

ACTUALIZACIÓN

INDICACIONES ACTUALES DE LA EPISIOTOMÍA.

Jorge Andrés Rubio Romero

Profesor Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá

* Correspondencia: jarubior@unal.edu.co

Resumen

La episiotomía es un procedimiento de uso frecuente, casi rutinario en la práctica obstétrica diaria. Sin embargo, sus indicaciones no fueron sometidas a una evaluación crítica durante casi 60 años, hasta los años 80. Los beneficios propuestos para la realización de este procedimiento: la prevención de desgarros perineales severos, la protección de la integridad del piso pélvico, la disminución de lesiones sobre el feto no se han demostrado claramente y por el contrario, parece que la realización de este procedimiento puede favorecer resultados contrarios a los perseguidos e involucrar un mayor riesgo de complicaciones y molestias para las pacientes. Se debe abandonar la práctica rutinaria de la episiotomía y evaluar adecuadamente que pacientes se beneficiarían del procedimiento.

Palabras Clave. Parto obstétrico, episiotomía,

Summary

Episiotomy is a commonly used procedure in obstetrics. However, its use and indications were not evaluated for about 60 years until 1980's. Benefits of episiotomy such as prevention of severe perineal tears, pelvic floor relaxation and protection of the fetus against injuries during delivery have not been demonstrated and on the contrary, this procedure seems to favour the opposite results and carry out a higher risk of complications and discomfort to patients. Routine episiotomy should be withdrawn and patients carefully evaluated in order to establish who will benefit from this procedure.

Key words: delivery, obstetric episiotomy,

Introducción

La episiotomía es el procedimiento actualmente más usado en la obstetricia, llegando a realizarse hasta en el 60% de todos los partos vaginales y es quizá, el procedimiento más realizado en el mundo. Tradicionalmente, se utiliza en la atención de las pacientes primíparas, llegando a realizarse hasta en el 90% de los partos de dichas mujeres, tanto en países de Europa como de América, por lo que su práctica es rutinaria y con frecuencia se olvida que se trata de un procedimiento quirúrgico y muy pocas veces, tal vez nunca en nuestro medio, se solicita el consentimiento informado a las pacientes para realizarla. En Latinoamérica y en Colombia, su práctica está generalizada y se realiza entre el 87 y el 90% de la atención del parto de las mujeres nulíparas y entre el 57 y el 70 % los partos atendidos en instituciones hospitalarias (1,2).

Definición

La episiotomía se define como la incisión de la región pudenda con el objeto de ampliar el introito vaginal durante el nacimiento. Se atribuye a Sir Fielding Ould, en 1742, la primera descripción de esta técnica durante la atención de partos distócicos, en el "Treatise of Midwifery in Three Parts". En Francia, Dubois en 1847 realizó la primera descripción de la episiotomía medio lateral (3).

Joseph Bolívar DeLee, en 1928, describió el uso rutinario de la episiotomía en "The Prophylactic Forcep's Operation", en franca oposición a la política defendida por Williams de no realizar episiotomías y que era hasta entonces la norma en la Academia Americana de Ginecología (3). DeLee tuvo particular interés en el estudio y prevención de las lesiones hemorrágicas encefálicas del recién nacido por lo que propuso el uso profiláctico del fórceps en la atención del

parto vaginal acompañado del uso de la episiotomía, alegando las siguientes ventajas: protección del piso pélvico, prevención de laceraciones severas del periné, prevención de lesiones hipóxico isquémicas en el feto y mejor restauración anatómica y fisiológica del periné (4).

Las indicaciones sugeridas por DeLee tuvieron gran resonancia en la comunidad médica de entonces y jugaron papel importante para el desarrollo futuro de la obstetricia como especialidad. De esa forma las indicaciones para la realización de la episiotomía rutinaria se repitieron en forma sistemática hasta la década de los 1980, cuando apareció la primera revisión de Banta y Thacker sobre los beneficios y riesgos de la episiotomía, seguida del primer estudio aleatorizado de Sleep y cols en 1984 (5,6).

Los textos clásicos de enseñanza de la obstetricia transcribieron con pocas modificaciones las indicaciones de DeLee y sólo a finales de los noventa incluyeron tímidamente los resultados de los estudios donde con cada vez mejor evidencia, se cuestionaban los beneficios alegados del uso rutinario de la episiotomía (7).

Prevención de desgarros vaginales

A finales de los 80, en estudios retrospectivos, desde la revisión de Banta y Thacker se encontró que la episiotomía rutinaria constituía un factor de riesgo para la aparición o presentación de desgarros perineales severos (5,6).

La episiotomía medio lateral protege el esfínter anal de presentar desgarros durante el expulsivo mientras se presenta una mayor probabilidad de lesionar el esfínter anal si se practica episiotomía mediana con un OR de 22.08 (IC 95%:2.87-171.53) luego de controlar por peso fetal, presentación, edad gestacional, edad

materna, inducción o refuerzo con oxitócicos, analgesia peridural, duración del I y II período y posición materna en el parto. Otros factores asociados a la aparición de desgarros severos fueron la atención del parto por personal en entrenamiento en hospitales universitarios, el peso fetal mayor de 3.5 kg, la nuliparidad y el parto a una edad mayor de 31 años (8-12).

Estudios clínicos controlados realizados desde 1984 y hasta 1993 no lograron demostrar un verdadero efecto protector sobre la aparición de laceraciones perineales severas. En los estudios aleatorizados de Argentina, Reino Unido y Estados Unidos, se encontró que para las pacientes asignadas al grupo sometido a episiotomía liberal o rutinaria, no se evidenció disminución de la presentación de desgarros perineales severos. En los diferentes meta análisis realizados hasta el momento, se mantiene esta tendencia de no protección con la episiotomía rutinaria y se encuentra un OR alrededor de 0.70 (IC 95% 0.52-1.17) (13-17).

La política restrictiva o no rutinaria de la episiotomía disminuyó en un 44% la aparición de cualquier tipo de desgarro de la pared vaginal posterior, hallazgo consistente en los estudios desde 1984 (Sleep, Harrison y Klein), con un OR de 0.56 y un IC 95% entre 0.46 y 0.65 en los meta análisis posteriores (6,13-18).

Sin embargo, restringir la práctica de la episiotomía, aumentó la presentación de desgarros o lesiones de la pared vaginal anterior, con un OR hasta 1.97, con un intervalo de confianza del 95% entre 1.67-2.32. (estadísticamente significativo) El número de desgarros vaginales anteriores alcanzó a ser hasta 2.26 veces más frecuente cuando se restringió el uso de la episiotomía que cuando ésta se realizó libremente (6,13).

De la evidencia recopilada en los estudios ante-

riores, se puede deducir que el beneficio de practicar la episiotomía rutinariamente es la prevención de desgarros vaginales anteriores, pero a expensas de un mayor número de desgarros posteriores y sin que se logre disminuir la aparición de laceraciones perineales severas. Esto con un mayor gasto en horas de atención por el personal tratante y un gasto mayor en suturas, ya que el uso restrictivo permitió una reducción del 28% de la necesidad de suturar el periné (19).

Prevención de lesiones del piso pélvico

En sus indicaciones originales, DeLee promovió que el uso sistemático de la episiotomía lograba disminuir el prolapso genital, la presencia de cistocele y de rectocele y prevenir la incontinencia urinaria y fecal.

Klein estudió el tono vaginal y perineal en la semana 34-36 y nuevamente tres meses postparto. En esta parte del estudio encontró: que las pacientes con menor tono perineal en la semana 34-36 tenían mayor probabilidad de presentar desgarros perineales severos asociados a la episiotomía; que las pacientes sometidas a episiotomía tuvieron menor tono y fuerza pico de contracción que las pacientes con desgarros espontáneos o sometidas a cesárea electiva luego de tres meses *post parto*; que la recuperación del tono fue más lenta en las pacientes sometidas a episiotomía que en las que sufrieron desgarros perineales espontáneos; que a los tres meses no se encontraron diferencias significativas en ningún grupo en cuanto al tono vaginal (20).

En conclusión, la episiotomía pareció agravar la lesión del piso pélvico que estaba destinada a prevenir, (20).

El piso pélvico se ve afectado durante todo el

embarazo por la fuerza de gravedad, la compresión por el contenido abdominal y por el polo de la presentación fetal. Durante el parto, la aparición de desgarros musculares y de la fascia endopélvica causan denervación muscular secundaria a la acción compresiva de la presentación fetal. Estos factores no se modifican con la episiotomía ni se previenen con el acortamiento del expulsivo producido por la episiotomía alterando inevitablemente la función del piso pélvico a largo plazo (21-27).

Múltiples estudios retrospectivos han demostrado por regresión logística que los factores principales para predecir la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo son la multiparidad, la edad avanzada al momento del primer parto (mayor de 30 años), incontinencia urinaria durante el embarazo, la práctica de la episiotomía, la presencia de desgarros perineales severos y en forma general, cuando hubo la necesidad de suturar el periné (21-27). En los escasos estudios prospectivos, no se han demostrado diferencias significativas entre las pacientes sometidas a episiotomía rutinaria contra episiotomía restrictiva en cuanto a la aparición de incontinencia urinaria a los tres (3) meses postparto ni después de tres años, al menos en el estudio de Sleep, único con seguimiento hasta ese plazo (28).

Sultan y colaboradores realizaron análisis por ultrasonido y electromiografía del esfínter anal luego del parto vaginal. En este estudio se encontró la presencia de desgarros profundos del esfínter anal no detectables clínicamente, a pesar de una adecuada protección del periné, que fueran más evidentes en las pacientes sometidas a episiotomía mediana. Una vez reparada la episiotomía, se evidenció que el esfínter anal de estas pacientes tenía menor tono y menor fuerza pico de contracción a pesar de una neuro-conducción normal. Lo anterior hace suponer una lesión permanente del componente muscular del soporte del piso

pélvico, al menos en la región posterior asociada con la episiotomía (29).

Prevención de lesiones fetales

Desde 1980 los estudios de observación en fetos a pretérmino no han encontrado diferencias en el Apgar al nacimiento, el ingreso a UCI neonatal ni la presencia de hemorragia intraventricular en pacientes sometidas o no a episiotomía durante la atención del parto vaginal. Del mismo modo, tampoco hubo diferencias significativas en el pH de la sangre del cordón ni en los gases venosos (30).

En cuanto a la prevención de la hipoxia fetal y de las lesiones durante la expulsión de la cabeza fetal, ningún estudio aleatorizado demostró diferencias significativas en cuanto a la calificación del Apgar al minuto o el ingreso a cuidados intensivos neonatales del recién nacido como fruto del alargamiento natural del expulsivo, que ha sido calculado en nueve minutos aproximadamente (31).

Por lo tanto no existe evidencia que apoye el uso de la episiotomía para acortar el expulsivo o prevenir el sufrimiento fetal o lesiones adjudicables al expulsivo teniendo como desencadenantes el Apgar, los gases arteriales o el ingreso a la unidad de cuidado intensivo neonatal. Por el contrario, el alargamiento "natural" del II período conduce a un menor uso de la episiotomía y un menor uso de fórceps (31).

Durante la atención de partos complicados con distocia de hombros, no se demostró que la práctica de la episiotomía mejora el resultado perinatal pues en un estudio de Nocon y cols, se encontró parálisis de Erb en el 22 % de fetos de pacientes complicadas con distocia de hombros a quienes se les realizó episiotomía y en el 29% de los fetos atendidos sin episiotomía. Esta

Tabla 1. *Uso y evidencia de la episiotomía en la práctica clínica:*

Ventajas teóricas e indicaciones de la episiotomía	
Evitar degarros (evidencia en contra)	Embarazo múltiple (indicación especulativa)
Prevención de un desgarro o lesión del esfínter anal (evidencia en contra)	Sufrimiento fetal (indicación relativa)
Minimiza el trauma del piso pélvico (evidencia en contra)	Mejoría de la actividad sexual (evidencia en contra)
Prevención de cistocele o rectocele y Relajación pélvica (evidencia en contra)	Parto pretérmino: por la reducción de la presión intracraneal fetal. Depende que tan prematuro; (indicación especulativa con escasa evidencia en contra)
Requisitos para la instrumentación del parto. (evidencia contradictoria) no es indicación absoluta en uso de espátulas, fórceps o vacuum. Indicación real cuando sea absolutamente necesario el parto expedito antes de nueve minutos o 2 – 3 contracciones	Acortamiento del expulsivo (lo acorta aproximadamente en nueve minutos en las nulíparas pero no en todas las multíparas; si existe temor por el bienestar fetal, la episiotomía esta indicada)
Complicaciones y desventajas de la episiotomía	
Extensión hasta el recto. Aumento significativo del riesgo de laceraciones complicadas	Resultado anatómico insatisfactorio y dispareunia
Infecciones	Sangrado
Fístula	Celulitis y fascitis necrotizante

diferencia no fue significativa. Se puede afirmar que en el momento no existe evidencia experimental ni retrospectiva que demuestre los beneficios de realizar una episiotomía en distocia de hombros para prevenir lesiones en el feto (32).

Instrumentación del parto y episiotomía

En su intención original, la episiotomía debía

acompañar al fórceps para prevenir las laceraciones del periné por el uso del instrumento. Ecker en un análisis retrospectivo durante 10 años (entre 1984-1994) del uso de la episiotomía en el parto operatorio encontró que a medida que pasaron los años, se disminuyó el uso de la episiotomía de 93.4% hasta el 35%, con una disminución significativa en los desgarros severos (grado IV) del 12.4 al 5.4%, y un incremento en la presentación de desgarros leves, sin aumento de desgarros de

III grado asociados al parto operatorio (33-35).

Desventajas de la episiotomía

La práctica de la episiotomía no esta exenta de riesgos y por el contrario algunos estudios han demostrado que constituye un factor de riesgo OR para la presentación de hemorragia postparto (HPP). La episiotomía medio lateral incrementa el riesgo de HPP 4.8 veces mientras que la episiotomía mediana incrementa el riesgo OR de HPP en 1.6 veces, según el estudio realizado por Combs para la determinación de factores de riesgo de HPP vaginal (36).

Otras probables complicaciones asociadas a la episiotomía son los hematomas y la infección, que pueden llevar a dehiscencias, abscesos y posteriormente a fístulas recto-vaginales (37). También suele presentarse dispareunia postparto hasta en el 12 % de las pacientes. El estudio de Belizán en Argentina demostró una reducción cercana al 60% en las complicaciones y en la aparición de dehiscencia en la primera semana post parto cuando las pacientes fueron asignadas al manejo restringido de la episiotomía (13).

Varios estudios reporta que la episiotomía produce mayor dolor en la primera semana postparto y en ellos, se evidenció que los desgarros perineales espontáneos de segundo grado duelen menos que la episiotomía. Las pacientes que se quejaron de mayor dolor fueron aquellas que sufrieron desgarros grado III y IV, cabe resaltar que 52 de 53 desgarros severos se presentaron asociados a la práctica de la episiotomía (13,34,38).

Las pacientes sometidas a episiotomía retardan el inicio de la actividad sexual comparada con pacientes post cesárea y con desgarros espontáneos, aunque luego de 12 semanas post parto

no existen diferencias significativas en la actividad sexual de las pacientes (28,34).

Conclusiones

Toda la evidencia anteriormente expuesta puede resumirse en la tabla 1. En ella observamos que la episiotomía de rutina puede causar el traumatismo que estaba destinado a prevenir. El funcionamiento del piso pélvico es mejor en ausencia de la episiotomía según la evidencia revisada y por lo tanto, es preferible un periné intacto. 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. La instrumentación del parto puede lograrse sin la práctica de la episiotomía y esto reduciría el riesgo de presentar desgarros severos del periné.

Al momento de atender un parto, debe tenerse muy en cuenta la experiencia de quien lo atiende y la distensibilidad del periné antes de pensar en realizar una episiotomía. Se debe establecer qué paciente necesita realmente una episiotomía ante la inminencia de un desgarro perineal severo o ante la urgencia de la expulsión de un feto con bienestar comprometido. No sobra resaltar que siempre deben primar el criterio clínico y el bienestar materno y fetal. Se debe cambiar de actitud y evitar un procedimiento rutinario cuya utilidad está cada día menor clara y por tanto debe ser menos utilizado en la práctica obstétrica moderna.

Referencias

1. **Cravchik S, Munoz DM, Bortman M.** Indications for episiotomy at public maternity clinics in Nequen, Argentina Rev Panam Salud Publica 1998:26-31.
2. **Rubio J.** Informe del Departamento de Estadística. Sistema Informático Perinatal. Instituto Materno Infantil. Bogotá 2001.

3. **Williams JW.** *Obstetrics: A Textbook for the Use of Students and Practitioners*, 6thed. New York: D. Appleton-Century Co, Inc, 1930:20-25.
4. **DeLee JB.** Prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920:34-44.
5. **Thacker SB, Banta HD:** Benefits and risks of episiotomy: An interpretive review of the English language literature 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38:322-337
6. **Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I.** West Berkshire perineal management trial. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984;289(6445):587-590.
7. **Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, et al** *William's Obstetrics*, 20thed. Stamford, CT Appleton and Lange 1997:116-125.
8. **Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'sullivan MJ.** Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1083-1085.
9. **Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, van Rijssel EJ, Verkerk PH.** Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:1064-1067.
10. **Helwig JT, Thorp JM Jr, Bowes WA Jr.** Does midline episiotomy increase the risk of third- and fourth-degree lacerations in operative vaginal deliveries? *Obstet Gynecol* 1993;82:276-279
11. **Coats PM, Chan KK, Wilkins M, et al:** A comparison between median and mediolateral episiotomy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1980:408-412.
12. **Gass MS, Dunn C, Styes SJ:** Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. *J Reprod Med* 1986:240-244.
13. [No authors listed]: Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Lancet* 1993;342(8886-8887):1517-1518.
14. **Carroli G BJ, Stamp G:** Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). *In The Cochrane Library*, Issue 2, Oxford, Update Software, 2003
15. **Eason E, Labrecque M, Wells G, et al:** Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2000:464-471.
16. **Harrison RF, Brennan M, North PM, et al:** Is routine episiotomy necessary? *BMJ* 1984(288):1971-1975.
17. **Klein MC:** Studying episiotomy: When beliefs conflict with science. *J Fam Pract* 1995; 41:483-487
18. **Banta D, Thacker SB.** The risks and benefits of episiotomy: a review. *Birth*. 1982;9:25-30
19. **Woolley RJ:** Benefits and risks of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. Part I and II. *Obstet Gynecol Surv* 1995;5:806-820.
20. **Klein MC, Gauthier RC, Jorgensen SH, et al:** Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *The On-Line Journal of Current Clinical Trials*. American Association for the Advancement of Science 1: 1992 ;1:10-14.
21. **Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydhstroem H.** Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2000;96:440-522.
22. **Klein MC, Janssen PA, MacWilliams L, et al:** Determinants of vaginal/perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:403-410
23. **Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC.** Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health* 1999; 89:209-212
24. **Handa VL, Harris TA, Ostergard DR.** Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1996;88:470-478
25. **Klein MC:** Reducing Perineal Trauma and Pelvic Floor Relaxation: An evidence-based approach. *Clin Fam Pract* 2001;3:2-6.
26. **Rockner G, Jonasson A, Olund A.** The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:51-54.
27. **Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN.** Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994;101:22-28
28. **Sleep J, Grant A:** West Berkshire perineal management trial: Three year follow-up. *BMJ* 1987(295):749-751.
29. **Gordon H, Logue M.** Perineal muscle function after childbirth. *Lancet* 1985;2(8447):123-125.
30. **Barrett JM, Boehm FH, Vaughn WK.** The effect of type of delivery on neonatal outcome in singleton infants of birth weight of 1,000 g or less. *JAMA* 1983;250:625-629.
31. **Welch RA, Bottoms SF.** Reconsideration of head compression and intraventricular hemorrhage in the vertex very-low-birth-weight fetus. *Obstet Gynecol* 1986;68:29-34.

32. **Nocon JJ, McKenzie DK, Thomas LJ, Hansell RS.** Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetric maneuvers. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6 Pt 1):1732-1737; discussion 1737-1739.
33. **Ecker J, Tan W, Bansal RK, et al:** Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:411-414
34. **Klein MC, Gauthier R, Robbins J, et al:** Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;71:591-598.
35. **Robinson J, Norwitz E, Cohen A, et al:** Episiotomy, operative delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol (Part 1)* 1999;181:5-10.
36. **Combs CA, Murphy EL, Laros RK.** Factors associated with post partum haemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991;77:69-76.
37. **Thorp JM Jr, Bowes WA Jr, Brame RG, et al:** Selected use of midline episiotomy: Effect on perineal trauma. *Obstet Gynecol* 1987;70:260-262.
38. **Buchan PC, Nicholls JAJ:** Pain after episiotomy: Comparison of two methods of repair. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1980;30:297-300.
39. **McCandlish R, Bowler U, van Asten H, et al:** A randomized controlled trial of care of the perineum during the second stage of normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;105:1262-1272.
40. **Lede RL, Belizan JM, Carroli G:** Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1399-1402.
41. **Combs CA, Robertson PA, Laros RK Jr:** Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:100-104
42. **Kegel AH:** Early genital relaxation: New technique of diagnosis and non-surgical treatment. *Obstet Gynecol* 1956;8:545-550.
43. **Eason E, Feldman P:** Clinical commentary: Much ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile? *Obstet Gynecol* 2000;95:616-618.