

La práctica de la episiotomía: análisis basado en la evidencia científica actual

The practice of episiotomy: analysis based on the current scientific evidence

J. C. Fernández Domínguez. Fisioterapeuta. Profesor Titular. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca. España

K. Ruiz López. Fisioterapeuta. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España

M. Caufriez. Doctor en Kinesiterapia. Investigador del Laboratorio de Fisiología ocupacional y del entorno de la comunidad francesa de Bélgica (HEPHS_ISEK) Bruselas. Bélgica

Este trabajo se ha desarrollado en el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares

Correspondencia:

Juan Carlos Fernández Domínguez
jcarlos.fernandez@uib.es

Recibido: 23 octubre 2007

Aceptado: 8 enero 2008

RESUMEN

Recuerdo histórico: el uso de la episiotomía ha sido objeto de múltiples controversias a lo largo de la historia. Nuestro objetivo es analizar el estado actual del conocimiento respecto a la práctica de la episiotomía y al papel que la Fisioterapia obstétrica puede jugar en relación a ella. *Evidencia científica actual:* los estudios científicos actuales demuestran que la episiotomía rutinaria no constituye un factor protector para el suelo pélvico femenino, y además puede producirle toda una serie de efectos perjudiciales. Por ello, actualmente la OMS recomienda su intervención restrictiva en alrededor del 10-20 % incluso en mujeres nulíparas. Sin embargo, como consecuencia de los resultados hallados en algunos estudios, existen opiniones divergentes. *Alternativas terapéuticas posibles:* a tenor de los resultados que aparecen en los escasos estudios científicos realizados hasta la fecha y de nuestra experiencia clínica, creemos que la Fisioterapia (masaje perineal, ejercicios de suelo pélvico...) puede desempeñar un papel crucial para conseguir una disminución efectiva de las tasas de episiotomía y desgarros perineales espontáneos. *Conclusiones finales:* la práctica de la episiotomía rutinaria de tipo «profiláctico» debe evitarse, abogando por su uso selectivo. La combinación de la episiotomía medial con parto vaginal mediante fórceps parece constituir el factor de riesgo más importante para el suelo pélvico femenino. Para reducir las tasas de episiotomía y desgarros perineales espontáneos sería interesante implementar medidas preventivas fisioterapéuticas avaladas científicamente en la práctica diaria con la mujer embarazada.

Palabras clave: episiotomía, masaje perineal, suelo pélvico, laceraciones obstétricas.

ABSTRACT

Historical reminder: the use of episiotomy has been the object of multiple controversies throughout history. Our objective is to analyze the current knowledge regarding the practice of episiotomy and what role obstetric Physiotherapy might have relating to such practice. Current scientific evidence: the current scientific studies demonstrate that routine episiotomy doesn't constitute a protective factor for the feminine pelvic floor, and can also produce a whole series of harmful effects upon the same. Because of this, nowadays the World Health Organization recommends a restrictive use of this practise of around 10-20 % including nullipara women. Nevertheless, as consequence of the results found in some studies, there

exist divergent opinions that we are going to analyze throughout this study. Possible therapeutic alternatives: based on the results that appear in the scanty scientific studies done and in our clinical experience, we think that Physiotherapy (perineal massage, pelvic floor exercises...) might have a crucial role to obtain an effective decrease of episiotomy rates and spontaneous perineal tears. Final conclusions: the practice of routine episiotomy as a type of preservative should be avoided, opting for its selective use. The combination of the medial episiotomy and natural birth with forceps seems to constitute a more important risk factor for the feminine pelvic floor. To reduce the episiotomy rates and spontaneous perineal tears it would be interesting to implant preventive physiotherapy measures scientifically supported in daily practice with pregnant women.

Keywords: *episiotomy, perineum massage, pelvic floor, delivery obstetric.*

RECUERDO HISTÓRICO

Según Parvin, desde que Ould propuso por primera vez el uso de la incisión perineal en 1742, su utilización ha sido objeto de múltiples controversias a lo largo de la historia ⁽¹⁾.

Según la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE) que data de 1878, la episiotomía, término acuñado por Carl Braun en 1857, se define como una incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo.

En la historia más reciente, varias publicaciones aparecidas a finales del siglo XIX ⁽²⁾, abogaban por un uso más frecuente del que se había hecho hasta entonces, ya que la episiotomía permitía prevenir la incidencia de traumas sobre el suelo pélvico y de laceraciones del periné, y además, y a diferencia de lo que ocurría en caso de laceraciones espontáneas, permitía la restauración *ad integrum* del periné.

Sin embargo, el mayor auge de su uso rutinario y presuntamente profiláctico se alcanzó gracias a las publicaciones de Pormeroy y sobre todo de De Lee en 1920 ⁽³⁾, que afirmaba que su práctica sistemática provocaba efectos beneficiosos no sólo para la madre, al conseguir evitar el dolor, prevenir desgarros, acortar el parto (sobre todo el período expulsivo) y por ende disminuir la morbilidad perinatal, y prevenir el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas, e incluso afirmaba, según sus propias palabras, que permitía que «las condiciones virginales fuesen frecuentemente restablecidas», sino también para el propio niño, al permitir salvaguardar su cerebro de los efectos de la compresión prolongada, reduciendo la cantidad de idiocia, epilepsia, etcétera. Más adelante, a estos argumentos se añadieron otros supuestos efectos beneficiosos como que me-

yoraba la función sexual de la mujer y reducía la incontinencia urinaria, el cistocele y la incontinencia fecal, aunque todo ello sin la existencia de más datos ni estudios científicos que avalaran estas aseveraciones ⁽⁴⁾. De esta manera, la episiotomía sistemática fue ganando aceptación entre la comunidad médica, convirtiéndose en el procedimiento quirúrgico más común que sufren las mujeres.

Nuestro objetivo es analizar el estado más actual del conocimiento respecto a la práctica de la episiotomía y el papel que la Fisioterapia obstétrica puede ejercer en relación a la misma. Para conseguir esto, hemos realizado una búsqueda sistemática en MEDLINE de todos los artículos en lengua inglesa, fundamentalmente de los últimos diez años, y hemos identificado y seleccionado todos los ensayos clínicos aleatorizados y cualquier otro tipo de publicación relevante referente a este tema.

EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL

A partir de la pasada década de los ochenta, la proliferación de estudios científicos sobre la episiotomía y sus efectos se multiplicaron en cantidad y calidad metodológica, sobre todo desde la revisión sistemática llevada a cabo por Thacker y Banta en 1983, que recopilaba todos los estudios en lengua inglesa que se habían realizado hasta 1980 ⁽⁵⁾. Estos autores afirmaron que las investigaciones llevadas a cabo hasta ese momento resultaban insuficientes y poco fiables debido a que ningún estudio publicado podía considerarse adecuado en su diseño y ejecución, concluyendo que no se podía determinar si los beneficios tradicionalmente atribuidos a la episiotomía eran reales.

En 1995, Wolley ⁽⁶⁾, continuando con el trabajo de

Thacker y Banta, revisó las publicaciones científicas realizadas entre los años 1980 y 1994 y extrajo como conclusión que se debe evitar el uso rutinario de la episiotomía.

Hay que reseñar que a pesar de que estas dos revisiones fueron exhaustivas, incluyeron, sin embargo, todo tipo de publicaciones (estudios descriptivos, experimentales, estudios de casos, cartas), por lo que sus resultados pudieron verse afectados por los sesgos inherentes a cada uno de los diseños metodológicos incluidos en la revisión, lo que podría haber llevado a los autores a conclusiones erróneas.

Siguiendo la evolución cronológica en la adquisición de conocimientos en este campo, nosotros vamos a dedicarnos a analizar las evidencias científicas disponibles sobre el tema, centrándonos particularmente en los últimos diez años.

Actualmente, la mayor parte de los estudios realizados demuestran que la episiotomía no solamente no constituye un factor protector de la región perineal femenina, sino que en realidad produce toda una serie de efectos perjudiciales sobre ella como son:

— Incremento del dolor perineal posparto ⁽⁷⁾, que incluso puede llegar a manifestarse de forma crónica ^(6, 7).

— Mayor incidencia de dispareunia ⁽⁸⁾ y un empobrecimiento de la función sexual en el posparto ⁽⁹⁾.

— Mayor pérdida de sangre ⁽¹⁰⁾ y mayor incidencia de hemorragia obstétrica grave ⁽¹¹⁾.

— Presencia más elevada de desgarros perineales posteriores de tercer y cuarto grado (es decir, con afectación de los músculos del esfínter anal y/o de la mucosa rectal, respectivamente) tanto en mujeres primíparas, en mayor medida, como también en multiparas ⁽¹²⁻¹⁴⁾, hallándose todas ellas más predispuestas a sufrir de incontinencia anal, sobre todo de gases ⁽¹⁵⁾.

Existe, además, una mayor recurrencia de estos efectos en un segundo parto por vía vaginal con respecto a las mujeres que habían mantenido su periné intacto en el primer parto, sobre todo si éste se acompaña de parto instrumental y episiotomía ⁽¹⁶⁾, incrementándose su riesgo en relación a la severidad del daño perineal en el primer parto ⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, en ausencia de episiotomía parece existir una mayor predisposición a la aparición de desgarros perineales espontáneos, sobre todo de primer y segundo grado ⁽¹⁴⁾, lo cual se debería a que en algunos casos en los que no se practica la incisión quirúrgica po-

drían producirse laceraciones espontáneas, aun cuando revisten mucha menor gravedad que las que se producen a consecuencia de la episiotomía, las cuales, además y según nuestra experiencia clínica, podrían ser en gran medida evitadas con un trabajo adecuado llevado a cabo durante el embarazo. De esta forma, la única «ventaja» real demostrada derivada de la práctica rutinaria de la episiotomía es un riesgo menor de traumatismo perineal anterior, aunque en nuestra opinión ésta supuesta ventaja se muestra como claramente insatisfactoria, ya que se produce a expensas de un aumento en el daño perineal posterior ⁽¹⁸⁾.

Por último, según Stark, la práctica de la episiotomía también aumenta notablemente la incidencia de daños esfinterianos nuevos surgidos tras el parto no reconocibles clínicamente pero detectables mediante ecografía endoanal, los cuales están correlacionados directamente con la aparición de un alto índice de incontinencia anal en el posparto ⁽¹⁹⁾. Esto podría ser debido a que la episiotomía provoca una interrupción del anclaje del complejo esfinteriano anal con la membrana perineal (denominada clásicamente fascia inferior del diafragma urogenital o aponeurosis perineal media) a nivel del ápex del núcleo fibroso central, lo que permitiría un desplazamiento posterior del ano durante el parto, que sería responsable de la producción de estos daños sin la necesidad de producirse lesiones perineales completas ⁽²⁰⁾.

— Tasas significativamente más altas de infección y períodos de cicatrización más largos con respecto a desgarros perineales espontáneos ^(7, 21).

— Además, no consigue reducir la incidencia de incontinencia urinaria ni de prolapso genital o la ruptura del *septum* vesicovaginal ni preservar la función muscular del suelo pélvico, ya que no mejora la tendencia a la relajación del suelo pélvico que se produce en el posparto por sobreestiramiento muscular ^(10, 21, 22), aunque hasta la fecha no se dispone de investigaciones clínicas aleatorizadas con seguimientos de largo plazo que avalen de forma rigurosa estas afirmaciones. Incluso parece estar asociada con un mayor riesgo de sufrir intervenciones quirúrgicas del suelo pélvico en épocas posteriores de la vida ⁽²³⁾.

Por último, en el caso de episiotomías practicadas de forma rutinaria se ha visto que tampoco consigue mejorar los resultados neonatales ^(10, 24), mostrándose como inefectiva para disminuir la morbilidad perinatal, ya que la realización de la episiotomía, al contrario de lo que se

creía hasta hace pocos años, no disminuye el tiempo de duración del parto en ninguna de sus fases e incluso podría aumentarlo ⁽²⁵⁾. Además, en caso de asociarse a partos instrumentales, incluso existen mayores probabilidades de traumatismos neonatales ⁽²⁶⁾.

Todo esto ha hecho que esta intervención haya sido definida por el doctor Wagner, que fue durante muchos años director del departamento de salud maternoinfantil de la OMS, y otros autores como una auténtica mutilación sexual ⁽²⁷⁾.

El empleo indiscriminado de la episiotomía configura una innecesaria agresión a la mujer, de modo que todos los estudios rigurosos más actuales rechazan su práctica sistemática y abogan por su aplicación restrictiva ^(7, 13, 21, 28), lo que mejora notablemente la incidencia de muchos de los efectos negativos anteriormente citados ⁽¹⁸⁾.

De esta manera, la episiotomía únicamente se debería aplicar en pacientes seleccionadas de forma estricta, de tal modo que a la luz de las nuevas evidencias, incluso debería evitarse al máximo tanto en aquellos casos en que durante el parto se requiera el empleo de medios instrumentales (fórceps o ventosa) ya que es innecesario y hasta puede resultar perjudicial ^(18, 25, 29), como también ante la presencia de supuestos inminentes desgarros perineales, ya que Dannecker y cols. ⁽³⁰⁾ demuestran que cuando se aplica basándose en este criterio, disminuyen las tasas de perinés intactos y/o traumas perineales menores, y además no mejora ningún parámetro en relación a la función del suelo pélvico, así como tampoco afecta positivamente a la morbilidad materna ni neonatal.

Nosotros pensamos que su aplicación debería reservarse casi de forma exclusiva para indicaciones fetales muy específicas, en incluso en estos casos, determinadas recomendaciones de aplicación también deberían revisarse, ya que algunos autores ^(26, 31) afirman que, por ejemplo, en los casos de distocia de hombro, su uso tampoco reduce el riesgo de aparición de la misma ni ayuda a evitar una de sus complicaciones más frecuentes, como es la parálisis braquial obstétrica en el recién nacido.

Todo esto queda confirmado por las distintas revisiones sistemáticas exhaustivas; es decir, con inclusión de ensayos clínicos aleatorizados que se han ido realizando en estos últimos años sobre el tema ^(18, 32), siendo la más actualizada y rigurosa la llevada a cabo por Hartmann, que recopila todos los ensayos clínicos aleatorizados y estudios prospectivos de calidad publicados en lengua inglesa en MEDLINE, CINAHL y las

bases de datos de la Cochrane hasta el año 2004 ⁽³³⁾.

En vista de la evidencia disponible, tasas de episiotomía superiores al 20 % no estarían justificadas durante los partos vaginales ni siquiera en mujeres nulíparas ⁽³⁴⁾, lo que se ha visto reflejado en el surgimiento de distintas recomendaciones tanto en el ámbito nacional como internacional e incluso desde la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), que propone que la tasa de episiotomía se sitúe alrededor del 10 %. De esta forma, la posible indicación para realizar una episiotomía debería ser determinada de forma totalmente individualizada y en casos muy justificados ^(13, 21).

Todo esto ha supuesto una disminución en las tasas de incidencia de episiotomía en muchos países en los últimos años, aunque siguen existiendo profundas divergencias en cuanto a las intervenciones obstétricas (y no solamente en cuanto a la episiotomía) entre los distintos países ⁽³⁵⁾.

De esta manera y a modo de ejemplo, en Estados Unidos en 1979 se calcula que la episiotomía se realizaba en casi 2/3 partes de todos los partos (65,3 %) y entre el 80 y 90 % de los partos de mujeres nulíparas ^(5, 36). Sin embargo, en el año 2002 se estimaba que su incidencia había descendido en torno al 40 % ⁽³⁶⁾. En contraposición a estos datos, una reciente investigación muestra que en Latinoamérica en la década de los noventa la tasa media de episiotomía en mujeres primíparas era del 92,3 %, lo que demuestra que se produce una práctica estándar de la misma ⁽⁷⁾, la cual debería ser drásticamente reducida.

En España, al igual que en Latinoamérica, se estimó que el índice de episiotomías en el año 1998 se situaba en torno al 89 %, mientras que otros países europeos como Suecia muestran índices de en torno al 24,5 % en nulíparas.

Aspectos controvertidos entre los diferentes estudios

Ahora bien, en los distintos estudios realizados hasta la fecha siguen existiendo ciertas discrepancias, por un lado en cuanto a algunas de las posibles consecuencias perjudiciales de aplicación de la episiotomía, discrepancias que son utilizadas en muchas ocasiones como una justificación para seguir manteniendo su empleo abusivo, y por otro lado también se observan divergencias en cuanto a sus distintas modalidades de aplicación.

De esta forma:

— Por lo que se refiere a la dispareunia, Connolly y cols. no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con partos vaginales sin episiotomía y las que la habían sufrido ⁽³⁷⁾.

— Según algunos estudios, la episiotomía no afecta de forma significativa a la función sexual femenina y ni siquiera supone un mayor retraso en la reanudación de las relaciones sexuales tras el parto ⁽³⁷⁾. Ahora bien, Gungor y cols. ⁽³⁸⁾ encuentran en sus resultados un cierto grado de afectación de la función sexual femenina, pero sin significación estadística, por lo que atribuyen estos cambios no sólo al modo de realizarse el parto, sino también a la influencia de toda una serie de factores individuales, sociodemográficos, de estilo de vida y maritales. Sin embargo, Baksu y cols. demuestran que la práctica de la episiotomía mediolateral afecta a la excitación sexual, lubricación, orgasmo y grado de satisfacción en las relaciones sexuales, además de aumentar el dolor, de manera que abogan por adoptar una política restrictiva de esta intervención. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos dos últimos estudios están comparando mujeres que sufrieron partos con episiotomía con respecto a partos con cesárea (no se refieren a partos espontáneos por vía vaginal).

— En cuanto a la incidencia de incontinencia urinaria, algunos autores encuentran una mayor incidencia de incontinencia urinaria posparto (en concreto de incontinencia urinaria de esfuerzo) asociada al daño perineal ^(6, 18), que sobre todo parece ponerse de manifiesto cuando se realiza un seguimiento de estas mujeres durante varios años ⁽³⁹⁾. Sin embargo, otros estudios niegan este hecho y no encuentran ningún tipo de asociación entre episiotomía e incontinencia urinaria, aunque en ellos tampoco se admite en ningún momento que la realización de episiotomía constituya un factor protector para evitar la aparición de la misma ⁽⁴⁰⁾. En relación con el parámetro de la fuerza muscular del suelo pélvico, Sartore y cols. encuentran una disminución de ella en partos con episiotomía, lo que constituye para ellos el principal factor de riesgo de su pérdida en el posparto en episiotomías mediolaterales ⁽⁴¹⁾, tal y como ya apuntaban estudios previos ⁽⁴²⁾. Sin embargo, Gurel afirma que uno de los factores de riesgo de relajación del suelo pélvico son los partos sin episiotomía en casos de partos dificultosos ⁽⁴³⁾, aunque pensamos que este último resultado no tiene por que entrar en contradicción con el anterior.

— A pesar de que la mayor parte de la evidencia científica disponible sobre la aparición de desgarros del

esfínter anal en presencia de episiotomía (y a la que ya hemos hecho referencia anteriormente) pone de manifiesto que la frecuencia de desgarros perineales severos se reducirían enormemente en ausencia de episiotomía, ya que a las mujeres a las que no se les practica episiotomía rara vez sufren desgarros profundos (lo que también se demuestra en su menor frecuencia en caso de práctica selectiva de la episiotomía) ^(18, 28), existen, sin embargo, puntos de vista contradictorios entre los distintos estudios realizados en los últimos tiempos, de manera que: en algunos estudios no se aprecia una relación significativa entre la episiotomía y los desgarros de tercer grado ⁽⁴⁴⁾ e incluso no encuentran ningún tipo de asociación entre la incontinencia anal y la episiotomía ⁽⁴⁵⁾. Resulta llamativo observar que los dos estudios que obtienen estos resultados han sido realizados en países árabes, lo cual nos sugiere una posible influencia de la raza, tal y como se cita en algunos estudios ^(36, 46) o incluso de factores socioculturales.

Según Handa y cols., disminuye la probabilidad de sufrir desgarros de tercer grado en partos no complicados, pero incrementa el riesgo de laceraciones de cuarto grado ⁽⁴⁷⁾.

Bodner-Adler afirma que el uso selectivo de la episiotomía tiene como resultado disminuir la aparición de desgarros perineales (en cualquiera de sus grados) si se aplica durante el primer parto vaginal espontáneo ⁽⁴⁸⁾, aunque pensamos que este resultado también podría obtenerse en caso de realizarse una preparación específica de la región perineal para superar el momento del parto y ello en presencia de un periné intacto, es decir, sin sufrir laceración quirúrgica.

Por último, Dandolu y cols. afirman en su estudio que aun cuando la episiotomía está asociada con un mayor riesgo de desgarros del esfínter anal, esto es probablemente debido a su asociación con partos instrumentales, ya que en estos casos aumenta el riesgo de padecerlos. Sin embargo, según sus resultados, la episiotomía en ausencia de este tipo de partos incluso parece convertirse en un factor protector de estos desgarros ⁽⁴⁹⁾.

— Por lo que se refiere al tipo de episiotomía, la mayor parte de los autores consideran que la episiotomía medial ^(34, 50, 51) está relacionada con una mayor incidencia de daños obstétricos severos del esfínter anal. Además, la episiotomía medial, y según algunos autores también la mediolateral ⁽¹²⁾, asociada a un parto vaginal instrumental, sobre todo en el caso de utilización

de fórceps, según la inmensa mayoría de estudios (aunque otros encuentran que es mayor en caso de asociación de parto con ventosa) ^(47, 52), se relaciona con un aumento del riesgo de estos desgarros ⁽⁵³⁾. Esto se acentuaría en caso de mujeres nulíparas, ya que diversos estudios demuestran que este hecho constituye, por sí mismo, un factor de riesgo de aparición de daños severos en el esfínter anal durante el primer parto vaginal ^(15, 46, 54).

En cambio, Bodner-Adler y cols. en otro estudio retrospectivo realizado con anterioridad al que hemos citado previamente, sobre una población de 76.187 mujeres que dieron a luz mediante fórceps, concluyen que la episiotomía (sobre todo la mediolateral) realizada de forma selectiva, asociada a este tipo de partos, disminuye el riesgo de daños perineales de todos los grados ⁽⁵⁵⁾.

Refiriéndonos exclusivamente a la episiotomía mediolateral, algunos autores encuentran una relación directa de la misma con este tipo de desgarros severos ⁽⁵⁶⁾, aunque según otros estudios esto únicamente sería cierto para el primer parto vaginal, pero no para los siguientes ⁽⁵³⁾.

Andrews y cols. encuentran que la episiotomía mediolateral constituye un factor de riesgo para la producción de daños en el esfínter anal, aunque esto lo atribuyen posiblemente a la utilización de una técnica inadecuada, con cortes realizados con una angulación demasiado cercana a la línea media ⁽⁵⁷⁾.

En contraposición a éstos, algunos autores no encuentran ningún tipo de asociación con desgarros ni de tercer ni de cuarto grado ⁽⁵¹⁾. Incluso Aukee y cols., en un estudio retrospectivo sobre 9.231 mujeres, concluyen que el uso restrictivo de la episiotomía mediolateral puede tener un efecto protector en relación con los desgarros de tercer grado, lo cual ya había sido afirmado en estudios anteriores que consideraban que protegía de la aparición de desgarros severos y de incontinencia anal en mujeres primíparas, llegando incluso a recomendarla como un método primario para su prevención ⁽⁵⁸⁾.

Dahl y cols. concluyen que el uso de la episiotomía mediolateral parece reducir el riesgo de producción de roturas obstétricas del esfínter anal ⁽⁵⁹⁾.

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS POSIBLES

A pesar de las controversias existentes en algunos aspectos y que precisarán de la realización de futuras

investigaciones para su esclarecimiento definitivo, queda claro, según nuestra opinión, que la evidencia científica disponible actualmente indica la necesidad de reducir drásticamente la incidencia de episiotomía hasta situarnos en los niveles propuestos por distintos prestigiosos autores y siguiendo las directrices de la OMS.

En este sentido, la Fisioterapia puede desempeñar un papel crucial para conseguir una disminución efectiva tanto de las tasas de episiotomía como también de las de desgarros perineales espontáneos, ya que algunas de sus técnicas han mostrado ser eficaces en este sentido en los pocos estudios llevados a cabo hasta la fecha.

De esta manera, según Beckmann y cols., el masaje perineal durante el embarazo se ha mostrado efectivo en la reducción de laceraciones obstétricas ⁽⁶⁰⁾, aunque en este estudio de revisión se manifiesta que existe una gran variabilidad de formas y pautas de aplicación que deben ser analizadas y comparadas para demostrar su eficacia real.

Entre los distintos estudios encontramos bastantes controversias sobre los posibles efectos de los ejercicios perineales preparto (tipo Kegel) ⁽⁶¹⁾ en la prevención de daños del suelo pélvico durante el parto, aunque, lo mismo que en el caso anterior, en estos estudios también existen distintas pautas y formas de enseñanza, lo cual resulta un handicap añadido para interpretar los resultados. Por lo tanto, deben realizarse más estudios que puedan clarificar esta situación.

En la prevención de estas lesiones, también podría ser útil el uso del epi-no ⁽⁶²⁾, un dispositivo que se utiliza durante las tres últimas semanas de embarazo y que consta de un balón hinchable (que se irá hinchando de forma progresiva con el paso de los días) que se introduce en la vagina de la mujer y se mantiene en esta posición durante 15 minutos aproximadamente y luego se expulsa ejerciendo presión hacia fuera con el periné. Sin embargo, tampoco existe todavía suficiente evidencia científica disponible que justifique su uso.

Es decir, antes de poder determinar el papel real que podría ejercer la Fisioterapia en la prevención de estos trastornos, y que de forma empírica a través de nuestra experiencia profesional consideramos importante, sería necesario evaluar, a la luz de estudios científicos rigurosos, la validez de las distintas medidas que actualmente muchos profesionales estamos aplicando.

En este sentido, consideramos que sería fundamental la incorporación del fisioterapeuta como una figura más dentro del equipo multidisciplinar que se ocupa de

la mujer embarazada en todos los aspectos y no sólo, como ocurre actualmente, desde el punto de vista del alivio de los típicos síntomas de disfunción que aparecen durante el embarazo y posparto (ciáticas, lumbalgias, etc.), sino dentro de la propia preparación al parto (colaborando en funciones que irían desde proporcionar información útil que permita a las mujeres tomar decisiones informadas sobre distintos aspectos como, por ejemplo, al que hemos hecho referencia en este trabajo, y prepararlas físicamente para el parto, hasta incluso dentro del momento del propio parto, ayudarlas a facilitar la salida del bebé contribuyendo a su progreso biomecánico, etc.). Además, también se podría ayudar a prevenir, mediante la utilización de diversos métodos físicos, algunos de los trastornos más frecuentes que se asocian con conocidos factores obstétricos ligados con el propio parto (como sería, en este caso, la prevención de la práctica de la episiotomía en situaciones no justificadas).

CONCLUSIONES FINALES

— La práctica de la episiotomía rutinaria de tipo «profiláctico» debe evitarse, abogando por un uso selectivo de ella y reservado casi de forma exclusiva a indicaciones fetales muy específicas, debiendo situarse su incidencia siempre en los niveles propuestos por los distintos organismos internacionales y la propia OMS.

— La combinación de la episiotomía medial con parto vaginal instrumental (sobre todo mediante fórceps) constituye el factor de riesgo más importante de desgarros severos del periné, sobre todo en el caso de mujeres primíparas.

— La episiotomía mediolateral, realizada con una angulación correcta y en pacientes bien seleccionadas, parece ser una técnica menos perjudicial para la salud perineal que la episiotomía medial, aunque resulta muy cuestionable su efecto protector sobre la producción de desgarros perineales severos.

— Para lograr una reducción de las tasas de episiotomía hasta los niveles establecidos por la OMS, neutralizando al máximo posible los riesgos sobre la salud perineal femenina con un aumento de la incidencia de desgarros espontáneos, se hace necesario que en la práctica diaria con la mujer embarazada se implementen medidas preventivas (masaje perineal, ejercicios de suelo pélvico, epi-no, etc.) avaladas por estudios científicos rigurosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parvin T. Care of the perineum. *Trans Am Gynecol Soc.* 1882; 7: 145-54. Discussion 154-7.
2. Broomall A. The operation of episiotomy as a prevention of perineal ruptures during labor. *Am J Obstet Dis Women Children.* 1878; 11: 517-25; 605-7.
3. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Am J Obstet Dis Women Children.* 1918; 78: 211-20. Discussion 295-9.
4. Pritchard JA, Mac Donald PC, Gant NF. *Williams Obstetrica.* Barcelona: Salvat; 1986.
5. Thacker S, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983; 38: 322-38.
6. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the english-language literature since 1980. Part I. *Obstet & Gynecol Surv.* 1995; 50 (11): 806-20. Part II. *Obstet & Gynecol Surv.* 1995; 50 (11): 821-35.
7. Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ.* 2002; 324 (7343): 945-6.
8. Sobhgol SS, Alizadeli Charndabee SM. Rate and related factors of dyspareunia in reproductive age women: a cross-sectional study. *Int J Impot Res.* 2007; 19 (1): 88-94.
9. Lede RL, Belizán JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? *ObstetGynecol.* 1996; 174 (5): 1399-402.
10. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005; 32 (2): 307-321.
11. Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993; 48 (1): 15-8.
12. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192 (3): 875-81.
13. David M, Pachaly J, Vetter K. Episiotomy-Risk or protective factor for severe perineal trauma during vaginal delivery? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde.* 2005; 65 (6): 604-11.
14. Bodner K, Bodner-Adler B, Wagenbichler P, Kaider A, Ledolter S, Husslein P, et al. Perineal lacerations during spontaneous vaginal delivery. *Wien Klin Wochenschr.* 2001; 113 (19): 743-6.
15. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002; 16 (1): 99-115.
16. Peleg D, Kennedy CM, Merrill D, Zlatnik FJ. Risk of repetition of a severe perineal laceration. *Obstet Gynecol.* 1999; 93 (6): 1021-4.
17. Martin S, Labrecque M, Marcoux S, Berube S, Pinault JJ. The association between perineal trauma and spontaneous perineal tears. *J Fam Pract.* 2001; 50 (4): 333-7.

18. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2): CD000081.
19. Starck M, Bohe M, Valentin L. Effect of vaginal delivery on endosonographic anal sphincter morphology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 130 (2): 193-201.
20. Hudson CN, Sohaib SA, Shulver HM, Reznick RH. The anatomy of the perineal membrane: its relationship to injury in childbirth and episiotomy. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* 2002; 42 (2): 193-6.
21. Dannecker C, Anthuber C, Hepp H. Episiotomy: limitations, indications and benefits. *Gynakologe.* 2000; 33 (12): 864.
22. Anthuber C, Dannecker C, Hepp H. Morphological and functional changes in the pelvic floor, influence on vesical closure and anal sphincter function. *Gynakologe.* 2000; 33 (12): 857.
23. Uma R, Libby G, Murphy DJ. Obstetric management of a woman's first delivery and the implications for pelvic floor surgery in later life. *BJOG.* 2005; 112 (8): 1043-6.
24. Shorten A, Shorten B. Women's choice? The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australian hospitals. *Midwifery.* 2000; 16 (3): 204-12.
25. Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births. En: Neilson JP, Crowther CA, Hodnett ED, Hofmeyr GJ. *Pregnancy and childbirth module of the Cochrane database of systematic reviews.* Oxford: Update Software; Issue 3, 1999.
26. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *BJOG.* 2005; 112 (7): 941-5.
27. Girard M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet.* 1999; 354: 595-6.
28. Clemons JL, Towers GD, McClure GB, O'Boyle AL. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192 (5): 1620-5.
29. Cleary-Goldman J, Robinson JN. The role of episiotomy in current obstetric practice. *Semin Perinatol.* 2003; 27 (1): 3-12.
30. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: the influence on the urethral pressure profile, analmanometric and other pelvic floor findings-follow-up study of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005; 84 (1): 65-71.
31. Gurewitsch ED, Donithan M, Stallings SP, Moore PL, Agarwal S, Allen LM, et al. Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: a comparison of outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191 (3): 911-6.
32. Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *Birth.* 1998; 25 (3): 143-60.
33. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005; 4; 293 (17): 2141-8.
34. Baessler K, Schuessler B. Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations. *Urology.* 2003; 62 (4 suppl 1): 39-44.
35. Alran S, Sibony O, Oury JF, Luton D, Blot P. Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 103 (1): 4-13.
36. Weber AM, Meyn L. Episiotomy use in the United States, 1979-1997. *Obstet Gynecol.* 2002; 100 (6): 1177-82.
37. Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J.* 2005; 16 (4): 263-7.
38. Gungor S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel CH. Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *Int J Impot Res.* 2007; 19 (4): 358-65.
39. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21 (1): 2-29.
40. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82 (6): 556-63.
41. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2004; 103 (4): 669-73.
42. Fleming N, Newton ER, Roberts J. Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *J Midwifery Womens Health.* 2003; 48 (1): 53-9.
43. Gurel H, Gurel SA. Pelvic relaxation and associated risk factors: the results of logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78 (4): 290-3.
44. Shihadeh AS, Nawafleh AN. Third degree tears and episiotomy. *Saudi Med J.* 2001; 22 (3): 272-5.
45. Rizk DE, Hassan MY, Shaheen H, Cherian JV, Micallef R, Dunn E. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for fecal incontinence in multiparous United Arab Emirates females. *Dis Colon Rectum.* 2001; 44 (12): 1850-6.
46. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189 (1): 255-60.
47. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol.* 2001; 98 (2): 225-30.
48. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Risk factor for spontaneous perineal injury in nulliparous women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde.* 2005; 65 (1): 68-72.
49. Dandolu V, Chatwani A, Harmanli O, Floro C, Gaughan JP, Hernández E. Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005; 16 (4): 304-7.
50. Lowder JL, Burrows LJ, Krohn MA, Weber AM. Risk factors for primary and subsequent anal sphincter lacerations: a comparison of cohorts by parity and prior mode

- of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196 (4): 344-5.
51. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189 (6): 1543-9.
 52. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181 (5 Pt 1):1180-4.
 53. Riskin-Mashiah S, O'Brian Smith E, Wilkins IA. Risk factors for severe perineal tear: can we do better? *Am J Perinatol.* 2002; 19 (5): 225-34.
 54. Richter HE, Brumfield CG, Cliver SP, Burgio KL, Neely CL, Varner RE. Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous patients, vaginal births after cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187 (5): 1194-8.
 55. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Mayerhofer K. Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. *J Reprod Med.* 2003; 48 (4): 239-42.
 56. Altman D, Ragnar I, Ekstrom A, Tyden T, Olsson SE. Anal sphincter lacerations and upright delivery postures-a risk analysis from a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18 (2): 141-6.
 57. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. *Birth.* 2006; 33 (2): 117-22.
 58. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80 (9): 830-4.
 59. Dahl C, Kjølhede P. Obstetric anal sphincter rupture in older primiparous women: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85 (10):1252-8.
 60. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (1): CD005123.
 61. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (4): CD002869.
 62. Kovacs GT, Heath P, Heather C. First Australian trial of the birth-training device Epi-No: a highly significantly increased chance of an intact perineum. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2004; 44 (4): 347-8.