



ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas

Factors affecting the performance of a selective episiotomy in nulliparous women

*Hernández Pérez, Javier **Azón López, Esther ***Mir Ramos, Eduardo
****Peinado Berzosa, Ruth *****Val Lechuz, Belén *****Mérida Donoso,
Ángel

*Matrón. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. E-mail: javi22perez@yahoo.es

Enfermera. Centro de Salud de Villarrolla de la Sierra (Zaragoza) Especialista en Ginecología y Obstetricia. * Enfermera del Servicio de Urgencias 061 de la Comunidad Autónoma de Aragón. Alcañiz (Teruel).****Enfermera de atención Continua en Sector III de Zaragoza. Especialista en Ginecología y Obstetricia. ***** Enfermera. Especialista en Ginecología y Obstetricia em el Centro de Salud de Delicias Sur (Zaragoza).*****Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras clave: Episiotomía selectiva; episiotomía rutinaria; desgarro perineal; episiotomía restrictiva.

Keywords: Selective episiotomy; routine episiotomy; perineal tear; restrictive episiotomy.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza con una muestra de 568 mujeres nulíparas. Se comparó la existencia o no de episiotomía tras el parto con las variables: edad materna, nacionalidad, edad gestacional, peso fetal, hora de nacimiento, sexo fetal, analgesia empleada y profesional que asiste el parto, así como la existencia de desgarros y los resultados del pH de la arteria umbilical fetal.

Resultados: La tasa de episiotomía en las mujeres nulíparas en el HUMS de Zaragoza es de un 62%. Entre los factores que influyen en la realización de una episiotomía se encuentran el mayor peso del feto ($p = 0,000$), así como el criterio individual del profesional que asiste el parto. Otros factores como la edad gestacional, el sexo fetal, la analgesia epidural, la hora de nacimiento o la nacionalidad no influyen en su realización. El no hacer episiotomía incrementa los desgarros perineales de primer grado, y en menor medida los de segundo, sin que ocasione un mayor riesgo para el bienestar fetal.

Además, su no realización permite la posibilidad de mantener el periné íntegro tras el parto, principalmente entre las mujeres más jóvenes.

Conclusión: Sería recomendable revisar los protocolos de política selectiva de episiotomía para conseguir disminuir su tasa e igualar los porcentajes existentes entre los diferentes profesionales

ABSTRACT

Objective: To determinate factors affecting the performance of a selective episiotomy in nulliparous women.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted at the Miguel Servet University Hospital (HUMS) of Zaragoza within a sample of 568 nulliparous women. The performance of episiotomy was compared to postpartum variables such as: maternal age, nationality, gestational age, fetal weight, time of birth, fetal sex, analgesia used and professional attending the birth, as well as the existence of tears and pH results fetal umbilical cord artery.

Results: The rate of episiotomy in nulliparous women at HUMS of Zaragoza is 62%. Factors influencing the performance of an episiotomy are greater fetal weight ($p=0,000$), as well as individual professional judgment attending childbirth.

Other factors such as gestational age, fetal sex, epidural analgesia, time of birth or nationality do not affect the above mentioned performance.

Lack of episiotomy increases first degree perineal tears and, to a lesser extent, the second degree, without causing an increased risk for fetal wellbeing. In addition, it allows the possibility of maintaining the full perineum after birth, mainly among younger women.

Conclusions: It would be advisable to revise the protocols of selective policy for episiotomy rate decrease and equalize rates between different professionals.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una incisión que se realiza en el periné para aumentar la apertura vaginal⁽¹⁾. Fue introducida en la clínica en el siglo XVIII^(1,2) pero hasta la primera mitad del siglo XX no se utilizó de manera rutinaria⁽¹⁾. La justificación de su uso se basaba en la reducción del riesgo de los desgarros perineales, de la disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia urinaria y fecal⁽²⁾. A pesar de los limitados datos sobre su uso se convirtió en un procedimiento habitual, subestimando los potenciales efectos adversos⁽²⁾.

Los estudios actuales aconsejan el uso de la episiotomía selectiva frente a la rutinaria, ya que el uso restrictivo de la misma muestra una menor morbilidad materna consecuencia de un menor trauma perineal⁽¹⁻⁵⁾. Su uso restrictivo ocasiona un menor riesgo de traumatismo perineal posterior, una menor necesidad de sutura del traumatismo perineal, y menores complicaciones en la cicatrización en el lapso de siete días^(1,6). Sin embargo, la política selectiva ocasiona un aumento de los desgarros de primer y segundo grado⁽⁷⁾, principalmente desgarros del periné anterior^(1,8), sin que se produzca un aumento de la tasa de desgarros de tercer y cuarto grado^(6,8,9).

Con respecto a la morbilidad fetal debido al uso de la episiotomía selectiva, no se ha encontrado asociación entre su uso y malos resultados perinatales^(5,7) como por ejemplo, el ápgar por debajo de 7 a los cinco minutos de vida⁽¹⁰⁻¹²⁾.

La Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo recomienda que no se realice la episiotomía de forma rutinaria en el parto vaginal

espontáneo⁽¹³⁾, quedando limitada su realización a los partos instrumentales (excepto ventosa) y en los casos de compromiso fetal confirmado⁽¹⁴⁾. El objetivo de esta recomendación es conseguir tasas de episiotomía inferiores al 10%⁽¹⁴⁾. A pesar de la amplia evidencia acerca de los beneficios de la práctica de la episiotomía selectiva, se sigue empleando en un elevado porcentaje de partos y sin un criterio común⁽¹³⁾. Así, en los hospitales colombianos la tasa de episiotomía oscila entre el 51-61% en las mujeres nulíparas⁽⁸⁾. En Brasil esta tasa se situó en 29,1%⁽¹⁰⁾, en Sudáfrica alcanza el 63,3% y es de un 100% en Guatemala⁽¹⁵⁾. En España, este porcentaje es también muy diverso, variando desde un 33% hasta un 73% en función de la comunidad autónoma⁽¹³⁾. Según un estudio del 2006 la tasa de episiotomía es de un 50,48%⁽¹⁶⁾. Sin embargo, la situación en nuestro país es al descenso, con una reducción del 20% desde el año 2001 al 2006⁽³⁾. Este hecho coincide con otros países europeos como Francia donde al implantarse las políticas de episiotomía restrictiva han pasado de una tasa del 55,7% al 13,3%⁽¹⁷⁾. En concreto, en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza las cifras de episiotomía tras la implantación de políticas restrictivas variaron de un 83,7% a un 59% según un estudio realizado en 2005⁽⁹⁾.

Entre las variables que guardan relación con la realización de la episiotomía nos encontramos con la edad, la nuliparidad y la patología materna (síndromes hipertensivos y diabetes gestacional)⁽¹⁰⁾. Con respecto a la edad, la práctica de la episiotomía es más habitual entre las adolescentes, mientras que disminuye a partir de los 35 años⁽¹⁰⁾. La patología materna⁽¹⁰⁾ y la nuliparidad^(7,10,11,15) se asocian con un incremento en la prevalencia de episiotomía.

Otras variables como la edad gestacional o el peso del recién nacido no presentaron relación con la realización o no de episiotomía^(7,10,11).

Factores como el sexo fetal, el tipo de anestesia, la nacionalidad o el personal que asiste el parto, son poco estudiados. Por ello, creemos necesario la realización de este trabajo, que aportaría más información para consolidar el uso de la episiotomía selectiva entre los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

- Analizar si existe asociación entre las variables: edad y nacionalidad materna, edad gestacional, sexo y peso fetal, hora de nacimiento, profesional que asiste el parto y tipo de anestesia utilizada con la realización o no de episiotomía.
- Determinar si la no realización de episiotomía influye en el ph fetal, en la aparición de desgarro perineal y en el grado del mismo.

MATERIAL Y METODOS

Diseño

Estudio descriptivo transversal sobre la práctica de episiotomía realizada en el HUMS mediante revisión del libro de registros del paritorio.

Ámbito

Unidad de Partos del HUMS; hospital de III nivel cuya maternidad asiste a las áreas 2 y 5 del mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Período de estudio

Desde septiembre de 2012 hasta febrero de 2013, ambos meses incluidos.

Población a estudio

Se incluyeron en el estudio todas las nulíparas con embarazo a término, feto único vivo con presentación cefálica, cuyo parto espontáneo o inducido fue atendido en el HUMS durante el periodo antes especificado.

Se excluyeron, por tanto, a primíparas o múltiparas y los casos de partos extrahospitalarios, tocoquirúrgicos (forceps, ventosa, espátulas o cesárea), embarazos múltiples, prematuros, o fetos muertos. También se excluyeron los casos en los que se desconocía la edad gestacional en el momento del parto y aquellos en los que la mujer era portadora de mutilación genital femenina.

Determinación del tamaño muestral

Cumplieron los criterios de inclusión en el presente estudio un total de 568 mujeres. Se decidió no practicar muestreo ya que se consideró prioritario analizar la información de todos los elementos de la población.

Recogida de datos

Se utilizó una plantilla de elaboración propia para la recogida de datos sociodemográficos y de los resultados obstétricos y neonatales.

Estos datos fueron obtenidos del libro de registros del paritorio del HUMS correspondiente al período comprendido entre septiembre de 2012 y febrero de 2013.

VARIABLES A ESTUDIO

- Variable dependiente principal:

Realización de episiotomía: SI/NO.

- Variables dependientes secundarias:

- pH arterial del cordón umbilical. Se midió el pH de la arteria umbilical tras el nacimiento. Los valores se clasificaron en ⁽¹⁸⁾:

- $> 7,10$ (valor normal)
- $7,0 - 7,09$ (acidosis)
- $< 7,00$ (acidosis fetal patológica)
- Desgarro perineal. Se clasificaron en: ausencia de desgarro / 1º grado / 2º grado / 3º grado / 4º grado.

- Variables independientes:

- Edad materna. Se recogió de forma cuantitativa expresándola en años. Además se agrupó de forma cualitativa en los siguientes intervalos: <15 años / 15-19 / 20-

24 / 25-29 / 30-34 / 35-39 / 40- 44 / >45 años.

- Edad gestacional. Se recogió de forma cuantitativa expresándola en semanas y días. También se procedió a recogerla de forma cualitativa agrupándola en: 37-37,6 / 38-38,6 / 39-39,6 / 40-40,6 / 41-41,6, >42.
- Nacionalidad materna. Para conseguir una mayor muestra se procedió a agruparlas en las siguientes categorías: Europa del Oeste / Europa del Este / Sudamérica / Norteamérica / Asia / Australia / África subsahariana / África magreb.
- Hora de nacimiento. Se expresó en horas y minutos.
- Sexo fetal: Varón / Mujer.
- Peso fetal. Se recogió el peso del recién nacido durante la primera hora de vida, expresándola en gramos. Como variable cualitativa se agrupó en: <1500 /1500-1999 / 2000-2499/ 2500-2999/ 3000-3499 / 3500-3999 / 4000-4499 / >4500 gramos.
- Tipo de anestesia: Ninguna / epidural / intradural / combinada / local.
- Categoría profesional que asiste el parto: Ginecólogo / Matrona / Residente de Matrona / Residente de Ginecología.
- Profesional que asiste el parto. Cada profesional fue registrado con un número.

Análisis de los datos

Los datos recogidos mediante el programa Microsoft Office Excel 2007[®] fueron importados a una matriz con formato propio del programa Statistical Package for the Social Sciences[®] (SPSS) en su versión 15.0.

En el análisis univariante, en las variables cualitativas, el análisis numérico se realizó mediante tablas de frecuencias, mientras que el análisis gráfico que complementa el anterior, se realizó bien con gráficos de sectores, bien con gráficos de barras. En el caso de las variables cuantitativas, en el análisis numérico, se emplearon diversas medidas de resumen y, en caso de tener la variable pocos valores distintos, también tablas de frecuencias; mientras que en el análisis gráfico se emplearon o histogramas o gráficos de caja. En el análisis bivariante, si las variables son ambas cualitativas, se procedió a confeccionar la correspondiente tabla de contingencia y a realizar la prueba χ^2 (Chi-cuadrado) complementando la información con gráficos de barras agrupadas. En el caso de que una variable sea cuantitativa y la otra cualitativa, se procedió a la comparación de medias y a realizar gráficos de cajas o de barras de error.

Consideraciones éticas

La realización de este trabajo se puso en conocimiento de la Unidad de Calidad Asistencial del HUMS, de las Direcciones de Enfermería y Médica del hospital y del Comité de Ética del Centro, que dieron el beneplácito para su elaboración, no identificándose conflicto ético alguno.

RESULTADOS

Durante el periodo a estudio se registraron en el HUMS un total de 2035 partos, de los cuales 1075 correspondieron a partos de mujeres nulíparas (52,83%), cumpliendo los criterios de inclusión 568 mujeres (27,91%).

La edad media de la muestra fue de 30,6 años, siendo la nacionalidad española la más frecuente (76,4%).

Se realizó episiotomía en un 62% de las mujeres del estudio. En cuanto a la valoración de la existencia de desgarros perineales tras el parto, en el 68,8% de los casos no se produjo ningún tipo de desgarro. Entre los distintos grados de desgarro fue el de primer grado el más numeroso (32,2%).

Con respecto al feto, hubo un predominio del sexo masculino (51,1%) frente al femenino, con un peso fetal medio de 3.237 gramos y una edad gestacional de 40 semanas. Como resultado neonatal se determinó el pH de la arteria umbilical, obteniendo un valor medio de 7,26.

En cuanto al profesional que asistió el parto hay que destacar que en el 56,3% de los casos intervino la matrona, seguida de los residentes de matrona en un 25,7%, residentes de ginecología en un 14,4%, y ginecólogos en un 3,5%.

Al comparar las diversas variables recogidas con la realización o no de episiotomía obtuvimos los siguientes resultados:

Edad Materna / Realización de episiotomía

Se observó un incremento en los porcentajes de episiotomía a medida que aumentaba la edad materna, pasando de un 52,38% en el grupo de 15 a 19 años, a un 77,27% a partir de los 40 años.

Sin embargo, al comparar la edad materna media en ambos grupos (episiotomía o no) no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0,208$).

Tabla I. Tasa de episiotomía por grupos de edad.

Porcentaje de episiotomía por grupos de edad	N (%)		
		Episiotomía	No episiotomía
15-19 años	21 (3,7%)	11 (52,38%)	10 (47,62%)
20-24 años	69 (12,1%)	41 (59,42%)	28 (40,58%)
25-29 años	118 (20,8%)	70 (59,32%)	48 (40,68%)
30-34 años	218 (38,4%)	140 (64,22%)	78 (35,78%)
35-39 años	120 (21,1%)	74 (61,67%)	46 (38,33%)
40-44 años	22 (3,9%)	17 (77,27%)	5 (22,73%)
>45 años	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Peso fetal / Realización de episiotomía

Al analizar ambas variables se comprobó que en aquellos casos en los que se realizó la episiotomía, el peso medio fetal fue de 3.284'7 gramos, mientras que cuando no fue realizada el peso medio fue de 3.162'0 gramos (una diferencia de 122'7 gramos). Esta diferencia, aunque escasa, fue estadísticamente significativa ($p = 0'000$).

Categoría profesional que asiste el parto / Realización de episiotomía

Analizando los porcentajes de episiotomía de cada categoría profesional se comprobó que los residentes de ginecología tenían tasas de episiotomía más elevadas (74,4%), seguidos de las residentes de matrona y matronas, con un 59,6% y 60,6% respectivamente. En el caso de los ginecólogos la tasa de episiotomías era de un 50%. Al realizar la prueba Chi-cuadrado se obtuvo un valor del estadístico de 7'180 y una significación de 0'066.

Tasa de episiotomía de cada profesional

Se determinó la tasa de episiotomía individual de 91 profesionales. Al observar los resultados se objetiva la no existencia de uniformidad entre las tasas individuales de episiotomía.

Tabla II. Tasa de episiotomía de los profesionales con mayor número de partos.

Nº de partos	1	6	12	12	5	1	7	3
Tasa	100%	66'7%	75'0%	16'7%	40'0%	100%	100%	100%

Nº de partos	21	12	2	5	13	6	1	1
Tasa	85'7%	50'0%	100%	100%	46'2%	50'0%	0'0%	100%

Nº de partos	3	6	21	5	5	9	3	10
Tasa	100%	33'3%	71'4%	60'0%	20'0%	77'8%	33'3%	70'0%

Otras variables / Realización de episiotomía

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables: nacionalidad materna (Chi-cuadrado=3'735 y $p=0'588$), sexo fetal (Chi-cuadrado=0'548 y $p= 0'490$), edad gestacional ($p= 0'204$), hora de nacimiento (Chi-cuadrado= 11'746 y $p= 0'383$), y tipo de anestesia (Chi-cuadrado =5'649 y $p=0'130$) con la realización o no de episiotomía.

Realización de episiotomía y resultado del pH fetal

Al realizar el análisis estadístico de ambas variables, se obtuvo una Chi cuadrado de 1'007 y una significación de 0'494.

En ambos grupos (episiotomía o no) se encontraron resultados del pH fetal dentro de la normalidad (pH mayor o igual a 7,10), no encontrándose ningún caso de acidosis fetal patológica.

Tabla III. Relación entre episiotomía y pH de arteria umbilical fetal.

Realización de episiotomía y resultados del pH fetal.		
--	--	--

Frec. (%)	No	Sí	
PH >= 7,10	212 (99,07%)	337 (97,97%)	
pH: 7,00-7,09	2 (0,93%)	7 (2,03%)	
pH <7,00	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Total	214 (100,0%)	344 (100,0%)	

Desgarros perineales /Realización de episiotomía

En nuestro estudio observamos que en el grupo con episiotomía el porcentaje de desgarros perineales era menor (6,5%) que en el grupo sin episiotomía (71,3%), encontrándose asociación estadísticamente significativa (Chi-cuadrado:261'721; p= 0'000).

Si tenemos en cuenta el grado de desgarro perineal podemos observar que:

- El grupo con episiotomía presentó porcentajes más bajos de desgarros de primer y segundo grado (3,4% y 2,8% respectivamente), en comparación con el grupo sin episiotomía.

- En el grupo sin episiotomía hubo un incremento notable de los desgarros de primer grado con respecto a los de segundo grado (55,6% y 15,7% respectivamente).

- La tasa de desgarros perineales de tercer grado fue de 0,3% en las mujeres a las que se le practicó la episiotomía, mientras que no se produjo ningún caso en el grupo sin episiotomía. En cuanto a los desgarros de cuarto grado no hubo ningún caso en ambos grupos.

- El porcentaje de perinés íntegros (ausencia de desgarros y episiotomía) fue de 28,7%, siendo éstos más frecuentes en las mujeres más jóvenes (15-19 años) con una tasa de un 50%, disminuyendo esta tasa a medida que se incrementaba la edad.

Tabla IV. Porcentaje de perinés íntegros según grupos de edad.

<i>Porcentaje de perinés íntegros por grupos de edad</i>		
Grupo de edad	No episiotomía	Periné íntegro Frec. (%)
15-19 años	10	5 (50%)
20-24 años	28	12 (42,86%)
25-29 años	48	15 (31,25%)
30-34 años	78	19 (24,36%)
35-39 años	46	11 (23,91%)
40-44 años	5	0 (0%)
>45 años	0	0 (0%)

DISCUSIÓN

En el HUMS se implantó una política de episiotomía selectiva en el año 2005 tras la realización de un estudio que mostraba una disminución de esta tasa en un 24,7% tras su implantación. De esta manera, se consiguió una tasa de episiotomía de un 59% en mujeres nulíparas⁽⁹⁾. Este dato es muy similar al obtenido en nuestro estudio (62%), porcentaje que todavía sigue siendo muy superior al recomendado en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo⁽¹⁴⁾.

En el presente trabajo se determina el peso fetal como principal factor que influye en la realización de una episiotomía. De hecho, se observa que el peso medio de los recién nacidos de las gestantes con episiotomía fue superior en 122,7 gr. a las gestantes que no tuvieron episiotomía (3.284,7 gr. y 3.162 gr. respectivamente) siendo estadísticamente significativo el aumento del peso fetal con la realización de episiotomía. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Juste-Pina A. et al.⁽⁹⁾, Okeke TC, et al.⁽¹⁹⁾, Gossett DR, et al.⁽²⁰⁾, Wu LC, et al.⁽²¹⁾ y Koskas M, et al.⁽²²⁾ al relacionar peso fetal con incremento de episiotomía. Sin embargo, estudios como el de Molina-Reyes. C, et al.⁽⁷⁾, Carvalho CC, et al.⁽¹⁰⁾, Herrera B, et al.⁽¹¹⁾, Figueira L, et al.⁽¹²⁾, y Trinh AT, et al.⁽²³⁾ no encontraron relación estadísticamente significativa entre el peso del recién nacido y la realización de episiotomía.

Otro factor que parece influir en la realización de una episiotomía es el criterio individual. Se aprecian tasas de episiotomía que oscilan entre el 75% y el 16,7% entre los diferentes profesionales, lo que determina la no existencia de unos criterios comunes a la hora de realizar una episiotomía. Este criterio individual también fue destacado en el estudio de Gossett DR, et al.⁽²⁰⁾ y Wu LC, et al.⁽²⁴⁾. Sin embargo, en nuestro estudio la muestra de cada profesional es muy baja por lo que serían necesarios nuevos estudios para afirmar esta conclusión.

Cuando se estudia la categoría profesional como factor que pueda influir en la realización de la episiotomía, se aprecia que no existe relación entre ambas variables. A pesar de ello y basándonos en las frecuencias de episiotomía en cada grupo podemos destacar una mayor tasa de episiotomía entre los residentes de ginecología en comparación con las matronas y las residentes de matrona (74,4%, 60,6% y 59,6% respectivamente), resultado que coincide con los obtenidos por Robinson JN, et al.⁽²⁵⁾ que obtuvieron tasas ligeramente mayores entre los residentes de ginecología que entre las matronas (33,3% y 21,4% respectivamente).

En nuestro estudio la tasa de episiotomía entre los ginecólogos fue de un 50%, muy inferior a la del resto de categorías. Sin embargo, el número de partos asistidos por este último grupo es menor, por lo que sería necesario ampliar la muestra para determinar esta afirmación.

Con respecto a la relación entre edad y episiotomía, en nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, resultado que coincide con el obtenido por Azón-López E, et al.⁽²⁶⁾. Los estudios consultados aportan disparidad de resultados, ya que algunos autores establecen relación entre el incremento de la tasa de episiotomía con el aumento de la edad^(7,21), otros encuentran mayores tasas en los grupos de edad más joven^(10,20,27,28), o bien, con mujeres a partir de los 35 años⁽¹⁰⁾.

Al estudiar la nacionalidad como posible factor predisponente a la realización de episiotomía, nuestro estudio no encuentra asociación entre ambas variables. Sin embargo, el número de mujeres en algunos grupos de población es muy bajo por lo que serían necesarios nuevos estudios para determinar este resultado. Otros estudios consultados tampoco encuentran relación, como es el caso de Azón-López E, et al.⁽²⁶⁾, mientras que otros establecen una mayor tasa de episiotomía entre hindúes⁽²¹⁾, así como entre hispanos frente a afroamericanos⁽²⁸⁾.

Con respecto a la edad gestacional del recién nacido en el momento de nacimiento, no se encontró relación estadísticamente significativa con la realización de la episiotomía, coincidiendo este resultado con el obtenido por Herrera B, et al.⁽¹¹⁾.

Otras variables como el empleo de analgesia durante el parto no presentaron asociación con la realización de episiotomía, principalmente la analgesia epidural y la anestesia local. Al revisar los estudios existentes encontramos resultados contradictorios, sobre todo con el uso de la analgesia epidural, entre los que encuentran asociación, como Robinson JN, et al.⁽²⁵⁾ y Molina-Reyes C, et al.⁽⁷⁾, y los que no encuentran ninguna asociación, como Trinh AT, et al.⁽²³⁾.

Con respecto al sexo fetal y a la hora de nacimiento, no se encontró asociación entre las variables y la realización de episiotomía. No se han encontrado estudios que tengan en cuenta estas variables.

En relación a si la realización o no de la episiotomía puede influir en los resultados neonatales, determinados con el pH de la arteria umbilical, se observa que en ambos grupos los resultados son normales, por lo que no influye en los parámetros de bienestar fetal. Este resultado coincide con otros estudios consultados^(29,30), incluso con los que valoran el test de Ápgar como medida para determinar el bienestar fetal^(7,10-12,30,31). Por tanto, la justificación del uso de la episiotomía para la reducción de la morbilidad fetal y neonatal no tendría sustento.

Al analizar si la realización o no de episiotomía influye en el porcentaje de desgarros perineales, nuestro estudio determina que la no realización de episiotomía incrementa el porcentaje de desgarros de primer y segundo grado, principalmente los de primer grado. Estos datos coinciden con la mayor parte de los estudios revisados^(4, 7, 9,10,12,30-33). Además, en nuestro estudio la no realización de episiotomía no incrementó el porcentaje de desgarros más severos (tercer y cuarto grado) coincidiendo con otros estudios consultados⁽³⁰⁻³⁴⁾ aunque estudios como el de Zafran N, et al.⁽³⁵⁾ asocian un incremento del 0,8% en los desgarros del esfínter anal con el uso de la episiotomía restrictiva en mujeres primíparas. Al suponer la episiotomía en sí misma una lesión de segundo grado podemos decir que, el no realizarla no ocasionará un mayor riesgo de lesión perineal, como mucho de un desgarro del mismo grado, existiendo una alta probabilidad de que el grado de desgarro sea menor. Esto se debería tener más en cuenta en el grupo de mujeres de menor edad donde la probabilidad de mantener el periné íntegro tras el parto es más alto.

Un punto débil del estudio es la variable “grado de desgarro perineal” que podría ocasionar un sesgo de clasificación, ya que la valoración de ésta es llevada a cabo por cada profesional que asiste el parto, pudiendo existir diferencias de interpretación entre cada individuo. En estudios futuros sería importante controlar este sesgo estableciendo un programa de formación previo para unificar los criterios de clasificación, o bien, siendo un único observador el que determine esta variable.

CONCLUSIONES

A tenor de los resultados obtenidos, puede concluirse que, en este estudio, los principales factores que parecen influir en la realización de una episiotomía son el peso fetal y el criterio individual del profesional que asiste el parto.

Otros factores como la edad gestacional, el sexo fetal, la analgesia epidural, la hora de nacimiento, o la nacionalidad parecen tener escasa o nula influencia en la realización o no de la episiotomía.

En este trabajo se ha constatado que no hacer episiotomía supone un incremento de los desgarros perineales de primer grado, y en menor medida de los de segundo, sin que ello ocasione un riesgo añadido para el bienestar fetal. Además, al evitar la episiotomía rutinaria aumentan las posibilidades de mantener el periné íntegro tras el parto.

La tasa de episiotomía en la población a estudio es de un 62%, muy por encima de la tasa recomendada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por lo que sería aconsejable revisar la política de episiotomía selectiva aplicada en el hospital, para reducir dicho porcentaje y unificar criterios entre los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
3. Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t. N°. 2007/03.
4. Lai CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, Lau TK, Leung TY. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009 Dec; 22(12):1116-21. doi: 10.3109/14767050902994820.
5. Shahraki AD, Aram S, Pourkabirian S, Khodae S, Choupannejad S. A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *J Res Med Sci.* 2011 December; 16(12):1583-1589. Pubmed PMID:22973367. Pubmed PMCID:PMC3434900.
6. Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 issue 11. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002./14651858.CD000081.pub2. Pubmed PMID:19160176.
7. Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez JC, Ortiz-Albarín MD, Jiménez I, Aguilera MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(3):101-8. doi:10.1016/j.pog.2011.01.008.
8. Rodríguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Mar;198(3):285.e1-4. doi:10.1016/j.ajog.2007.11.007. Epub 2008 Jan 25.

9. 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. *Matronas Prof.* 2007; 8 (3-4):5-11.
10. Carvalho CC, Souza AS, Moraes Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Assoc Med Bras.* 2010 May-Jun; 56(3):333-9. Pubmed PMID:20676543.
11. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol.* 2004; 47(9):414-22.
12. Figueira L, Ibarra M, Cortés R, Blasco M, Mendoza A, Velásquez G. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2004; 64(3):121-27.
13. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al parto normal [internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo;2007 [citado 3 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
14. Santos Redondo P, Al-Adib Mendiri M. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Servicio Extremeño de Salud. Documento de adhesión a la EAPN del SNS y Protocolos de aplicación práctica [internet]. Servicio Extremeño de Salud; 2013 [citado 3 de abril de 2014]. Disponible en: http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=932e46ac-63cb-49fe-9f23-e85c8d84e029&groupId=19231
15. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005; 32(3):219-23. Pubmed PMID:16128977.
16. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51(9):559-563. doi: 10.1016/S0304-5013(08)72329-X.
17. Reinbold D, Eboue C, Morello R, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. From the impact of French guidelines to reduce episiotomy's rate. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2012 Feb;41(1):62-8. doi:10.1016/j.jgyn.2011.08.006. Epub 2011 Oct 20. French. Pubmed PMID:22018442.
18. Andreani M, Locatelli A, Assi F, Consonni S, Malguzzi S, Paterlini G, et al. Predictors of umbilical artery acidosis in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(3):303.e1-5. Pubmed PMID:17826430.
19. Okeke TC, Uqwu EO, Okezie OA, Enwereji JO, Ezenyeaku CC, Ikeako LC. Trends and determinants of episiotomy at the University of Nigeria Teaching Hospital (Unth), Enugu, Nigeria. *Niger J Med.* 2012 Jul-Sep;21(3):304-7. Pubmed PMID:23304925.
20. Gossett DR, Dunsmoor Su RD. Episiotomy practice in a community hospital setting. *J Reprod Med.* 2008 Oct; 53:803-8. Pubmed PMID:19004409.
21. Wu LC, Malhotra R, Allen JC Jr, Lie D, Tan TC, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2013 Dic; 288(6):1249-56. doi:10.1007/s00404-013-2897-6. Epub 2013 May 26. Pubmed PMID:23708390.
22. Koskas M, Caillod AL, Fauconnier A, Bader T. Maternal and neonatal consequences induced by the French recommendations for episiotomy practice. Monocentric study by 5409 vaginal deliveries. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 Sep;37(9):697-702. doi:10.1016/j.gyobfe.2009.06.003. Epub 2009 Aug 13. French. Pub PMID:19682940.
23. Trinh AT, Khambalia A, Ampt A, Morris JM, Roberts CL. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Vietnam. *Bull World Health Organ.* 2013 May 1;91(5):350-6.

doi:10.2471/BLT.12.114314. Epub 2013 Mar 21. Pubmed PMID:23678198. Pubmed PMCID:PMC3646354.

24. Wu LC, Lie D, Malhotra R, Allen JC Jr, Tay JS, Tan TC, et al. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery*. 2013 Aug;29(8):943-9. doi:10.1016/j.midw.2012.11.017. Epub 2013 Feb 28. Pubmed PMID:23453700.

25. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(2):214-18. Pubmed PMID:10908765.

26. Azón-Lopez E, García-Martínez M, Subirón-Valera AB. Análisis de los resultados obstétricos y neonatales de los partos inducidos en nulíparas en el Hospital Clínico de Zaragoza. *Matronas Prof*. 2013;14(2):52-59.

27. Da Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012 Aug; 21(15-16):2209-18. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x. Epub 2012 May 31. Pubmed PMID:22646921.

28. Ogunyemi D, Manigat B, Marquis J, Bazargan M. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery. *J Natl Med Assoc*. 2006 Nov; 98 (11):1874-1881. Pubmed PMID:17128701. Pubmed PMCID:PMC2569796.

29. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Apr; 83(4):364-8. Pubmed PMID:15005784.

30. Cabrera-Guerra Y, Pascual-Pedreño A, Hernández-Martínez A, Mayorga-Campo M, Martínez-Bermejo MT, Bueno-Pacheco G. Evaluación y eficacia de las medidas preventivas en la anemia intraparto. *Rev Calid Asist*. 2010;25(4):193-199. doi:10.1016/j.cali.2009.12.002. Epub 2010 Jan 27. Pubmed PMID:20106693.

31. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*. 2010 Jun; 26(3):348-56. doi:10.1016/j.midw.2008.07.007. Epub 2008 Sep 18. Pubmed PMID:18804317.

32. Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". *NURE Inv [Internet]*. 2013 mar-abr [citado 2 abril 2014];10(63):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomia.pdf

33. Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D. Impact of a major decrease in the use of episiotomy on perineal tears in a level III maternity ward. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013 Jul 29. pii:S0368-2315(13)00153-1. doi: 10.1016/j.gyn.2013.06.002.[Epub ahead of print]. Pubmed PMID:23906972.

34. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologist. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010 Feb;39(1):37-42. doi:10.1016/j.jgyn.2009.09.013. Epub 2009 Nov 4. French. Pubmed PMID:19892475.

35. Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. *Arch Gynecol Obstet*. 2012 Sep;286(3):591-7. doi:10.1007/s00404-012-2333-3. Epub 2012 May 1. Pubmed PMID:22546947.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia