

414 **B. Herrera**
A. Gálvez

Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias

Matrona. Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. Jaén. España.

Correspondencia:

A. Gálvez Toro.
Dr. Luzón 12, 2.º derecha. 23007 Jaén. España.
Correo electrónico: atoro@telefonica.net

Fecha de recepción: 2/2/04
Aceptado para su publicación: 2/7/04

Selective episiotomy: a practice change based on clinical evidences

RESUMEN

Objetivo: Evaluar un cambio de política de episiotomía selectiva en partos eutócicos en un paritorio donde se realizaba una política sistemática.

Sujetos y métodos: Se seleccionaron todos los partos asistidos en el paritorio del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) durante el período comprendido entre 1998 y 2003. La fuente de datos fue el "Libro de partos", y las variables seleccionadas fueron el tipo de terminación del parto, la edad gestacional, el peso del recién nacido, el índice de Apgar al minuto y a los 5 minutos, el tipo de lesión perineal, la episiotomía, el tipo de profesional asistente, la paridad y la educación maternal. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y un estudio de asociación entre las variables seleccionadas.

Resultados: En el año 1998 se realizó episiotomía en el 77,6% de los partos, mientras que en 2003 fue del 34,2%. La práctica de episiotomía se asoció con la paridad y con el tipo de profesional asistente. La reducción en el número de episiotomías no tuvo repercusión en el test de Apgar al minuto y a los 5 minutos. En números absolutos, la reducción en el número de episiotomías aumenta el número de perinés íntegros o con lesiones leves (107 perinés íntegros en 1998 frente a 329 en 2003).

Conclusiones: Una política de episiotomía selectiva es segura y reporta más beneficios que perjuicios. No obstante, el cambio de una práctica sistemática a otra selectiva se produce con lentitud, ya que requiere un re-aprender de los profesionales.

PALABRAS CLAVE

Parto. Segunda fase del trabajo de parto. Episiotomía. Matrona. Enfermeras especialistas en obstetricia. Nacimiento. Índice de Apgar.

ABSTRACT

Objective: To evaluate a change in policy from systematic episiotomy to selective use of this technique during normal deliveries in a labor ward.

Subjects and methods: All the deliveries performed in the labor ward of San Juan de la Cruz Hospital (Jaén, Spain) from 1998 to 2003 were selected. Data was obtained from the labor and delivery register and the following variables were analyzed: delivery outcome, gestational age, infant birth weight, Apgar score at 1 and 5 minutes, perineal muscular damage after birth, episiotomy, type of obstetric staff delivering the neonate, parity, and maternal antenatal birth preparation.

A descriptive analysis of the data was performed and the association among the selected variables was studied.

Results: Episiotomies were performed in 77.6% of the deliveries in 1998 and in 34.2% of those in 2003. The practice of episiotomy was related to the patient's parity and the type of staff in attendance. Reducing the episiotomy rate had no effect on Apgar scores at 1 and 5 minutes. In absolute figures, the reduction in the episiotomy rate increased the number of intact perineae and those with mild damage (107 intact perineae in 1998 versus 329 in 2003).

Conclusions: A policy of selective episiotomy is not only safe but also produces more benefits than harm. Nevertheless, the change from systematic episiotomy to selective use of this technique is produced slowly since it requires retraining of the midwifery and medical staff.

KEY WORDS

Labor. Second labor stage. Episiotomy. Midwife. Nurse midwives. Birth. Apgar score.

INTRODUCCIÓN

Desde hace 2 décadas la literatura científica apoyada en la investigación clínica ha mostrado que en la práctica cotidiana se realizan procedimientos que no tienen un apoyo científico y cuyo uso no está demostrado o bien está contraindicado, a pesar de lo cual siguen vigentes^{1,2}. En obstetricia hay muchos ejemplos³, como el uso rutinario del enema⁴, el uso sistemático de la episiotomía en partos eutócicos⁵⁻⁸ o la monitorización cardiotocográfica continua⁹.

También sabemos que, a pesar de la existencia de recomendaciones claras sobre la práctica, la conducta clínica no es fácil de modificar^{1,2}. Y aquí entran en juego multitud de limitantes socioculturales, personales, profesionales y organizacionales de los que no vamos a tratar. Tantas son las barreras, que se tiende a pensar que no es posible una gestión de la práctica clínica desde una racionalidad basada en la investigación y, por tanto, que la realidad es obs-

tinada al cambio¹⁰. Éste es el caso concreto del uso de la episiotomía en España. Distintos estudios observacionales han comunicado datos que sitúan la prevalencia de episiotomía en partos eutócicos entre el 70 y el 90%¹¹. Carroli y Belizan han dado a esta práctica el nombre de "política sistemática de episiotomía"⁵.

Gálvez et al¹² (2000) mostraron que en los hospitales de Granada la proporción de episiotomías era del 76,58% en partos asistidos por matronas; Pisa Latorre et al¹³ (1999) encontraron que en el Hospital Virgen del Rocío las matronas practicaban un 56,8% de episiotomías; Domínguez et al (1999), en el Hospital de Málaga, observaron una frecuencia del 69,24%, y Martínez García et al¹⁴ (1998), en Alicante, hallaron un 87,7% de episiotomías practicadas a mujeres en la finalización de los partos. En la asistencia hospitalaria española se desarrolla una política sistemática de episiotomía¹⁵. Así, a pesar de que tenemos pruebas sólidas que demuestran que su uso sistemático es una práctica inadecuada⁵⁻⁸, en nuestra bibliografía científica no hay constancia del desarrollo de programas de implementación para reducir la prevalencia de la episiotomía. Está muy claro *qué* es lo correcto, pero la complejidad de las barreras hace difícil discernir *cómo* cambiar lo que se lleva haciendo "desde siempre".

La clásica revisión sistemática de Carroli y Belizan⁵ muestra que hay evidencias que apoyan el uso selectivo de la episiotomía frente al uso rutinario tanto en el caso de nulíparas como de múltiparas; que el uso selectivo de la episiotomía supone un menor riesgo de lesiones del periné posterior, menores complicaciones en la curación y cicatrización de las lesiones a los 7 días y un menor consumo de suturas; y que el uso sistemático o selectivo de la episiotomía muestra una incidencia similar de lesiones graves de vagina y periné, dolor, dispareunia e incontinencia urinaria.

Algunos de los motivos que argumentan los profesionales para justificar el uso rutinario de episiotomía son mitos^{5,16-18}. No tiene efecto en la prevención de desgarros perineales graves, por cuanto estas lesiones se asocian al uso de fórceps, a la primiparidad, al feto macrosoma de más de 4 kg y a la presentación occipitoposterior^{5,6}. Tampoco tiene efectos sobre el suelo pélvico y sobre la incontinencia urinaria 3 años después del parto¹⁸. El estudio mediante electromiografía del suelo pélvico a los 3 meses

416 del parto muestra que en las mujeres primíparas con el periné íntegro y en las mujeres sometidas a cesárea el suelo pélvico es más fuerte y se recupera con mayor rapidez que en las que se realizó episiotomía¹⁸. La denervación de los músculos del periné está asociada con la fuerza e intensidad de la segunda fase del trabajo de parto y el peso del recién nacido, y no con la práctica de episiotomía o los desgarrros¹⁸.

Ante estas evidencias, el equipo de profesionales responsables de la atención al parto eutócico del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén, España) decidió implementar en la práctica cotidiana las recomendaciones sobre el uso de la episiotomía. El objeto era transformar una política sistemática en otra selectiva y evaluar si los efectos descritos en la bibliografía científica se correspondían con los resultados obtenidos por nuestro equipo y, por tanto, si el uso selectivo es un indicador de calidad de la atención al parto cuyos beneficios para la mujer y para el recién nacido son mayores que los perjuicios, lo que mostraría que el uso indiscriminado de la episiotomía configura una innecesaria agresión a la mujer.

MÉTODOS

Diseño, emplazamiento y participantes

Se trata de un estudio de evaluación de resultados de implementación a lo largo del tiempo de una política de episiotomía selectiva en un servicio de partos donde se practicaba una política sistemática. Se utilizó un diseño retrospectivo exploratorio que incluyó el estudio de todos los partos atendidos en el paritorio del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda durante el período comprendido entre los años 1998 y 2003.

El Hospital San Juan de la Cruz es un hospital general básico cuyo centro de especialidades de referencia es el Hospital Ciudad de Jaén (Jaén, España). La dotación de personal asignado al paritorio ha cambiado a lo largo del período de estudio. Normalmente hay 2 matronas durante las 24 h para atender las urgencias de tocología y el paritorio; 2 auxiliares de 8.00-22.00 h y 1 de 22.00-8.00 h, y 1 enfermera en sustitución de 1 de las 2 matronas en situaciones excepcionales de falta de personal.

Siempre hay un ginecólogo responsable del paritorio y un segundo de apoyo, ya sea en situación de guardia localizada entre las 15.00 y las 8.00 h (las 24 h en días festivos y fines de semana), ya sea de presencia física entre las 8.00 y las 15.00 h.

Variables y recogida de datos

La recogida de datos se hizo a partir de un documento denominado "Libro de partos", que sirve de registro de actividad del servicio de paritorio. Incluyó el período comprendido entre los años 1998 y 2003.

Las variables seleccionadas fueron: tipo de terminación del parto, edad gestacional, peso del recién nacido, índice de Apgar al minuto y a los 5 minutos, tipo de lesión perineal, episiotomía y tipo de profesional asistente para el período 1998-2003, a lo que se añadieron las variables paridad y educación maternal para los años 1998, 1999 y 2003. Los datos de cada una de las variables se agruparon en categorías, según indica la tabla 1.

Análisis de datos, pruebas estadísticas y errores sistemáticos

Se realizó un análisis descriptivo general de todas las variables seleccionadas con objeto de poder circunscribir adecuadamente el contexto del cambio de práctica en relación al uso de evidencias sobre la práctica de episiotomía.

Con posterioridad se hizo un análisis centrado en determinar las características del cambio de práctica –reducción del número de episiotomías– a lo largo del período de estudio, y su relación con el resto de variables recolectadas. Para ello se creó una nueva base de datos basada en 2 criterios de inclusión: partos de terminación eutócica y partos asistidos por matronas. Se usaron estos criterios debido a que los médicos especialistas en obstetricia y ginecología normalmente asisten partos instrumentales, que siempre se acompañan de episiotomía, y cesáreas.

El análisis estadístico se centró en el estudio de la asociación entre la variable tipo de lesión perineal y el uso de la episiotomía, y las variables edad gestacional, paridad, peso del recién nacido, índice de Apgar, tipo de profesional asistente y educación ma-

Tabla 1 Variables y categorías de agrupación

| Variable | Categorías de agrupación |
|-------------------------------|--|
| Tipo de terminación del parto | (1) Eutócico, (2) Instrumental, (3) Cesárea |
| Edad gestacional | (1) Pretérmino, (2) A término, (3) Postérmino |
| Paridad | (1) Nulípara, (2) Primípara, (3) Multípara |
| Peso del recién nacido | (1) < 2.500 g, (2) 2.500-3.500 g, (3) > 3.500 g |
| Apgar del recién nacido | (1) 0-3, intensamente deprimido, (2) 4-6, moderadamente deprimido, (3) 7-10, estado satisfactorio |
| Tipo de lesión perineal | (1) Episiotomía, (2) Desgarros de primer grado, (3) Desgarros de segundo grado, (4) Desgarros graves, (5) Periné íntegro |
| Episiotomía | (1) Sí, (2) No |
| Tipo de profesional asistente | (1) Médico, (2) Matrona formada desde 1995, (3) Matrona formada antes de 1990, (4) Partos extrahospitalarios |
| Educación maternal | (1) Sí, (2) No |

ternal. Este análisis se hizo considerando la serie cronológica completa y cada año individualmente cuando se observó la existencia de asociación estadística entre 2 variables. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la χ^2 de Sperman, el coeficiente de incertidumbre y la Tau-b de Kendall para variables ordinales cuando la primera no verificaba las condiciones de validez. También se utilizó la regresión simple para conocer el comportamiento de unas variables frente a otras. En todos los casos el intervalo de confianza fue del 95%, y los casos perdidos se excluyeron de los cálculos.

La fuente de datos utilizada presentaba un sesgo de no cumplimentación que afectaba de manera sistemática a las variables seleccionadas, pero no a los hallazgos resultantes del análisis. El porcentaje de no cumplimentación por variable fue: tipo de terminación, 0%; edad gestacional, 3,48%; paridad, 15,59%; peso del recién nacido, 2,02%; Apgar al minuto, 0,50%; Apgar a los 5 minutos, 0,59%; tipo de lesión perineal, 3,77%; tipo de profesional asistente, 0,33%; y educación maternal, 22,49%.

RESULTADOS

Resultados obstétricos y perinatales

Durante los 6 años de estudio se registraron 9.121 partos (1.520 \pm 124 partos/año) y 9.216 nacimientos. Por su terminación, el 75,5% fue eutócico, el 7,4% instrumental y el 17,2% por cesárea (tabla 2). Del total de partos eutócicos (n = 6.885), el 93,8% fue

atendido por matronas y los restantes fueron atendidos por ginecólogos o fueron partos extrahospitalarios.

Por la edad gestacional, el 93,1% de los nacimientos fue a término (n = 8.263), el 6,1% pretérmino (n = 572) y el 0,4% postérmino (n = 36). Atendiendo a la paridad de la mujer (años 1998, 1999 y 2003), se asistió a un 43,4% (n = 1.707) de nulíparas, un 40,6% (n = 1.598) de primíparas y un 16% (n = 631) de multíparas. Para los años 1998, 1999 y 2003, el 47,1% (n = 1.703) de las mujeres asistió a educación maternal, mientras que el restante 52,9% (n = 1.911) no asistió.

El 65,3% (n = 5.954) de los recién nacidos tuvo un peso al nacer de 2.500-3.500 g, el 29,1% (n = 2.651) pesó más de 3.500 g, y el 5,6% (n = 514), menos de 2.500 g. El Apgar al minuto de vida fue satisfactorio (7-10) en el 96,1% (n = 8.724) de los nacimientos, moderadamente deprimido (4-6) en el 2,6% (n = 239) e intensamente deprimido (0-3) en el 1,2% (n = 112), de los cuales 49 eran atribuibles a muerte intraútero anteparto, 2 a prolapso de cordón y 1 a malformaciones congénitas incompatibles con la vida. El Apgar a los 5 minutos fue satisfactorio en el 98,9% (n = 8.969) de los recién nacidos, en el 0,4% (n = 33) fue moderadamente deprimido, y en el 0,7% (n = 65), intensamente deprimido.

Uso de episiotomía

Teniendo en cuenta los partos asistidos por matronas y de terminación eutócica (n = 6.458; 70,80%

Tabla 2 Distribución de los partos por su terminación entre los años 1998-2003

| Terminación/año | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | Total |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Eutócico | 1.173 76,50% | 1.261 75,20% | 1.169 74,70% | 1.055 73,90% | 1.127 76,90% | 1.100 75,70% | 6.885 75,50% |
| Instrumental | 140 9,10% | 130 7,80% | 105 6,70% | 111 7,80% | 99 6,80% | 86 5,90% | 671 7,40% |
| Cesárea | 221 14,40% | 285 17,00% | 290 18,50% | 262 18,30% | 240 16,40% | 267 18,40% | 1.565 17,20% |
| Total | 1.534 100,00% | 1.676 100,00% | 1.564 100,00% | 1.428 100,00% | 1.466 100,00% | 1.453 100,00% | 9.121 100,00% |

Tabla 3 Evolución del uso de episiotomía en partos eutócicos asistidos por matronas en el período 1998-2003

| Año | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | Total |
|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Episiotomía | 650 77,60% | 762 68,30% | 656 57,50% | 575 56,30% | 604 55,70% | 359 34,20% | 3.606 57,70% |
| No episiotomía | 188 22,40% | 354 31,70% | 484 42,50% | 446 43,70% | 481 44,30% | 691 65,80% | 2.644 42,30% |
| Total | 838 100,00% | 1.116 100,00% | 1.140 100,00% | 1.021 100,00% | 1.085 100,00% | 1.050 100,00% | 6.250 100,00% |

de todos los partos), la frecuencia media de episiotomía fue del 57,7% para el período estudiado. El análisis por años reveló una progresiva reducción del número de episiotomías entre 1998 y 2003, de tal modo que en el primer año de análisis se realizó un 77,6%, y en el último, un 34,2% (tabla 3).

Frecuencia de episiotomía y profesional asistente

En la figura 1 se observa una reducción progresiva del número de episiotomías equivalente al 7,34% anual, según el ajuste a un modelo de regresión lineal ($y = -7,3486x + 83,92$; $R^2 = 0,8858$; 1 gl; $F = 31,022$; $p < 0,05$). Dicha reducción tiene un comportamiento diferente atendiendo al tipo de profesional asistente. En el caso de las matronas formadas antes de 1990, la ecuación de la recta ($y'' = 5,3057x + 14,08$; 1 gl; $R^2 = 0,8828$; $F = 23,813$; $p < 0,05$) indica que el decremento en el número de episiotomías fue del 5,3% anual, mientras que en las matronas formadas a partir de 1995 el decremento anual fue del 7,84% ($y' = 7,8429x + 19,333$; 1 gl; $R^2 = 0,8562$; $F = 30,140$; $p < 0,05$). En el año 2003 se realizó un 43,4% menos de episiotomías que en 1998.

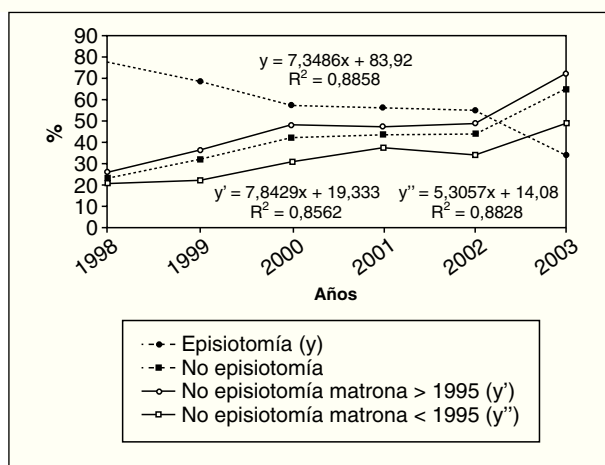


Figura 1. Evolución y tendencia del uso de episiotomía entre 1998-2003 (%).

Resultados perineales y frecuencia de episiotomía

El estudio de la asociación entre el incremento del número de partos sin episiotomía (tabla 4) y los desgarros de segundo grado se realizó a través de un modelo de regresión simple ($y = 0,338x + 0,996$;

Tabla 4 Resultados perineales en los partos atendidos sin episiotomía y su evolución en el período 1998-2003

| <i>Lesión perineal</i> | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | Total |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Desgarro de primer grado | 63 33,70% | 98 28,90% | 165 35,80% | 139 32,40% | 166 34,80% | 191 28,00% | 822 31,90% |
| Desgarro de segundo grado | 17 9,10% | 48 14,20% | 85 18,40% | 73 17,00% | 79 16,60% | 157 23,10% | 459 17,80% |
| Desgarro grave | – | 1 0,30% | 3 0,70% | 1 0,20% | 2 0,40% | 4 0,60% | 11 0,40% |
| Periné íntegro | 107 57,20% | 192 56,60% | 208 45,10% | 216 50,30% | 230 48,20% | 329 48,30% | 1.280 49,70% |
| Total | 187 100,00% | 339 100,00% | 461 100,00% | 429 100,00% | 477 100,00% | 681 100,00% | 2.574 100,00% |

Tabla 5 Efecto de la paridad sobre la práctica de episiotomía según el tipo de formación de la matrona en los años 1998, 1999 y 2003

| <i>Paridad Asistente</i> | <i>Nulípara</i> | | <i>Primípara</i> | | <i>Múltipara</i> | |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| | <i>Matrona antes 1990</i> | <i>Matrona después 1995</i> | <i>Matrona antes 1990</i> | <i>Matrona después 1995</i> | <i>Matrona antes 1990</i> | <i>Matrona después 1995</i> |
| Episiotomía | 374 86,80% | 380 64,00% | 340 70,20% | 250 41,20% | 91 42,30% | 63 26,50% |
| No episiotomía | 57 13,20% | 214 36,00% | 144 29,80% | 357 58,80% | 124 57,70% | 175 73,50% |
| Total | 431 100,00% | 594 100,00% | 484 100,00% | 607 100,00% | 215 100,00% | 238 100,00% |

$R^2 = 0,971$; 1 gl; $F = 133,315$; $p < 0,000$), donde el aumento de la frecuencia anual de los desgarros de segundo grado se asoció con una reducción de la frecuencia de episiotomía. Cada incremento anual de un 10% de partos sin episiotomía supuso un incremento del 4,37% de desgarros de segundo grado y un decremento de igual orden del número de desgarros de primer grado y de integridad perineal ($y = -0,353x + 99,298$; $R^2 = 0,965$; 1 gl; $F = 110,870$; $p < 0,000$).

Peso, edad gestacional, paridad, educación maternal y uso de episiotomía

El estudio de la relación entre el peso al nacimiento y la práctica de episiotomía no mostró relación estadística ($\chi^2 = 3,778$; 2 gl; NS). No se observó relación estadística entre la edad gestacional en el momento del parto y el uso de episiotomía ($\chi^2 = 0,295$; 2 gl; NS).

La frecuencia de uso de episiotomía muestra relación con la paridad ($\chi^2 = 216,274$; 2 gl; sig 0,000), de tal modo que se practicó episiotomía en el 73,6% de las mujeres nulíparas, en el 54,1% de las primíparas y en el 34,0% de las múltiparas. Dicha distribución cambia con los años. En 1998, en el 94,7% de las nulíparas se practicó episiotomía, mientras que en el año 2003 fue del 48,7%. En todos los casos, en los partos asistidos por matronas formadas después de 1995 se realizaron menos episiotomías (tabla 5).

El estudio de asociación entre educación maternal y práctica de episiotomía durante los años 1998, 1999 y 2003 mostró una relación estadística ($\chi^2 = 9,238$; 1 gl; sig 0,002). A las mujeres que asistieron a educación maternal se les realizó un mayor número de episiotomías (61,4%) frente a las que no asistieron (55,2%). Esta asociación se puede explicar a través de la diferencia de paridad entre ambos grupos –asistentes y no asistentes–: entre las mujeres asistentes a educación maternal el 46,8% eran nulíparas, el 40,5 primíparas y el 12,7% múltiparas, mientras

Tabla 6 Evolución del índice de Apgar al minuto y a los 5 minutos en partos eutócicos atendidos por matronas en el período 1998-2003

| Año | 1998 | | 1999 | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | Total | |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | A 1' | A 5' | A 1' | A 5' | A 1' | A 5' | A 1' | A 5' | A 1' | A 5' | A 1' | A 5' | A 1' | A 5' |
| 0-3 Intensamente deprimido | 8 | 5 | 13 | 9 | 7 | 6 | 11 | 8 | 9 | 9 | 4 | 3 | 52 | 40 |
| 4-6 Moderadamente deprimido | 0,90% | 0,60% | 1,10% | 0,70% | 0,60% | 0,50% | 1,10% | 0,80% | 0,80% | 0,80% | 0,40% | 0,30% | 0,80% | 0,60% |
| 7-10 Satisfactorio | 15 | 1 | 17 | 1 | 25 | 1 | 11 | 2 | 8 | 1 | 9 | 1 | 85 | 7 |
| | 1,70% | 0,10% | 1,40% | 0,10% | 2,20% | 0,10% | 1,10% | 0,20% | 0,70% | 0,10% | 0,80% | 0,10% | 1,30% | 0,10% |
| | 868 | 885 | 1.183 | 1.204 | 1.120 | 1.145 | 1.006 | 1.018 | 1.077 | 1.083 | 1.050 | 1.059 | 6.304 | 6.394 |
| | 97,40% | 99,30% | 97,50% | 99,20% | 97,20% | 99,40% | 97,90% | 99,00% | 98,40% | 99,10% | 98,80% | 99,60% | 97,90% | 99,30% |
| Total | 891 | 891 | 1.213 | 1.214 | 1.152 | 1.152 | 1.028 | 1.028 | 1.094 | 1.093 | 1.063 | 1.063 | 6.441 | 6.441 |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

que entre las no asistentes el 33,0% eran nulíparas, el 43,8% primíparas y el 23,2% múltiparas. La asistencia a educación maternal entre las nulíparas no tuvo efecto en el uso o no de episiotomía ($\chi^2 = 1,492$; 1 gl; NS 0,222).

Apgar al nacimiento y uso de episiotomía

El índice de Apgar (tabla 6) al minuto del nacimiento no mostró asociación con la variable tiempo ($\chi^2 = 17,674$; 10 gl; NS 0,061). El Apgar a los 5 minutos no mostró cambios significativos a lo largo del tiempo de estudio (Tau-b de Kendall = 0,05; T = 0,455; NS 0,649).

La práctica de episiotomía no mostró relación con el valor del índice de Apgar al minuto ($\chi^2 = 1,760$; 2 gl; NS 0,415) ni a los 5 minutos (CI = 0,001; T = 0,810; NS 0,278).

DISCUSIÓN

Por su terminación, la asistencia al parto en el Hospital San Juan de la Cruz muestra un nivel medio de intervencionismo, ya que entre el 70-80% de los partos tienen una terminación normal¹⁹ y la prevalencia de cesáreas está por debajo de la media andaluza^{20,21}. Se observa, no obstante, una tendencia al incremento del número de cesáreas en sustitución de partos instrumentales, manteniéndose en el citado rango la terminación eutócica.

En el año 1998 en nuestro hospital se desarrollaba una política de episiotomía sistemática, pero a

partir de 1999, tras el consenso del equipo de trabajo, se produjo una progresiva reducción, hasta alcanzar una prevalencia análoga a los estándares propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 30% de episiotomías en partos eutócicos. La posibilidad del cambio de política estuvo condicionada por 4 hechos: *a)* el aumento en la plantilla del número de matronas formadas en los nuevos programas de formación adaptados a la directiva europea CEE 80/155 y desarrollados a partir del Real Decreto 1017/1991 de 28 de junio, *b)* la difusión entre el personal de las recomendaciones del Grupo Técnico de Trabajo de la OMS en su edición de 1996 sobre los cuidados en el parto normal –en el que la episiotomía sistemática aparece definida como práctica que a menudo se utiliza inadecuadamente–, *c)* una actitud abierta al cambio basado en el conocimiento, y *d)* un equipo de médicos habituados a tomar decisiones basadas en evidencias.

El uso de episiotomía en nuestro medio está influenciado por la formación del profesional asistente. Las matronas formadas antes de 1990 y que recibieron el título de asistente obstétrico han mostrado mayor resistencia a la reducción del uso de episiotomías, por lo que el decremento ha sido más lento. Las matronas formadas a partir de 1995 en las nuevas unidades docentes de matronas y que recibieron el título de especialistas en obstetricia y ginecología muestran una conducta más favorable al cambio, que se manifiesta por un decremento en el uso de la episiotomía de 2 puntos porcentuales anuales por encima que las primeras. Esta diferencia es una respuesta normal a la experiencia profesional de cada grupo de matronas. Las matronas formadas

antes de 1990 fueron educadas en un modelo racional-tecnológico basado en la medicalización del parto y en el intervencionismo, mientras que las matronas formadas después de 1995 responden más a un modelo científico de cuestionamiento de la práctica tecnocéntrica que hace del parto una enfermedad. El cambio de práctica, por ello, depende de un trasvase de paradigma asistencial –una cuestión de pensamiento y creencias, dudar sobre lo que se ha venido haciendo desde siempre y de sus justificaciones–, a la vez que requiere una experiencia aplicada dentro del nuevo modelo –una cuestión que implica hacer cosas diferentes–, esto es, un aprendizaje. Este proceso –pensamiento y acción: la toma de conciencia de los beneficios del cambio y la aplicación del cambio– requiere un período de adaptación del profesional que en nuestro caso ha sido de 6 años, similar a la experiencia del Royal Women's Hospital²². Experiencias basadas en la imposición de políticas selectivas de episiotomía a profesionales acostumbrados a realizar episiotomía sistemática han producido resultados desastrosos, con un aumento importante de las lesiones perineales graves²³.

La práctica de episiotomía selectiva produce un aumento del número de lesiones perineales leves o de integridad perineal, aunque porcentualmente aumentan los desgarros de segundo grado, un tipo de lesión perineal similar a la episiotomía. Así, por ejemplo, en 1999 hubo 192 terminaciones con el periné íntegro, mientras que en 2003 esta cifra ascendió a 329. Una política selectiva de episiotomía reduce las lesiones perineales y la necesidad de suturas^{5,6,8,16}.

Tal y como señala la bibliografía científica, el uso o no de episiotomía no está condicionado por el peso del recién nacido ni por la edad gestacional al nacimiento^{4,14,16,22}. La paridad sí es un factor determinante y, en la práctica, las mujeres que paren por primera vez tienen un mayor riesgo de que se les realice episiotomía que el resto de gestantes^{24,25}, con diferencias de entre el 20 y el 95%. Considerando todo el período de estudio, podría afirmarse que en las mujeres nulíparas la episiotomía se realiza con una frecuencia que oscila entre el 86,8% entre las

matronas formadas antes de 1990 y el 64% en las formadas después de 1995. No obstante, el estudio por años indica una reducción progresiva del número de episiotomías, pasando de una política sistemática con una prevalencia superior al 90% en 1998, a otra selectiva con una prevalencia inferior al 50%, resultado que nos aproxima a una práctica deseable y nos aleja de las políticas sistemáticas características de la atención obstétrica española.

El índice de Apgar no ha demostrado diferencias significativas entre la política sistemática de episiotomía que se realizaba en nuestra unidad en los años 1998-1999 y la práctica selectiva de los años siguientes. Este hallazgo, respaldado por otros estudios^{5,24,26}, es especialmente importante para los clínicos asistentes por cuanto que apoya la idea de que en partos eutócicos con fetos con un adecuado bienestar fetal, la actitud expectante que requiere el descenso de la presentación no repercute negativamente en la vitalidad del recién nacido.

Los resultados de implementación de este estudio muestran que es posible realizar un cambio en la práctica conforme a las recomendaciones de la bibliografía científica^{3,5}, siempre y cuando se tenga en cuenta que para ello es preciso contar con un consenso del equipo de profesionales vinculados con el cambio, un replanteamiento de la práctica cotidiana frente a la recomendada, una actitud favorable, una monitorización continua del proceso, una reeducación profesional y el tiempo necesario para experimentar los beneficios del cambio. Gracias a la confluencia de estos elementos, la asistencia al parto en nuestro servicio ha dejado de parecerse a la práctica cotidiana de los paritorios españoles y de centros tecnocéntricos, para aproximarse a la de países que han reducido la medicalización del parto.

Hay que reseñar que la reducción del número de episiotomías observada en nuestro servicio es simplemente la punta del iceberg de un cambio más profundo que afecta a la actitud profesional frente al proceso de parto y que implica una conducta menos intervencionista, más paciente y expectante, que proporciona mayor libertad de acción a la mujer y la transforma en protagonista de primer orden.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. 1.ª ed. Londres: Churchill Livingstone, 1997.
2. Gray M. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. 1.ª ed. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
3. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS, 1999. Disponible en: <http://www.WHO/FRH/MSM>
4. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas en el trabajo de parto. Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
5. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal. Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
6. Lede R, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1399-402.
7. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;42:1517-8.
8. Thacker S, Banta D. Benefits and risk of episiotomy: an interperative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:322-38.
9. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
10. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. 1.ª ed. Granada: Index de Enfermería, 2001.
11. Romero Martín J, De Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Prof* 2002;8:33-9.
12. Gálvez Toro A, Fernández-Villamil Menéndez M, Sánchez Borja M. Prevalencia de la episiotomía en los hospitales Materno-infantil y Clínico de Granada. *Enfermería Científica* 2000;222-3:53-8.
13. Pisa Latorre L, Idígoras Hurtado J, Ruiz Plaza JM. Influencia de la educación maternal en la incidencia de lesiones del suelo pélvico. Estudio en el área sanitaria del Hospital Virgen del Rocío. *Metas de Enfermería* 1999;19:37-42.
14. Martínez García E, Rey Merino MJ, Bouzán San Martín ML. La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización. *Enfermería Clínica* 1998;xx:81-6.
15. Gálvez Toro A. Recomendaciones sobre la práctica de la episiotomía. *Enfermería Clínica* 2000;10:133-4.
16. Sleep J, Grant AM, García J, Elbourne DR, Spencer JAD, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984;289:587-90.
17. Tomasso G. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 2002;62:115-21.
18. Handa Victoria L, Harris Toni A, Ostergard Donald R. Protecting the pelvic floor: obstetrics management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1996;88:470-8.
19. Oliver MI, Aceituno L. Asistencia al parto normal. *BAAM* 2003;11:1-6.
20. Vergara F, Abel F, Álvarez D, Coll C, Cuadrado C, González-Merlo J, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:46-55.
21. Junta de Andalucía. Memoria de Actividad del Servicio Andaluz de Salud 2002. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2003.
22. East C, Webster J. Episiotomy at the Royal Women's Hospital, Brisbane: a comparison of practice in 1986 and 1992. *Midwifery* 1995;11:195-200.
23. Low LK, Seng JS, Murthland TL, Oakley D. Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. *J Midwifery Womens Health* 2000;45:87-93.
24. Röckner G, Ölund A. The use of episiotomy in primiparas in Sweden. A descriptive study with particular focus on two hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:325-30.
25. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002;324:945-6.
26. Woodley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980. Part II. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:821-3.