



ORIGINAL

Evolución del porcentaje de episiotomía en un hospital comarcal entre los años 2003-2009. Factores de riesgo de los desgarros graves de periné

L. Aceituno Velasco*, M.T. Sánchez Barroso, M. Huertas Segura García, E. Ruiz Martínez y M.P. Gregorio Alvarez

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital La Inmaculada, Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, Servicio Andaluz de Salud, Huércal-Overa, Almería, España

Recibido el 9 de marzo de 2012; aceptado el 7 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 10 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Episiotomía;
Perineo/lesiones;
Fórceps obstétrico;
Extracción Obstétrica
por Aspiración

Resumen

Objetivo: El objetivo primario de este trabajo es presentar la evolución del porcentaje de episiotomías entre los años 2003-2009, siguiendo una política de uso restrictivo y su posible influencia en el porcentaje de desgarros graves y en la morbilidad perinatal a corto plazo.

Material y método: El diseño del estudio es de cohorte retrospectiva, constituida por las mujeres que acuden a parir a nuestro centro (9.023 gestantes). Los parámetros que valoramos son: evolución del porcentaje de episiotomías y de desgarros graves de periné, según se realice episiotomía o no, en los partos eutócicos frente a los instrumentales y según el tipo de parto instrumental. Para valorar la relación entre los factores de riesgo y la incidencia de desgarros graves se realiza una regresión logística multivariante.

Resultados: La tasa de episiotomía osciló entre el 40,37% en el año 2003 y el 8% en el año 2009, siendo la tendencia a la disminución estadísticamente significativa. El porcentaje de desgarros graves se mantuvo entre el 0,49 y el 1,04% sin que la variación fuera estadísticamente significativa ($X^2 = 3,47$, $p = 0,32$). No hubo variación significativa en el porcentaje de Test de Apgar menor de 7, a los 5 min. La Odds ratio (OR) de presentar un desgarro grave de periné es 2,99 (IC 95% 1,47-6,05) en las mujeres que se realizó episiotomía frente a las que no se les realizó, de 2,40 (IC 95% 1,16-4,99) en los partos instrumentales frente a partos eutócicos es y de 6,43 (IC 95% 1,50-27,49) en los partos con fórceps, frente a los partos por ventosa.

Conclusiones: En un periodo de 7 años se ha reducido el porcentaje de episiotomías en un 80% sin modificarse la proporción de desgarros graves de periné, así mismo no ha habido aumento en la morbilidad perinatal a corto plazo.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laceitunov@sego.es (L. Aceituno Velasco).

KEYWORDS

Episiotomy;
Perineum/injuries;
Obstetrical fórceps;
Vacuum extraction;
Obstetrical

**Evolution of the episiotomy rate in a community hospital, between 2003–2009.
Severe perineal tears risk factors**

Abstract

Objective: The primary objective of this paper is to present the evolution of the episiotomy rate between the years 2003-2009, following a policy of restrictive use and its possible influence on the rate of severe lacerations and perinatal morbidity in the short term.

Methods: This is a retrospective study based on a cohort made up of women who gave birth in our hospital (9023 women). The valued parameters are: changes in the episiotomy rate, percentage of severe perineal tears according to the use of episiotomy or not. Normal vaginal deliveries versus instrumental ones and the type of instrumental delivery. Apgar score below 7 at five minutes. A multivariable logistic regression was performed in order to assess the relationship between risk factors and the incidence of severe tears.

Results: The episiotomy rate ranged between 40.37% in 2003 and 8% in 2009, the downward trend was statistically significant. The rate of severe tears remained between 0.49% and 1.04% that change was not statistically significant. There was no significant variation in the rate of Apgar score less than 7 at 5 minutes. The odds ratio (OR) of having a serious perineal tear is 2.99 (95% CI 1.47 to 6.05) in women who had an episiotomy compared with those that did not have it, the 2.40 (95% CI 1.16 to 4.99) in the instrumental delivery versus eutocic delivery and the 6.43 (95% CI 1.50 to 27.49) in forceps deliveries compared with vacuum deliveries.

Conclusions: Over a period of 7 years the episiotomy rate was reduced by 80% without modifying the rate of serious perineal tears, and the short-term perinatal morbidity remained constant.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El agrandamiento quirúrgico del orificio vaginal mediante una incisión en el periné, realizada en el segundo periodo del parto se realiza desde hace más de 250 años, posteriormente este proceso se denominó episiotomía¹.

En 1920 De Lee² y Pomeroy³ propugnaron un uso casi sistemático de la episiotomía como profilaxis de la patología del periné y de la pérdida de bienestar fetal, mediante el acortamiento de la segunda fase del parto.

En España Carrera en 1966⁴ propugnaba su uso en todas las gestantes nulíparas, en los partos instrumentales, en los casos de pérdida de bienestar fetal y cuando había resistencia vulvo-vaginal.

Hasta la publicación de Thacker and Banta¹ en 1983 se siguieron los postulados de De Lee y Pomeroy. En el trabajo anterior, se señala que no hay evidencia de la eficacia de la episiotomía para prevenir la patología del periné y/o la pérdida de bienestar fetal y que si realmente la gestante estuviera bien informada, es poco probable que la mujer consintiera un uso rutinario de la episiotomía.

Posteriormente, en el año 1995 Wooley⁵, realiza una revisión de la literatura desde 1980 hasta 1993, obteniendo las mismas conclusiones que Thacker and Banta³: la episiotomía no logra ninguno de los beneficios que se le atribuía tradicionalmente: prevención de la relajación del suelo pélvico y sus secuelas y protección del recién nacido frente a la asfixia intraparto.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), publica la «Guía Práctica para los cuidados en el Parto Normal»⁶, en la que se considera la realización de la episiotomía sistemática como una práctica inadecuada. Posteriormente, en el año 1999, la Colaboración Cochrane⁷ señala que no hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina

reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. Sin embargo, la episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grado y la consecuente disfunción muscular del esfínter anal.

Otros aspectos negativos que se han asociado a la práctica de la episiotomía son: incontinencia urinaria y fecal, dolor perineal, mayor pérdida de sangre comparado con el parto sin episiotomía, infección y dispareunia⁸⁻¹⁰.

Una vez analizada la bibliografía que hemos comentado y las nuevas recomendaciones de un «parto menos intervencionista», nos propusimos mejorar nuestra calidad asistencial a la mujer de parto, realizando una política de uso restrictivo de la episiotomía, ya que nuestro porcentaje era superior al recomendado (30%).

El objetivo principal de este trabajo es conocer la evolución del porcentaje de episiotomías en nuestro centro, desde el año 2003 hasta el 2009, con una política restrictiva en el uso de la episiotomía, y su influencia en el porcentaje de desgarros graves del periné (desgarro de III y/o IV grado) y en la morbilidad perinatal a corto plazo. El objetivo secundario, es analizar los factores de riesgo de los desgarros graves del periné.

Material y método

El diseño del estudio es observacional analítico de cohorte retrospectivo, la fuente de los datos ha sido una base de datos en Access con la que se realiza el informe de alta del parto, en la que constan las distintas variables relacionadas con el parto.

La población y el ámbito: gestantes cuyo parto fue asistido en nuestro hospital, «La Inmaculada» (Huerca-Overa)

del Área Sanitaria Norte de Almería (Andalucía. España) Nuestra zona es predominantemente agrícola y con un alto porcentaje de mujeres emigrantes (32%), principalmente procedentes de Sudamérica, Marruecos y países del este de Europa.

El periodo analizado transcurre entre los años 2003-2009.

En dicho periodo de tiempo se han asistido 9.203 partos, de ellos el 78,52% fueron eutócicos, el 14,53% cesáreas y el 6,94% partos instrumentales (fórceps y ventosa).

Criterios de inclusión: todos los partos vaginales que han tenido lugar en nuestro hospital.

Criterios de exclusión: partos gemelares. Partos con feto muerto anteparto. Parto extraclínico. Presentación podálica.

Los desgarros vaginales y de periné se clasificaron de la siguiente manera: 1) de primer grado, cuando afecta a la mucosa y tejido conectivo vaginal, 2) de segundo grado, el desgarro afecta también al músculo subyacente, 3) de tercer grado, cuando el desgarro afecta al esfínter anal y 4) de cuarto grado cuando el desgarro afecta a la mucosa anal.

Las variables que se estudiaron categóricas son dicotómicas. Las variables independientes fueron: episiotomía (Sí/No), Test de Apgar menor de 7 al min (Sí/No), Test de Apgar menor de 7 a los 5 min (Sí/No), Parto eutócico (Sí/No), Parto instrumental unificado (fórceps o ventosa) (Si/No), Ventosa o Fórceps (Sí/No). Paridad (primípara/multipara). Macrosomía fetal (igual o superior a 4.000 g) (Sí/No). Analgesia epidural (Sí/No). La variable dependiente fue: desgarro III y/o IV grado unificado (Sí/No). Se analizó, así mismo, una variable continua independiente que fue la edad materna en el momento del parto expresada en años.

Todas las episiotomías fueron medio-laterales.

Objetivos

Objetivo general

Valorar los resultados materno-fetales con una política restrictiva de uso de episiotomía.

Objetivos específicos

- Porcentaje de episiotomías en los partos eutócicos entre los años 2003-2009.
- Porcentaje de Test de Apgar menor de 7, al min y los 5 min, según se realizara episiotomía o no, en los partos eutócicos.
- Porcentaje de episiotomías según la paridad.
- Porcentaje de desgarros graves, según se realice o no episiotomía en los partos eutócicos.
- Porcentaje de desgarros graves en partos eutócicos y partos instrumentales.
- Porcentaje de desgarros graves según el tipo de parto instrumental (fórceps/ventosa).

Para comparar los resultados obtenidos, efectuamos un test de la χ^2 para las variables cualitativas y el test t-Student para las variables cuantitativas. Si había significación estadística ($p < 0,05$) en la regresión logística bivariante, realizamos una regresión logística multivariante, mediante el programa SPSS 15.0. Para la regresión se consideraban como cofactores la paridad y la macrosomía. En la regresión que se realizó para valorar la influencia de los partos instrumentales en la presencia de desgarros graves

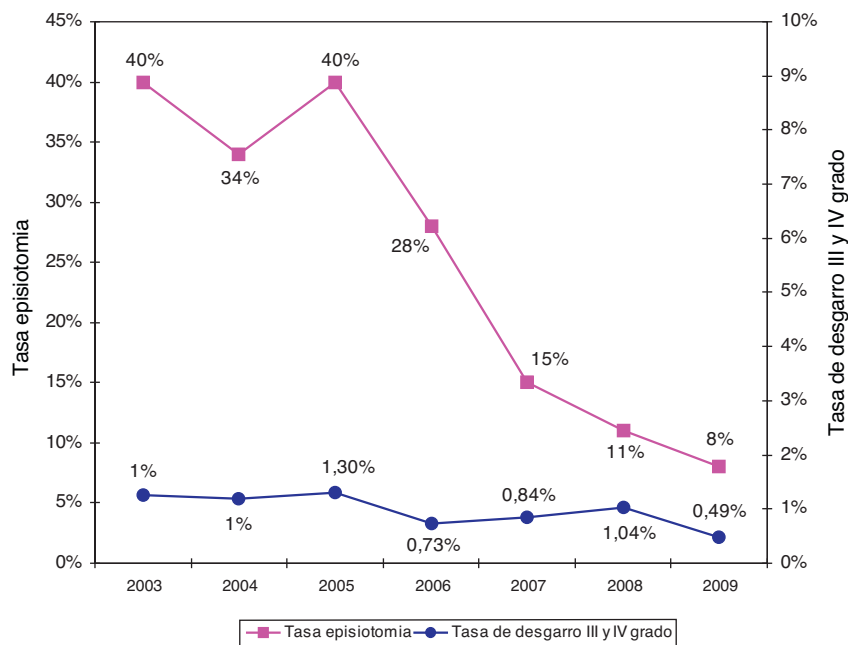


Figura 1 Evolución de la tasa de episiotomías y de desgarros graves de periné (desgarros de III y IV grado) entre los años 2003-2009. Test de tendencia para la tasa de episiotomía ($\chi^2 = 191$, $p < 0,001$). Test de tendencia para la tasa de desgarros graves de periné ($\chi^2 = 3,47$, $p = 0,32$).

se valoró también la realización de episiotomía, además de las variables anteriormente señaladas.

Se valoró la tendencia en el porcentaje de las episiotomías, de los desgarros graves y del test de Apgar menor de 7 al min y a los 5 min, a lo largo del periodo analizado, mediante el test de la Chi cuadrado.

Para mejorar la calidad de los datos, la influencia de la episiotomía y los partos instrumentales en los desgarros graves del periné, se valoraron solo los partos de los últimos 4 años (2006-2009). En este periodo de tiempo se han asistido 4.743 partos, de ellos el 79,83% fueron eutócicos, el 15,38% terminaron en cesárea y el 4,77% en parto instrumental.

Resultados

El porcentaje total de episiotomías osciló entre el 40,37% del año 2003 y el 8% en el año 2009 (fig. 1), siendo la tendencia estadísticamente significativa ($X^2 = 191$, $p < 0,001$). El porcentaje de desgarros graves varió entre el 0,49 y el 1,30%, siendo la media, de 1,1%, sin que la tendencia fuera significativa ($X^2 = 3,47$, $p = 0,32$). La evolución de los test de Apgar menores de 7 al min, oscilaron entre 1,5 y 1,9%, el test de tendencia fue no significativo ($X^2 = 0,30$, $p = 0,95$). Al valorar los test de Apgar menor de siete a los

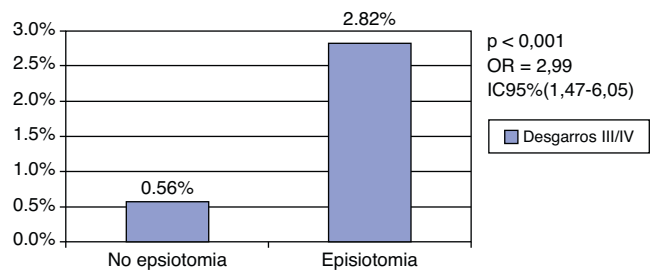


Figura 2 Incidencia de desgarro de III/IV grado según se realice o no episiotomía. Regresión logística multivariante con las variables: macrosomía y paridad como cofactores.

5 min, observamos también que el test de tendencia no fue significativo ($X^2 = 5,73$, $p = 0,12$), los porcentajes oscilaron entre 0,1 y 0,4%.

Las condiciones basales de los grupos de gestantes con o sin episiotomía las observamos en la tabla 1. Hubo mayor incidencia de primiparidad, analgesia epidural e inducciones en las mujeres con episiotomía, las diferencias eran estadísticamente significativas, no hubo diferencia en la incidencia de macrosomía ni en la edad media de las parturientas.

La incidencia de episiotomía en las primíparas fue del 29,72 frente al 8,34% en las multiparas en el conjunto de los

Tabla 1 Características basales de los grupos de gestantes con y sin episiotomía. Variables cualitativas (tanto por ciento y número). Variables cuantitativas (media y desviación típica). Test de Fisher para las variables categóricas. Test T-Student para las variables cuantitativas

Variables (N.º)	Sin episiotomía %, (N.º) Media (DT)	Con episiotomía %, (N.º) Media (DT)	X^2 y p
Primiparidad (2.079)	41,4% (1.551)	76,5% (528)	$X^2 = 288,76$ $p < 0,001$
Edad	26,10 (97,81)	27,81 (5,68)	$p = 0,27$
Analgesia Epidural (1.564)	31,9% (1.197)	53,2% (367)	$X^2 = 115$ $p < 0,001$
Macrosomía (287)	6,4% (238)	7,1% (49)	$X^2 = 0,54$ $p = 0,46$
Inducción (901)	19,3% (725)	25,5% (176)	$X^2 = 23,84$ $p = 0,02$
Total (4.437)	3.747	690	

Tabla 2 Modelo de regresión logística, bivariante y multivariante

Regresión logística bivariante			
Variable	OR	IC95%	p
Episiotomía	OR 5,12	(IC 95% 2,38-11,03)	$p < 0,001$
Regresión logística multivariante			
Variable	OR	IC 95%	p
Episiotomía	OR 2,99	(IC 95% 1,47-6,05)	$p = 0,002$
Primiparidad	OR 3,97	(IC 95% 1,59-9,91)	$p = 0,003$
Macrosomía	OR 0,52	(IC 95% 0,07-3,84)	$p = 0,52$

OR: Odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; p. Desgarro grave de periné en las mujeres que se realiza episiotomía.

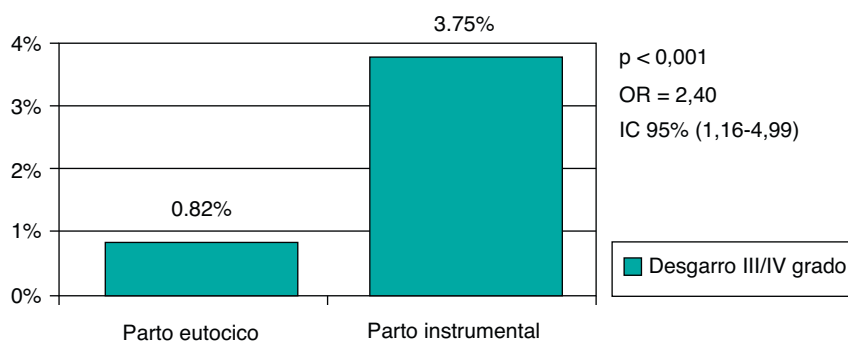


Figura 3 Incidencia de desgarro de III/IV grado en los partos eutócicos e instrumentales. Regresión logística multivariante con las variables: macrosomía, paridad y realización de episiotomía como cofactores.

Tabla 3 Modelo de regresión logística, bivariante y multivariante

Regresión logística bivariante			
Variable	OR	IC 95%	p
Parto instrumental	OR 4,77	(IC 95% 2,14-10,60)	p < 0,001
Regresión logística multivariante			
Variable	OR	IC 95%	p
Parto instrumental	OR 2,40	(IC 95% 1,16-4,99)	p = 0,01
Episiotomía	OR 3,24	(IC 95% 1,68-6,24)	p < 0,001
Primiparidad	OR 3,25	(IC 95% 1,46-7,22)	p = 0,004
Macrosomía	OR 1,00	(IC 95% 0,306-3,32)	p = 0,98

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; p: Desgarro grave de periné en las mujeres con parto instrumental frente a parto eutócico.

7 años, diferencia estadísticamente significativa. La OR de tener que realizar una episiotomía en una primípara es de 4,64 frente a una múltipara (IC 95% 3,92-5,50).

La incidencia de test de Apgar menor de 7 al min fue del 3,90% cuándo se realizó episiotomía y del 1,30% si no se realizaba episiotomía, diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 24,71$, $p = 0,001$), aunque estas diferencias no se mantenían al valorar el test de Apgar a los 5 min, 0,1% sin episiotomía y 0,2% con episiotomía, ($X^2 = 0,13$, $p = 0,71$).

El porcentaje de desgarros graves en las mujeres que se realizó episiotomía fue del 2,82 y del 0,56% en las que

no se realizó episiotomía, diferencias estadísticamente significativas. La OR de presentar un desgarro grave es 2,99 (IC 95% 1,47-6,05) en las mujeres que se realiza episiotomía frente a las que no se les realiza (fig. 2). En las primíparas que se realizaban episiotomía la OR de presentar un desgarro grave era de 3,97 (IC 95% 1,59-9,91) frente a las múltiparas. La macrosomía no constituyó un factor de riesgo frente a los desgarros graves ($p = 0,52$) (tabla 2).

En los partos instrumentales el porcentaje de desgarros graves fue del 3,80 y del 0,82% en los partos eutócicos,

Tabla 4 Modelo de regresión logística, bivariante y multivariante

Regresión logística bivariante			
Variable	OR	IC 95%	p
Fórceps	OR 7,22	(IC 95% 1,90-27,36)	p = 0,04
Regresión logística multivariante			
Variable	OR	IC 95%	p
Fórceps	OR 6,43	(IC 95% 1,50-27,49)	p = 0,01
Episiotomía	OR 1,91	(IC 95% 0,20-18,08)	p = 0,57
Primiparidad	OR 1,68	(IC 95% 0,34- 8,19)	p = 0,51
Macrosomía	OR 2,62	(IC 95% 0,50-13,78)	p = 0,25

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; p: Desgarro grave de periné en las mujeres que se realiza fórceps frente a ventosa.

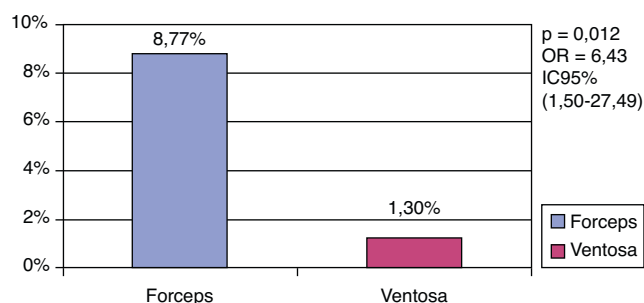


Figura 4 Incidencia de desgarro III/IV grado según tipo de parto instrumental. Regresión logística multivariante con las variables: macrosomía, paridad y realización de episiotomía como cofactores.

diferencias estadísticamente significativas. La OR de desgarro grave cuando comparamos parto instrumental frente a parto eutócico es de 2,40 (IC 95% 1,16-4,99) (fig. 3). En las primíparas que se realizaba un parto instrumental la OR de desgarro grave era de 3,25 (IC 95% 1,46-7,22) frente a las múltiparas. La macrosomía no constituyó un factor de riesgo ($p = 0,98$). Cuando se realiza episiotomía en los partos instrumentales la OR de presentar un desgarro grave de periné fue de 3,24 (IC 95% 1,68-6,24) (tabla 3).

Si analizamos el instrumento que se utilizó para realizar el parto instrumental, el porcentaje de desgarros graves fue del 12,1% en los fórceps y del 2% en las ventosas. La OR de presentar un desgarro grave de periné es de 6,43 (IC 95% 1,50-27,49) (fig. 4). Ni la práctica de episiotomía, ni la presencia de macrosomía, ni la paridad constituyeron factores de riesgo (tabla 4)

Conclusiones

Paulatinamente, se ha ido reduciendo el porcentaje de episiotomías, (40% en el año 2003 al 8% en el año 2009) hasta situarnos por debajo de los valores sugeridos por la OMS⁵ y Carroli y Belizan⁶ (30%) e incluso de los de Hartman (15%)¹¹. El descenso ha sido del 80% en un periodo de 6 años, casi el doble del descenso en Estados Unidos^{12,13} en un periodo de 18 años. Realmente, ha sido muy fácil implementar el uso restrictivo de la episiotomía en un hospital comarcal con pocos sanitarios y la mayoría muy motivada con mejorar la calidad de la asistencia. En España, Molina-Reyes¹⁴, también señala una disminución parecida, del 70%, incluso en un tiempo menor (4 años) en el uso de episiotomía en su centro, con una política de uso restrictivo, del 69% en el año 2006 pasan al 20% en el año 2009.

En una publicación reciente, Eckman¹⁵ presenta la evolución de sus porcentajes de episiotomía en los partos eutócicos, después de las recomendaciones del «Colegio Nacional de ginecólogos y obstetras franceses», de una política de uso restrictivo de la episiotomía, del 12,2% en el año 2003 pasa al 2,65% en el año 2007, sin aumentar los desgarros graves del periné, por tanto todavía nos queda margen de mejora. En los partos instrumentales (fórceps, ventosa y espátula), el porcentaje en el 2007 fue de 9,6%.

En las primíparas hubo el triple de episiotomías que en las múltiparas. El porcentaje en el primer grupo fue de

29,72% (en los 7 años). Grossett¹⁶ y Molina-Reyes¹⁴, encuentran también mayor incidencia en las primíparas que en las múltiparas. Joshi¹⁷ presenta un trabajo con un porcentaje de episiotomía del 20% (2005) en las primíparas, sin aumentar la patología perineal grave, tendremos que continuar trabajando, preferentemente, en este grupo para mejorar los resultados.

Nuestro porcentaje de episiotomía, en el año 2006 (28%), está muy por debajo de la media señalada por Melchor¹⁸ para diferentes hospitales que contestaron a una encuesta de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 54,08%. En este trabajo se observa la gran variabilidad que hay en nuestro País, el 13% de los centros están por encima del 75%, el 43% entre el 50-74%, el 32% entre el 30-49% y solo el 10% por debajo del 30%.

Si consultamos al Ministerio de Sanidad¹⁹, en el año 2005, 12 (65%) de las 18 comunidades de las que se tienen datos, estaban por encima del 50%, siendo el valor máximo 70% y el rango oscilaba entre el 32-72%. La situación en España se puede resumir, diciendo que la incidencia es casi el doble de la aconsejada y destaca sobre todo la gran variabilidad que hay entre los diferentes centros.

Hay que destacar que este porcentaje tan bajo de episiotomías, conseguida en nuestro centro, no ha significado un aumento de los desgarros graves, el porcentaje medio de estos ha sido del 1,1%, el test de tendencia no ha sido significativo, prácticamente no ha habido variación a lo largo de los años. Nuestro porcentaje es mucho más bajo de la señalada por Dannecker²⁰, 4,1%, con un uso restrictivo de la episiotomía, pero más alta que la señalada por Eltorkey²¹, 0%, estas cifras serían los valores más extremos. Aunque, en general los porcentajes de desgarros están infraestimados y nosotros no vamos a ser una excepción. Signorello²² señala que aproximadamente el 25% de los desgarros no se diagnostican en el parto, aunque otros autores han señalado incluso cifras superiores, entre el 40-80%, sobre todo si se realiza un parto instrumental^{23,24}.

Así mismo, señalar que la disminución en el porcentaje de episiotomías, no supuso mayor morbilidad neonatal a corto plazo, los test de tendencia de las variables; los test de Apgar menor de 7 al min y a los 5 min, no fueron significativos. Se obtuvieron mejores resultados en la primera variable cuando no se realizaba episiotomía ($X^2 = 50$, $p < 0,001$), aunque estos resultados no se mantuvieron a los 5 min.

Por otro lado, señalar que las posibilidades de presentar un desgarro grave del periné son 3 veces mayores en aquellas mujeres a las que se realiza una episiotomía que en las que no, cifra superior a la señalada por Dannecker¹⁴, que solo encuentra el doble de incidencia en las mujeres con episiotomía.

La importancia que tiene el presentar un desgarro de tercer grado en el parto la resumiremos diciendo que la probabilidad de presentar incontinencia de heces, a las 6 semanas del parto, es casi 3 veces mayor en aquellas mujeres que presentaron un desgarro grave que en la que no lo tuvieron. Aunque, este riesgo disminuye con el tiempo²⁵. Wheeler²⁶ afirma que la incidencia y severidad de la incontinencia fecal es atribuible directamente a la presencia de un desgarro del esfínter en el momento del parto. Desafortunadamente, la mayoría de las mujeres con incontinencia no suelen consultar con su médico²⁷.

No hemos podido estudiar la función sexual después del parto en aquellas mujeres que se realizó una episiotomía, pero Ejergard²⁸ señala que la episiotomía es un factor de riesgo independiente para presentar dispareunia en los 12-18 meses siguientes al parto.

Un aspecto poco estudiado es la relación entre la episiotomía en el primer parto y la incidencia de desgarros graves en el siguiente parto, Alperin²⁹ señala que la incidencia de desgarros graves, en el segundo parto, es del 4,8% cuando se realizó episiotomía, frente al 1,7%, cuando no se realizó episiotomía ($p < 0,001$), otro motivo, para aconsejar un uso restrictivo de la episiotomía. Este artículo, motivó un editorial³⁰ en la prestigiosa revista *Obstetrics and Gynecology* con el sugestivo título, «Great expense for uncertain benefit» (un gran gasto para un beneficio dudoso).

Cunningham³¹ ha señalado las posibles indicaciones para la realización de una episiotomía: pérdida de bienestar fetal, distocia de hombros, parto de nalgas, parto instrumental, occipito-posterior persistente, agotamiento materno, aunque en la mayoría de estas situaciones, la episiotomía puede ser evitada³.

Realizar un parto instrumental, en nuestro centro, tiene mayor morbilidad que un parto eutócico, las posibilidades de presentar patología grave del periné se multiplica por 2,4. Este riesgo se multiplica por más de 6 si se realiza un fórceps en lugar de una ventosa. Esto ya ha sido ampliamente señalado en la bibliografía, como resumen podríamos presentar el trabajo de Demisie, el riesgo de presentar un desgarro del esfínter disminuye un 22% cuando se realiza una ventosa en lugar de un fórceps, pero este riesgo disminuye un 61% cuando comparamos el fórceps con el parto eutócico. Por tanto la morbilidad perineal es siempre menor en un parto eutócico que un parto instrumental y dentro de este último grupo en un parto con ventosa que en un parto con fórceps. La OMS recomienda que si hay que realizar un parto instrumental, la primera opción sea la ventosa, quedando el compromiso fetal y el fracaso de la ventosa como indicaciones para la realización de un fórceps.

Este trabajo tiene puntos fuertes, demostramos que es posible disminuir el porcentaje de episiotomías sin que haya aumento de los desgarros graves ni mayor morbilidad neonatal a corto plazo, lo que se ha conseguido gracias a la implementación de una política de uso restrictivo de la episiotomía entre todos los miembros del equipo de paritorio, pero también tiene puntos débiles, es un trabajo observacional retrospectivo y por tanto más susceptible de presentar sesgos, los datos se han extraído de una base de datos y por tanto susceptible del error humano. Sin duda, como hemos señalado, el porcentaje de desgarros graves está infraestimado, pero tanto para las mujeres con o sin episiotomía y en todo tipo de parto; eutócico o instrumental. Para valorar la relación entre desgarro grave y episiotomía y parto instrumental se ha hecho una regresión logística multivariante, pero no se han valorado otros factores que potencialmente pueden influir en la presencia de un desgarro grave, tales como, duración de la segunda fase del parto, presentación occipito-posterior y maniobra de Kristeller. No sabemos explicar los mejores resultados neonatales a corto plazo cuando no se realiza episiotomía.

En resumen, presentamos la evolución del porcentaje de episiotomías en nuestro centro, en los últimos 7 años, con una política de uso restrictivo se ha disminuido la incidencia

del 40% (año 2003) al 8% en el último año (2009), sin aumento de los desgarros graves de periné ni la morbilidad neonatal a corto plazo. Los principales factores de riesgo de los desgarros graves son la primiparidad, la episiotomía y el parto instrumental y dentro de este el fórceps principalmente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Thacker S, Banta H. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english literature, 1860–1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983;38:322–8.
2. De Lee J. The prophylactic fórceps operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1920:1.
3. Pomeroy R. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primípara? *Am J Obstet Dis Women Child.* 1918:78.
4. Carrera Macia JM, Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal. 3.ª ed. Barcelona: Instituto Universitario Dexeus, Masson; 1996. p. 389–90.
5. Wooley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1995;50:806–35.
6. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996.
7. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Numero 2. Oxford:Update Software.
8. Borello-France D, Burgio K, Richter H. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol.* 2006;108:863–72.
9. Signorello L, Harlow B, Chekos A, Repke J. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:881.
10. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzy R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2004;103:669–73.
11. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy. *JAMA.* 2005;293:2141–8.
12. Weber AM, Meyn L. Episiotomy use in the United States, 1979–1997. *Obstet Gynecol.* 2002;100:1177–82.
13. Bansal RK, Tan WM, Ecker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:897–901.
14. Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sanchez perez JC, Ortiz-Albarin M, Jimenez barragan I, Aguilera Ruiz MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54:101–8.
15. Eckman A, Rannah R, Gannard E, Clemnt MC, Collet G, Coutois L, et al. Evaluations a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2010;39:37–42.
16. Grossett DR, Su RD. Episiotomy practice in a community hospital setting. *J Reprod Med.* 2008;53:803–8.
17. Joshi A, Acharga R. Perineal outcom after restrictive use of episiotomy in primi-gravidas. *J Nepal Med Assoc.* 2009;48:269–72.

18. Melchor JC, Bartha JL, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:559-63.
19. Estrategia de atención al parto normal. Observatorio salud de la mujer. Ministerio de sanidad y política social [acceso 20 May 2010; consultado 20 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategia-PartoEnero2008.pdf>
20. Dannecker C, Hillermanns S, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: Randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:364-8.
21. Eltorkey MM, Nuaim MA. Episiotomy, elective or selective: a report a random allocation trial. *J Obstet Gynaecol*. 1994;14:317-20.
22. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ*. 2000;320:86-90.
23. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve the diagnosis of third degrees tears. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;101:19-21.
24. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*. 1993;329:1905-11.
25. Borrello-France D, Burgio KL, Richter HE. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*. 2006;108:863-72.
26. Wheeler TL, Richter H. Delivery method, anal sphincter tears and fecal incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;28:1-8.
27. Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J. Anal and urinary incontinence in women obstetric anal sphincter rupture. *Br J Obstet Gynecol*. 1996;103:1034-40.
28. Ejegard H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest*. 2008;66:1-7.
29. Alperin M, Krohn M, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetrics laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1274-8.
30. Chescheir NC. Great expense for uncertain benefit. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1264-5.
31. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, editores. *Williams obstetrics*. 21st ed. New York: Mc Graw-Hill; 2001. p. 326-9.