEREZ EZEQUIEL. Importancia del Diámetro Bisquiatico y episiotomia.Tesis de Grado Mayo de 1.953, Pag. 34.-
- 8o.DODERLEIN A. Dilatacion artificial de las partes blandas.Tratado de Obstetricia Capitulo III, Tomo 30, 2a edición de 1.938, Pags, 557, Edit.Labor,S.A.
- 9o.Revista de Ginecologia y Obstetricia de México de 1.955,pag.308
- 10o.PALZ RINCON,HUGO/ Algunas consideraciones sobre la acción analgésica de la efocaina en episiotomías.-Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela, Tomo XVII. No. I., 1.956, Pags. 38-43, Edit. T.G. Ilustraciones.=