

EPISIOTOMÍA EN PARTOS VAGINALES EUTÓCICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "LA RIBERA"

EPISIOTOMY IN NORMAL DELIVERIES AT THE UNIVERSITY HOSPITAL "LA RIBERA"

Autora: Sandra Pérez Valero

Dirección de contacto: zz_sandra@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". NURE Inv [Internet]. 2013 mar-abr [citado día mes año]; 10(63):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomia.pdf

Fecha recepción: 16/10/2012

Aceptado para su publicación: 03/12/2012

Resumen

Objetivo: Describir la incidencia de episiotomía en partos vaginales eutócicos y analizar los factores de riesgo que condicionan la realización de la práctica por la matrona.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2011 en el Hospital Universitario "La Ribera". Se recoge la información de las variables episiotomía, desgarros perineales, paridad y técnica empleada, proporcionada por el propio hospital.

Resultados: El porcentaje de episiotomías en partos vaginales eutócicos realizadas en el Hospital Universitario "La Ribera" fue del 33.5% (2011). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables lesiones perineales y técnica mediolateral; incrementaron el número de perinés íntegros y de desgarros espontáneos leves en mujeres sin episiotomía. Entre las mujeres a las que se les realizó episiotomía, aparece mayor proporción en aquellas en las que se empleó la técnica mediolateral.

Conclusiones: El Hospital Universitario de la Ribera sigue una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos, favoreciendo el parto humanizado y conservando más perinés íntegros.

Palabras clave

Episiotomía; Parto obstétrico; Parto normal; Paridad.

Abstract

Aim: Describe the incidence of episiotomy in normal vaginal delivery and analyze risk factors that affect the performance of the practice by midwife.

Material and Methods: Observational, descriptive, cross sectional, retrospective study from January 1 to December 31, 2011 at the University Hospital "La Ribera". The variables are episiotomy, perineal tears, parity and technique, provided by the hospital itself.

Results: The percentage of episiotomy in normal vaginal deliveries performed at the University Hospital "La Ribera" was 33.5% (2011). Statistically significant differences were found for variables perineal injury and mediolateral technique, increased the number of intact perineal and spontaneous tears for women without episiotomy. Among women who underwent episiotomy, there is a higher proportion than those who used a medial to lateral technique.

Conclusions: The University Hospital "La Ribera" has a selective episiotomy policy in normal vaginal deliveries that favors humanized birth and helps to preserve the perineum intact.

Key words

Episiotomy; Normal delivery; obstetric delivery; Parity.

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de La Ribera.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión en la zona del periné femenino, en la última parte del segundo período del trabajo del parto vaginal o durante el parto en sí (1); comprende piel, mucosa vaginal y plano muscular. Este procedimiento se realiza con tijera o bisturí y debe repararse por medio de una sutura (1).

Diferentes estudios clásicos mencionan que la primera incisión perineal para prevenir desgarros severos fue realizada en Irlanda en el año 1742, por Fielding Ould (1-7) pero es el doctor Carl Braun quien acuñó el término *episiotomía* además de considerarla inadmisibles e innecesaria (7).

Hasta mediados del siglo XIX, las únicas indicaciones para la práctica de la episiotomía eran la asistencia al parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto (4,5). La episiotomía tuvo poca aceptación hasta el siglo XX probablemente por la falta de anestesia y el riesgo de infección (3).

En 1920, tras la publicación de las hipótesis no probadas de los obstetras, Pomeroy y DeLee, se adoptó un uso sistemático y profiláctico con el argumento de que dicha práctica evitaba el dolor, prevenía desgarros, acortaba el parto y por tanto, disminuía la morbilidad perinatal y sus consiguientes secuelas (4,7-9).

Desde entonces, la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en todo el mundo aunque sin evidencia científica sólida de su efectividad, por lo que en la segunda mitad del siglo XX, aparece una corriente naturalista cuestionándose el uso rutinario de la episiotomía (3,4). La bibliografía científica que surge a posteriori estudia los beneficios y la utilidad de la episiotomía (1,5).

La Organización Mundial de la Salud, publicó una Guía de Práctica para los Cuidados en el Parto Normal, en la que considera inadecuado el uso sistemático de la episiotomía y recomienda que no supere el 30% de los partos (2-5,7-12).

La Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas presentó la revisión de Carroli y Bezilan que muestra evidencias claras que apoyan el uso selectivo de episiotomía además de un menor riesgo de lesiones del periné posterior, menores complicaciones tanto en la curación como cicatrización de las lesiones y un menor consumo de suturas (1). El único inconveniente del uso selectivo, es

el mayor riesgo de aparecer lesiones perineales anteriores (1,6,7,10). La revisión concluye recomendando un uso selectivo de episiotomía, utilizando la técnica más conocida por el profesional que asiste el parto (1).

A principios del siglo XXI, en Norteamérica y algunos países de Europa, se observa una tendencia a disminuir las tasas de episiotomía (4,5,8). A diferencia de España, seguía siendo un procedimiento quirúrgico muy frecuente en las mujeres (2,4,5) a causa de la despreocupación en obstetricia sobre el uso de las episiotomías (2). Así mismo, la bibliografía científica dedicada a las episiotomías era mínima, clásica y limitada en la búsqueda nacional (2).

En los últimos años, se ha ido implantando en la práctica clínica una política selectiva de episiotomía pero los porcentajes de las tasas varían dependiendo del hospital (4,11) y de los profesionales (2,8) que asisten al parto (5). Aún sabiendo que el uso rutinario es inadecuado permanecen índices elevados (5) que superan la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud (4,9).

En la actualidad, se desconoce una tasa real de episiotomía a nivel nacional (10). En el año 2006, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia formuló y repartió encuestas a 58 centros hospitalarios con el objetivo de conocer las tasas del país (10). De los 58 centros, 46 proporcionaron datos reales sobre episiotomías, excluyendo a los restantes por aportar información aproximada. Según los datos recogidos en la encuesta, se obtuvo una tasa de episiotomía en partos vaginales eutócicos del 54% (10).

El objetivo del presente estudio fue describir la incidencia de episiotomía en partos vaginales eutócicos y analizar los factores de riesgo que condicionan la realización de la práctica por la matrona en el Hospital Universitario de La Ribera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población fueron las gestantes con parto vaginal eutócico, asistidas por matronas en el Hospital Universitario de La Ribera, desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2011. Se incluyeron todas las mujeres primíparas y múltiparas, mujeres con parto vaginal eutócico, a término y que se les hubiera practicado o no episiotomía.

El estudio se llevó a cabo en la unidad de partos del hospital, que tiene una población de referencia cercana a los 250.000 habitantes. El Servicio de Partos consta de tres paritorios dotado de tres matronas por turno, dos auxiliares y dos ginecólogos.

Para el estudio fueron solicitados los permisos al Comité de Ética e Investigación del centro.

Las variables seleccionadas fueron:

- **Episiotomía.** Es una variable cualitativa nominal dicotómica. Mujeres gestantes asistidas por matronas que les han practicado o no episiotomía.
- **Paridad.** Variable cualitativa nominal dicotómica: primíparas y multíparas.
- **Lesiones Perineales.** Variable cualitativa nominal. Aquellas mujeres que no manifestaron ningún traumatismo perineal se les asignan como periné íntegro (Periné íntegro). Por el contrario, las mujeres que desarrollaron lesiones espontáneas, dependiendo de la estructura afectada se clasificarán en el grado de desgarro correspondiente (Grado I, II, III, IV).
- **Técnica de episiotomía.** Variable cualitativa dicotómica, al tomar los valores episiotomía mediolateral (ML) o media (MD).

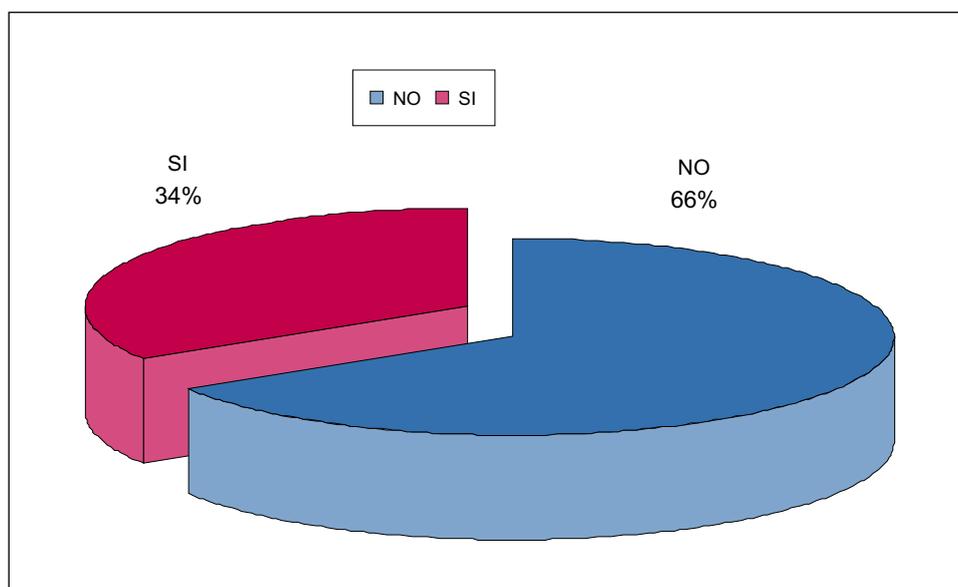
Para la recogida de los datos, se elaboró una tabla de frecuencias con el programa informático Microsoft Office Excel, para recoger la distribución del conjunto de factores de acuerdo a las categorías de la variable principal. La estructura se basó en la empleada en el estudio "Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital «Ciudad de Coria» entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas".

Para la recogida de la información se realizó un análisis documental del libro de partos. El análisis fue de tipo descriptivo de las diferentes variables, que al ser todas ellas de tipo cualitativo, se realizó mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas. La comparación de medias se ha realizado mediante el cálculo de la Chi-cuadrado.

RESULTADOS

En el año 2011, se registraron un total de 2.244 partos en el Hospital Universitario de la Ribera, de los cuales 1316 resultaron ser partos vaginales con terminación eutócico. De estos últimos, 875 (66.5%) partos vaginales eutócicos no precisaron episiotomía mientras que 441 (33.5%) partos si la necesitaron (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Episiotomía año 2011.



La evolución mensual de la realización de episiotomías durante el año 2011 muestra una tendencia estable (**Gráfico 2**), con un descenso mínimo de perinés íntegros. Al final del periodo de estudio, la tasa de episiotomías realizadas en el Hospital Universitario de la Ribera fue de 33.5%, con 47.8% de perinés íntegros.

El porcentaje de episiotomías realizadas en el Hospital Universitario de la Ribera se encuentra comprendido aproximadamente entre el 31% y 36.1% con un nivel de confianza del 95% (año 2011). Los meses de enero, julio y octubre denotan un aumento en el número de episiotomías mientras que los meses de marzo, mayo, junio y agosto muestran un descenso mínimo del uso de la práctica de episiotomía.

Se ha encontrado una incidencia de desgarro perineal superior en mujeres sin episiotomía, un 52.2% (457 mujeres de 875) frente a un 4.5% (20 mujeres de 441) en mujeres con episiotomía, siendo la diferencia estadísticamente significativa (p-valor=0.000).

En general, del total de partos han aparecido un 29.7% de desgarros de grado I, 25.6% desgarro grado II y 1.4% desgarros grado III y IV.

Entre las mujeres a las que no se les realizó episiotomía, el 27.4% han desarrollado desgarro de grado I, el 24.5% desgarro de grado II y el 0.3% desgarro de grado III y IV. Por el contrario, aquellas mujeres a las que sí se les ha practicado, un 2.3% desarrollaron desgarro de grado I, un 1.1% desgarro de grado II y un 1.1% desgarro de grado III. En ninguno de los partos en los que se llevó a cabo la intervención resultó desgarro de grado IV.

La tabla de contingencia muestra conjuntamente la distribución de partos con y sin episiotomía y la ocurrencia y tipo de lesión perineal (valores absolutos y porcentajes) (**Tabla 1**).

Del total de partos en los que se realizó la práctica de episiotomía, 248 (56.2%) mujeres eran primíparas y el resto, 193 (43.8%) multíparas; el número de mujeres a las que se les realizó episiotomía también es mayor en primíparas que en multíparas.

Se encontró relación entre la práctica episiotomía y la técnica usada, puesto que el 98.4% de las episiotomías se llevo a cabo una incisión mediolateral y 1.6% una incisión media (p-valor=0.000). La técnica más empleada por las matronas asistentes al parto es mediolateral.

Gráfico 2. Evolución mensual de episiotomías y perinés íntegros en partos eutócicos (en porcentajes respecto al número de partos).

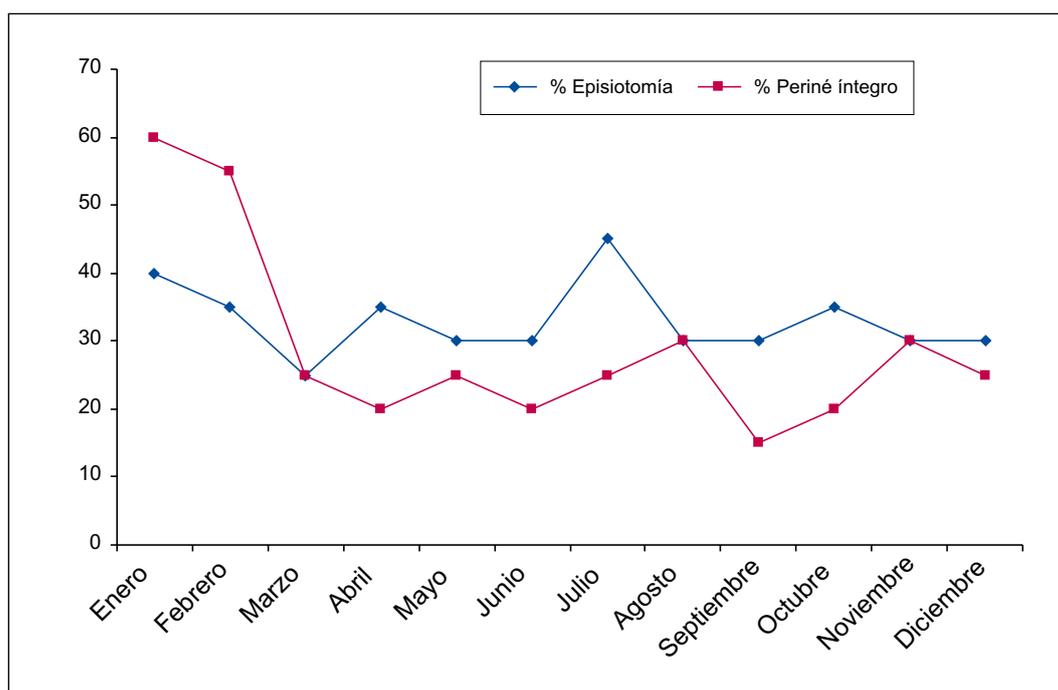


Tabla 1. Resultados perineales en partos eutócicos ante el uso o no de episiotomía año 2011.

	D. Grado I	D. Grado II	D. Grado III	D. Grado IV	Sin desgarros	Total
Episiotomía SÍ	10 (2.3%)	5 (1.1%)	5 (1.1%)	0 (0%)	421 (95.5%)	441
Episiotomía No	240 (27.4%)	214 (24.5%)	1 (0.1%)	2 (0.2%)	418 (47.8%)	875
Total	250	219	6	2	839	1316

DISCUSIÓN

Los profesionales de enfermería asistentes al parto guían sus prácticas clínicas bajo un protocolo estandarizado de procedimientos implantado por el Hospital Universitario de la Ribera con el objetivo de reducir la variabilidad en la práctica de la episiotomía. Las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología limitan la práctica de episiotomía a partos eutócicos en los casos de resistencia vulvo-vaginal, extracción fetal instrumental y sufrimiento o incomodidad fetal en multíparas y en todos los casos en nulíparas basadas en un protocolo selectivo. Sin embargo, incluso en estas situaciones, no siempre es imprescindible su realización, pues no hay evidencia científica en la actualidad que defina las indicaciones de realizar la episiotomía (10).

Si se compara el porcentaje de episiotomías con estudios de otros países, nuestra cifra (33.5%) se aproxima a las obtenidas en hospitales de años anteriores y a las recomendaciones de la OMS (30%).

Los países de Europa y los Estados Unidos de América hace aproximadamente una década ya presentaban una tendencia a disminuir sus porcentajes de episiotomías (8). Un estudio del año 2004 revela que la tasa de episiotomías en partos vaginales eutócicos era de un 24.5% así lo mostraba el Hospital Nacional de los EE.UU. que recogía datos nacionales de 446 hospitales (6). El último estudio realizado por la Sección Perinatal de la SEGO tras la aportación de encuestas de 46 centros españoles comprobó que la tasa de episiotomía en partos eutócicos fue de 54.1% en el año 2006 y 92.3% en partos instrumentales (10).

Cabe destacar que al llevar a cabo una práctica de episiotomía selectiva se produce un incremento de integridad perineal y disminución de desgarros de I y II grado pero no de desgarros de grado III,

coincidiendo con otros autores (5,10). En el total se observa que a pesar de la cifra estimada de episiotomía (33.5%), solo se han producido 8 desgarros de grado III y IV (1.4%).

Si analizamos de manera más exhaustiva, observamos que las mujeres a las que se les practicó episiotomía presentaron menos desgarros anteriores, sin embargo en 5 mujeres derivó la incisión a un desgarro del esfínter anal (desgarro grado III). De acuerdo con Hueston y otros autores (2), observamos que estas mujeres tenían más desgarros de III y IV (1.1%) que aquellas a las que no se le aplicó la práctica (0.3%). Por otro lado, las mujeres a las que no se les practicó episiotomía experimentaron un aumento de desgarros anteriores, 1 desgarro de grado III y 2 de grado IV (0.3%). Aún así, la evidencia científica muestra que los desgarros anteriores no conllevan prácticamente daño perineal (2,4,9). De esta forma, quedaría justificado el intento de reducir la tasa de episiotomías (9).

Otro punto a destacar es la paridad de las mujeres en los partos eutócicos, pero no se ha podido someter a pruebas estadísticas por motivo de registro del hospital. Se obtuvieron resultados muy similares a un estudio realizado en Pontevedra (8) siendo la práctica de episiotomía mayor en primíparas que en multíparas.

En relación a la técnica empleada, se realizó con más frecuencia la incisión perineal mediolateral (98.4%) debido a la destreza de los profesionales. Para De Leeuw, la episiotomía mediolateral es un factor protector frente a los desgarros de III y IV grado (2).

En última instancia, se pone de manifiesto el interés de realizar futuros estudios que permitan conocer la realidad diaria de otros centros españoles. El estudio pretende hacer reflexionar a los profesionales para poder modificar conductas obsoletas a favor de una mejor atención del paciente.

CONCLUSIONES

El Hospital de la Ribera siguiendo una política selectiva, alcanza un índice bajo de episiotomía con respecto a otros hospitales nacionales aunque excede al estimado por la OMS. La realización de episiotomía de forma selectiva, supone un aumento en el número de partos con perinés íntegros y de lesiones perineales leves pero no severas. Por otro lado, los desgarros producidos, en su mayoría, son menos profundos que una episiotomía que afecta al rafe perineal. Según la bibliografía consultada, la realización de episiotomía está relacionada con la paridad, teniendo mayor riesgo de que se les practique episiotomía a las mujeres primíparas. Siempre que sea necesario la práctica ha de realizarse una incisión mediolateral evitando desgarros severos.

Cuando no se emplea la práctica de episiotomía incrementan las lesiones perineales espontáneas leves manifestándose en forma de desgarro de primer y segundo grado. En cambio, al llevar a cabo la intervención se observa que el número de desgarros de primer y de segundo grado es menor, sin embargo, aparecen incidencias de lesiones perineales graves (desgarros de tercer grado).

Una actitud profesional expectante permite una mejor distensión de los músculos sin necesidad de provocar algún trauma perineal y una mejor recuperación posterior. Nuestra labor deberá ir encaminada a partos más humanizados, menos intervencionistas y más fisiológicos centrandose a la mujer como verdadera protagonista de su propio parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal [revisión traducida]. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
2. Romero Martínez J, de Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Revista Matronas Profesión. 2002; 3(8): 33-9.
3. Gómez N, Mozo ML, Isabel Solís Villamarzo. Revisión sistemática de la episiotomía. Revista Progresos de obstetricia y ginecología de la Sociedad española de ginecología y obstetricia. 2004; 47(7): 330-37.
4. Rodríguez Ferrer RM. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de Hodge frente a conducta activa. Revista Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie trabajos Fin de Máster. 2010; 2(1): 12-32.
5. Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta Serrano E, Cruz Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Revista Matronas Profesión. 2007; 8(3-4): 5-11.
6. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, et al. Episiotomy in the United States: has anything changed? Am J. Obstet. Gynecol. 2009;200(5): 573.
7. Tomasso G, Althabe F, Cafferata M, Alemán S, Sosa C, Belizán J ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2002; 62 (2): 115-21.
8. Montenegro Alonso MS, Blanco Nieves I, Pereiro Bangueses MA, Barro Rochela E, Rico Padín B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Revista Matronas Profesión. 2005; 6(1): 30-2.
9. Vidal Bermejo M. Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital "Ciudad de Coria" entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. Revista Matronas Profesión. 2009; 10:5-9.
10. Molina Reyes C, Huete Morales MD, Sánchez Pérez JC, Ortiz Albarín MD, Jiménez Barragán I, Aguilera Ruiz MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. Revista Progresos Obstetricia y Ginecología. 2011; 54: 101-8.
11. González Darias A. Prevalencia de dispareunia tras un parto normal. Revista Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2011; 3(3): 125-52.
12. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2008; 51(9): 559-63.