

José Ángel García Hernández
María Isabel Reyes Iglesias
Manuel Cazorla Betancor
Carolina Delgado Godoy
Alicia Martín Martínez

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Correspondencia:

Dr. J.A. García Hernández.
Pintor Juan Guillermo, 8, 5 C. 35011 Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.
Correo electrónico: jgarherd@gobiernodecanarias.org

Fecha de recepción: 14/11/06.
Aceptado para su publicación: 6/2/07.

Asistencia obstétrica y trauma perineal 273

Obstetric care and perineal trauma

RESUMEN

Objetivos: En nuestro centro ha disminuido de forma significativa la frecuencia global de episiotomías, al mismo tiempo que se ha incrementado la frecuencia de realización de episiotomías centrales; por ello, nos planteamos el presente trabajo con 2 objetivos: *a)* comprobar que la práctica restrictiva de la episiotomía se acompaña de una menor frecuencia de daño perineal y *b)* determinar el daño perineal derivado del uso predominante de la episiotomía central.

Material y método: Se han analizado 90.030 partos vaginales en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias desde el 1 de enero de 1992 hasta el 31 de diciembre de 2005. Se han estudiado la frecuencia de episiotomía y su modalidad, la frecuencia de desgarros y la gravedad de éstos, así como la relación entre el tipo de episiotomía y la frecuencia y la gravedad de los desgarros de periné; además, hemos realizado el mismo estudio en los partos en que se ha aplicado fórceps. Para constatar las diferencias estadísticas se ha utilizado la prueba de la χ^2 , estableciendo el nivel de significación en un valor de probabilidad inferior al 5%. Cuando se detectaron diferencias estadísticamente

significativas, se calcularon la *odds ratio* y su intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V. 11.

Resultados: La frecuencia de episiotomía ha descendido de un 73,3% en el año 1992 a un 38,2% en 2005. La frecuencia de episiotomía mediolateral ha descendido del 59,3% en el año 1992 al 18,2% en 2005; las episiotomías centrales han aumentado del 14 al 20%. Se ha observado un incremento en el número de desgarros de grados I y II, pero no variaba de forma significativa la frecuencia de desgarros de grados III y IV. La frecuencia de desgarros de grados I o II es significativamente más elevada cuando no se realiza ningún tipo de episiotomía. No hay diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias de desgarros de grados I o II de las parturientas a las que se les ha realizado una episiotomía central o mediolateral. No hay diferencias estadísticas entre las frecuencias de desgarros de grados III o IV en las parturientas a las que se realizó una episiotomía central o mediolateral.

En relación con el parto vaginal con aplicación de fórceps, cuando no se practica una episiotomía asistimos a una mayor frecuencia de desgarros, tanto de los de grados I o II (49,5%) como de los

274 de grados III o IV (8,4%); son significativas las diferencias con las frecuencias de desgarros en las parturientas con episiotomía central (un 8,4% de desgarros de grados I o II y un 4,2% de grados III o IV) o mediolateral (un 10,2% de desgarros de grados I o II y un 4% de grados III o IV). No hay diferencias en la frecuencia de desgarros de grados III o IV al comparar las parturientas con episiotomía central con las parturientas con episiotomía mediolateral.

Conclusiones: *a)* Se debe seguir una estrategia de episiotomía restrictiva en la asistencia al parto vaginal; *b)* se debe practicar una episiotomía central siempre que, a juicio del profesional asistente, la evolución del trabajo de parto, el expulsivo y las características del periné lo permitan, ya que no se incrementa la frecuencia de desgarros de grados III-IV, y *c)* en los partos asistidos mediante aplicación de fórceps, se debe ser más liberal en la realización de una episiotomía, pero utilizando de forma preferente la episiotomía central, ya que, si su indicación es adecuada, no se incrementa la frecuencia de desgarros de grados III-IV.

PALABRAS CLAVE

Episiotomía. Desgarro perineal. Fórceps.

ABSTRACT

Objectives: In our center, the overall frequency of episiotomy has markedly decreased while the frequency of midline episiotomy has increased. The aims of the present study were two-fold: *a)* to determine whether restrictive episiotomy is associated with a lower frequency of perineal injury, and *b)* to identify perineal injury due to the predominant use of midline episiotomy.

Material and method: A total of 90,030 vaginal deliveries in the Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias from January 1, 1992 to December 31, 2005 were studied. The frequency and type of episiotomy, the frequency of tears and their severity, and the association between type of

episiotomy and the frequency and severity of perineal tears were analyzed. In addition, the same variables were studied in forceps deliveries. The chi-squared test was used and statistical significance was set at a probability value of less than 5%. When statistically significant differences were detected, odds ratios with 95% confidence intervals were calculated. The SPSS V.11 statistical package was used.

Results: The frequency of episiotomy decreased from 73.3% in 1992 to 38.2% in 2005. The frequency of mediolateral episiotomy decreased from 59.3% in 1992 to 18.2% in 2005 while that of midline episiotomy increased from 14% to 20%. The number of grade I and II tears increased while no significant changes in the frequency of grade III and IV tears were observed. The frequency of grade I and II tears was significantly higher when episiotomy was not performed. No statistically significant differences were found in the frequency of grade I and II tears between midline and mediolateral episiotomy or in the frequency of grade III and IV tears between these two procedures.

In forceps deliveries, the frequency of tears, both grades I and II (49.5%) and grades III and IV (8.4%), was higher when episiotomy was not performed and significant differences were found in comparison with the frequency of tears in women with midline episiotomy (8.4% grade I or II tears and 4.2% grades III or IV) or mediolateral episiotomy (10.2% grade I or II tears and 4% grades III or IV tears). No differences were found in the frequency of grade III and IV tears between midline and mediolateral episiotomy.

Conclusions: *a)* A restrictive episiotomy policy should be followed in vaginal deliveries; *b)* midline episiotomy should be performed whenever, in the obstetrician's opinion, the course of labor and expulsion and the perineal characteristics allow this procedure, since it does not increase the frequency of grade III-IV tears, and *c)* episiotomy should be performed more frequently in forceps deliveries, with a preference for midline episiotomy since, if correctly indicated, this procedure does not increase the frequency of grade III-IV tears.

KEY WORDS

Episiotomy. Perineal tear. Forceps.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico utilizado ampliamente en la asistencia al parto, coincidiendo con el incremento progresivo del nacimiento hospitalario y una mayor implicación de los médicos en el parto normal sin complicaciones. Thacker y Banta¹ comunicaron en 1983 una frecuencia de episiotomía del 62,5% en Estados Unidos, cifra que se incrementaba al 80-90% en nulíparas. En Europa las cifras eran más bajas, alrededor del 30% de todos los partos^{2,3}. Esta práctica, preponderante en la primera mitad del siglo XX, ha sido cuestionada en su última década. Se ha reconocido que más que las teóricas ventajas, nunca comprobadas, de proteger el periné, el suelo pélvico y el feto, produce un aumento de las pérdidas sanguíneas, dolor perineal en el posparto, desgarros perineales de grados III y IV, dispareunia e incontinencia anal⁴.

Si bien la cuestión de la episiotomía sistemática frente a la episiotomía selectiva ha quedado resuelta a favor de la segunda opción⁴, sigue habiendo cierta controversia con respecto al tipo de episiotomía: episiotomía mediolateral frente a central. En la literatura médica norteamericana (Estados Unidos y Canadá) se publica una mayor frecuencia de episiotomía central, mientras que en la literatura médica europea se observa una mayor frecuencia de episiotomía mediolateral. La episiotomía media tiene evidentes ventajas sobre la mediolateral con respecto a la pérdida sanguínea, menor dolor perineal en el posparto, mejor restitución anatómica y menor frecuencia de dispareunia; sin embargo, se publica, en relación con su práctica, una mayor frecuencia de desgarros perineales de grados III y IV.

La medicina basada en la evidencia obliga a buscar las mejores pruebas externas sobre la aplicación de un procedimiento diagnóstico o terapéutico antes de modificar la práctica clínica; obliga, igualmente, a analizar si los resultados publicados avalan el cambio de práctica en nuestra población, ya que la traslación ciega de resultados de una población a otra puede tener consecuencias adversas no predecibles

inicialmente, fruto de diferencias entre ellas. En nuestro centro ha disminuido de forma notable la frecuencia global de episiotomías, al mismo tiempo que se ha incrementado la frecuencia de realización de episiotomías centrales; por ello, nos planteamos el presente trabajo con 2 objetivos: *a)* comprobar que la práctica restrictiva de la episiotomía se acompaña de una menor frecuencia de daño perineal y *b)* determinar el daño perineal derivado del uso predominante de la episiotomía central.

MATERIAL Y MÉTODO

En el estudio se incluyó un total de 104.586 partos asistidos en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias en el período comprendido entre el 1 de enero de 1992, fecha en que comenzamos a tener datos fiables de la historia obstétrica informaticizada, y el 31 de diciembre de 2005. Se excluyeron del estudio los nacimientos mediante cesárea y los nacimientos por vía vaginal que no fueron partos normales o fórceps, con lo que el estudio incluyó 90.030 partos vaginales. Durante este período, la práctica clínica se ha mantenido estable, con escasas variaciones, no significativas, de la frecuencia de partos normales, fórceps y cesáreas. Sí se ha producido un cambio radical con respecto al cuidado del periné. En los primeros años del estudio se realizaba una episiotomía en la mayoría de los partos, predominantemente mediolateral. A partir de 1998, tras discutirse el cuidado del periné en una reunión de matronas de la isla de Gran Canaria, se modificó la asistencia al parto vaginal, con la adopción de un criterio restrictivo en la práctica de la episiotomía y su realización preferentemente central.

El Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias es un servicio de tercer nivel con docencia de pregrado, residentes de la especialidad de obstetricia y ginecología (MIR) y enfermeros internos y residentes de la especialidad de enfermería de obstetricia y ginecología (EIR). Es el único centro asistencial público en la isla de Gran Canaria y el hospital de referencia para las islas de Lanzarote y Fuerteventura. En él se atienden más del 99% de los nacimientos de la isla, ya que el número de partos anuales en las clínicas ajenas al Servicio Canario de Salud es inferior a 500. El paritorio, desde las 8.00 hasta las 21.00 h, tie-

276 ne asignado un puesto de trabajo de facultativo, diferente al equipo de guardia. El equipo de guardia, constituido por 3 adjuntos y 2-3 MIR, apoya al adjunto de paritorio a partir de las 15.00 h y realiza la asistencia a partir de las 21.00 h. El personal de enfermería está constituido por un equipo de 7 matronas en turnos de 12 h más 3-4 EIR en turno de día. El trabajo de los facultativos está organizado de tal forma que siempre hay un especialista de obstetricia y ginecología en el paritorio, incluidas las horas nocturnas, en las que se turnan los 3 adjuntos de guardia.

La parturienta dilata y paré en el mismo local de dilatación-paritorio, y está apoyada psicológicamente de forma continua por la matrona o EIR y un familiar. Durante las 24 h del día se oferta analgesia epidural, indicada para el dolor del parto según el deseo de la parturienta; no hay un mínimo valor de dilatación por debajo del cual no se administre dicha técnica. Se practica una monitorización continua de la dinámica uterina y la frecuencia cardíaca fetal, preferentemente por vía interna. Para el diagnóstico de intolerancia fetal al trabajo de parto se utiliza, además, el estudio de gases en sangre de calota fetal.

La asistencia al parto normal la realizan matronas o MIR y EIR supervisados por ellas. La asistencia al parto distóxico la realizan los facultativos del servicio o los MIR bajo supervisión directa de un facultativo. Se exige al MIR la práctica de 100 partos durante su primer año de residencia para poder iniciar el aprendizaje de aplicación de fórceps a partir del segundo año de docencia; dicho aprendizaje es progresivo, se inicia con fórceps de desprendimiento, se sigue con fórceps bajos y rotación del polo cefálico inferior a 45° hasta llegar, al final de su tercer año de residencia, a la práctica de fórceps medios. En el servicio no se practica extracción fetal mediante ventosa, al considerarse que es un procedimiento que se presta a realizarse de forma poco reglada; igualmente, no se realiza presión en el fondo uterino para facilitar el parto del polo cefálico fetal.

En relación con el cuidado del periné, el criterio del servicio es el de episiotomía selectiva; si es necesaria, se opta inicialmente por una episiotomía central y sólo se realiza de forma mediolateral cuando, a criterio del asistente al parto, se estime que hay un elevado riesgo de desgarro del periné que afecte al esfínter anal y/o la mucosa rectal (desgarros de grados III y IV).

Los desgarros de periné de grados III y IV son atendidos por un adjunto de guardia o por un MIR de tercer o cuarto año, en cuyo caso el adjunto actúa de ayudante. A las parturientas con desgarros de grados III-IV se les realiza un seguimiento durante un año en la unidad de suelo pélvico.

En los partos vaginales se ha analizado la frecuencia de episiotomía y su modalidad, la frecuencia de desgarros y la gravedad de éstos y la relación entre el tipo de episiotomía y la frecuencia y la gravedad de los desgarros de periné; además, hemos analizado la relación del tipo de episiotomía con la frecuencia y la gravedad de los desgarros del periné en los partos en que se ha aplicado fórceps, al considerar que, en estos casos, el trauma perineal está condicionado por la intervención. Para constatar las diferencias estadísticas se han utilizado la prueba de la χ^2 , estableciendo el nivel de significación en un valor de probabilidad inferior al 5%. Cuando se han obtenido diferencias estadísticamente significativas, se ha calculado la *odds ratio* (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS V. 11.

RESULTADOS

Durante los 14 años de estudio se han asistido en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias 91.925 partos vaginales. La población atendida no se ha modificado durante este período, con una cifra de partos por año comprendida entre 7.000 y 8.000. Como se puede observar en la figura 1, la práctica clínica se ha mantenido estable, con escasas variaciones, no significativas, de la frecuencia de partos normales, fórceps y cesáreas. La única variable poblacional que ha experimentado un incremento es la frecuencia de parturientas con edad superior a 34 años; durante los 14 años de estudio se ha duplicado, pasando de un 9% en 1992 a un 21,5% en 2005. Del total de partos, 75.885 (72,6%) fueron normales, 14.145 (13,5%) con fórceps y 12.661 (12,1%) mediante cesáreas. El 1,8% restante ($n = 1.895$) está constituido por otras diferentes modalidades de nacimientos por vía vaginal.

Por las razones expresadas en el apartado anterior, se incluyen en este trabajo 90.030, de los cuales en 14.145 se aplicó fórceps. En el total de partos vaginales, con o sin aplicación de fórceps, se reali-

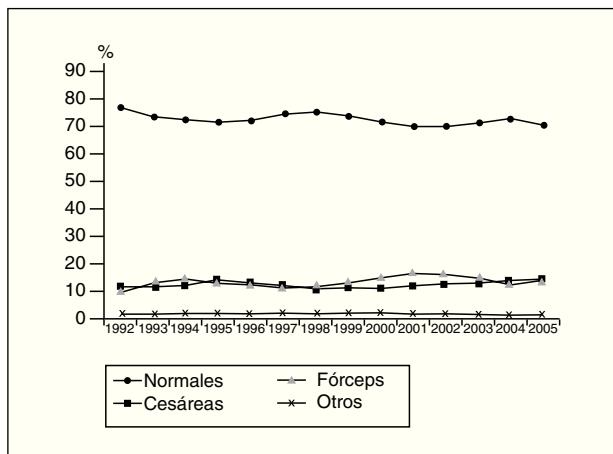


Figura 1. Evolución del tipo de parto. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, 1992-2005.

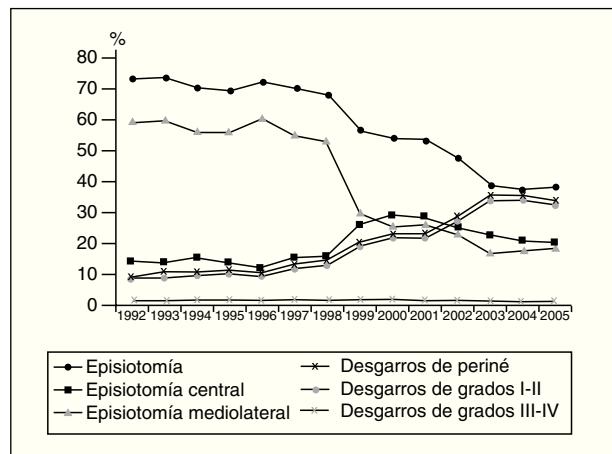


Figura 2. Evolución del trauma perineal en el parto vaginal.

zaron 40.925 episiotomías mediolaterales y 20.313 centrales. En la figura 2 se muestra la evolución del trauma perineal en los partos vaginales durante los años de estudio. La frecuencia de episiotomía ha ido descendiendo paulatinamente, pasando del 73,3% en el año 1992 al 38,2% en 2005, y se ha estabilizado en esta cifra en los últimos 3 años. De forma paralela, ha descendido la frecuencia de episiotomía mediolateral: en 1992, al 59,3% de las parturientas que terminaban en un parto vaginal se les realizaba episiotomía mediolateral, en el año 2005 sólo se le practicó al 18,2%. La frecuencia de realización de episiotomías centrales ha variado menos: en 1992 al 14% de las gestantes que terminaban en un parto vaginal se le practicó una episiotomía central, y en 2005 al 20%. Todos estos cambios han motivado que a partir del año 2000 el tipo de episiotomía realizado con mayor frecuencia es el central. La frecuencia de desgarros ha sufrido una evolución inversa a la episiotomía, de tal forma que el descenso del número de episiotomías se ha acompañado de un incremento del número de desgarros, pero a expensas de los desgarros de grados I y II, sin que varíe de forma significativa la frecuencia de desgarros de grados III y IV. En la figura 3 se muestra las frecuencias de desgarros, agrupados en desgarros de grados I y II y de grados III y IV, en función de que no se realice episiotomía, se pratique episiotomía central o se pratique episiotomía mediolateral. La frecuencia de desgarros de grados I o II es significativa-

mente más elevada cuando no se realiza ningún tipo de episiotomía (54,45%) frente a la frecuencia de desgarros de grados I o II cuando se realiza episiotomía central (4,5%) o episiotomía mediolateral (4,9%) ($p < 0,0001$). La OR para el desgarro de I o II grado de las parturientas a las que no se les realiza episiotomía frente a las que sí se les practica, independientemente de su tipo, es de 23,9 (IC del 95%, 22,9-25). No hay diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias de desgarros de grados I o II de las parturientas a las que se les ha realizado episiotomía central o mediolateral. La frecuencia de desgarros de grados III o IV en las parturientas a las que no se le practicó episiotomía es significativamente más baja (0,9%) que la frecuencia de desgarros de grados III o IV de las parturientas a las que se le practicó episiotomía central (1,7%) o episiotomía mediolateral (1,8%) ($p < 0,0001$). La OR para el desgarro de grados III o IV de las parturientas a las que no se les realiza episiotomía central o mediolateral es de 0,5 (IC del 95%, 0,4-0,6). No hay diferencias estadísticas entre las frecuencias de desgarros de grados III o IV en las parturientas a las que se les realizó episiotomía central o mediolateral.

En relación con el parto vaginal con aplicación de fórceps, en la figura 4 se muestran las frecuencias de desgarros del periné, agrupados en grados I y II y grados III y IV, en función de que no se realice episiotomía, se pratique episiotomía central o

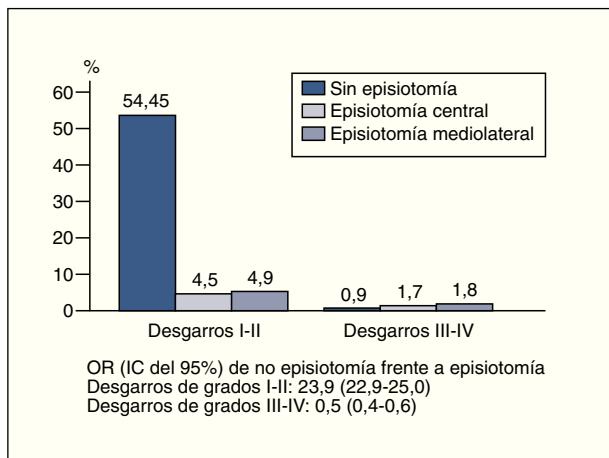


Figura 3. Episiotomía y desgarros del periné en el parto vaginal. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

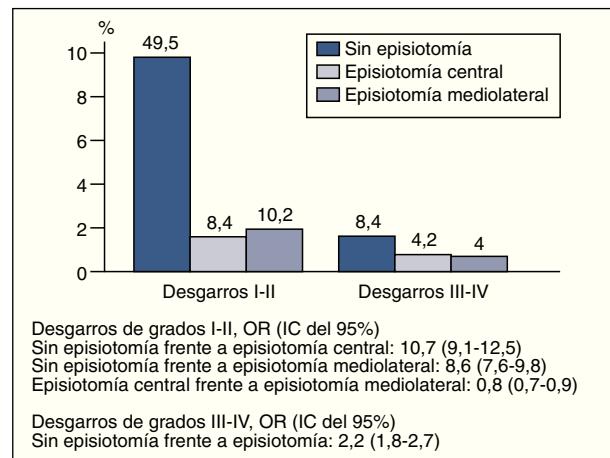


Figura 4. Episiotomía y desgarros del periné en el fórceps. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

se practique episiotomía mediolateral. Cuando no se practica episiotomía asistimos a una mayor frecuencia de desgarros, tanto de los de grados I o II (49,5%) como de grados III o IV (8,4%), y son significativas las diferencias con las frecuencias de desgarros en las parturientas con episiotomía central (un 8,4% de desgarros de grados I o II y un 4,2% de grados III o IV) o mediolateral (un 10,2% de desgarros de grados I o II y un 4% de grados III o IV), con un valor de p igual para ambos grupos de desgarros de periné ($p < 0,0001$). La OR para el desgarro de I o II grado de las parturientas a las que no se les realiza episiotomía frente a las que se les practica episiotomía central es de 10,7 (IC del 95%, 9,1-12,5), y frente a las que se les realiza episiotomía mediolateral, que es de 8,6 (IC del 95%, 7,6-9,8). La frecuencia de desgarros de grados I o II en las parturientas a las que se les practica episiotomía central es significativamente menor que la frecuencia de los mismos tipos de desgarros en las parturientas a las que se les realiza episiotomía mediolateral ($p < 0,001$); la OR es de 0,8 (IC del 95%, 0,7-0,9). En relación con los desgarros de III o IV grado, la OR para las parturientas a las que no se le practica episiotomía frente a las que se le practica, independientemente de su tipo, es de 2,2 (IC del 95%, 1,8-2,7). No hay diferencias en la frecuencia de desgarros de grados III o IV al comparar las parturientas con episiotomía central con las parturientas con episiotomía mediolateral.

DISCUSIÓN

El Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias puede analizar la evolución de su práctica clínica gracias a gozar de 3 cualidades básicas para ello; *a*) tiene un número de partos superior a 7.500 por año, lo que hace que el análisis de resultados sea poco sensible a las variaciones fruto de estilos de práctica clínica de los diferentes profesionales; *b*) tiene un alto grado de protocolización de la asistencia, lo que disminuye la variabilidad clínica, y *c*) la asistencia obstétrica está informatizada en tiempo real, lo que permite la evaluación de una gran cantidad de variables asistenciales. Todo ello nos ha permitido acometer la tarea de estudiar la relación entre la asistencia obstétrica y el trauma perineal durante 14 años, en los que se han asistido 104.586 partos.

El primer hecho que llama la atención es que, manteniéndose relativamente estable el tipo de parto (fig. 1), se haya modificado tanto el cuidado del periné. Tras replantarse el papel de la episiotomía en la asistencia al parto vaginal, se inicio, a partir del año 1998, un cambio importante en la práctica clínica, coincidiendo la menor frecuencia de realización de episiotomía con un incremento significativo de la modalidad de episiotomía central. En la figura 2 se observan de forma simultánea la frecuencia de realización de episiotomía y la frecuencia de desgarros del periné; de igual forma, se muestra la evolución en el tiempo de las distintas frecuencias de los

2 tipos de episiotomía considerados y de los desgarros del periné agrupados en grados I-II y grados III-IV. Una vez más, se demuestra que la práctica restrictiva de la episiotomía no incrementa la frecuencia de desgarros de grados III-IV⁵, único evento que importa no incrementar, ya que los desgarros de grados I y II no afectan a la funcionalidad del suelo pélvico⁶, y se ha demostrado que producen menos dolor en el posparto y una menor frecuencia de dispareunia que la episiorrafia mediolateral⁷. En la revisión sistemática realizada por Carroli y Belizán⁴ se concluye literalmente que «hay una clara evidencia para recomendar el uso restrictivo de la episiotomía», recomendación seguida en la asistencia a las parturientas de este trabajo, con unos resultados que avalan dicho criterio asistencial.

Otro hecho importante, expuesto en la figura 3, es que el riesgo de desgarros de grados I-II se multiplica prácticamente por 24 cuando no se realiza episiotomía, tanto central como mediolateral; por el contrario, la no realización de episiotomía protege del desgarro perineal de grados III-IV, expresado por la obtención de una OR de 0,5 (IC del 95%, 0,4-0,6). Woolley⁸, en una revisión de la bibliografía anglosajona entre los años 1980 y 1995, concluye que comparando el desgarro espontáneo con la episiotomía mediolateral, esta última se asocia a una duración mayor del dolor postoperatorio, una mayor frecuencia de los defectos de cicatrización y un mayor retraso en el inicio de las relaciones sexuales. Sartore et al⁷, en un trabajo en el que analizan los efectos de la episiotomía mediolateral sobre la función del suelo pélvico tras el parto vaginal, concluyen que la episiotomía no protege de la patología del suelo pélvico, incluida en ella la incontinencia anal.

El análisis de la misma figura pone de manifiesto un hecho no avalado por la mayoría de las publicaciones previas. La frecuencia de desgarros de grados I-II y III-IV es igual cuando se practica una episiotomía central que cuando se practica una episiotomía mediolateral. La cuestión de qué tipo de episiotomía se debe realizar en la asistencia al parto vaginal sigue sin resolverse; Carroli y Belizán⁴, en el apartado de «Implicaciones para la práctica» de su revisión sistemática sobre episiotomía en el parto vaginal, afirman que «en tanto no haya evidencia adicional disponible, la técnica de elección debe ser la que resulte más conocida para el profesional que asista al parto», afirmando en las «implicaciones para

la investigación» que «hay una necesidad imperiosa de evaluar qué técnica (mediolateral o mediana) ofrece los mejores resultados». En la revisión sistemática referida, la fecha de la modificación significativa más reciente es el 4 de mayo de 1999, lo que podría hacer pensar que sus conclusiones no son válidas en el año 2006. Hartmann et al⁹, en una revisión sistemática de la bibliografía anglosajona entre los años 1950 y 2004, llegan a las mismas conclusiones sobre el uso restrictivo de la episiotomía y su modalidad de realización, y reconocen que no hay evidencia suficiente que respalte una modalidad de episiotomía sobre otra (mediolateral o central). La episiotomía central es de fácil reparación, las pérdidas sanguíneas derivadas de su realización son escasas, suele cicatrizar de forma adecuada produciendo unos resultados anatómicos excelentes, el dolor postoperatorio es mínimo y tiene una baja frecuencia de dispareunia; todas estas ventajas obligan a la búsqueda de evidencia de calidad que avale su sustitución por la episiotomía mediolateral en los casos en que es necesario realizar una episiotomía, ya que la episiotomía mediolateral es de más difícil reparación, presenta una mayor pérdida sanguínea, es más frecuente su cicatrización deficiente con unos resultados anatómicos no satisfactorios, el dolor postoperatorio es frecuente e intenso y la frecuencia de dispareunia es mayor.

Nos pareció obligado analizar la práctica de la episiotomía y los desgarros del periné en el parto asistido mediante fórceps, única modalidad de parto instrumental que se realiza en nuestro centro. En la figura 4 se observan los resultados. Como en la totalidad de los partos vaginales, el riesgo de desgarro de grados I-II se incrementa de forma notable cuando no se realiza episiotomía, tanto central como mediolateral; pero se pone de manifiesto otro hecho importante, como es que la realización de una episiotomía central protege del desgarro de grados I-II frente a la realización de episiotomía mediolateral (OR = 0,8; IC del 95%, 0,7-0,9).

Con respecto a los desgarros de grados III-IV en los partos con aplicación de fórceps, se duplica el riesgo de éstos cuando no se realiza episiotomía, pero en igual medida cuando se realiza una episiotomía central que cuando se realiza una episiotomía mediolateral. En el período de estudio, la tasa de fórceps fue de un 13,5%, con una frecuencia de desgarros de grados III-IV del 4,5%. Nuestra tasa de fór-

280 ceps es semejante a las de partos vaginales instrumentales de algunos países, como Canadá o Australia¹⁰, o de la mayoría de los hospitales de nivel III de nuestro país. Sin embargo, no coincidimos en la frecuencia de desgarros de grados III-IV. Johanson y Menon¹⁰ realizaron una revisión sistemática para la The Cochrane Library con el objetivo de analizar la extracción con ventosa frente a fórceps en el parto vaginal asistido, y concluyen que la extracción con ventosa reduce la morbilidad materna, ya que la tasa de lesiones significativas maternas en los datos globales son del 9,8% cuando se aplica ventosa y del 20,3% cuando se aplica fórceps (OR = 0,41; IC del 95%, 0,33-0,50); aunque no está claramente definido lo que se considera lesión significativa materna, cuando se comparan las cifras referidas con la frecuencia de desgarros de periné de grados III-IV en nuestro estudio, se observa que la frecuencia para la aplicación de fórceps es 5 veces superior a la nuestra y 2 veces superior cuando se aplica ventosa. Los resultados de nuestro estudio nos obligan a reconsiderar si la realización selectiva de la episiotomía está justificada en el parto vaginal con aplicación de fórceps, pero, además pone de manifiesto la gran dependencia de los estilos de práctica clínica, al observar la diferencia importante con la frecuencia de lesiones maternas significativas de los estudios utilizados en la revisión sistemática de Johanson y Menon. En un trabajo prospectivo¹¹ se refiere que la episiotomía mediolateral y el peso del recién nacido son los 2 únicos factores de riesgo independientes relacionados con la lesión del esfínter anal, y que aunque el parto instrumental en el análisis univariante se muestra significativamente asociado con la lesión del esfínter anal, éste no es un factor de riesgo independiente.

Es muy difícil realizar trabajos prospectivos con distribución aleatoria de casos en el estudio de los factores que incrementan el riesgo de trauma perineal. En su diseño se debe tener en cuenta gran cantidad de variables dependientes de la gestante y del feto (calidad del tejido conjuntivo, longitud del periné, cuidados del periné en la gestación, grado de control de la gestante en el expulsivo, peso del re-

cién nacido, perímetrocefálico, grado de flexión del polocefálico, etc.), así como de la asistencia prestada (modalidad de asistencia al parto, preparación técnica del personal asistencial, entrenamiento en un tipo determinado de episiotomía, entrenamiento en un tipo determinado de parto instrumental, motivación personal y del servicio asistencial en el cuidado del periné, etc.). Gran parte de ellas son de ardua cuantificación, lo que dificulta su inclusión correcta en el diseño de estudios de calidad adecuada.

Sí es posible analizar los resultados de la aplicación de un protocolo en la asistencia al parto que tenga por objeto disminuir al máximo el trauma perineal y las disfunciones del suelo pélvico a largo plazo. Los resultados se pueden expresar en trabajos de calidad IIb o III, que permitan establecer recomendaciones de grado B, las cuales deben ser aplicadas con mucha precaución en una población diferente de la que ha sido objeto del estudio.

Las conclusiones, según nuestros resultados, para la población que se atiende en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias de acuerdo con sus protocolos asistenciales son: *a)* se debe seguir una estrategia de episiotomía restrictiva en la asistencia al parto vaginal; *b)* se debe practicar una episiotomía central siempre que, a juicio del profesional asistente, la evolución del trabajo de parto, el expulsivo y las características del periné lo permitan, ya que no se incrementa la frecuencia de desgarros de grados III-IV, y *c)* en los partos asistidos mediante aplicación de fórceps, se debe ser más liberal en la realización de episiotomía, pero utilizando de forma preferente la episiotomía central, ya que, si su indicación es adecuada, no se incrementa la frecuencia de desgarros de grados III-IV.

Somos conscientes de que en las 3 conclusiones anteriores hay demasiados condicionantes no claramente cuantificados que dependen del estilo de práctica de nuestro centro, pero es un camino válido en función de sus resultados. De todas formas, estamos obligados a diseñar y realizar estudios prospectivos, que aunque no tengan distribución aleatoria de casos, nos permitan reafirmar la validez de las conclusiones de este trabajo retrospectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literatura, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983;38:322-38.
2. Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and third degree tears. *Br J Obstet Gynaecol.* 1985;92:820-3.
3. Mascarenhas T, Eliot BW, Mackenzie IZ. Comparison of perinatal outcome, antenatal and intrapartum care between England and Wales and France. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:955-8.
4. Carroli G, Belizán JM. Episiotomía en el parto vaginal. En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2. Oxford: Update Software; 2006.
5. Lede R, Balizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:1399-402.
6. Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P, Grimaldi E, Ricci G, Guaschino S. Immediate postpartum perineal examination as a predictor of puerperal pelvis floor dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2002;99:581-4.
7. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2004;103:669-73.
8. Woolley R. Benefits and risks of the English language literatura since 1980. *Obstet Gynecol Survey.* 1995;50:806-835.
9. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr N. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005;293:2141-8.
10. Johanson RB, Menon V. Extracción con ventosa versus fórceps para el parto vaginal asistido. En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 3. Oxford: Update Software; 2006.
11. Andrews V, Sultan AH, Tacar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. *Birth.* 2006;33:117-22.