

# EPISIOTOMÍA: REVERSEMOS SU USO

CLAUDIA BEJARANO MUÑOZ

MAXI VIDAL BERMEJO

Matronas Hospital Ciudad de Coria

Episiotomía en sentido estricto, es la incisión de la vulva y la perineotomía es la incisión del periné, sin embargo en la práctica diaria los dos términos se utilizan como sinónimos.

Esta intervención quirúrgica tiene como objeto ensanchar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal.

La primera cita histórica de la realización de una incisión perineal data de 1742; F.Ould, matrona irlandesa, a través de un tratado sobre partería, recomendó su uso en partos extremadamente complicados. En Francia en 1847, el profesor Dubois sería el primero en sugerir la modalidad mediolateral y diez años más tarde Carl Braun la denominó Episiotomía.

A finales del siglo XIX, Anna Broomall en EE.UU y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por un uso más frecuente de la misma. Sin embargo, su mayor auge lo alcanzó entrado el siglo XX, gracias a los artículos de dos obstetras, Pomeroy y Delee (1920) con argumentos a favor de la episiotomía. Según Delee la episiotomía:

- Evitaba el dolor.
- Prevenía desgarros.
- Acortaba el parto y por tanto disminuía la morbilidad perinatal.
- Prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas.

Debido a estos argumentos y coincidiendo con el traslado de los partos a los hospitales, se favoreció la utilización de la episiotomía y así se llegó a un uso sistemático y rutinario de la misma, sustentado en una escasa evidencia científica.

Desde entonces la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo. Las tasas de episiotomías varían entre un 30 y un 80%, siendo en Latinoamérica de 92'3 %, esto representa que algo más de 9 de cada 10 mujeres, reciben esta técnica en sus partos.

## EVIDENCIA CIENTÍFICA

En 1983 Thacker y Banta hacen una extensa revisión de todos los artículos publicados en inglés sobre beneficios y riesgos hasta 1980. Sus conclusiones fueron que hasta ese momento no había ningún estudio publicado adecuado en su diseño, que pudiera determinar si los beneficios a favor de la episiotomía eran verdaderos.

Esta revisión supuso un gran impulso para que aumentaran posteriormente los estudios en cantidad y calidad metodológica.

Una de las mejores revisiones disponibles fue publicada por la biblioteca Cochrane en 1997 y actualizada por Carroli y Belizan en Junio del 2000. Analizaremos las ventajas asumibles a la técnica contrastándola con la evidencia científica disponible:

*Prevención del daño perineal y de desgarros de 3º y 4º grado.*

Esta es sin duda una de las creencias más aceptadas por los profesionales de la obstetricia, sin embargo, recientes estudios ponen de relieve:

- Que la episiotomía sistemática o rutinaria no disminuye la incidencia de desgarros de 3º y 4º grado, ni el daño perineal. De alta fiabilidad estadística podemos citar entre otros a Sleep et al. (1984), Harrison et al. (1984), Klein et al. (1992), El Argentina episiotomy trial collaborative group (1993), Eltorkey et al. (1994). Todos estos estudios cuestionan el uso sistemático de la episiotomía.

- Charles et al., en un estudio observacional prospectivo, pretenden determinar qué factores clínicos contribuyen a aumentar el desgarro del periné posterior y demostrarán que la episiotomía no previene los desgarros, sino que puede añadir hasta 3 cm. al desgarro perineal posterior. A las pacientes con desgarro de esfínter se les había practicado episiotomía.

- Hueston en 1992, en un estudio retrospectivo, afirmó que había un mayor daño perineal cuando la episiotomía era rutinaria que cuando era restrictiva.

- Otro estudio en Viena, analizó los factores de riesgo para los desgarros de 3º y 4º grado y concluyó que el factor de riesgo por excelencia era la episiotomía central.

- Robimson et al., en un estudio retrospectivo en Boston, también asociaron la episiotomía como factor de riesgo para desgarros de 3º y 4º grado.

- Carroli concluye, en el análisis de 6 estudios aleatorios, que el uso restrictivo de la episiotomía presentaba un menor riesgo de traumatismo posterior y un aumento de traumatismo en el periné anterior.

Resumiendo, la episiotomía sistemática no previene los desgarros perineales posteriores, sino que puede agravarlos, mientras que con el uso restrictivo, lo que aumentan son los desgarros anteriores, si bien éstos no parecen tener consecuencias clínicas importantes.

### *Prevención de la relajación del suelo pélvico*

Uno de los beneficios mayores atribuibles a la episiotomía es la prevención sobre la relajación del suelo pélvico y por tanto de la incontinencia urinaria. Recientes estudios no han apoyado ésta hipótesis.

- Sleep et al., encontraron que el 19% de las mujeres en ambos grupos (sistemática y restrictiva), padecía incontinencia urinaria 3 meses después del parto.

- Rockner et al., en un estudio prospectivo analizaron el impacto de la episiotomía mediolateral en la fuerza del suelo pélvico, usando conos vaginales, encontrando que el grupo con episiotomía tenía menos fuerza muscular frente al grupo de periné intacto y con desgarros espontáneos.

- Viktrup et al., analizaron la prevalencia de incontinencia urinaria a los 5 años del primer parto, identificando la episiotomía como factor de riesgo

Muchos otros autores llegan a las mismas conclusiones. Por tanto no hay evidencia científica que apoye que la episiotomía tenga efecto protector sobre el suelo pélvico.

## *Prevención del daño fetal*

Con respecto a este punto, existen estudios como los elaborados por: Eltorkey et al. (1994), Sleep et al., Harrison; estos autores no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la valoración del test de Apgar.

## *Complicaciones de la técnica*

En cuanto a las complicaciones de la técnica hemos encontrado que la episiotomía comparada con los desgarros perineales es:

- Más molesta, ocasiona más dolor.
- Aumenta las complicaciones como dehiscencia e infección.
- Aumenta la dispareunia y retrasa el inicio de las relaciones sexuales.

## **CONCLUSIONES**

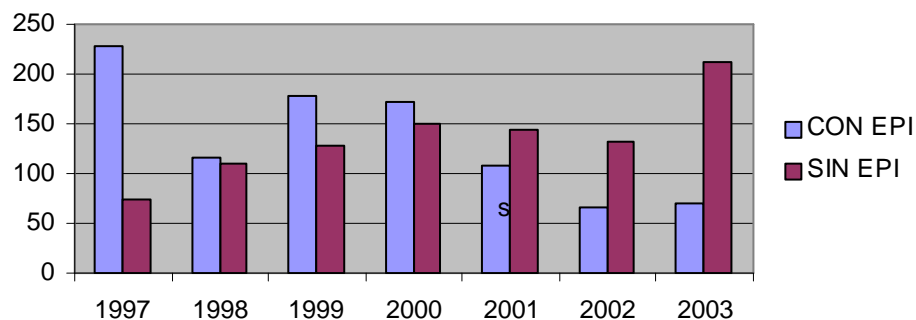
Nuestras conclusiones son, pues, que la evidencia científica no respalda la decisión hospitalaria de políticas sistemáticas con respecto al uso de la episiotomía. Esto no implica que seamos radicales hacia “no usar” esta técnica, pero sí pensamos que se puede avanzar hacia un uso más restrictivo de la misma.

Países desarrollados como Australia o Suecia, han logrado disminuir su utilización con tasas en nulíparas entre 28'20 % y el 24'5 % respectivamente.

Existen sin embargo” barreras “al cambio, una de las principales es sin duda, la inercia de prácticas previas que sentimos los profesionales obstétricos y que condiciona nuestra actitud en la asistencia al parto. Las investigaciones actuales, antes citadas, deberían ser una herramienta, para poder ser críticos con nuestras actitudes profesionales y mejorar en el ejercicio de nuestra profesión. Debemos romper esas barreras, puesto que la ciencia nos indica claramente que “no “debemos continuar haciendo episiotomías de forma sistemática.

En el hospital Ciudad de Coria donde trabajamos, las matronas nos reunimos y revisamos nuestro trabajo al respecto, contrastándolo con las recomendaciones en ese momento disponibles y nos sorprendimos de nuestras altas estadísticas. Decidimos por unanimidad romper la inercia a seguir practicando episiotomías de forma rutinaria y nos planteamos hacer un uso más restrictivo de la misma. Todo esto lo hicimos bajo el planteamiento de que si nosotras, las matronas, éramos las responsables de todos los partos eutócicos, en nosotras estaba evidentemente el cambio; nuestra autonomía como profesionales obstétricos nos lo permitía.

A continuación presentamos los cambios en las tasas estadísticas a lo largo de estos últimos años:



#### Porcentajes de episiotomías realizadas

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
75'57%	51'10%	58'36%	53'41	42'85%	33'66%	33'49%

A través del gráfico, se puede observar la reducción en las tasas de episiotomías, del 75'57 %, en el año 1997 al 33'49% en el último año 2003.

Invitamos al resto de compañeros/as a seguir por este camino ya que, como hemos intentado demostrar por la abundante investigación existente, no hay evidencia científica que apoye el uso sistemático de la episiotomía y abogamos por un uso más moderado de la misma, puesto que no parece presentar ninguna de las ventajas por la que se extendió su uso.