

EDITORIAL

Episiotomía: cuando el árbol no nos deja ver el bosque...

La introducción de la práctica de la episiotomía no estuvo basada en el método científico. Al principio fue ideada para proteger al feto (acortamiento de expulsivo). Cuando evaluamos estos conceptos hemos de situarnos a finales del siglo XVIII, en que no se hacían cesáreas y la utilización de los fórceps, cuando se realizaban, quedaba en muchas ocasiones fuera de nuestros criterios obstétricos actuales. En el primer tercio del siglo XX se inició el uso de la episiotomía de forma profiláctica y posteriormente se utilizó de forma sistemática, sobre todo en Estados Unidos. Para su instauración se adujeron, en primer término, beneficios maternos (prevención de desgarros perineales y mejora en la reparación, por ser una incisión quirúrgica) y, en segundo término, beneficio fetal (por la reducción de la duración del parto). La modificación en la práctica clínica se fundamentó en la «opinión de expertos», más que en el método científico¹. Sin embargo, en los años ochenta del siglo XX se abogó por la no realización sistemática de la episiotomía, incluso antes de que aparecieran los primeros estudios que avalaban científicamente esta postura.

En estos últimos años, diversos trabajos metodológicamente correctos apoyan el empleo de la episiotomía restrictiva². La aplicación de ensayos aleatorizados ha ido centrando la complicación en la lesión obstétrica del esfínter anal (LOEA), básicamente en su diagnóstico. Podemos convenir que por su relevancia clínica, pero también por no requerir prolongar los tiempos de seguimiento para sus manifestaciones clínicas u otro tipo de complicaciones. De este modo, de una manera «científica» hemos reducido en gran parte las complicaciones de la LOEA. Se estableció una relación entre la LOEA y la episiotomía, sobre todo la media³. Con la episiotomía mediolateral los resultados son muy variables: algunos autores la asocian a un aumento del riesgo de lesión⁴, otros le confieren un efecto protector⁵ y otros consideran que tiene un efecto neutro⁶.

Como vemos, la reflexión y el estudio de la episiotomía se han centrado en la relación entre ésta y la LOEA, sin valorar adecuadamente la asistencia integral durante el parto, durante la dilatación y durante el expulsivo.

Con la episiotomía mediolateral esta gran variación puede deberse a que su aplicación clínica, especialmente su angulación, influye en los resultados. No todos los profesionales realizan la episiotomía mediolateral con los mismos criterios^{7,8}. Esta variabilidad clínica puede estar basada en la experiencia y criterio del profesional que atiende el parto, y en mi opinión, posiblemente esté condicionada además por la «escuela» a la que pertenezca el profesional. Sin embargo, otro factor también importante es que la episiotomía como procedimiento quirúrgico no está estandarizada. En la mayor parte de los libros de texto se describen dos tipos fundamentales de episiotomía: media y mediolateral. La definición de la episiotomía mediolateral no es uniforme. Por este motivo, recientemente se ha publicado una revisión bibliográfica en la que se reconocen siete tipos de episiotomía⁹; el propósito es unificar las definiciones y poder establecer comparaciones entre los distintos ensayos clínicos.

C. Larrañaga
Azcárate

Servicio de Obstetricia
y Ginecología. Hospital
Virgen del Camino.
Pamplona

Así pues, nos enfrentamos a una variabilidad de resultados de una intervención que como procedimiento quirúrgico es simple, idealmente un corte limpio. Gran parte de esta variabilidad puede deberse a que es un procedimiento «cirujano-dependiente», tanto para el momento en que se lleva a cabo como para el lugar donde se realiza. La práctica de la episiotomía no es un hecho aislado, se efectúa en un contexto clínico de protección del periné.

¿Es posible que la realización o no de la episiotomía, en relación con la LOEA, no nos esté dejando ver la protección del periné como una parte fundamental de la asistencia al parto?

La episiotomía es uno de los factores que condicionan los resultados, pero hay otros que también lo hacen, y que no obstante muchos estudios no suelen tener en cuenta¹⁰.

La instauración de programas destinados a mejorar la protección del periné, mediante la actualización de los conocimientos del personal sanitario y la educación para parturientas, ha demostrado que permite la reducción de las LOEA. Unos programas en los que la episiotomía forma parte del método de protección del periné. Programas que han demostrado que, cuando se aplican consistentemente a escala nacional, tanto entre los profesionales como entre las parturientas, logran disminuir las LOEA¹¹. Queda por demostrar de forma prospectiva su implicación en una posible clínica posterior de prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencia.

¿Nos planteamos como profesionales acudir a cursos de actualización en asistencia a partos, desempolvar y actualizar los primeros conocimientos que adquirimos de R1?

Sinceramente, considero que mantener una formación continuada en la asistencia al parto, por básica que parezca, puede tener una importancia similar a la del resto de disciplinas de nuestra especialidad de obstetricia y ginecología. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Graham ID. The American crusader for prophylactic episiotomy. En: Graham ID, ed. *Episiotomy. Challenging Obstetric Interventions*. Oxford: Blackwell Science, 1997; 33-60.
2. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. +Cochrane Database Syst Rev. 2009; (1): CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
3. Hartmann K, Viswanathan M, Palmeri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005; 293: 2.141-2.148.
4. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. *Birth*. 2006; 33: 117-122.
5. Räisänen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. High episiotomy rate protects from obstetric anal sphincter ruptures: a birth register-study on delivery intervention policies in Finland. *Scand J Public Health*. 2011; 39: 457-463.
6. Larrañaga Azcárate C, García Mutiloa MA, Lapeña Calavia SS, Pérez Rodríguez AF, Ezcurra Irure R, Ezcurdia Gurpegui MA. Tasa y factores de riesgo para el desgarro del esfínter anal: análisis de más de 10.000 partos vaginales simples cefálicos consecutivos. *Prog Obstet Ginecol* 2005; 48 Supl 2: 1.168-1.171.
7. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG*. 2005; 112: 1.156-1.158.
8. Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG*. 2003; 110: 1.041-1.044.
9. Kalis V, Laine K, De Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 20012; 119: 522-526.
10. Berghella V, Baxter JK, Chauham SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199: 445-454.
11. Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? Large and consistent rupture variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92: 94-100.