

EDITORIAL

El cierre del hospital San Juan de Dios, significó para la facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia una de las mas grandes crisis de su historia, pues afectó su institucionalidad, por la dispersión de los docentes, la pérdida del sentido de pertenencia de algunos, el deterioro de los criterios de escuela y la incertidumbre sobre el futuro. Para los estudiantes de pre y postgrado por el detrimento en la práctica clínica con la consiguiente pérdida en habilidades y destrezas que repercutió y repercute en el desarrollo académico y científico de su formación.

Sin embargo el criterio de crisis trae implícito, el de oportunidad; esta es la oportunidad que tenemos para realizar un alto en el camino y reencontrarnos con nuestro pasado histórico, con nuestra misión, con el rescate de valores que nos son propios; con una visión de presente y de futuro; comprometida con la producción y asimilación del conocimiento científico; la formación de estudiantes y profesionales con actitud crítica, acorde con criterios de responsabilidad, sentido de lo nacional y compromiso con lo social.

Debemos por tanto evitar la dispersión, aglutinarnos alrededor de objetivos comunes: el primero la construcción de un hospital propio, autorizado por el Consejo Superior Universitario y liderado por el actual Rector, que dé una solución a las escuelas de salud, garantizando prácticas clínicas y permitiendo un desarrollo autónomo en lo científico, con un modelo innovador en lo asistencial basado en criterios de calidad. Deberá igualmente desarrollar, apropiar e incorporar nuevas tecnologías. Será un centro de investigación y desarrollo científico, que de respuesta a las necesidades del país. Este hospital estará articulado con una red de hospitales de primero, segundo y tercer nivel, para ello hemos celebrado convenios con diferentes instituciones en la ciudad de Bogotá, que garanticen esta necesidad.

Sin embargo no olvidamos, no olvidaremos el hospital San Juan de Dios, estaremos siempre atentos y prestos a apoyar y respaldar cualquier iniciativa que permita su reapertura y puesta en funcionamiento.

El segundo objetivo debe ser el recuperar el liderazgo perdido a nivel distrital, departamental y nacional, debemos fortalecer lo público y realizar actividades conjuntas que permitan dar solución a los problemas de salud de la población.

Es necesario hacer presencia en los diferentes escenarios: en el ámbito político, en el parlamentario, en el nacional, aportando ideas y conceptos a las de las decisiones de estado.

Para ello hemos realizado alianzas estratégicas con el distrito capital acompañado a la secretaria distrital en las campañas orientadas a mejorar la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud.

En el parlamento hemos participado de la discusión de los proyectos de ley que se debaten en el sector salud.

El tercer objetivo es flexibilizar el contenido de los programas curriculares de la formación de los estudiantes de la facultad a fin de garantizar el desarrollo de las propias potencialidades y responder a las necesidades que en materia de formación de recurso humano en salud necesita el país.

El cuarto es fortalecer los estudios de postgrado, en especializaciones, maestrías y doctorados con apoyo de entidades nacionales o extranjeras. Creando además nuevos programas que nos permitan desarrollarnos de manera armónica, admitiendo personal docente que laboren en estos nuevos campos del saber.

JAIME GALLEGO ARBELÁEZ

Decano.

Correspondencia: repprofm@bacata.usc.unal.edu.co

COMENTARIOS EDITORIALES

Indicaciones actuales de la episiotomía

La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura (1). En este número el profesor Rubio presenta una oportuna revisión basada en la evidencia de las ventajas y desventajas de la utilización rutinaria de la episiotomía en cuanto a la prevención de desgarros vaginales, prevención de lesiones del piso pélvico, prevención de lesiones fetales y de su utilidad en el parto instrumentado (2).

En el mundo, los índices de episiotomías se incrementaron durante los primeros cincuenta años del siglo XX, debido al aumento de partos en centros hospitalarios e igual participación de los médicos en el proceso de partos normales sin complicaciones. Convirtiéndose la episiotomía en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, pero sin el respaldo de la evidencia científica sólida de su efectividad (3). Los índices informados sobre esta práctica en todo el mundo son de un 62,5% en los EE.UU (1), un 30% en Europa (4,5) y una proporción mayor en América Latina (6). En el Instituto Materno Infantil de Bogotá la episiotomía era una intervención rutinaria que se practicaba en todos los partos de mujeres primíparas, secundigestante con episiotomía previa, en todos los partos instrumentados con espátulas y fórceps bajos.

Los efectos beneficiosos que parece tener la episiotomía para la madre son los siguientes:

reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado (1,7), pero esto es debatido con evidencia por el profesor Rubio : *“los desgarros perineales de III y IV grado son más probables en presencia de la episiotomía y en ausencia de ella los desgarros de la pared vaginal anterior se presentan con mayor frecuencia”*. Preservación de la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y reduce el riesgo de incontinencia fecal o urinaria (8,9), el profesor Rubio presenta evidencia en contra de este argumento: *La episiotomía Pareció agravar la lesión del piso pélvico que estaba destinada a prevenir y aparece la episiotomía como un factor predictor de Incontinencia urinaria de esfuerzo*. Como es una incisión recta y limpia, una episiotomía es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro., también es debatida esta sentencia por el profesor Rubio : *Una vez reparada la episiotomía, se evidencia que el esfínter anal de estas pacientes a quienes se les evidencio con ultrasonido y electro miografía la presencia de desgarros profundos de esfínter anal no detectados clínicamente, tenían menor tono y menor fuerza pico de contracción a pesar de una neuroconduccion normal*.

Para el recién nacido, un período expulsivo prolongado durante el trabajo de parto podría causar asfixia fetal, traumatismo craneano, hemorragia cerebral y retraso mental. Esta premisa tampoco es comprobada con la evidencia ya que el profesor Rubio comenta *“que tanto en los estudios de observación como en estudios aleatorizados el hecho de hacer episiotomía o no, durante la atención*

del parto o la prolongación del periodo expulsivo natural calculado en nueve minutos, no se ha encontrado diferencias en el apgar al nacimiento, el ingreso a UCI neonatal ni la presencia de hemorragia intraventricular. Tampoco existe evidencia experimental ni retrospectiva que demuestre que los beneficios de realizar una episiotomía en distocia de hombros previene lesiones en el feto”. Durante el parto, es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de distocia de hombros en el feto.

Al contrario existen efectos adversos derivados del uso rutinario de la episiotomía los cuales se incluyen los siguientes: prolongación de la episiotomía, por corte del esfínter anal o del recto, o por medio de una prolongación inevitable de la incisión; resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístulas rectovaginales y fístulas anales, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía infección y dehiscencia, disfunción sexual (10).

En cuanto a la discusión de si la episiotomía mediana permite conseguir mejores resultados que la mediolateral no se ha resuelto de manera satisfactoria con base en la evidencia, ni durante esta revisión que hace el profesor Rubio. Las ventajas que sugiere la práctica de la episiotomía mediana en lugar de la episiotomía mediolateral son: una mejor función sexual y mejor cicatrización con un aspecto más satisfactorio de la cicatriz.

Los más partidarios de la episiotomía mediolateral opinan que la episiotomía mediana se asocia con tasas más elevadas de prolongación de la episiotomía y, en consecuencia, un mayor riesgo de traumatismo perineal severo (11).

En conclusión la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo. No obstante, con el uso restrictivo de la episiotomía, hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior (12).

Referencias

1. **Thacker SB, Banta HD.** Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:322-38.
2. **Rubio A.** Indicaciones actuales de la episiotomía. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 2004
3. **Lede R, Belizan JM, Carroli G.** Is routine use of episiotomy justified?. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1.399-402.
4. **Mascarenhas T, Eliot BW, Mackenzie IZ.** A comparison of perinatal outcome, antenatal and intrapartum care between England and Wales and France. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:955-8.
5. **Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E.** Episiotomy and third degree tears. *Br J Obstet Gynaecol* 1985;92:820-3.
6. **Lede R, Moreno M, Belizan JM.** (Reflexiones acerca de la indicación rutinaria de la episiotomía). *Sinopsis Obstet Ginecol* 1991;38:161-6.
7. **Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, editor(s).** *Williams Obstetrics 19th Edition.* Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1993:371-93.
8. **Aldridge AN, Watson P.** Analysis of end results of labor in primiparas after spontaneous versus prophylactic methods of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1935;30:554-65.
8. **Gainey NL.** Postpartum observation of pelvis tissue damage: further studies. *Am J Obstet Gynecol* 1955;70:800-7.
10. **Homsí R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR Jr.** Episiotomy; risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surv* 1994;49:803-8.

11. **Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC.** Midline episiotomies: more harm than good?. *Obstet Gynecol* 1990;75:765-70.
12. **Carroli G, Belizan J.** Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.

*JACINTO SÁNCHEZ ANGARITA.
M.D. Magister en Educación Profesor Asociado
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de medicina.
Universidad Nacional de Colombia*