Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2020 marzo;88(3):139-145.

Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel

Frequency of episiotomy in a third-level hospital.

Noel Roig-Marín,[1] María Asunción Quijada-Cazorla,[2] Manuela Sala-Ferichola,[2] Ana María Palacios-Marqués,[1,2] Dulce Marín-Tordera[2]

Resumen

OBJETIVO: Determinar la frecuencia y correlación de las episiotomías y desgarros en pacientes con parto eutócico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo efectuado en el Hospital General Universitario de Alicante en dos periodos: *1)* 2008-2012 y *2)* 2013-2018. Se incluyen los partos eutócicos de embarazos únicos, a término, en presentación cefálica. Variables de estudio: episiotomía, desgarro, edad, semanas de embarazo, paridad, inducción del parto, cesárea anterior, analgesia regional, peso y sexo del recién nacido. Los resultados se expresan en porcentaje, coeficiente de correlación y las variables implicadas con razón de momios (RM).

RESULTADOS: La tasa de episiotomía entre el periodo 1 *vs* el 2 disminuyó de manera muy importante: de 42.3 a 32.8%; [p < 0.001; RM: 0.81 (0.78-0.84)]. En cambio, el porcentaje de desgarros aumentó: de 42.7 a 50.8%; (p < 0.001; RM: 1.16[1.13-1.20]). El coeficiente de correlación fue de -0.91. Uno de los factores de riesgo asociados con la episiotomía fue la edad menor de 35 años, con RM de 1.25; IC95%: 1.16-1.35; p < 0.001, pero fue un factor protector de desgarros con RM de 0.76; IC95%: 0.71-0.81; p < 0.001.

CONCLUSIONES: La tendencia de la episiotomía es decreciente, mientras que la de desgarro es inversamente proporcional. No se encontraron diferencias en la tasa de desgarro de III y IV grado.

PALABRAS CLAVE: Episiotomía; desgarro; embarazo único; presentación cefálica; paridad; factores de riesgo; cesárea; inducción del parto.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the frequency and correlation of episiotomies and tears of patients with eutocic deliveries.

MATERIALS AND METHODS: Observational and retrospective study carried out at the Hospital General de Alicante, Spain, in two periods: *1)* 2008-2012 and *2)* 2013-2018. Eutocic deliveries of single pregnancies, at term, in cephalic presentation are included. Study variables: episiotomies, tear, age, weeks of pregnancy, parity, labor induction, previous caesarean section, regional analgesia, weight and sex of the newborn. The results are expressed as a percentage, correlation coefficient and the variables involved with odds ratio.

RESULTS: The episiotomy rate between period 1 vs. 2 decreased very significantly: 42.3% *vs* 32.8%; [p <0.001; OR: 0.81 (0.78-0.84)]. In contrast, the percentage of index tears: 42.7% *vs* 50.8%; (p <0.001; OR: 1.16 [1.13-1.20]). The correlation coefficient was -0.91. Regarding risk factors associated with episiotomy, one of them was the age under 35 years with an OR (95% CI): 1.25 (1.16-1.35; p <0.001), but it was a OR protective factor (95% CI): 0.76 (0.71-0.81; p <0.001) for the appearance of tears.

CONCLUSIONS: The tendency in the realization of episiotomies is decreasing, while the tendency of the appearance of tears is inversely proportional. No differences were found in the tear rate of III and IV grade.

KEYWORDS: Epssiotomy; Tear; Single pregnancies; Cephalic presentation; Parity; Risk Factors; Cesarean Section; Labor induction.

[1] Universidad Miguel Hernández, Campus de San Juan, España.
[2] Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Alicante, España.

Recibido: noviembre 2019

Aceptado: diciembre 2019

Correspondencia
Noel Roig Marín
noelroigiesplayasanjuan@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Roig-Marín N, Quijada-Cazorla MA, Sala-Ferichola M, Palacios-Marqués AM, Marín-Tordera D. Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel. Ginecol Obstet Mex. 2020 marzo;88(3):139-145.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3715

ANTECEDENTES

Los argumentos en favor de la práctica rutinaria de la episiotomía han cambiado a lo largo de los años debido a que existe evidencia contradictoria de los efectos de esta técnica.[1,2]

El objetivo de este estudio fue: determinar la frecuencia y correlación de la episiotomía y el desgarro en pacientes con parto eutócico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo efectuado en el Hospital General Universitario de Alicante en dos periodos: *1)* 2008-2012 y *2)* 2013-2018. La información se tomó de los registros computados. Criterios de inclusión: partos eutócicos, de embarazo único, a término y en presentación cefálica.

El análisis estadístico determinó la frecuencia de episiotomías y la de desgarros se expresa en porcentajes. Se analizaron dos periodos: 2008-2012 y 2013-2018; al compararlos la diferencia en porcentaje entre ambos se analizaron con la prueba de χ^2. La correlación entre desgarro y episiotomía se calcularon con la estimación del coeficiente de correlación, con razón de momios e intervalo de confianza de 95%. También se estudió la relación de las variables: edad, semanas de embarazo, paridad, inducción del parto, cesárea anterior, analgesia regional, peso y sexo del recién nacido. Los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Entre los años 2008 y 2018 se registraron 27,881 atenciones obstétricas. La tasa de episiotomía entre el periodo 1 y el 2 disminuyó de manera muy importante: de 42.3 a 32.8%; [$p < 0.001$; razón de momios: 0.81 (0.78-0.84)]. (**Figura 1A**) En cambio, el porcentaje de desgarro aumentó: de 42.7 a 50.8%; ($p < 0.001$; OR: 1.16[1.13-1.20]). **Figura 1B** El coeficiente de correlación fue de -0.91. Uno de los factores de riesgo asociados con la episiotomía fue la edad menor de 35 años, con razón de momios de 1.25; IC95%: 1.16-1.35; $p < 0.001$), pero fue un factor protector de desgarro con razón de momios de 0.76; IC95%: 0.71-0.81; $p < 0.001$. Si se diferencia entre los diferentes grados (I, II, III y IV) puede observarse que existe un aumento significativo del I y II (**Figura 2A**), mientras que los de III y IV grado aumentan ligeramente (**Figura 2B**), aunque sin diferencia estadísticamente significativa. **Cuadro 1**

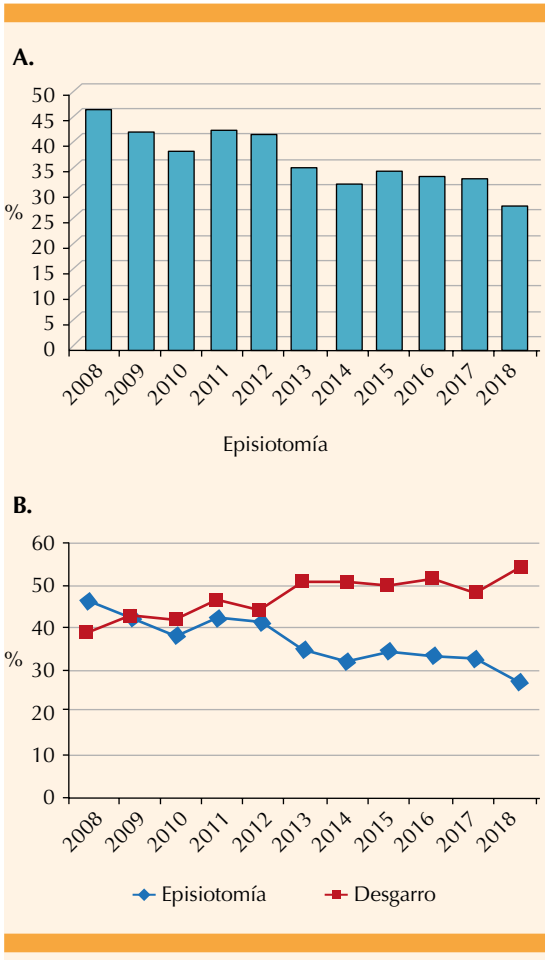


Figura 1. A. Tendencia de episiotomía. B. Tendencia de episiotomía y desgarro.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3715

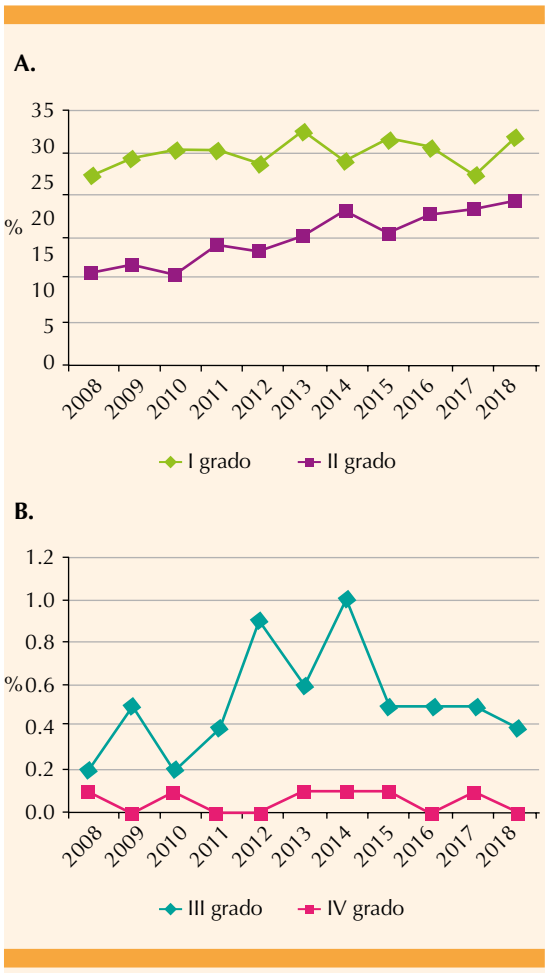


Figura 2. A. Evolución de los desgarros de I y II grado. **B.** Evolución de los desgarros de III y IV grado.

A partir de la observación de la distinta evolución entre episiotomía y desgarro (**Figura 1B**) puede comprobarse que hay una tendencia inversa. Esta relación negativa puede calcularse a partir del coeficiente de correlación. **Cuadro 2**

La ausencia de episiotomía constituyó un factor de riesgo de desgarro perineal (**Cuadro 3**). Esta tendencia se correlaciona con la tasa de desgarro y se puede observar en la **Figura 1B.**

Los factores de riesgo asociados con el desgarro y la episiotomía fueron diferentes entre sí (**Cuadros 4 y 5**). La edad menor de 35 años fue un factor de riesgo de episiotomía, pero factor protector contra el desgarro. Otro elemento que constituye un factor de riesgo para la episiotomía y protector para el desgarro es la paridad. Las pacientes primíparas tienen mayor probabilidad de que se les practique una episiotomía, pero menor de sufrir un desgarro (**Cuadros 4 y 5**). Respecto a este grupo se observa una reducción de primíparas porque en el primer periodo (2008-2012) hubo 3392 primíparas (42.5%), mientras que en el segundo (2013-2018) se contabilizaron 3101 (40.1%): una diferencia significativa de 2.4% ($p < 0.005$).

Asimismo, para el desgarro y la episiotomía el sexo del recién nacido se consideró factor nulo. También para la episiotomía, si el peso del recién nacido era superior o igual a 4500 gramos, se consideró factor de riesgo; pero para el desgarro, el factor de riesgo se hacía patente cuando el peso era superior o igual a 3500 gramos. **Cuadros 4 y 5**

Cuadro 1. Diferencias de tipo de desgarro entre ambos periodos. n (%)

Desgarro	I	II	III	IV	Total
2008-2012 n (%)	2261 (28.3)	1119 (14)	32 (0.4)	2 (0.03)	7990
2013-2018 n (%)	2306 (29.9)	1568 (20.3)	46 (0.6)	4 (0.05)	7724
Diferencia	1.60%	6.30%	0.20%	0.02%	
p	0.027	< 0.0001	0.075	0.53	

Cuadro 2. Evolución de episiotomías y desgarros de este estudio

Periodo	Episiotomías n (%)	Desgarros n (%)	Partos
2008	871 (46.4%)	730 (38.9%)	1879
2009	715 (42.2%)	727 (42.9%)	1695
2010	627 (38.4%)	691 (42.3%)	1632
2011	600 (42.4%)	658 (46.5%)	1415
2012	569 (41.6%)	608 (44.4%)	1369
2013	435 (35.1%)	627 (50.6%)	1238
2014	423 (32.2%)	662 (50.4%)	1314
2015	455 (34.6%)	657 (49.9%)	1316
2016	458 (33.5%)	702 (51.4%)	1366
2017	417 (33.1%)	608 (48.3%)	1259
2018	342 (27.8%)	668 (54.3%)	1231

La analgesia regional (epidural o raquídea) es un factor de riesgo de episiotomía y protector de desgarro (**Cuadros 4 y 5**). Por último, la inducción del parto y la cesárea anterior se comportaron como factores de riesgo de episiotomía, mientras que no se encontró relación con el desgarro. **Cuadros 4 y 5**

DISCUSIÓN

Los estudios, como el aquí comunicado, apuntan a que en el medio occidental la tendencia de la episiotomía es decreciente, tal y como se reitera en la investigación de Clesse y colaboradores.[3] En la bibliografía se encuentra que la disminución de la tasa de episiotomía se acompaña de aumento de la tasa de desgarro perineal de primer y segundo grado, como afirman Gebuza y su grupo.[4] A pesar de ello existe cierto desacuerdo en relación con la episiotomía como elemento protector de desgarros de tercer y cuarto grado. Gebuza y su grupo,[4] a diferencia de nuestro estudio, concluyen que la episiotomía protege a las mujeres del desgarro de tercer y cuarto grado. No obstante, este estudio tiene una muestra poblacional mucho menor que el nuestro porque estudiaron 4493 y nosotros 15,714. En otros estudios se muestra que la episiotomía es el mayor factor de riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado.[5] En este apartado estriba la mayor controversia del estudio porque no se encontró un cambio significativo de los desgarros de III y IV en relación con la disminución significativa de la episiotomía; son factores independientes. Este mismo resultado fue expuesto por Marin y colaboradores.[6]

Los desgarros de tercer y cuarto grado son los de mayor relevancia clínica, a diferencia de los de primer y segundo grado que se asocian con incontinencia fecal.[7] Los desgarros de I y II grado tienen una profundidad y afectación que puede tratarse con sutura, sin secuelas, por lo que su aumento no tiene importancia clínica. Una episiotomía es equivalente a un desgarro de segundo grado, por lo que no se buscará evitar desgarros de grado I o II con esta técnica. Por este motivo, en el estudio se insiste en los desgarros de III y IV grado, comparando lo obtenido con los desenlaces de otros autores.

En cuanto a los coeficientes de correlación, si el valor del coeficiente de correlación aparece ± 0.85 y ± 0.95 se considera una relación fuerte. Por ello, la relación de nuestro estudio es consistente, por lo que hay una correlación intrínseca negativa considerable entre el desgarro

Cuadro 3. Ausencia de episiotomía como factor de riesgo de desgarro perineal

Factor	Desgarro (grado I a IV) (n = 7338)	Sin desgarro (n = 8376)	RM (IC95%)	p
Episiotomía; % (n)				
No	66.1 (6482)	33.9 (3320)	11.53 (10.61-12.54)	< 0.001
Sí	14.5 (856)	85.5 (5056)		

https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3715

Cuadro 4. Factores de riesgo asociados con la episiotomía (2008-2018) en partos eutócicos, con embarazo único, presentación cefálica y a término. Expresado en % (n)

Factor	Con episiotomía (n = 5912)	Sin episiotomía (n = 9802)	RM (IC95%)	p
Edad; % (n) Menores de 35 años ≥ 35 años	 39 (4505) 33.8 (1407)	 61 (7052) 66.2 (2750)	 1.25 (1.16-1.35)	 < 0.001
Semanas de embarazo % (n) Más menos 40 semanas Menos de 40 semanas	 41.1 (2563) 35.3 (3349)	 58.9 (3667) 64.7 (6135)	 1.28 (1.,20-1.37)	 < 0.001
Paridad % (n) Primípara Multípara	 58.2 (3782) 23.1 (2130)	 41.8 (2711) 76.9 (7091)	 4.64 (4.33-4.98)	 < 0.001
Inducción del parto % (n) Sí No	 41.1 (1689) 36.4 (4223)	 58.9 (2419) 63.6 (7383)	 1.22 (1.14-1.31)	 < 0.001
Cesárea anterior % (n) Sí No	 45.6 (337) 37.2 (5575)	 54.4 (402) 62.8 (9400)	 1.41 (1.22-1.64)	 < 0.001
Analgesia regional (epidural o raquídea) % (n) Sí No	 43.4 (3889) 29.9 (2023)	 56.6 (5063) 70.1 (4739)	 1.80 (1.68-1.92)	 < 0.001
Peso del recién nacido % (n) Más menos 4500 g Menos de 4500 g	 52.6 (30) 37.6 (5882)	 47.4 (27) 62.4 (9775)	 1.85 (1.10-3.11)	 0.019
Sexo del recién nacido % (n) Varón Mujer	 38.4 (2997) 36.9 (2915)	 61.6 (4809) 63.1 (4993)	 1.07 (1.00-1.14)	 0.047

y la episiotomía, tal y como mostraron Marin y coautores.[6]

En cuanto a la episiotomía, en el momento actual, su ausencia es factor de riesgo para la tasa general de desgarros, lo que está ampliamente descrito en la bibliografía, como en el estudio de Marin y colaboradores.[6] En relación con los factores de riesgo asociados con la episiotomía y el desgarro en la bibliografía hay controversia. Marin y colaboradores[6] corroboran los resultados de nuestro estudio: ser primípara y recibir bloqueo epidural son factores de riesgo de episiotomía y ser primípara es un factor protector de desgarro. Pergialiotis y su grupo[5] exponen que el bloqueo epidural es más bien un factor de riesgo de desgarro, lo que difiere de quienes lo encontraron como un factor protector. Este mismo grupo también señala que la inducción del parto es factor de riesgo de desgarro, aunque en lo que se encontró en esta investigación se había expuesto como factor nulo. Por tanto, se observa que hay ciertas disonancias en los diferentes estudios. El sexo del recién nacido es factor nulo para episiotomía y desgarro y no se habían descrito previamente en la bibliografía.

CONCLUSIONES

La tendencia de las episiotomías es notoriamente decreciente, mientras que la de desgarros es creciente. En el estudio se comprobó que la ausencia de episiotomía es un factor riesgo de desgarro, en general. La reducción de la prácti-

Cuadro 5. Factores de riesgo asociados con el desgarro (2008-2018) en partos eutócicos, con embarazo único, presentación cefálica y a término. Expresado en % (n)

Factor	Desgarro (n = 7338)	Sin desgarro (n = 8376)	RM (IC95%)	p
Edad; % (n) Menores de 35 años Más o menos mayores de 35 años	 44.9 (5185) 51.8 (2153)	 55.1 (6372) 48.2 (2204)	0.76 (0.71-0.81)	< 0.001
Semanas de embarazo % (n) Más menos 40 semanas Menos de 40 semanas	 46.8 (2913) 46.7 (4425)	 53.2 (3317) 53.3 (5059)	1.00 (0.94-1.10)	0.902
Paridad % (n) Primípara Multípara	 41.7 (2708) 50.2 (4630)	 58.3 (3785) 49.8 (4591)	0.71 (0.67-0.76)	< 0.001
Inducción del parto % (n) Sí No	 47.1 (1934) 46.6 (5404)	 52.9 (2174) 53.4 (6202)	1.02 (0.95-1.10)	0.568
Cesárea anterior % (n) Sí No	 45.5 (336) 46.8 (7002)	 54.5 (403) 53.2 (7973)	0.95 (0.82-1.10)	0.492
Analgesia regional (epidural o raquídea) % (n) Sí No	 45.8 (4103) 47.8 (3235)	 54.2 (4849) 52.2 (3527)	0.92 (0.87-0.98)	0.013
Peso del recién nacido % (n) Más o menos mayor de 3500 g Menor de 3500 g	 49.2 (2172) 45.7 (5166)	 50.8 (2242) 54.3 (6134)	1.15 (1.10-1.23)	< 0.001
Sexo del recién nacido % (n) Varón Mujer	 46.4 (3620) 47 (3718)	 53.6 (4186) 53 (4190)	0.98 (0.92-1.04)	0.421

ca de la episiotomía se asocia con aumento de desgarros grados I y II. La restricción progresiva de la episiotomía no resultó en aumento estadísticamente significativo de desgarros severos (III y IV grado). Este dato es de importancia porque son estos los desgarros de mayor importancia clínica y que pueden dejar secuelas. Una episiotomía es equivalente a un desgarro de segundo grado, por lo que su utilidad no será evitar desgarros de primer o segundo grado.

En la actualidad se está intentando disminuir el intervencionismo médico, que es un proceso de mejora en la calidad asistencial que se ve reflejado en el descenso de la episiotomía.

REFERENCIAS

1. Shmueli A, et al. Episiotomy: risk factors and outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med 2017; 30 (3): 251-6. doi: 10.3109/14767058.2016.1169527.
2. Verghese T, Cet al. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2016; 27 (10): 1459-67. doi: 10.1007/s00192-016-2956-1.
3. Clesse C, et al. La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF : quel état des lieux ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2016; 44 (4): 232-8. doi:10.1016/j.gyobfe.2016.02.011.
4. Gebuza G, et al. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. Health Care Women Int 2018; 39 (6): 663-83. doi: 10.1080/07399332.2018.1464004.
5. Pergialiotis V, et al. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. Int J Gynaecol Obstet 2014; 125 (1): 6-14. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.09.034.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3715

6. Marin Tordera D, et al. Survey to describe the frequency of episiotomies in vaginal births in the University of Alicante General Hospital, 2003-2005. MIDIRS Midwifery Digest. 2009; 19 (1): 75-7. https://docplayer.es/amp/97790561-Xii-jornadas-de-enfermeria.html.

7. LaCross A, et al. Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Midwifery Womens Health 2015; 60 (1): 37-47. doi: 10.1111/jmwh.12283.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015