

OBSTETRICIA

EPISIOTOMÍA

María Jesús Vargas Baldares*

SUMMARY

Episiotomy is one of the most commonly performed surgical procedures. Its use was justified as prevention of severe perineal tears and fetal complications. After multiple studies that evaluated the risks and benefits of the routine use of episiotomy, there has been less frequent vaginal and labial, but show an increase in the incidence of third and fourth perineal lacerations with their consequent long term complications. Therefore, in the United States the use of episiotomy has decreased remarkably by using the selective use policy, according to the assessment of risk factor for each patient and the experience

that has the personal responsible for care delivery.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados a nivel mundial. Fue propuesta por Ould en 1742 para facilitar las dificultades presentes durante el parto sin tener fuerte evidencia científica de sus beneficios, pero no se popularizó sino hasta la década de 1920, por DeLee y Pomeroy (3), formando parte de la práctica rutinaria de la obstetricia en Estados Unidos para la década de 1940. Su uso se justificó con la prevención de desgarros perineales graves, me-

jor función sexual futura, y reducción de la incontinencia fecal y urinaria, así como también para prevenir complicaciones en el feto tales como hipoxia fetal y distocia de hombros (9). Sin embargo, resultados de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados que han evaluado los riesgos y beneficios del uso de la episiotomía de rutina, han determinado, paradójicamente, que en lugar de tener un papel protector, esta práctica fomenta la aparición de desgarros perineales y lesiones que comprometen el esfínter y la mucosa rectal, favoreciendo la aparición a largo plazo de distopias genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (2, 3, 6, 9, 10). Estas

* Médico General.

revisiones incluyen la realizada por Thacker y Banta sobre riesgos y beneficios de la episiotomía, donde concluyen que no hay una clara evidencia de la eficacia del uso rutinario de la episiotomía e incentivan a realizar estudios randomizados y controlados para su estudio. Dichos autores también mencionan en esta revisión, que si las mujeres estuvieran bien informadas de toda la evidencia de los riesgos demostrados es muy probable que no consintieran en realizarse episiotomía de rutina (6). Según datos obtenidos de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, la episiotomía se efectúa en el 60% de todos los partos vaginales y 90% de partos de pacientes primíparas (10). Las cifras en el mundo sobre el uso de episiotomía no se conocen bien. En los Estados Unidos su uso se estima en aproximadamente 62,5% de los partos, mientras que en Europa estas cifras parecen ser alrededor del 30%, a excepción de una tasa del 56% en Dinamarca (8). Se estima un mayor uso en América Latina. La episiotomía de línea media es la más ampliamente utilizada en América del Norte, mientras que la incisión mediolateral se emplea en Europa y América Latina. En Colombia ha disminuido la tasa de uso de la episiotomía más del 80% a valores cercanos al 30% (10), esto a partir de la aplicación de la política selectiva, la cual consiste

en que el uso de la episiotomía se debe evitar en todo lo posible, a menos que haya un indicativo de sufrimiento fetal.

LA EPISIOTOMÍA COMO FACTOR DE RIESGO O FACTOR PROTECTOR DE DESGARROS PERINEALES

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetrocefálico fetal. Su uso no se ha asociado con la edad materna ni con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal. Sin embargo, la episiotomía por sí sola implica un desgarro de segundo grado porque se produce un corte superficial de los músculos del periné. Varios estudios observacionales han mostrado resultados en relación a la función protectora o no de la episiotomía, dentro de ellos enumeramos los siguientes:

- En 1999, la base de datos Cochrane presentó una serie de recomendaciones basadas en

una revisión de varios estudios randomizados, comparando el uso de rutina versus el uso selectivo de la episiotomía, donde incluyen la recomendación de usar una política restrictiva de la episiotomía, basada en la disminución de trauma perineal posterior, reducción en la necesidad de sutura y de complicaciones relacionada con la curación y cicatrización (6).

- En estudios observacionales de cohortes retrospectivos, Shiono et al. muestra una menor incidencia de desgarros perineales graves en mujeres nulíparas con la episiotomía mediolateral, mientras que otros autores mostraron una incidencia significativamente mayor a la incidencia de desgarros graves en las mujeres que se practicó la episiotomía (8)
- Diversos estudios indican que la ubicación de la incisión (línea media o mediolateral) de la episiotomía también va a determinar una mayor posibilidad de desgarro perineal, aumentando el riesgo hasta en un 12% con el uso de un corte en la línea media y aún más, hasta un 50%, si se utiliza en parto instrumentado con fórceps (2, 6, 7).
- En un análisis retrospectivo, Sultan et al. concluye que la episiotomía no siempre previene un desgarro de tercer grado y encontró otros factores que se

asocian significativamente con un mayor riesgo de estas lesiones, como parto con fórceps, primiparidad, peso al nacer mayor a 4kg y presentación en posición occipitoposterior. Con respecto al uso de fórceps, Combs et al reportó que la episiotomía mediolateral protege el perineo, en comparación con no usar episiotomía o la incisión de línea media (8).

- Cinco ensayos controlados randomizados, bien diseñados, muestran una reducción del 9% de desgarros perineales graves con el uso selectivo de la episiotomía en comparación con el uso de rutina (8).
- En un estudio del 2008 publicado en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, donde se evaluaron mujeres 4 años postparto comparando efectos en el piso pélvico del uso restrictivo y el uso rutinario de la episiotomía, se observó que no hay beneficios usando la episiotomía mediolateral de rutina en primíparas, ya que la asociación entre la episiotomía y el trauma perineal (desgarros de tercer y cuarto grado) es compleja, pues por un lado la episiotomía mediolateral se ha asociado a menos riesgo de ruptura del esfínter anal durante el parto que la incisión de línea media y, por otro lado, el disminuir el uso de la episiotomía no aumenta el trauma perineal.

Por esto, llegan a la conclusión que el efecto benéfico de la episiotomía mediolateral se limita a cuando su uso es inevitable, dado que su uso rutinario aumenta el riesgo de incontinencia anal (4).

COMENTARIO

En una revisión basada en evidencia del *American Journal of Obstetrics and Gynecology* el uso de la episiotomía de rutina se asoció con mayor trauma perineal posterior, complicaciones de sutura y curación, y más tarde dispareunia, incontinencia urinaria y fecal en comparación con la episiotomía selectiva, en 7 ensayos con 4996 mujeres. El uso de la episiotomía en estos estudios fue de alrededor del 73% de rutina y 28% selectiva (1,6). La episiotomía debería ser evitada en todo lo posible, pero si se utiliza se desconoce cuál técnica (mediolateral o línea media) proporciona los mejores o peores resultados. En un estudio de abril de 2011 publicado en *American Journal of Obstetrics and Gynecology* se valoran los diferentes factores de riesgo para desgarros perineales de tercer y cuarto grado, que incluyen el uso de fórceps, nuliparidad, episiotomía y peso al nacer. Se observó que estos son factores de riesgo independientes y sus efectos a corto y largo plazo van a depender de la combinación

de ellos en cada una de las mujeres con parto vaginal espontáneo (5). En el estudio realizado en Colombia, al tratarse de un hospital universitario donde el personal en entrenamiento es el responsable de la atención de los partos vaginales espontáneos, existe un riesgo de desgarro perineal mayor durante el parto (10), ya que el personal en entrenamiento tiene menor experiencia y, por tanto, menor capacidad de identificar las pacientes con riesgo de desgarro o una inadecuada protección del periné poco distensible, propio de pacientes nulíparas durante la atención del parto. En consecuencia, es decisivo tanto supervisar al personal en entrenamiento y enseñar a reconocer estas pacientes para disminuir el traumatismo sobre el periné, como evaluar y mejorar la técnica de protección del periné.

EFFECTOS A LARGO PLAZO DEL USO DE LA EPISIOTOMÍA

Las consecuencias a largo plazo de la episiotomía generalmente se ven relacionados con los desgarros perineales graves e incluyen incontinencia fecal y urinario, dolor perineal, dispareunia y fistula rectovaginal, los cuales pueden ser devastadores para la mujer, hasta el extremo de afectar su salud general, autoestima y su relación con su bebé y su pareja (6).

- Piso Pélvico

Se ha alegado que la prevención de la elongación muscular por la episiotomía puede prevenir las consecuencias a largo plazo; sin embargo, la episiotomía se utiliza cuando la cabeza del feto ya ha producido la elongación muscular y el corte de tejidos implica los tejidos mucocutáneos. Consistente con la literatura, la presencia de laceraciones menores labiales, vaginales y perirectales es más frecuentes en el grupo de uso selectivo de episiotomía (9), pero no hay pruebas de que desgarros perineales moderados (primer y segundo grado) desarrolle consecuencias a largo plazo. Un estudio de evaluación de la fuerza muscular del piso pélvico con la colocación de conos vaginales demostró que las mujeres en las que se ha realizado episiotomía tenían menor fuerza que aquellas con desgarros espontáneos. Estudios electromiográficos del piso pélvico realizados a los 3 meses después del parto mostraron que en las mujeres primíparas con periné intacto y en las que había tenido un parto por cesárea el piso pélvico era más fuerte y tenían una recuperación muscular más rápida. Aquellas que se sometieron a episiotomía, principalmente si se amplió a un desgarro de tercer o cuarto grado, tuvieron una recuperación más lenta (6, 8).

- Incontinencia Urinaria y Fecal

La causa más frecuente de incon-

tinencia fecal en mujeres sanas es el daño grave en el esfínter anal durante un parto vaginal. El tratamiento más importante es la prevención. Tanto las pacientes como los ginecólogos obstetras y parteras desean limitar la incidencia de esta lesión para así minimizar el efecto del parto vaginal en el mecanismo de continencia fecal (2). Sin embargo, los principales factores de riesgo para desgarro perineal de tercer o cuarto grado son componentes del proceso normal de labor de parto, que incluyen primiparidad, parto instrumentado, recién nacido mayor de 4kg y persistencia de la posición occipitoposterior. En estudios realizados, se observó que entre las mujeres que eran incontinentes sin tener una lesión del esfínter reconocida, casi la mitad de las que habían tenido una episiotomía anterior tuvieron resultados manométricos por debajo de lo normal (8). Estos resultados se encuentran en el mismo rango que los obtenidos con aquellas mujeres de quienes se conocía lesión del esfínter anal, lo que sugiere la presencia de una lesión del esfínter oculta. Se evaluaron mujeres a las 8 semanas postparto para valorar funcionalidad del nervio pudendo, observándose daño en aproximadamente el 16% de los partos vaginales (8). Estas lesiones explicarían la aparición de la incontinencia urinaria y fecal después del parto. En una

revisión de los factores asociados con la incontinencia fecal, Kamm señaló que, cuando un desgarro de tercer grado se produce, el 85% de las mujeres tienen defectos estructurales del esfínter y los síntomas persisten luego de 6 a 9 meses postparto en un 17 a 50% a pesar de la reparación primaria después del parto (6, 8).

- Dolor y Función Sexual

En relación con los efectos a largo plazo no hay pruebas fiables de que el uso de rutina de la episiotomía tenga algún efecto benéfico; por el contrario, hay pruebas claras de que puede causar más daño, tales como una mayor necesidad de reparación quirúrgica y un futuro más pobre de la capacidad sexual. Dos ensayos controlados aleatorios de la episiotomía involucran resultados a largo plazo. En el primero participaron 697 mujeres a las cuales se les dio un seguimiento de 3 meses postparto. Las mujeres en quienes se mantuvo intacto el perineo o tuvieron desgarros perineales espontáneos, reanudaron las relaciones sexuales antes, tuvieron menos dolor en su reanudación, y fueron sexualmente más satisfechas que las sometidas a episiotomía. En otro ensayo controlado aleatorizado, se comparó el uso selectivo de la episiotomía mediolateral contra el uso de rutina, el cual no mostró diferencias entre los grupos a los 3 meses después del parto, en relación con el dolor perineal y

la dispareunia. Sin embargo, las mujeres con episiotomía selectiva tuvieron más probabilidades de reanudar las relaciones sexuales dentro de un mes postparto (6, 8).

- **Prolapsos (cistocele, rectocele) y Desgarros en Labios y Vagina**

En relación a la incontinencia urinaria y los prolapsos anteriores, la mayor incidencia de desgarros en labios y vagina en uso selectivo de episiotomía plantea la posibilidad de que ésta pueda tener un efecto protector sobre la vejiga. Un estudio observacional de dos grupos de mujeres demostró que las sometidas a la episiotomía tienen menos desgarros labiales y menos cistoceles. Sin embargo, después de 3 años de seguimiento de mujeres, el estudio de West Berkshire señaló que el 34% de las mujeres en el grupo de uso selectivo de episiotomía y 36% en el uso de rutina presentaban pérdida involuntaria de orina (8).

EPISIOTOMÍA EN ESTADOS UNIDOS

El uso constante de la episiotomía disminuyó notablemente entre 1979 y 2004. A pesar de que la primera vez que se prestó atención a los riesgos de la episiotomía fue hace más de un cuarto de siglo, con Thacker y Banta, parece que las actitudes prácticas de los médicos tienen muy poco de haber comenzado a reflejar las

recomendaciones basadas en la evidencia. Es común un desfase entre la difusión de las pruebas y el cambio en la práctica clínica. La modificación de la práctica de la episiotomía puede ser difícil para los médicos que se formaron cuando se enseñaba que la episiotomía era un paso importante en el desempeño de cualquier parto vaginal. La disminución de las tasas de episiotomía ha correspondido a una disminución en las tasas de laceración del esfínter anal. Sin embargo, estas tasas siguen siendo altas para parto vaginal instrumental. Episiotomía y parto vaginal instrumentado son factores de riesgo conocidos de laceración del esfínter anal. Las altas tasas de laceración del esfínter anal asociadas con fórceps probablemente son el resultado directo de la continuación del uso de la episiotomía en estos procedimientos. En un estudio realizado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburg, publicado en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, se demuestra una disminución de los partos vaginales instrumentados debido al aumento dramático en el uso de la cesárea (6). Aunque no se puede sacar una conclusión directa de esta observación, esta tendencia sugiere que la cesárea es la vía de elección para los partos difíciles. Este incremento en el uso de la cesárea también se puede ver influenciado por la elección

de las pacientes por este tipo de parto. Por esta razón, menos profesionales están recibiendo adecuada formación en el manejo del parto vaginal, especialmente el asistido con fórceps.

CONCLUSIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico muy comúnmente realizado desde la década de 1920, sin tener evidencia científica de sus beneficios, con el argumento de prevención de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Con el paso del tiempo y la existencia de múltiples estudios realizados se ha visto que, contrario a lo que se creía, el uso de rutina de la episiotomía aumenta el riesgo de laceraciones del esfínter anal de tercer y cuarto grado, principalmente cuando se realiza la incisión de línea media, la cual producen lesión del esfínter anal con síntomas persistentes a largo plazo. El beneficio que se ha observado de la episiotomía es que disminuye las laceraciones labiales y de vagina, las cuales no tienen efectos a largo plazo. El realizar la episiotomía de rutina puede traer como consecuencias incontinencia urinaria y fecal, dispareunia, disminución de la fuerza muscular del piso pélvico y problemas emocionales. No hay suficientes pruebas para evaluar si hay indicaciones para el uso de la episiotomía, tales como asistencia

en el parto con fórceps, anomalías en las pruebas fetales, parto prematuro, parto de nalgas, macrosomía diagnosticada prenatalmente y presunción de desgarro inminente. Por todo lo anterior se llega a la conclusión de que la episiotomía de rutina debe ser abandonada y las tasa de episiotomía mayores a 30% no parecen justificarse. El uso de episiotomía debe evitarse en todo lo posible, ya que no hay indicaciones absolutas ni específicas para su uso. La decisión de realizar una episiotomía o un parto instrumentado debe basarse en la interacción de múltiples factores de riesgo y sus efectos a corto y largo plazo, siempre valorando la balanza riesgo versus beneficio.

RESUMEN

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados. Su uso fue justificado como prevención de desgarros perineales graves

y complicaciones fetales. Luego de múltiples estudios que han evaluado los beneficios y riesgos de la episiotomía de rutina, se ha observado una menor frecuencia de laceraciones labiales y vaginales, pero muestran un incremento en la incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado con sus consecuentes efectos a largo plazo. Por esto, se ha visto que en Estados Unidos el uso de la episiotomía ha disminuido notablemente utilizando la política selectiva de su uso, de acuerdo con la evaluación de los factores de riesgo de cada paciente y la experiencia que tenga el personal responsable de la atención del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Reviews: Evidencia-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol 2008; pp. 445-454
2. Egan M, Daly L, O'Connell P, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? JOG 2006; 113: pp. 190-194
3. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, et al. Episiotomy in the United States: has anything changed? Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 573.e1-573.e7
4. Fritel X, Schall J, Fauconnier A, et al. Pelvic floor disorders 4 years after delivery: a comparative study of restrictive versus systemic episiotomy. BJOG 2008; 115: pp. 247-252
5. Hamilton EF, Smith S, Yang L, et al. Third- and fourth-degree perineal lacerations: defining high-risk clinical clusters. Am J Obstet Gynecol 2011; 204: 309.e1-6
6. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review. JAMA: 2005;293: pp. 2141-2148
7. Kudish B, Blackwell S, McNeeley SG, et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: A bad combination for the perineum. Am J Obstet Gynecol 2006; 195; pp. 749-754
8. Lede RL, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol 1996; 174: pp. 1399-1402
9. Rodríguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 285.e1-285.e4
10. Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. Rev Colomb de Obstet Ginecol 2005; 56 (2): pp. 116-126