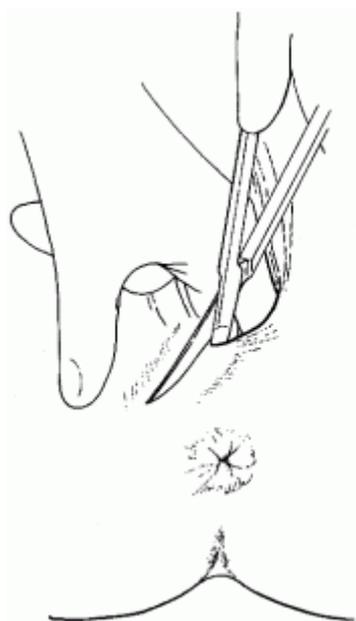


DOMINGO 9 DE SEPTIEMBRE DE 2007

Mutilación genital femenina y episiotomía



Sr. Director: Mutilar es, según el Diccionario de la Real Academia, cortar (un miembro o parte del cuerpo); romper, destruir; y quitar una parte o porción de otra cosa cualquiera. La mutilación es la acción o efecto de mutilar. La episiotomía es un tipo de intervención quirúrgica realizada en el periné de la mujer durante la última fase de la segunda parte del trabajo de parto consistente en el ensanchamiento del orificio vaginal mediante una incisión con tijera o escalpelo que posteriormente se repara mediante sutura (Thacker 1983) destinada a ampliar el periné en partos complicados¹. La mutilación genital femenina (MGF) consiste en la extirpación parcial o total de los órganos genitales externos². Parece claro que no es comparable la MGF con la episiotomía, ya que ésta se usa en partos complicados y aquella es una forma de control y violencia contra las mujeres, pero me puedo plantear la pregunta ¿cómo debemos llamar una práctica quirúrgica "legal" que posiblemente se realiza sin necesidad?

Según estudios realizados en algunos hospitales de España, se están haciendo porcentajes de episiotomía que oscilan entre el 56% y el 87%³⁻⁶, que llegan al 100% en el caso de las nulíparas. Por el contrario, tal y como recoge Wagner⁷, en otros países el porcentaje de episiotomías es mucho más bajo (8% en Suiza, 4-8% en partos asistidos por matronas en domicilio en USA), o menos generalizado, con valores cercanos o inferiores al 40% (8-10). La OMS y algunos expertos, consideran que no es lógico ni está justificado realizar porcentajes de episiotomías superiores al 30%^{11,12}. Si la episiotomía se hace en partos complicados y el 56%-87% de las mujeres reciben en España episiotomía en su parto ¿sería lógico pensar que todos estos son partos complicados -según nos indica la definición del uso de episiotomía?.

*Claro que no, lo que ocurre es que se realizan episiotomías a muchas mujeres que no la necesitan. Por este motivo, porque no hay evidencias que respalden el uso sistemático de episiotomía^{1,11,13} y por el gran número de problemas que produce la episiotomía en la mujer (bienestar, imagen corporal, deformidad, dolor, sexualidad, etc), Wagner⁷ y Girard¹⁴ plantearon en sendas cartas al director en la revista *The Lancet* si sería lícito considerar la práctica generalizada de episiotomía como una forma moderna de mutilación genital femenina.*

Definir la práctica abusiva de episiotomía que hemos descrito como una forma moderna de MGF es desmedido, sin embargo sí que podemos considerarla como una técnica mutilante que afecta a la sexualidad de la mujer, a su bienestar, a su recuperación en el puerperio y a veces a la propia imagen corporal¹¹. A pesar de que no son lo mismo, la MGF y la episiotomía tienen cosas en común. Por un lado, son prácticas toleradas y aceptadas en las culturas que ocurren, consideradas como necesarias y justificables. Coinciden además en que se realizan sin el consentimiento de la mujer, en el primer caso porque se trata de niñas y son los padres quienes deciden; y en el segundo porque predomina el criterio del profesional que la hace, al que se le atribuye el conocimiento y en el que se delega la responsabilidad de saber cual es la mejor alternativa. En cuanto a sus consecuencias para la mujer, la distancia entre mutilación genital femenina y episiotomía es insalvable y no tienen nada en común, salvo que queramos considerar a la episiotomía como una forma "light" de mutilación genital femenina.

Los datos en España indican que hacemos episiotomías innecesarias, por tanto, que seccionamos piel, mucosa y músculo que pertenecen a los genitales externos en mujeres que posiblemente terminarían el parto con el periné íntegro o con desgarros de I o II grado. Con este uso y abuso, lo que en realidad practicamos es una cirugía mutilante y absurda sin beneficios para la mujer. Pienso entonces: ¿Qué sentido tiene lo que hacemos?. ¿Qué sentido tiene esta cirugía mutilante?.

Bibliografía

1. Lede R, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol 1996;174:1399-402. 2. Velasco Juez C. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Bol Inf Asoc Andaluza Matronas. 1999; 3:10-12.3. Martínez García E, Rey Merino MJ, Bouzán San Martín ML. La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización. Enfermería Clínica 1998; 8(1):1-6.4. Pisa Latorre L, Idígoras Hurtado J, Ruiz Plaza JM. Influencia de la educación maternal en la incidencia de lesiones del suelo pélvico. Estudio en el Área Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío. Metas de Enfermería 1999; II(19):37-42.5. Gámez Gutiérrez D, Acuña Vergara M, Sánchez Cosmes I, Torre Ricalde D. Episiotomía: valoración y cuidados. Index de Enfermería 1999; VIII(27):76-77.6. Gálvez Toro A, Fernández-Villamil M, Sanchez M. Prevalencia de episiotomía en los Hospitales Materno-Infantil y Clínico de Granada. Encuentro de la AAM, Úbeda, 7-8 de abril, 2000.7. Wagner M. Episiotomy: a

form of genital mutilation. *The Lancet* 1999; 353:1997-1998.8. East Chris, Webster Joan. *Episiotomy at the Royal Women's Hospital, Brisbane: a comparison of practice in 1986 and 1992. Midwifery* 1995;11:195-200.9. Chambliss LR, Daly C, Medearis AL, Ames M, Kayne M, Paul M. *The Role of Selection Bias in Comparing Cesarean Birth Rates Between Physician and Midwifery Management. Obstet Gynecol* 1992;80:161-165.10. Röckner G, Ölund A. *The use of episiotomy in primiparas in Sweden. A descriptive study with particular focus on two hospital. Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:325-330.11. Carroli G, Belizan J, Stamp G. *Episiotomy for vaginal birth. The Cochrane Library* 1999; Issue 1. 12. García Carabantes A. *Replantearse la episiotomía: analizando sus improbables beneficios. Natura Med.* 1995; 42:28-31.13. *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Lancet* 1993;42:1517-18.14. Girard M. *Episiotomy: a form of genital mutilation. The Lancet* 1999; 354:595-596.

(Gálvez Toro A. Mutilación genital femenina y episiotomía. *Index de Enfermería* (edición digital) 2001; 31. Disponible en)

PUBLICADO POR SHAMANDALA EN 17:40 0 COMENTARIOS 

Uso de la episiotomía en los Estados Unidos.



USO DE EPISIOTOMIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

(Klein M C. Use of episiotomy in the United Status. *Birth* 2002; 29:74-75. Departamento de Medicina Familiar, Centro para la Salud Materno Infantil, Vancouver, Canadá. Comentario del artículo de Week y Kozak, "Tendencias en el uso de la episiotomía en Estados Unidos: 1980-1998" (*Birth* 2001; 28: 152-160).

Este artículo detalla la declinación gradual en el uso de la episiotomía de 63,9% a 39,2% en los Estados Unidos entre 1980 y 1998. Una tendencia similar existe en Canadá de 55% a 25,4% entre 1989 y 1998. (1) Tomando en cuenta los datos provistos en el artículo de Weeks y Kozak podemos observar, como fue señalado por los autores, una caída en los desgarros de tercer y cuarto grado de 42 por mil a 15 por mil. Existe una reducción importante en el trauma rectal severo, demostrando que hay una asociación clara entre la episiotomía rutinaria y dicho trauma. (2-4) En nuestro estudio, el único estudio controlado aleatorizado de episiotomía en Norteamérica, demostramos una fuerte asociación entre el uso rutinario de episiotomía y el trauma rectal severo, aún luego de ajustar por uso de fórceps, tamaño del

niño, duración y período del parto, y muchos otros factores. Un ratio mayor de 20 para trauma rectal (con versus sin episiotomía) es un poderoso argumento para demostrar causalidad. En nuestro propio departamento los médicos de familia que utilizan la episiotomía en forma rutinaria tienen duplicada la tasa de desgarros de tercer y cuarto grado comparado con aquellos que restringen su uso. A través de un proceso de continua mejora de la calidad en nuestro servicio entre 1994 y 1998, redujimos la tasa de episiotomía de 43% a 12% en partos vaginales no instrumentales en mujeres primíparas concomitantemente con una reducción del trauma rectal.

Weeks y Kozak presentaron datos que muestran un aumento en la tasa de desgarros de primer y segundo grado concomitantemente con una caída en la tasa de episiotomía. Esta información está presentada sin ningún comentario al respecto. Pienso que es importante reconocer que la episiotomía es en sí misma un desgarro de segundo grado. Por lo tanto, sería lógico y sería posible recalcular los datos de los autores con el fin de obtener una tabla que presentara episiotomía y desgarro de segundo grado combinados lo que daría una representación verdadera de la reducción de trauma perineal como resultado de la caída de la episiotomía. Uno espera un aumento en el desgarro de segundo grado a medida que disminuye la episiotomía, pero es importante relacionar la reducción de la episiotomía con la reducción global del trauma perineal. Mis cálculos de los datos de Estados Unidos presentados en el artículo de Kozak muestran que la tasa global de desgarro perineal de segundo grado (episiotomía más desgarro de segundo grado) disminuye de aproximadamente 33% a 26,4% durante el período 1980-1998. Además se produce una disminución de la tasa de desgarro de tercer y cuarto grado. Si los autores recalcularan sus datos, podrían obtener valores algo diferente con respecto a la tasa global de trauma perineal usando los datos crudos más que los porcentajes que yo utilicé, sin embargo la figura global sería similar. Además, existe una confusión de términos cuando Weeks y Kozak reportan desgarros de segundo grado juntamente con y separadamente sin episiotomía. Sorprendentemente, ellos reportan desgarros de primer grado y separadamente de segundo grado en presencia de episiotomía. Nosotros instruimos a nuestros codificadores que ignoren la designación de desgarros de primer y segundo grado cuando esté presente la episiotomía. Es posible, sin embargo, que los desgarros de primer grado como están presentados pueden incluir algunos desgarros periuretrales o labiales, pero no podemos saber esto de nuestros datos reportados. De cualquier manera la confusión de los autores probablemente se base en errores sistemáticos de codificación. Otro tema referido por los autores que es necesario tener en cuenta es cuando se muestra que un número extremadamente pequeño de casos en los que se utilizó fórceps y vacuum no se hizo episiotomía. Los datos de Ecker y col muestran claramente que cuando una política de separar el uso de fórceps y vacuum de la episiotomía es llevada a cabo como una práctica, asegura una caída en la tasa de desgarros de tercer y cuarto grado.

Generaciones de obstetras han aprendido a relacionar el uso de fórceps con la episiotomía. Es claro ahora que estos dos procedimientos deberían separarse.

Existen situaciones, por supuesto, en que se necesita una episiotomía cuando se realiza un fórceps o vacuum, pero esto no debería ser una rutina.

Finalmente, volviendo a la pregunta de los desgarros de segundo grado, es probable que éstos disminuyan en la medida que las personas que atiendan la salud en las maternidades se sientan más seguros y familiarizados realizando partos sin episiotomía. Ya que existe una política para disminuir el uso de episiotomía, el personal de salud debe desarrollar habilidades para preservar el periné, de tal manera que aquellos más experimentados, cuando realicen un parto sin episiotomía, tendrán que hacer algún punto aproximadamente la mitad de las veces. Cuando estas habilidades se adquieran, disminuirán los desgarros de segundo grado y luego se podrá esperar una reducción en el trauma perineal global.

Referencias

1. Canadian statistics taken from the Canadian Perinatal Health Report, 2000. Reproductive Health Division, Bureau of Reproductive and Child Health, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada, Ottawa, Ontario, Canada.
2. Klein MC, Gauthier RC, Jorgensen SH, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? Online J Curr Clin Trials 1992; 1 (1): July 1 (Doc 10).
3. 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; 171: 591-598.
4. Klein MC, Janssen PA, MacWilliams L et al. Determinants of vaginal/perineal integrity and pelvic functioning in childbirth. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 403-410
5. 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.

PUBLICADO POR SHAMANDALA EN 17:28

Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal.

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo; se efectúa hasta en el 60% de todos los partos vaginales y hasta en el 90% de partos de pacientes primíparas.^{1,2} En nuestro medio, su práctica es generalizada, pues se lleva a cabo en el 87 al 90% de los partos de las mujeres nulíparas y en el 57 y al 70 % del total de los partos atendidos en instituciones hospitalarias.^{1,2}

La episiotomía se ha utilizado en forma rutinaria alegando ventajas durante el parto como la disminución del trauma sobre el piso pélvico, la prevención de laceraciones severas del periné, la prevención de lesiones hipóxico isquémicas en el feto y por favorecer una restauración anatómica y fisiológica del periné.³

Sin embargo, los resultados de revisiones sistemáticas y de estudios

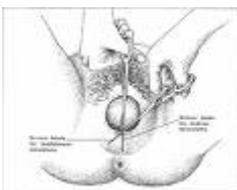
aleatorizados que han evaluado los beneficios y riesgos de la episiotomía, han cuestionado su uso rutinario,4-6 y es así como en la actualidad esta práctica no cuenta con el soporte de la evidencia. Las conclusiones obtenidas, basadas en ensayos clínicos aleatorizados demuestran que la práctica rutinaria de la episiotomía, principalmente la mediana, no previno los desgarros vaginales,5-8 ni evitó la aparición de lesiones severas o daño del esfínter anal y por el contrario, sí favoreció la aparición de desgarros perineales leves y de lesiones que comprometen el esfínter y la mucosa rectal.5,9,10 Tampoco se encontró que la episiotomía disminuya el trauma sobre el piso pélvico, por lo que no contribuye a la prevención del cistocele ni del rectocele; tampoco ayuda a disminuir la relajación del piso pélvico. Por el contrario, múltiples estudios identifican este procedimiento como un factor de riesgo para desarrollar distopias genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo;7,10 también puede retardar el reinicio de la actividad sexual.10-15 En cuanto a la duración del período expulsivo del parto, la episiotomía al parecer tampoco lo acorta en forma significativa ni modifica los resultados perinatales.16,17 Por el contrario, los estudios antes mencionados informaron un mayor riesgo de complicaciones tales como la extensión hasta el recto y aumento significativo del riesgo de laceraciones complicadas, infección, hemorragia posparto, hematomas, aparición de fístulas, celulitis y fascítis necrotizante, endometriosis perineal, aumento del dolor posparto y en ocasiones resultado anatómico insatisfactorio y dispareunia.5-15 Teniendo en cuenta que quienes laboran en el área de partos del Instituto Materno Infantil (IMI) son en su mayoría personas en entrenamiento, el presente estudio se realizó para evaluar el efecto de una intervención educativa, consistente en la difusión de la mejor evidencia disponible, sobre la frecuencia de aplicación de este procedimiento quirúrgico utilizado en la atención del parto y la presencia de desgarros perineales. Conclusión: la aplicación de la política selectiva de episiotomía fue exitosa: disminuyó la frecuencia de episiotomía sin modificar significativamente el riesgo de desgarro perineal de nulíparas, disminuyó el riesgo de desgarros perineales en las multíparas durante el parto vaginal espontáneo y disminuyó la cantidad de suturas perineales posparto.

(Extractado de: "Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario", Jorge Andrés Rubio, M.D. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología vol.56 no.2 Bogotá Apr./June 2005.)

PUBLICADO POR SHAMANDALA EN 17:17

MARTES 28 DE AGOSTO DE 2007

La episiotomía--- Henci Goer



La episiotomía ---Henci Goer

Capítulo 14, La episiotomía. En *Obstetrical Myths Versus Research Realities. A Guide to the Medical Literature*. Westport: Bergin & Garvey, 1995, p.275-293.

El mito: un corte limpio es mejor que un desgarro. La realidad: « Como toda intervención quirúrgica, la episiotomía implica ciertos riesgos: riesgo de hemorragias importantes, de formación de hematomas y de infección. No hay ninguna prueba de que la episiotomía de rutina reduzca el riesgo de traumatismo perineal severo, mejore la curación del periné, evite el sufrimiento fetal o reduzca el riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo. »

*La episiotomía de rutina o profiláctica (a diferencia de la episiotomía realizada por una indicación específica como el sufrimiento fetal) es el típico ejemplo de un procedimiento que persiste en obstetricia a pesar de la falta total de pruebas que la justifiquen y de un cuerpo considerable de pruebas en su contra. Todas las declaraciones que contribuyeron a establecer el uso rutinario de la episiotomía datan de un artículo escrito hace ya más de 80 años (DeLee 1920) sin ninguna base científica concluyente. Más recientemente, en *William's Obstetrics* (Cunningham, MacDonald, et Gant 1989) se establece que «las razones de la popularidad [de la episiotomía] entre los obstetras son claras. Sustituir con una incisión quirúrgica limpia un desgarro que, de otro modo, se produciría frecuentemente. Es más fácil de reparar y sangra menos que un desgarro. » En *Human Labor and Birth* (Oxorn-Foote 1986) se añade que la episiotomía previene los «daños en el cerebro del bebé », al disminuir los golpes de la cabeza contra el periné. Una edición anterior de *William's Obstetrics* (Pritchard, MacDonald, et Gant 1985) afirma que la episiotomía reduce la frecuencia de cistocele (hernia que se produce cuando parte de la vejiga sobresale en la vagina a través de la fascia, o tejido conectivo, que separa a la vagina de la vejiga*) y la incontinencia de esfuerzo (pérdida involuntaria de orina que se produce durante el sueño, un estornudo, etc.) aunque la edición de 1989 admite que dicho beneficio no ha sido probado. Esta obra proporciona, por tanto, una lista de «cuestiones importantes para la obstetricia a propósito de la episiotomía », aunque ninguna de ellas sea si «es necesario practicarla o no ».*

En el seno de una rama de la medicina llena de paradojas, contradicciones e incoherencias, la episiotomía se lleva la palma. El mayor argumento a favor de la episiotomía es que «protege el periné de desgarros », protección que se consigue cortando la piel del periné, el tejido conjuntivo y el músculo. Los obstetras suponen que los desgarros espontáneos ocasionan estragos, pero mientras los investigadores toman posiciones sobre el tema, cada nuevo estudio demuestra que los desgarros profundos son, casi siempre, consecuencia de extensiones de la propia episiotomía. Es lógico: si tratamos de cortar un trozo de tela con nuestras manos, un material intacto es mucho más resistente que otro en

el que se ha dado, previamente, un corte. Por tanto, éste último se desgarrará más fácilmente. Al impedir que los músculos del suelo pélvico se estiren demasiado, se ha atribuido a la episiotomía la cualidad de impedir el descenso del suelo pélvico. Este descenso del suelo pélvico sería causa de insatisfacción sexual tras el parto (aunque el problema sería más bien para el hombre, y en estos casos el «nudo del marido», practicado en ocasiones, que no es sino un cierre excesivo de la abertura vaginal por la sutura, convierte la vida sexual de las mujeres en una vida de sufrimiento). Se argumenta también que la episiotomía previene la incontinencia urinaria y el prolapso uterino. Pero las mujeres de cierta edad que se someten a operaciones para subsanar el prolapso y la incontinencia tienen, en la mayoría de los casos, generosas episiotomías. En cualquier caso, la episiotomía se practica cuando la cabeza del bebé está a punto de salir. En ese momento, los músculos del suelo pélvico están completamente distendidos. Nadie ha podido nunca explicar cómo, cortando un músculo para coserlo después, podemos preservar su tonicidad.

Pero la más absurda de las razones alegadas para su práctica es, sin duda, la prevención de los daños en el cerebro del bebé causados por los “golpes de la cabeza contra el periné”. El periné de una mujer es un material blando y elástico [...] No hay ni un solo estudio que demuestre que la episiotomía proteja el bienestar neurológico fetal, ni siquiera en bebés prematuros (los más pequeños y frágiles) y mucho menos en bebés a término sanos (Lobb, Duthie, et Cooke 1986, The 1990).

Por el contrario, como mantienen los autores citados anteriormente respecto a la “realidad” de la episiotomía, hay que subrayar que ésta, como toda intervención quirúrgica, presenta un riesgo de hemorragia, problemas de cicatrización e infección. Las infecciones no sólo resultan dolorosas, sino que los puntos de sutura han de ser retirados para drenar la cicatriz y el periné ha de ser cosido de nuevo.

En su revisión de la literatura al respecto, Thacker et Bauta (1983) ponen en evidencia que las infecciones de la cicatriz y los abscesos se elevan al 0'5%-3%. Además, la literatura existente recoge casos de infecciones gangrenosas extremadamente raras (fascitis necrotizante y mionecrosis por Clostridium). Estas infecciones matan a la mayoría de las mujeres que las contraen y dejan mutiladas a aquellas que logran sobrevivir. En William's Obstétrics (Cunningham, Mac Donald and Gant, 1989), se puede leer: « la mortalidad en estos casos es casi universal sin tratamiento quirúrgico, y se aproxima al 50% aún en el caso de realizarse una escisión agresiva». Estas infecciones son raras, pero representan una parte substancial de la mortalidad materna. Entre 1969 y 1974 fueron la causa del 27% de los fallecimientos maternos en el condado de Kern, California (Ewing, Smale and Eliot, 1979). [...] Shy et. Eschenbach (1979) mencionan cuatro casos en el Condado de King, Washington, entre 1969 et 1977. Tres de las cuatro mujeres fallecieron, lo que representa un 20% de la tasa de mortalidad materna durante esos dos años. La cuarta mujer sobrevivió, después de haber perdido casi la totalidad de la vulva en el

transcurso de una intervención quirúrgica y de un desbridamiento. La literatura recoge otros nueve casos, en siete de los cuales las mujeres fallecieron, y otras dos sufrieron importantes intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones prolongadas (Soper, 1986 ; Sutton et al., 1985 ; Ewing, Smale et Elliott, 1979 ; Golde et Ledger, 1977). Teniendo en cuenta que en todos los fallecimientos las mujeres gozaban de buena salud y tuvieron partos sin complicaciones, podemos afirmar que la episiotomía, literalmente, las mató.

Evidentemente, la cicatriz de un desgarro también puede infectarse, pero un número significativo de mujeres a las que no se les practica episiotomía conservan el periné intacto. Parece también existir una relación entre la extensión del desgarro y las infecciones mortales. En más de la mitad de los casos en los que se producen desgarros de 3er o 4º grado (desgarros o cortes quirúrgicos en el interior o a través del esfínter anal) tienen lugar como consecuencia de la extensión de una episiotomía. Hay que recalcar que las mujeres que no reciben una episiotomía casi nunca sufren desgarros profundos.

Después de 20 años de pruebas acumuladas en contra de la episiotomía, la mayoría de médicos y comadronas están a favor de un uso "generoso" de la misma. La experiencia canadiense, controlada y aleatorizada en numerosos centros (Klein et al. 1992, resumida más abajo) no convenció a los médicos de abandonar su práctica. La tasa de episiotomía se redujo en un tercio en la parte del estudio titulada "utilización restrictiva de la episiotomía". Sin embargo, más de la mitad (57%) de las primíparas de este grupo continuaron recibiendo una episiotomía, así como un tercio de las multíparas (31%). « La intensidad con la que los médicos se adhieren a la creencia de que la episiotomía resulta beneficiosa para las mujeres queda claramente ilustrada por el comportamiento de muchos de los que participaron en la experiencia. Gran número de profesionales no quisieron o no pudieron reducir sus tasas de episiotomía conforme a lo establecido por el protocolo. »

Si la episiotomía carece de justificación científica, ¿por qué continúa realizándose? Como defiende Robbie Davis-Floyd (1992), antropólogo médico, la episiotomía corresponde a las creencias culturales inconscientes al respecto de las mujeres y del parto. Esta práctica refuerza las creencias acerca del cuerpo femenino como un sistema que falla y resulta poco digno de confianza, y a propósito de los peligros que el parto hace correr a las mujeres y a sus bebés. Así, DeLee (1920), convencido de ello, escribió:

"Se dice que el parto es una función natural, y mucha gente aún lo cree. No obstante, es un proceso decididamente patológico. Si una mujer se cae sobre un rastrillo y el mango atraviesa su periné, diríamos que es un proceso patológico-anormal. Pero si un bebé atraviesa el conducto del parto hasta el suelo pélvico decimos que es natural y, por tanto, normal. Si a un bebé se le pillase la cabeza con una puerta, suavemente pero con la fuerza suficiente para producirle una hemorragia cerebral, diríamos

que es un acontecimiento decididamente patológico. Pero si la cabeza del bebé se proyecta contra el suelo pélvico y una hemorragia cerebral lo mata, entonces decimos que es normal."

Tras haber inventado el problema, DeLee propone una solución: En el momento en que la cabeza pasa a través del cuello dilatado, anestésicar a la mujer con éter, realizar una larga episiotomía medio-lateral, extraer al bebé con fórceps y retirar manualmente la placenta. Después, dar a la mujer escopolamina y morfina para el largo trabajo de sutura y para "prolongar el efecto narcótico durante varias horas post-parto con objeto de eliminar el recuerdo del parto". La reparación incluía tirar hacia la base del cuello del útero con fórceps para examinar y reconstruir laboriosamente la vagina y de este modo restaurar la "condiciones virginales". Pocos médicos hoy en día desearían ir tan lejos como DeLee, pero sus creencias acerca de las mujeres persisten aún hoy en el campo de la obstetricia, y alimentan la práctica de la episiotomía. La episiotomía cumple otro objetivo. Davis-Floyd considera que la cirugía domina en la jerarquía de valores de la medicina occidental, y que la obstetricia es una especialidad de la cirugía. La episiotomía transforma un parto normal en un acto quirúrgico.

Davis-Floyd subraya de este modo que la episiotomía, la destrucción y reconstrucción de los órganos genitales de las mujeres, permite a los hombres controlar «aspectos puramente sexuales, creativos y amenazantes de la mujer que al hombre le resultan amenazadores». Es esto lo que se oculta tras el énfasis de DeLee a propósito de la restauración quirúrgica de las "condiciones virginales". Esto explicaría en parte que la mayoría de los estudios sobre la episiotomía se hayan llevado a cabo en los países europeos donde los partos normales son atendidos por comadronas, y no en los Estados Unidos o Canadá, donde el parto está dirigido por doctores (hombres). En Europa, las mujeres no se sienten inconscientemente amenazadas por el nacimiento. Klein et al. Constataron el gran éxito del uso "restrictivo" de la episiotomía en su investigación en Gran Bretaña. Explican este éxito por el "mayor confort que experimentan las comadronas británicas al asistir partos con la intención de preservar el periné intacto".

En resumen, la episiotomía de rutina tiene una función ritual pero no cumple ningún objetivo médico. Si cualquier lector piensa otra cosa, le desafío a encontrar un solo estudio creíble realizado en los últimos quince años que apoya sus creencias.

PUBLICADO POR SHAMANDALA EN 17:32

SÁBADO 21 DE JULIO DE 2007



¿Debemos Seguir Haciendo la Episiotomía en Forma Rutinaria?

Tomasso G y col. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2002; 62(2):115-121.

Según Parvin, desde que Ould propuso por primera vez el uso de la episiotomía en 1742, su utilización ha sido objeto de múltiples controversias (1). El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799 (2). Según lo reporta Nugent (3), el profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad mediolateral de episiotomía en Francia después del año 1847 y diez años más tarde, Carl Braun fue el primero en denominar "episiotomía" a la incisión perineal y el primero en criticarla y considerarla inadmisibles e innecesaria. Por entonces, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse. Anna Broomall (4) en EEUU y Credé y Colpe (5) en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl (6) defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración ad integrum del periné. El mayor auge de la episiotomía en la práctica obstétrica de los EEUU, se alcanzó tras la publicación de los artículos de Pomeroy en 1918 (7) y DeLee en 1920(8). La conducta de entonces cambió. Se pasó del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profiláctico, particularmente en primíparas. Los argumentos esgrimidos a favor de la episiotomía rutinaria fueron los siguientes:

- 1) "Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período dilatante y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado" (8).
- 2) "Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar" (8).
- 3) "Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc." (8)
- 4) "Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas" (8).

En conclusión, y según De Lee la episiotomía practicada en forma rutinaria: 1) evitaba el dolor 2) prevenía desgarros 3) acortaba el parto y por ende disminuía la morbilidad perinatal y 4) prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas

Con estos argumentos, y sin datos ni estudios que avalaran estas aseveraciones, la episiotomía rutinaria ganó aceptación en la comunidad médica y su uso se incrementó con relativa poca evidencia científica. La episiotomía se ha convertido desde entonces en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, especialmente en Latinoamérica, donde una reciente investigación (9) muestra que 9 de cada 10 mujeres que tienen su primer hijo por vía vaginal, reciben esta intervención. Este estudio calculó las tasas de episiotomía en 95.833 mujeres primíparas con partos espontáneos, en 108 hospitales de la región entre 1991 y 1998. La tasa media de episiotomía en los 108 hospitales fue de 92.3%. El 87% de los hospitales tenía tasas mayores al 80% y el 69% mayores a 90% (9). Estas cifras muestran que la práctica estándar en Latinoamérica es la episiotomía rutinaria. Si una intervención se hace de forma sistemática, como en este caso, es de suponer que ha sido previamente avalada por fuerte evidencia científica. Sometamos a juicio de la mejor evidencia científica disponible, a esta práctica, convertida en uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes del mundo.

Evidencia científica.

En 1983, Thacker y Banta publicaron una extensa revisión de todos los artículos publicados en inglés sobre los beneficios y riesgos de la episiotomía hasta el año 1980 (10). Tras examinar la evidencia disponible sobre los aclamados supuestos beneficios de la episiotomía, los autores concluyeron que muy poca investigación confiable se había hecho hasta ese momento para evaluar los efectos del procedimiento y ningún estudio publicado podía considerarse adecuado en su diseño y ejecución como para determinar si los beneficios invocados a favor de la episiotomía eran verdaderos. La revisión de Thacker iba a tener gran impacto. ya que tras su publicación, los estudios sobre episiotomía aumentaron en cantidad y calidad metodológica. En 1995, Woolley publica la segunda revisión (11,12) sobre el tema. Continuando con el trabajo de Thacker y col (10), revisó el tema desde el año 1980 hasta 1994. Sus conclusiones nuevamente fueron desalentadoras para quienes defendían el uso rutinario de la episiotomía. Es de destacar que, si bien estas dos revisiones fueron exhaustivas, incluyeron todo tipo de publicaciones (estudios descriptivos, experimentales, reportes 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. Esto pudo llevar a los autores a conclusiones finales erróneas. Por último, la mejor revisión disponible hasta el momento (13) (por tratarse de una revisión sistemática que incluye sólo investigaciones clínicas aleatorias de buena calidad metodológica) fue publicada en la biblioteca Cochrane en 1997 y actualizada en 1999. Incluye seis investigaciones clínicas aleatorizadas (14,15-19) que brindan evidencia confiable sobre los efectos del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario. Si comparamos

los resultados de esta revisión con los postulados invocados por De Lee y expuestos anteriormente en este artículo, observamos lo siguiente:

La episiotomía rutinaria:

"Evita el dolor". FALSO. En lo que respecta al dolor perineal, vaginal severo y a la dispareunia, la revisión no muestra diferencias entre la episiotomía rutinaria y la selectiva. Más aún, el riesgo de sufrir dolor en el grupo al que se practicó episiotomía en forma selectiva fue 29% menor que en el grupo de episiotomía rutinaria (13). (Cuadro1)

"Previene desgarros". FALSO. El uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal del 3° y 4° grado y su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad incluyendo menor trauma perineal posterior, menor necesidad de sutura de trauma perineal y menos complicaciones en la cicatrización a los 7 días. La evidencia que surge de la revisión nos informa de que, por el contrario, el riesgo de desgarros perineales severos (3° - 4° grado), cuando se practica una episiotomía selectivamente, es 16% menor para nulíparas y 29% menor para multíparas (13). La única ventaja demostrada derivada de la práctica rutinaria, es un riesgo menor de traumatismo perineal anterior, pero si bien la episiotomía reduce el riesgo de desgarros anteriores, lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior. (Cuadro1)

"Acorta el parto y por ende disminuye la morbilidad perinatal". FALSO. Sólo un estudio confiable sugiere una reducción en la duración del 2° estadio del parto (20) en tanto que otros estudios encuentran un efecto contrario o nulo sobre este resultado (13). En cuanto a la morbilidad perinatal, el riesgo de depresión moderada al minuto de nacer fue igual para ambos grupos, en tanto que el riesgo de ingresar a cuidados intensivos para los recién nacidos del grupo de episiotomía selectiva fue 26% menor que en el grupo de episiotomía rutinaria (13).

"Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas". NO COMPROBADO. Hasta el momento, no hay investigaciones clínicas aleatorizadas que hayan evaluado como resultado la presencia de prolapso, dado que su evaluación requeriría un seguimiento a largo plazo, costoso y difícil de implementar. La evidencia disponible proviene solamente de estudios observacionales. Un estudio que evaluó la fuerza de la musculatura del suelo pélvico mediante la colocación de conos vaginales mostró que las mujeres que habían tenido episiotomía tenían menos fuerza en la musculatura perineal que aquéllas que habían tenido partos sin episiotomía pero con desgarros espontáneos (21). Estudios electromiográficos del suelo pélvico, realizados a los 3 meses posparto, mostraron que las mujeres primíparas con periné intacto y las que habían tenido cesárea, tenían pisos perineales más fuertes y la recuperación de la musculatura pélvica era más rápida. La recuperación más lenta de la musculatura pélvica se observó en las mujeres que recibieron episiotomía, especialmente si la episiotomía se había extendido a desgarros de tercer o cuarto grado (22). Estudios similares realizados a mujeres nulíparas al 2°-5° día postparto y repetidos a los 2 meses, mostraron que el parto vaginal causa

denervación parcial del piso pélvico en la mayoría de las mujeres. La severidad de la denervación se asociaba con la duración del período expulsivo y con el peso fetal y no hubo asociación con la episiotomía ni con los desgarros perineales (23). Estudios que evaluaron la musculatura pélvica con un perineómetro introducido en la vagina mostraron que la función de estos músculos está más vinculada con el ejercicio materno que con el tipo de parto (24, 25). En cuanto a la incontinencia urinaria fue evaluada mediante investigaciones clínicas aleatorizadas a los 3 años del parto, y se vio que el riesgo de padecerla no sólo no fue mayor en el grupo de episiotomía selectiva sino que fue 5% menor comparado con el de episiotomía rutinaria(13). La información más confiable acerca del efecto de la episiotomía sobre la incontinencia urinaria proviene del estudio de Sleep y cols. (14). A los 3 meses posparto, el 19% de las mujeres de ambos grupos experimentaba algún grado de incontinencia urinaria. Tres años más tarde se realizó una encuesta detallada a las mujeres del estudio, que siguió sin encontrar diferencias entre los dos grupos en cuanto a la frecuencia de incontinencia urinaria (19). El uso restrictivo y juicioso de la episiotomía versus el uso rutinario, implicaría una reducción del número de episiotomías del 62%, del trauma perineal posterior del 12%, del requerimiento de suturas perineales del 27% y del dolor perineal del 28%(13).

El uso indiscriminado de la episiotomía configura una innecesaria agresión a la mujer. Además, representa un costo de salud también innecesario. Basado en los resultados de esta revisión, Borghi y cols (26) realizaron en Argentina un análisis de costo-efectividad de una política de episiotomía restrictiva (27,5%) comparada con una política de episiotomía rutinaria (73%). La conclusión fue que, con una política restrictiva de la episiotomía, por cada mujer con un parto vaginal normal hay un ahorro potencial de US\$ 11,63 a US\$ 20,21. Considerando que en Latinoamérica se realizan 11.5 millones de partos anuales, ello significaría un ahorro anual aproximado de 134 millones de dólares. Además, este ahorro podría ser mucho mayor si se consideraran los costos asociados con cada caso evitado de complicaciones en la cicatrización seguido de dolor perineal y finalmente dehiscencia de la herida. Otro análisis de costos fue realizado en Cali, Colombia, por Conde Agudelo (27). Calculó que el gasto debido a la realización de episiotomías en exceso fue de 285.332 dólares estadounidenses por año para esa sola ciudad.

Teniendo en cuenta estos argumentos basados en las mejores evidencias científicas disponibles, se concluye que, en la actualidad, no se justifica la práctica rutinaria de la episiotomía debiéndose recomendar su uso selectivo. Así, países desarrollados han logrado disminuir su utilización, observándose cifras de episiotomía en nulíparas de 28,6% y 24,5% en Australia y Suecia respectivamente (9).

Opiniones de las mujeres sobre las ventajas y desventajas de la episiotomía.

Al ser el uso de la episiotomía una rutina hospitalaria y depender de una decisión médica, como era de esperar, muchas mujeres creen que es una práctica beneficiosa y necesaria. En una encuesta que realizamos a 100 mujeres en un hospital público de Montevideo, Uruguay, en la cual se les

preguntaba si creían necesario el uso de la episiotomía, una proporción muy baja de ellas manifestó que la episiotomía no era una práctica necesaria (11%). Hubo un 13% de mujeres que no tuvo una opinión formada sobre la necesidad de esta intervención. El resto (76%) justificó su uso. Los resultados de otra investigación realizada durante el año 2000 en hospitales públicos y privados en Rosario, Argentina, en donde el 91% de las primíparas recibió episiotomía, mostró que las mujeres aceptan la episiotomía sin basar sus conocimientos en evidencias científicas, que no reciben información sobre la recomendación del uso restrictivo de la misma y que no participan en la toma de decisión de su uso (28). Thacker y Banta (10) en su artículo sobre los riesgos y los beneficios de la episiotomía, resumieron sus conclusiones en la siguiente frase: "Si los pacientes estuvieran informados adecuadamente acerca de los beneficios y a la luz de los perjuicios y riesgos demostrados, es poco probable que las mujeres aceptaran que se les realizara la episiotomía en forma rutinaria".

Resistencia al cambio.

Si bien estos resultados presentados procedentes de revisiones sistemáticas de Investigaciones clínicas aleatorizadas bien diseñadas, fueron publicados en varias ocasiones y diseminados por varias vías, las tasas de episiotomía permanecen elevadas. Así, a pesar del dramático descenso en el uso de la episiotomía (64% en 1980 a 40% en 1998), esta técnica continúa siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente utilizados en mujeres en los EEUU (1.2 millones de episiotomías en 1998) (29). Durante la realización del Estudio Argentino de Episiotomía (30) las tasas de episiotomía en una de las maternidades bajaron de 47,9% a 30,1%; esta disminución se mantuvo tras el estudio, predominantemente en multíparas, pero no ocurrió lo mismo en nulíparas. Durante el estudio, las tasas de episiotomías en mujeres nulíparas bajaron de 92,2% a 39,5%. Sin embargo, cuatro años después de finalizar el estudio y tras una intensa diseminación de los resultados en contra de la episiotomía rutinaria, las tasas de episiotomía en lugar de disminuir o a lo sumo mantenerse en el valor alcanzado, aumentaron nuevamente a valores del 65,3%(31).

Barreras al cambio.

Las intervenciones basadas en evidencias son subutilizadas a pesar de los extensos esfuerzos para proporcionar información científica a los hospitales latinoamericanos.

¿Por qué, a pesar de la evidencia científica disponible y los esfuerzos en su diseminación, procedimientos innecesarios y aun dañinos se siguen utilizando en la práctica clínica, mientras que otros que son beneficiosos son ignorados? ¿Cuáles son las barreras entre la evidencia y la práctica clínica? Cabana y cols(32) publicaron en 1999, una extensa revisión sistemática sobre las barreras de los clínicos para adherir a procedimientos identificados como beneficiosos contenidos en guías prácticas. Las barreras se clasificaron en 7 categorías generales: barreras que afectaban el conocimiento médico (falta de conocimiento y falta de familiaridad), aquéllas que afectan las actitudes (por desacuerdo, por ineficacia, por falta de expectativa en los resultados y

por inercia de prácticas previas) y aquéllas que afectaban el comportamiento (barreras externas). El estudio de Lomas (33), incluido en la revisión anteriormente citada, es el único vinculado al campo perinatal. En él, se identificaron 3 barreras fundamentales para el cambio: dificultad de los clínicos para conseguir la literatura científica, falta de recursos y carencias en la apreciación crítica de la literatura científica.

No hay en la actualidad una intervención claramente identificada que sea capaz de cambiar una práctica con fuerte evidencia en su contra, una vez que dicha práctica ha sido implementada. Múltiples estrategias se han usado para cambiar los comportamientos médicos, con diversos grados de éxito. En Bélgica, Buekens(34) utilizó la auditoría y la retroalimentación para facilitar la concienciación de los obstetras sobre las variaciones de las tasas de intervención. Sin embargo, tal sistema de retroalimentación pasiva se mostró inefectivo para cambiar las prácticas. El desafío ahora es buscar y evaluar estrategias para lograr un cambio en la política de episiotomía rutinaria. Existe evidencia proveniente de investigaciones en otros campos de la medicina y desarrolladas en los países industrializados, que apoya el uso de un enfoque multifacético que incluye una combinación de trabajo participativo con líderes de opinión, seminarios, visitas educativas, recordatorios y auditoría y retroalimentación [...]

Conclusiones.

La justificación del uso rutinario de la episiotomía surgió a principios de siglo XX, basado en creencias personales y sin una justificación científica que avalara esta recomendación. Esto llevó a la incorporación de la misma en la práctica diaria siendo una rutina sobre todo en las mujeres durante su primer parto. A partir del año 1985 se generaron una serie de investigaciones de buen diseño experimental que buscaban comprobar si los argumentos que se esgrimían justificando su uso rutinario eran válidos. La serie de investigaciones realizadas demostró que la episiotomía no debe utilizarse en forma rutinaria dado que no presenta beneficios ni para la mujer ni para el recién nacido. A partir de ellas surgen recomendaciones nacionales e internacionales, incluso desde La Organización Mundial de La Salud, que recomiendan un uso restringido de la misma. Como consecuencia de ello, en varios países desarrollados se ha producido una disminución en el uso de la episiotomía y asimismo reacciones mundiales sobre la agresión innecesaria a la mujer, llegándose incluso a decir que la episiotomía es una mutilación genital (35,36).

Recomendaciones para la práctica clínica.

Estudios de alta calidad publicados previamente brindan fuerte evidencia de que la episiotomía no debe ser efectuada en forma rutinaria. Su uso debería restringirse a situaciones clínicas específicas. En algunas instituciones la episiotomía es una práctica habitual a pesar que los datos disponibles hace más de una década muestran que no mejora los resultados. Esto sugiere que se necesitan intervenciones que cambien el comportamiento de los profesionales.

Referencias.

1. Parvin T. Care of the perineum. *Trans Am Gynecol Soc* 1882;7:145-154, Discussion 154-157.
2. David M. Wer erfand den Dammschnitt? Zur Geschichte der Episiotomie [Who invented the episiotomy? On the history of episiotomy]. *Zentralbl Gynakol* 1993; 115: 188-193.
3. Nugent F. The primiparous perineum after forceps delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1835; 30: 249-256.
4. Broomall A. The operation of episiotomy as a prevention of perineal ruptures during labor. *Am J Obstet Dis Women Children* 1878;11:517-525; 605-607
5. Credé C, Colpe E. Ueb er die Zweckmässigkeit der einseitigen seitlichen Incision beim Damschutzverfahren. *Arch Gynaekol* 1884; 24: 148-168
6. Stahl F. Concerning the principles and practice of episiotomy-Why central preferable to lateral. *Ann Gynaecol Paediatr* 1895; 8: 674-677
7. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Am J Obstet Dis Women Children*. 1918;78:211-220; Discussion 295-297
8. DeLee JB. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920;1:24-44; Discussion 77-80.
9. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in Latin American primiparous women: hospital-based descriptive study. *BMJ*. En prensa.
10. Thacker S, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38: 322-338.
11. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the english-language literature Since 1980. Part I. *Obstet & Gynecol Survey* 1995; 50(11):806-820.
12. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the english-language literature Since 1980. Part II. *Obstet & Gynecol Survey*; 1995 50(11):821-835.
13. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.
14. Sleep J, Grant AM, Garcia J, Elbourne DR, Spencer JAD, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984;289:587-590.
15. Eltorkey MM, Al Nuaim MA, Kurdi AM, Sabagh TO, Clarke F. Episiotomy, elective or selective: a report of a random allocation trial. *J Obstet Gynaecol* 1994;14:317-320.
16. Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? *BMJ* 1984;288:1971-1975.
17. House MJ, Cario G, Jones MH. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *J Obstet Gynaecol* 1986;7:107-110.
18. Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Online J Curr Clin Trials* 1992;Doc 10.
19. Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. *BMJ* 1987;295:749-51.
20. Reynolds JL, Yudkin PL. Changes in the management of labour: 1. Length and management of the second stage. *Can Med Assoc J* 1987;136:1041-1045.
21. 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.
22. Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation: (article). *Online J Curr Clin Trials (serial online)* 1992 Jul 1; 2 (Document N° 10): (6019 words; 65 paragraphs). 1 figure; 6 tables.
23. Allen RE, Hoster GL, Smith ARB, Warrell DW, . Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:770-779.
24. Barter R. Median episiotomies and complete perineal lacerations. *Am J Obstet Gynecol.* 1960; 80: 654-662.
25. Gordon H; Logue M. Perineal muscle function after childbirth. *Lancet* 1985; 2:123.
26. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Carroli G, Abalos E, Hutton G. Health Care to improve the outcomes of labour, delivery and the post-partum period-part 2: Predicting cost-effectiveness from a Cochrane review of effectiveness. Report for the Global Forum for Health Research. En prensa.
27. Conde Agudelo, A. Comunicación personal. Universidad del Valle, Cali, Colombia.
28. Belizán M. Episiotomía. Comunicación personal. Fac.Latinoamericana de Ciencias Sociales, Bs. Aires, Argentina.
29. Hall MJ, Popovic JR. 1998 summary: National Hospital Discharge Survey. *Advance Data from Vital and Health Statistics*; n° 316. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2000.
30. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;342:1517-1518.
31. Belizan, JM. Carroli, G. Routine episiotomy should be abandoned. *BMJ.* 1998;317:1389,
32. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999 Oct 20;282(15):1458-1465.
33. Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *JAMA.* 1991; 265(17):2202-2207.
34. Buekens P, Boutsen M, Kittel F, Vandenbussche P, Dramaix M. Does awareness of rates of obstetric interventions change practice? *Br Med J* 1993;306:623.
35. Girard M. Episiotomy: a form of genital mutilation *Lancet* 1999; 354: 595
36. Wagner M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet* 1999; 353: 1977.