



Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía¹

Evelyn Salas Sánchez²

Institución: Universidad de Costa Rica
Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal

CÓMO CITAR



Salas, E. (2012) Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 23, 1-7.
Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/episiotomia.pdf> ISSN 1409-4568

RESUMEN

El presente ensayo tiene como objetivo presentar, brevemente, el concepto de episiotomía, así como su evolución histórica, sus repercusiones para el binomio madre- hijo, a la vez que pretende generar un análisis crítico del futuro profesional obstétrico. Se concluye que la consideración histórica de la práctica de episiotomía presenta aspectos relevantes, lo cual lleva a una reflexión continua sobre la normativa vigente para realizar procedimientos médicos, tanto en el ámbito público como privado, acerca de la corporalidad femenina y la cultura.

Palabras Clave: Episiotomía, Evolución, Repercusiones.

¹ **Fecha de recepción:** 20 de junio del 2012

Fecha de aceptación: 5 de setiembre del 2012

² Licenciada en Enfermería. Labora en el Hospital Metropolitano. Estudiante de la Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de la Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: evelyn.nurse@gmail.com



Critical perspective of the historical background of episiotomy¹

Evelyn Salas Sánchez²

Institution: University of Costa Rica
Master of Nursing Gynecologic, Obstetric and Perinatal

CITED



Salas, E. (2012) Critical perspective of the historical background of episiotomy. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 23, 1-7. Available World Wide Web: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/episiotomia.pdf> ISSN 1409-4568

ABSTRACT

This essay aims to present briefly the concept of episiotomy and its historical evolution, its implications for the mother and child, while attempting to generate a critical analysis of obstetrical professional future. We conclude that the historical account of the practice of episiotomy presents relevant aspects, leading to a continuous reflection on the current regulations for medical procedures, both in the public and private spheres, about female corporeality and culture.

Key Words: Episiotomy, Evolution, Impact.

¹ **Date of reception:** June 20, 2012

Date of acceptance: September 5, 2012

² Degree in Nursing. She works at the Metropolitan Hospital. Student of the Master of Nursing Gynecologic, Obstetric and Perinatal. University of Costa Rica. E-mail: evelyn.nurse@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico menor muy común en el ámbito obstétrico; según el Diccionario Oceano Mosby (2006), “consiste en una incisión practicada en la vulva y el perineo durante la segunda etapa del trabajo de parto, bajo anestesia local, para facilitar la expulsión del feto y prevenir desgarros en la zona” (p. 495). Quirós (2009) menciona que la palabra deriva del griego “*episeion*”, vulva, pubis, y *-tomi* o *-tome*, sección o cortar. A continuación, se presentará una breve reseña acerca del origen y la evolución de la episiotomía, sus indicaciones y la evidencia actual de sus repercusiones en la mujer a la que se le practica dicho procedimiento.

ORIGEN Y EVOLUCIÓN

Si damos una vista al pasado, durante el siglo XVIII los escritos que existían para el tratamiento del perineo a la salida de la cabeza fetal, según Hale y Ling (2008), se centraban en preservarlo de manera intacta, lo cual permitía una dilatación lenta y controlada. En 1828, Ferdinand Von Ritgen describe una maniobra para lograrlo; nuestros predecesores estaban preocupados por reducir los desgarros perineales.

Puzos recomendaba proteger el periné para prevenir las laceraciones, ya que, antes del desarrollo de la sutura, las laceraciones perineales eran tratadas con reposo prolongado en cama, a veces atando las piernas juntas firmemente, indica Scott (2005).

Según este autor, “la primera mención en la literatura de una incisión en el periné para facilitar un parto dificultoso fue realizada por un comadrón de Dublín, Sir Fielding Ould (1710-1789) en 1742” (p. 307). En 1857, el término *episiotomía* es acuñado por Carl Braun para referirse a la incisión de los genitales externos. Se dice que fue Paré el primero en suturar el periné, mientras que a Mauriceau se le atribuye la primera perineorrafia.

En tiempos de antaño, la episiotomía era considerada por los obstetras como un avance para la protección del periné, del suelo pelviano y del feto frente a los rigores del parto. “Históricamente, el propósito de este procedimiento fue facilitar la finalización de la segunda etapa del trabajo de parto para mejorar los resultados maternos y neonatales” (Traducido del inglés, ACOG, 2006, p. 1).

Como bien lo menciona Sánchez(2010): “Clínicamente se distingue entre episiotomía medial, en la que se efectúa un corte vertical en dirección del ano y la episiotomía medio lateral en la que se efectúa un corte en 45 grados respecto de la horizontal.” (p. 7).

Scott (2005) explica que Michaelis recomendó, por primera vez en 1799, la incisión de la línea media en el periné. En 1874, Dubois describió por primera ocasión la episiotomía medio lateral y hacia 1851, Taliaferro, de Virginia, efectuó la primera episiotomía en Estados Unidos. Ya para 1878, Anna Broomall introdujo la técnica de la episiotomía media a Estados Unidos desde Austria.

“A medida en que más y más mujeres daban a luz en los hospitales, en lugar de hacerlo en los hogares, la episiotomía se transformó en la norma en vez de la excepción” (Hale y Ling 2008, p. 2). Lo anterior ocurre,



según Quirós (2009), gracias a doctores como De Lee y Pomeroy, quienes, en el siglo XX, aconsejaron la realización sistemática del proceder en la asistencia de los partos; esto debido a sus múltiples beneficios tanto para la madre como para el feto. Para la primera, la intervención lograba facilitar la segunda etapa del trabajo de parto, reducir el traumatismo perianal, la disfunción del piso pelviano, el riesgo de prolapso, incontinencia urinaria, fecal, así como la disfunción sexual. Para el segundo, acortar su tiempo de expulsivo, lo cual aminoraba los traumatismos de la cabeza.

Las indicaciones sugeridas por De Lee tuvieron gran resonancia en la comunidad médica de entonces y jugaron papel importante para el desarrollo futuro de la obstetricia como especialidad. (Rubino, 2004, sp).

Aunado a esto, la posición de litotomía se consolidó como la “idónea” para el período expulsivo; actualmente se sabe que esto no es así debido a las complicaciones que implica para la madre y el feto. En dicho momento, sin embargo, la idea de practicar la episiotomía, entre enfermeros obstetras, estudiantes y médicos ginec obstetras, captó gran número de seguidores con lo cual se logró realizarla de forma rutinaria. Por ejemplo, durante los años ochenta en Costa Rica, a toda primigesta se le practicaba episiotomía, fuera esta necesaria o no, como normativa predominante ante un nulo criterio profesional.

Sánchez (2010) agrega que:

El procedimiento episotómico generalizado sobre el cuerpo de las parturientas en la medicina actual puede verse como el signifiante de un significado, a saber, la medicalización quirúrgica de uno de los acontecimientos básicos de la dimensión humana: el nacimiento. (p.13 -14).

INDICACIONES

Gabbe, Niebyl y Simpson (2004) hablan de la indicación general de este procedimiento profiláctico para nuestros días, como lo es la detención o prolongación del descenso, en asociación con un parto instrumental para acelerar el parto en el contexto de anomalías de la frecuencia cardiaca fetal.

Moya (2011) hace mención acerca de los beneficios de esta indicación para el feto, ya que “es de carácter preventivo; para que haya una expulsión fetal rápida y para evitar la anoxia fetal”. (s.p.) La episiotomía elimina la resistencia del periné sobre la cabeza de feto y, así, es posible evitar lesiones traumáticas, sobre todo si existe macrosomía fetal o posición podálica, prematuridad (para evitar una lesión neurológica por inmadurez), presentaciones cefálicas reflexionadas, en occípito posterior.

Hale y Ling (2008) sostienen la indicación en macrosomía fetal y añaden la distocia de hombros, probabilidad de laceración espontánea significativa o laceración previa. Aun así, comentan que su utilización es debatida, ya que estudios recientes “no demostraron que la episiotomía brindaba una protección perineal, facilitaba el parto operativo ni mejoraba el resultado neonatal” (Hale y Ling, 2008, p.3).

Existe un grupo de usuarias que se puede beneficiar, en gran medida, de la episiotomía, sin embargo, debe emplearse manera selectiva: “es razonable entonces, que la persona que atiende el parto esté calificada para



definir la realización o no del procedimiento de acuerdo con el beneficio real que tendrá la madre y el recién nacido.” (Mejía, Quintero y Tovar, 2004, p.79).

Sin embargo, Scott (2005) explica que dicho procedimiento:

...gradualmente se está dejando de usar en la obstetricia moderna. Con el advenimiento de la medicina basada en la evidencia, los obstetras han llegado a reconocer que los riesgos de lesión materna superan los posibles beneficios. (p.307).

REPERCUSIONES

“Una de las complicaciones más frecuentes es la hemorragia” (Hale y Ling, 2008, p.17), con mayor probabilidad la incisión medio-lateral que la de línea media, por el involucramiento de músculos. También lo es el dolor; usuarias con episiotomía presentarán dolor más fuerte y localizado, además, el riesgo de infección tampoco puede quedar de lado.

En relación con lo anterior, Solana, et al. (2008), en un estudio realizado en Acapulco, México con 438 mujeres, encontraron que 368 de ellas, que habían iniciado relaciones sexuales, en relación a sus antecedentes obstétricos, “únicamente se encontró evidencia de asociación de la dispareunia con la infección de la episiorrafia, la dehiscencia de la episiorrafia y la infección con o sin dehiscencia” (p.46-47).

En una revisión Cochrane de seis estudios clínicos, a cargo de Carroli y Belizan (2007), que pretendía evaluar los efectos del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria durante el parto vaginal, se obtuvo como resultado que, el uso restrictivo de la episiotomía, en comparación con el uso rutinario, se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones de la cicatrización. No obstante, el uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior. Por otra parte, no hubo diferencias con respecto a la mayoría de las medidas que se adoptan para controlar el dolor y al trauma perineal o vaginal severo.

Albino (2009) publicó los resultados de un estudio explicativo, retrospectivo, comparativo y de corte longitudinal, cuya finalidad fue determinar, en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas de parto vaginal. Este se efectuó en el Hospital de Apoyo de Sullana entre los meses de marzo y setiembre de 2005 y concluye que, la episiotomía se relaciona, significativamente, con una mayor prevalencia de hematomas perineales. También, está ligada a una mayor prevalencia de edemas vulvo-perineales y agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal, lo cual ocasiona un mayor número de dehiscencias.

Cunningham y Col. (2011), con base en estudios observacionales, hacen mención del aumento en la incidencia de desgarros del esfínter anal y del recto causados por la episiotomía sistemática. De esta forma, se comprende que la episiotomía no protege el cuerpo perineal, sino que, por el contrario, contribuye a la incontinencia del esfínter anal al elevar el riesgo de desgarrar de tercer y cuarto grado.



Como se mostró, la episiotomía trae consigo múltiples repercusiones, sobre todo en la madre a quien se le realiza dicha intervención; sin embargo, como bien lo comenta Díaz (2006), seguidora del parto natural, “la episiotomía no es «mala» en sí misma. Como las demás intervenciones, todo depende de si es necesaria o no”. (p.3) Muchas personas piensan que los partidarios del parto fisiológico defienden una posición maniqueísta, sin embargo, esto no es cierto. No se trata de no intervenir en absoluto, sino de favorecer, en lo posible, la fisiología y valerse de dicha intervención, únicamente en caso de necesidad. Así, puede ocurrir que, en partos hospitalarios, las madres terminen con su periné íntegro, simplemente porque no fue necesario efectuar la episiotomía.

CONCLUSIONES

La episiotomía debe realizarse ante determinadas indicaciones ya sean materno y/o fetales; esto bajo criterio profesional.

Los desgarros del perineo pueden ocurrir en presencia o no de una episiotomía, es decir, debido a la no ejecución de esta o por efectuarse de manera tardía.

La consideración histórica de la práctica de episiotomía presenta aspectos relevantes, lo cual lleva a una reflexión continua sobre la normativa vigente para realizar procedimientos médicos, tanto en el ámbito público como privado, acerca de la corporalidad femenina y la cultura.

Se debe establecer claramente de que, aunque se trata de un procedimiento relativamente simple, esto no está exento de complicaciones.

REFERENCIAS

ACOG. (2006). Practice Bolletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician- Gynecologists. Núm. 71.

Albino, F. (2009). Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de apoyo de Sullana *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 1(4). Recuperado de <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>.

Caroli G, Belizan J. (2007). Episiotomy for vaginal birth. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. Artículo n.º: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081

Cunningham y Col. (2011). *Williams Obstetricia*. Edición 23. México D. F.: Editorial Mac Graw Hill.

Díaz, C. (2006). La episiotomía, un cortesito no tan inocente. Recuperado de http://www.episiotomia.info/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=29

Gabbe, S., Niebyl, J. y Simpson, J. (2004). *Obstetricia*. Tomo I. Madrid :Editorial Marbán.



Hale, R y Ling, F. (2008). *Episiotomía. Los procedimientos y las Técnicas de Reparación*. Washington D.C.: The American College of Obstetricians and Gynecologists.

OCÉANO (2006). *Diccionario de Medicina Océano Mosby*. México D.F.: OCEANO.

Mejía, M; Quintero, V y Tovar, M (2004). ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28335205.pdf>.

Moya, L. (2011). Indicaciones de la episiotomía. Recuperado de <http://www.natalben.com/parto/episiotomia/indicaciones-episiotomia#maternas>.

Quirós, G (2009). Episiotomía, Mitos y Realidades. Recuperado de <http://partonaturalmx.com/?p=338>

Rubino, J (Abril/ junio de 2004). Indicaciones Actuales de la Episiotomía. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 52 (2) Recuperado de <http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v52n2/v52n2ac1.htm>

Sánchez, M (2010). Aberles abierto o rajado las partes pudendas. Prácticas episiotómicas de las parteras chilenas en la Colonia. Apuntes para una reflexión histórica. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/47043367/Revista-Ea-episiotomia>.

Scott, J. (2005). Episiotomía y Traumatismo Vaginal. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica* Núm. 32,307–321 Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/2v032n0002a00069.pdf>

Solana, E., Villegas, A., Legorreta, J., Cárdenas, M., Enzaldo de la Cruz, J., Andersson, N. (2008). Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Pública*, 23(1), 44–51. Recuperado de <http://revista.paho.org/uploads/1202744416.pdf>

