

ORIGINAL

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

RESUMEN

Introducción: Se exponen los resultados de un análisis retrospectivo descriptivo que compara dos periodos similares en la actividad obstétrica del Hospital Universitario de Pontevedra y se analiza el porcentaje de trauma perineal en los casos en que el parto eutócico se condujo sin realización de episiotomía.

Pacientes y métodos: Se comparan 2 periodos similares y consecutivos de 2 años (2013 y 2014 frente a 2016 y 2017), en los que la tasa de episiotomía en el parto eutócico ha experimentado una reducción progresiva: desde un 16,25% al inicio del estudio a un 9% al finalizar el mismo.

Resultados: En este grupo de mujeres, las tasas de periné íntegro se sitúan en un 30,3% en el primer periodo respecto al 29,45% en el segundo. Los desgarros perineales de grado I que afectan a la piel y las mucosas ascendieron a un 40,75% en el primer periodo y a un 38% en el segundo. Los desgarros perineales de grado II se registraron en un 28,55% en el primer periodo y en un 31,45% en el segundo. Por último, los desgarros de III y IV grado que afectan al esfínter anal resultaron del 1,2 frente al 1,4% de partos comparando ambos periodos.

Conclusiones: El porcentaje de desgarros de grado II en el parto eutócico sin episiotomía en nuestra serie es elevado, lo que debe hacernos reflexionar sobre si se está consiguiendo el objetivo de mínimo trauma perineal con la reducción progresiva de episiotomías al producirse daños que, en esencia, se consideran similares a los que se pretendían evitar con dicha intervención. Es necesario realizar estudios de seguimiento prospectivos que analicen la repercusión futura de las pacientes que sufren desgarros que afectan al plano muscular perineal, y ayuden a definir la tasa ideal de episiotomías en nuestro medio.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Trauma perineal, parto eutócico, episiotomía, desgarros esfinterianos, OASI

ABSTRACT

Perineal trauma in normal delivery and its correlation with the strategy of progressively lowering the episiotomy rate in our context. Do we need to re-evaluate?

Introduction: The results of a retrospective descriptive analysis comparing two similar periods of obstetric activity at the University Hospital of Pontevedra are presented, examining the percentage of perineal trauma in cases where normal delivery took place without episiotomy.

Patients and methods: Two similar consecutive 2-year periods (2013 and 2014, and 2016 and 2017) are compared, in which the rate of episiotomy in normal delivery declined progressively from 16.25% at the start of the study to 9% at the end.

Results: The rate of intact perineum in the group of women was 30.3% in the first period, compared to 29.45% in the second period. Grade I perineal tears involving the skin and mucosa were 40.75% in the first period and 38% in the second. Grade II perineal tears were 28.55% in the first period and 31.45% in the second. Lastly, grade III and IV tears involving the anal sphincter occurred in 1.2% and 1.4% of deliveries in the first and second periods, respectively.

Conclusions: The percentage of grade II tears in normal delivery without episiotomy in our series is high. This should make us consider whether the objective of minimising perineal trauma is being achieved with progressive reduction of episiotomies, since damage is taking place that is considered essentially similar to the damage meant to be prevented with the aforementioned strategy. Prospective follow-up studies are needed to analyse the future impact of patients who suffer tears affecting the perineal muscle and to help define the ideal rate of episiotomies in our context.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Perineal Trauma, eutocic delivery, episiotomy, sphincter tears, OASI

Dirección para correspondencia:

E. Moral Santamarina. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. C/Loureiro Cespo Aptdo Of s/n. Pontevedra. Correo electrónico: eloy.moral.santamarina@sergas.es.

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de episiotomía sea de un 10%, lo que ya es una realidad en muchos países europeos. Actualmente, se debe restringir el uso de la episiotomía, y se alienta a los médicos y matronas a usar su juicio clínico para decidir cuándo es necesario el procedimiento. No hay evidencia clínica que corrobore ninguna indicación de episiotomía, por lo que hasta el momento no se sabe si la episiotomía es realmente necesaria en cualquier contexto de práctica obstétrica¹.

El fin último de una corriente de reducción del número de episiotomías en el parto eutócico es la disminución del trauma perineal en general, y estaría justificado si conllevara paralelamente un incremento en la tasa de perinés íntegros y una reducción de la tasa de desgarros esfinterianos y desgarros severos del plano muscular (siendo estos últimos a los que conceptualmente se equipara la episiotomía).

Las lesiones perineales son frecuentes tras un parto vaginal espontáneo, y son prácticamente inevitables en las mujeres en quienes se realiza un parto instrumentado. La mayoría de los estudios publicados en referencia al trauma perineal se centran en el análisis de los factores relacionados con las lesiones severas, habitualmente consideradas como tales los desgarros del esfínter anal. Sin embargo, una mayoría de las mujeres que experimentan un primer parto vaginal serán diagnosticadas de lesiones perineales hasta ahora consideradas como no severas, y se dispone de pocos estudios al respecto en cuanto a datos de prevalencia en nuestro ámbito poblacional, así como a la identificación de factores relacionados con el trauma perineal en general.

A la luz de recientes publicaciones que relacionan más directamente las disfunciones severas del suelo pélvico con la existencia de desgarros perineales previos (fundamentalmente del plano muscular), quizá debiéramos analizar en cada maternidad su incidencia de cara a implementar todas las medidas disponibles a modo de prevención primaria y reducir su incidencia.

El conocimiento y análisis de estos factores es fundamental en el planteamiento de estrategias dirigidas a la prevención de las lesiones perineales, así como en la identificación de mujeres con riesgo elevado de sufrir estas lesiones.

Basamos este trabajo retrospectivo descriptivo en la hipótesis de que existen factores obstétricos relaciona-

dos propiamente con el manejo del parto, como la decisión de realizar o no episiotomía y su relación con el incremento detectado de lesiones perineales.

Uno de los factores más representativo en el importante incremento de desgarros del plano muscular, a nuestro juicio, es la progresiva corriente de reducción del número de episiotomías en el parto eutócico, aunque no existen unos criterios claros y objetivos sobre el tipo de parto que se puede manejar sin episiotomía, sino sólo criterios subjetivos y basados en la práctica clínica, no siempre contrastada con la evidencia científica.

Objetivos

- Estimar la tasa actual que presentan en nuestro centro los desgarros obstétricos de grado II en los partos eutócicos en que no se realiza episiotomía, comparando dos periodos similares de 24 meses en el contexto de una progresiva disminución del número de episiotomías y de las intervenciones médicas en el parto en los últimos años.
- Resaltar que la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal establece como práctica recomendable de manera genérica un porcentaje inferior al 15% de episiotomías en el parto eutócico, y sólo correlaciona episiotomía y desgarros del esfínter anal (grados III y IV) sin establecer una recomendación de práctica recomendable de episiotomía que permita disminuir la tasa de desgarros musculares (grado II).
- Destacar los estudios recientes que correlacionan las disfunciones severas del suelo pélvico con la existencia de desgarros musculares previos, y no así con la realización de episiotomías; y otros que destacan que la ausencia de episiotomía pueda ser la única variable independiente asociada con los desgarros perineales de grado II, mostrando un claro efecto protector.
- Plantear la conveniencia de realizar estudios prospectivos de seguimiento a largo plazo de las pacientes con desgarros musculares en el parto, que nos permitan conocer en cada uno de nuestros centros la realidad y la magnitud del problema, sin restar importancia a las estrategias ya puestas en marcha para detectar y realizar el seguimiento de los desgarros severos del esfínter anal, que ya disponen en sí mismas de un protocolo específico de manejo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

TABLA 1. Tasa de partos con y sin episiotomía sobre el total de partos eutócicos

	2013	2014	2016	2017
Partos vaginales	1.283	1.100	1.147	1.161
Partos eutócicos	1.059	869	870	872
Partos sin episiotomía	886 (83%)	731 (84,5%)	783 (90%)	805 (92%)
Partos con episiotomía	173 (17%)	138 (15,5%)	87 (10%)	67 (8%)

Pacientes y métodos

En nuestro centro se realizan una recogida de datos mensual anonimizada sobre la asistencia obstétrica y un desglose del porcentaje de partos eutócicos con y sin episiotomía y, entre éstos, el porcentaje de periné íntegro, desgarros de grados I y II y desgarros de grados III y IV, con un fin estadístico y de análisis junto con el equipo de obstetricia, así como para la evaluación concurrente continua de la tasa de adecuación de cesáreas a los estándares establecidos por el Sistema Nacional de Salud (SNS) que seguimos desde el año 2009.

Se han analizado los datos disponibles del total de partos producidos durante los años 2013, 2014, 2016 y 2017. No se han considerado para el análisis en este trabajo los partos vaginales instrumentados; tan sólo los partos eutócicos con y sin episiotomía. Dentro del grupo de parto eutócico sin episiotomía, se analizó el porcentaje de periné íntegro y de desgarros perineales de grados I, II y III/IV para establecer un resultado comparativo entre ambos periodos.

El análisis estadístico de datos se ha llevado a cabo mediante la prueba de la χ^2 para la diferencia de proporciones y la técnica ARIMA para el análisis de tendencia en series temporales. El *software* empleado fue Stata 14®.

Resultados

El número total de partos eutócicos atendidos en los 4 años que recoge este estudio asciende a 4.691, de los cuales 1.059 se registraron en el año 2013, 869 en 2014, 870 en 2016 y 872 en 2017. El porcentaje de partos eutócicos con episiotomía ha ido descendiendo progresivamente: del 17% en 2013 al 15,5% en 2014, al 10% en 2016 y al 8% en 2017 ($p < 0,05$) (tabla 1).

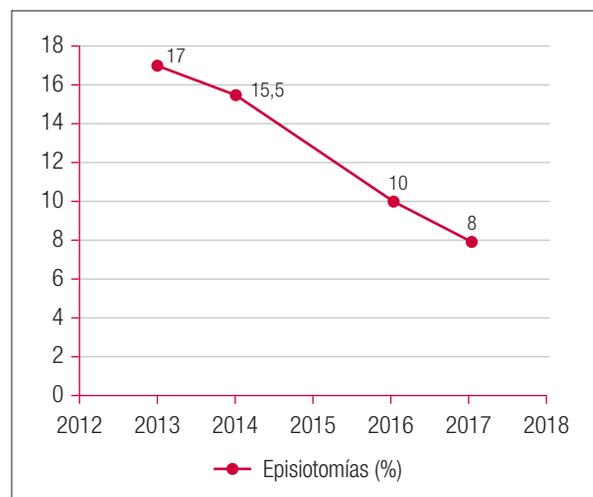


Figura 1. Evolución del porcentaje de episiotomías (tendencia: $p < 0,05$)

TABLA 2. Tasa de los diferentes grados de desgarros obstétricos en el periodo de estudio

	2013	2014	2016	2017
Periné íntegro	262 (29,7%)	226 (30,9%)	223 (28,49%)	245 (30,4%)
Desgarro de grado I	362 (40,8%)	298 (40,7%)	314 (40,2%)	297 (36,8%)
Desgarro de grado II	251 (29,3%)	199 (27,2%)	246 (31,5%)	253 (31,4%)
Desgarro de grado III/IV	11 (1,2%)	8 (1,2%)	11 (1,4%)	12 (1,4%)

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

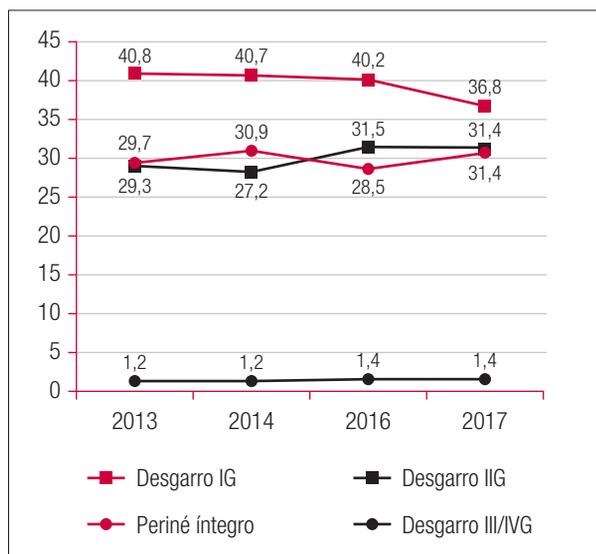


Figura 2. Porcentaje del trauma obstétrico. Periné íntegro y desgarros de grados I, II y III/IV

En nuestra serie, tras la valoración de un primer periodo de 2 años, comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2014, y un segundo periodo entre enero de 2016 y diciembre de 2017, la tasa media de episiotomías en partos eutócicos muestra una significativa tendencia decreciente entre ambos periodos (el 16,25% en el primero frente al 9% en el segundo) ($p=0,000$) (figura 1).

A continuación, dentro del grupo de parto eutócico sin episiotomía, se exponen los datos sobre periné íntegro y los diferentes grados de desgarro perineal en este grupo de mujeres (tabla 2).

Las tasas de periné íntegro presentan poca variación entre los 2 periodos, a pesar de tal reducción de episiotomías en este tipo de partos (el 30,3 frente al 29,45%; $p=0,6648$) (figura 2).

Los desgarros perineales de grado I que afectan a la piel y las mucosas presentaron unos porcentajes del 40,75% en el primer periodo frente al 38% en el segundo ($p=0,2186$).

Los desgarros perineales de grado II –a nuestro juicio, los grandes olvidados de las estadísticas– presentaron unos porcentajes del 28,55% en el primer periodo frente al 31,45% en el segundo ($p=0,1658$).

Los desgarros de grados III y IV que afectan al esfínter anal fueron del 1,2 frente al 1,4% entre ambos periodos, respectivamente ($p=0,90$).

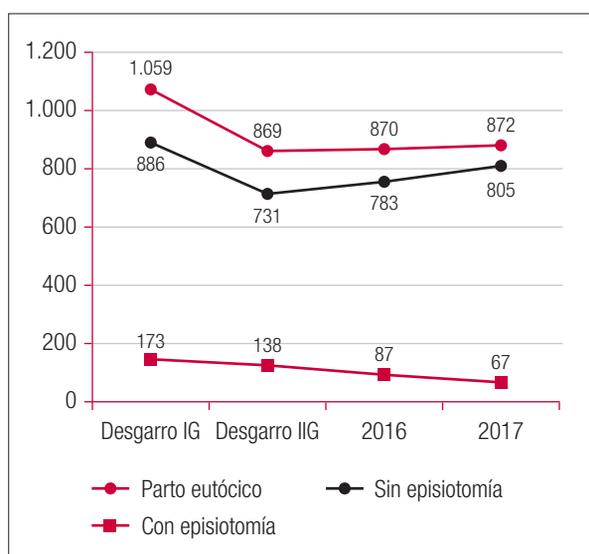


Figura 3. Evolución del número de partos eutócicos totales, con y sin episiotomía

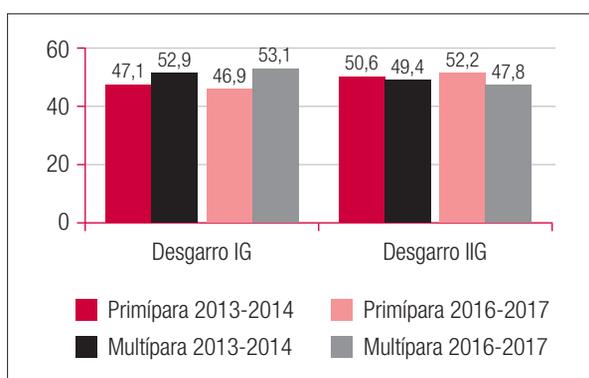


Figura 4. Porcentaje de desgarros perineales de grados I y II en el parto eutócico según la paridad

Hemos de destacar un progresivo descenso del número total de partos en nuestra área sanitaria y, proporcionalmente al número total de partos, una reducción del número de partos eutócicos en los últimos años. En nuestro estudio se aprecia fundamentalmente en el primer periodo, con una diferencia de 190 partos entre ambos años, sin variaciones significativas en el segundo periodo (figura 3).

Respecto a la distribución de los desgarros de grados I y II en función de la paridad en el parto eutócico, en nuestra serie no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los 2 periodos; los de grado I fueron más

frecuentes en las multíparas y los de grado II en las primíparas (figura 4).

Discusión

En las dos últimas décadas, el progresivo cambio de mentalidad en la atención al parto ha conducido a un importante descenso en la realización de episiotomías. En nuestro país desconocemos la tasa real actualizada de episiotomías, por cuanto se dispone fundamentalmente de datos obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitales públicos; asimismo, la recogida de datos que abarcan todo el territorio nacional ha sido escasa, la última correspondiente al año 2015.

La tasa ideal debería ser la más baja posible, sin que por ello se incremente la morbilidad materna o fetal derivada de su realización inoportuna o inadecuada. La OMS estima un objetivo en torno al 10% y un máximo que no sobrepase el 20%¹.

En 2001 se presentaron los datos aportados por 6 grandes centros españoles durante el 5.º Congreso Mundial de Medicina Perinatal, que en el bienio 1999-2000 habían realizado un 77% de episiotomías².

Desde la revisión Cochrane de Carroli y Belizán³ sobre los posibles beneficios, riesgos y costes derivados del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía sistemática, está unánimemente aceptado que la episiotomía se debe realizar de forma restrictiva. Este análisis incluyó 6 estudios aleatorizados. En el grupo de episiotomía sistemática, ésta se realizó al 72,7% de las mujeres, mientras que en el grupo de uso restrictivo la tasa fue tan sólo del 27,6%. Se pudo comprobar que la episiotomía selectiva, en comparación con el uso sistemático, se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, una menor necesidad de sutura del traumatismo perineal y una menor tasa de complicaciones en la cicatrización durante la primera semana. La única desventaja demostrada derivada de la práctica restrictiva fue un mayor riesgo de trauma perineal anterior. No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo, dispareunia, incontinencia urinaria o medidas relacionadas con un dolor severo.

Los autores de esta revisión concluyen que la realización de una episiotomía restrictiva parece tener un mayor beneficio que la práctica de la episiotomía sistemática, ya que conlleva un menor trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones. Esta revisión,

publicada en 2007, contribuyó decisivamente a establecer una evidencia científica de calidad respecto a la reducción de las altas tasas de episiotomías imperantes en todo el mundo hasta entonces.

En nuestro país, desde la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, se decidió realizar una encuesta⁴ que pudiera dar respuesta al interrogante de la tasa global real de episiotomías en nuestro medio, ante la ya imparable tendencia decreciente internacional de reducción de estos procedimientos, sobre todo en el parto eutócico, aunque no se dispone de estudios paralelos bien diseñados que investigasen la repercusión de dicho cambio en la práctica clínica. En dicha encuesta, realizada en 58 centros hospitalarios de nuestro país durante 2006 (publicada en 2008), se obtuvo una tasa de episiotomías en los partos eutócicos del 54,08%, y en los partos instrumentales del 92,62% durante el año de estudio. Ya en ese momento dichas tasas se situaban muy por encima de la media de los países de nuestro entorno europeo o de Estados Unidos⁴.

La SEGO concluye que los beneficios que supuestamente justificaban su realización no han podido comprobarse y, como hemos visto, incluso hay revisiones que demuestran que produce más efectos negativos que beneficiosos⁵⁻⁷.

La siguiente comunicación sobre datos globales respecto a las episiotomías realizadas en nuestro país es la aportada por la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del SNS en 2012, que sitúa su tasa en un 41,9% y establece un estándar recomendable de episiotomías en los partos eutócicos inferior al 15%. Con el fin de evaluar la calidad de la asistencia en relación con la recomendación de la Estrategia, se completa la evaluación con otros 2 indicadores de resultados, como son los desgarros de grados III y IV en partos con y sin episiotomía⁸, pero no entra a valorar los desgarros musculares como indicador relacionado con los diferentes tipos de atención al parto.

Amorim et al.⁹ se cuestionan, en su clásico trabajo, si es posible evitar la episiotomía en el parto vaginal con un protocolo de no conducción médica del parto, combinado con estrategias de protección perineal durante la labor y el expulsivo. Los autores refieren una tasa de periné íntegro de un 60%, un 24% de desgarros de grado II y ningún desgarro de grado III/IV en el parto vaginal sin episiotomía^{9,10}.

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

En determinados medios se ha llegado a catalogar la episiotomía sistemática como una forma de «violencia obstétrica», especialmente cuando se realiza sin un consentimiento informado, término altamente peyorativo para considerar el trabajo de los profesionales de la salud. Con este calificativo se intenta crear una corriente de opinión en la que cualquier forma de manejo activo en el parto se considera patológica, cuando una mujer se transforma automáticamente en paciente, y se realizan procedimientos médicos y farmacológicos rutinarios sin permitirle tomar decisiones con respecto a su propio cuerpo¹¹.

Una de las cuestiones que más preocupa a las mujeres embarazadas y al personal sanitario, además de reducir el uso de las episiotomías, es cómo evitar que se produzcan desgarros perineales debido a que generan una alta morbilidad en el puerperio e incluso a largo plazo¹².

La lesión perineal realizada al practicar una episiotomía sería equiparable a las lesiones perineales de grado II, ya que afecta al plano muscular. La episiotomía se realiza con el objetivo teórico de prevenir los desgarros perineales severos, fundamentalmente esfinterianos, pero su uso sistemático no ha demostrado cumplir con estos objetivos¹³.

Siempre que el trauma perineal requiera cirugía, generará un coste sanitario adicional y existirá la posibilidad de que la sutura quirúrgica presente complicaciones y genere una mayor demanda de cuidados, así como un aumento de días de estancia hospitalaria.

Si se toma en consideración el gran número de mujeres que sufren traumas perineales en el parto, se observa claramente la necesidad de realizar intervenciones que ayuden a reducirlos^{14,15}.

Recientemente han aumentado los estudios que investigan los diferentes factores que pueden aumentar o disminuir las tasas de desgarros, al igual que las distintas técnicas e intervenciones para prevenirlas en el parto, ya que se ha constatado la importancia de estos aspectos en la calidad de vida que tendrá la mujer tras el parto^{16,17}.

Sultan¹⁸ estableció en 1999 una clasificación de las lesiones perineales obstétricas, que fue adoptada por la International Consultation on Incontinence y por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists en su guía de 2007. Se clasifican según la afectación de las estructuras en diferentes grados: el grado I afecta a la piel perineal y la mucosa vaginal; el grado II incluye la fascia y los músculos perineales (incluso también los fascículos

del músculo elevador del ano), pero no el esfínter anal; el grado III incluye el esfínter anal (el grado IIIa corresponde a una afectación de hasta el 50%, el IIIb de más del 50% y el IIIc una afectación del esfínter externo e interno); el grado IV incluye la mucosa rectal.

La primera episiotomía fue descrita por primera vez en 1742 por sir Fielding Ould, científico irlandés. Dubois, en Francia, fue el primero en realizar la incisión perineal mediolateral en 1847. Su nombre se debe a Carl Braun, que en 1860 denominó «episiotomía» a la incisión perineal; también fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibles e innecesaria. A finales del siglo XIX, Anna Broomall en Estados Unidos, y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la aparición de laceraciones del periné. En 1895, Stahl defendió su uso sistemático. Entre otros beneficios, se le atribuía que evitaba el dolor, prevenía desgarros, acortaba el parto disminuyendo la morbilidad perinatal, y prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas¹³.

Durante años, el uso de la episiotomía fue casi rutinario, especialmente si la mujer era nulípara, hasta que diversos estudios pusieron de manifiesto que no lograba ninguno de los beneficios que se le atribuían tradicionalmente y que era más beneficioso realizar una práctica restrictiva de esta técnica, pues podría provocar mayores lesiones, dolor y secuelas de los que su uso rutinario trataba de prevenir¹⁴⁻¹⁶.

Muchos organismos avalan el uso restrictivo de la episiotomía con diferentes niveles de evidencia científica: el American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda el uso restrictivo de la episiotomía con nivel de evidencia A¹⁹; el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists considera que «la episiotomía ni protege el suelo pélvico ni previene la incontinencia de esfuerzo», con un grado B de evidencia²⁰; el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français indica que «la episiotomía restrictiva tiene beneficios para la madre», con un nivel A de evidencia, «y para el feto», con un nivel C²¹; la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada estima que «la episiotomía sistemática no es necesaria en el parto vaginal», con un nivel de evidencia II-1E²².

En la actualidad, aunque la frecuencia con la que se realizan las episiotomías se ha reducido, en general las tasas de traumatismo perineal siguen siendo altas²³.

Según Albers et al.²⁴, el uso de esta técnica varía del 9,7% en el norte de Europa (Suecia) al 96,2% en Sudamérica (Ecuador), con tasas más bajas en los países de lengua inglesa (Norteamérica: Canadá 23,8% y Estados Unidos 32,7%), y en muchos países permanecen elevadas (Sudamérica y Centroamérica [Brasil] 94,2%, África del Sur 63,3% y Asia [China] 82%).

En España, según la EAPN del SNS, la tasa de episiotomía para el parto eutócico se situaba en el momento de su publicación en una media del 41,9%⁸, muy por encima del 15% marcado como objetivo deseable y del 20% máximo recomendado por la OMS¹.

La episiotomía y los desgarros igual o superiores al grado II aumentan el riesgo de lesiones perineales severas en el siguiente parto. Hay que evitar, en la medida de lo posible, las lesiones perineales en el primer parto, pues éstas son un factor de riesgo que complica el segundo. Por tanto, actualmente se considera necesaria la investigación de nuevas formas menos agresivas de prevenir los desgarros espontáneos en el parto y ayudar a reducir las tasas de episiotomía²⁵.

Se estima que aproximadamente un 80-85% de los partos se complican con alguna forma de lesión perineal (desgarro espontáneo o episiotomía), de las que un 70% precisan sutura²⁶.

Históricamente, el uso liberal de la episiotomía era común en las mujeres primíparas con la finalidad de prevenir complicaciones maternas (lesiones perineales severas, relajación del suelo pélvico), así como complicaciones fetales (hipoxia o distocia de hombros). La OMS recomienda que la episiotomía únicamente se utilice para indicaciones seleccionadas: parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por ventosa obstétrica), cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o desgarros de grados III o IV y en caso de sufrimiento fetal²⁷.

En la actualidad existen muy pocos estudios publicados centrados en la incidencia de las lesiones perineales de grados I y II de causa obstétrica, quizá por haberse supuesto su menor repercusión en cuanto a disfunciones del suelo pélvico. La gran mayoría de los trabajos se centran en las lesiones perineales severas con afectación del esfínter anal y en definir los factores de riesgo para estas lesiones, dada su importante correlación con la incontinencia anal.

Handa et al.²⁸ publicaron en 2012 los resultados de un estudio sobre los efectos a largo plazo de los partos instrumentados, las laceraciones perineales y la episiotomía sobre las disfunciones severas del suelo pélvico tras el último parto. Los autores concluyen que los partos con fórceps y los desgarros perineales, pero no así las episiotomías, se asocian con disfunciones del suelo pélvico a los 5-10 años tras el primer parto.

Entre las 449 participantes en el estudio, 71 (16%) tenían incontinencia de esfuerzo, 45 (10%) vejiga hiperactiva, 56 (12%) incontinencia anal, 19 (4%) síntomas de prolapso y 64 (14%) prolapso de grado III o mayor en el examen. El parto con fórceps aumentó las probabilidades de cada trastorno del suelo pélvico considerado, especialmente la vejiga hiperactiva y el prolapso. La episiotomía no se asoció con ninguno de estos trastornos del suelo pélvico. Por el contrario, las mujeres con antecedentes de más de una laceración perineal espontánea tenían significativamente más probabilidades de tener un prolapso mayor de grado III.

En nuestro país destaca un trabajo sobre una cohorte de 90.030 mujeres con parto vaginal realizado en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias durante el periodo 1992-2005²⁹. La frecuencia de episiotomía descendió de un 73,3% en 1992 hasta un 38,2% en 2005, con unos porcentajes de episiotomía mediolateral que variaron de un 59,3 hasta un 18,2%. En este grupo se observó un incremento de lesiones de grados I y II, coincidiendo con la disminución de la tasa de episiotomías de forma significativa. Respecto a los partos vaginales eutócicos, los autores encuentran que la frecuencia de lesiones perineales de grado I o II es significativamente más elevada cuando no se realiza ningún tipo de episiotomía (54,54%) frente a la frecuencia de desgarros de grados I o II cuando se realiza una episiotomía mediolateral (4,9%).

Más recientemente, también en nuestro país, Mora-Hervás et al.³⁰ publicaron en 2015 un estudio sobre traumas perineales en primíparas con parto espontáneo. Investigaron los factores que pueden asociarse a los desgarros perineales de grado II, y encontraron que la ausencia de episiotomía es la única variable independiente asociada a los desgarros perineales de grado II, lo que demuestra un claro efecto protector. En su análisis sobre 489 mujeres con parto vaginal espontáneo, alrededor del 91% mostraron algún grado de trauma perineal. Las mujeres nulíparas con

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

partos espontáneos que no se sometieron a una episiotomía tenían 9 veces más probabilidades de presentar un desgarro (de cualquier grado) que las mujeres a las que se realizó una episiotomía. Sólo la episiotomía alcanzó significación estadística en análisis bivariados y multivariados ($p < 0,0001$), lo que revela el efecto protector de la episiotomía respecto a los desgarros de grado II.

Diferentes motivos impiden establecer datos concretos y específicos sobre el trauma obstétrico, entre los cuales figuran una valoración incompleta por parte del clínico, el infradiagnóstico o las tasas infranotificadas de determinado tipo de lesiones, como las que afectan al esfínter anal o una mala definición del trauma obstétrico.

Una de las principales razones para plantearnos este trabajo de recogida de datos sobre las lesiones perineales en el parto eutócico surgió a la vista de los resultados del trauma obstétrico durante el análisis del primer periodo (2013 y 2014), con una menor tasa de periné íntegro de la esperada y una alta tasa de desgarros musculares; además, no disponíamos de guías que establezcan estándares objetivos para considerar si nos encontrábamos fuera de los rangos de normalidad, tan sólo datos procedentes de las escasas y aisladas publicaciones al respecto²⁷⁻²⁹.

Por tanto, consideramos que los estudios publicados hasta la fecha han estado centrados en los desgarros perineales «severos», es decir, los que afectan al esfínter anal, y que los desgarros de grado II, que pueden llegar a afectar gravemente a la salud de la mujer, no están suficientemente estandarizados.

Para este trabajo hemos establecido el análisis comparativo entre 2 periodos similares de 24 meses, 2013-2014 y 2016-2017, y, entre ellos, en el año 2015 planteamos un análisis crítico de la situación con exposición de resultados hasta la fecha, acompañado de una intervención formativa con discusión y propuesta de actividades encaminadas a reducir el trauma obstétrico, sobre todo en el parto eutócico atendido por matronas y obstetras del servicio, ante la tendencia establecida y alentada por la EAPN de reducción del empleo de episiotomía⁸.

En nuestra serie, la tasa de episiotomía en parto eutócico ha disminuido significativamente cuando se comparan el primer y el segundo periodos (el 16,25 frente al 9%; $p < 0,05$), encontrándonos dentro de los estándares que recomienda la EAPN de realizar menos de un 15% de episiotomías en el parto eutócico.

Tras el análisis estadístico de los datos recogidos, tan sólo se ha encontrado una tendencia incrementada (aunque estadísticamente no significativa) en la evolución de los desgarros de grados I, II y III/IV, por lo que el descenso de la tasa de episiotomía en el parto eutócico de un 17% al inicio del estudio a un 8% al final del mismo no acarrea consigo un incremento significativo del trauma perineal ni genera una alarma que obligue a adoptar medidas correctoras.

Cuando comparamos nuestros datos con alguno de los escasos estudios que investigan el porcentaje de periné íntegro y laceraciones de grados I y II, como el de Amorim et al.⁹, apreciamos considerables diferencias. En dicho estudio, efectuado sobre una cohorte de 400 pacientes, durante la segunda etapa del trabajo de parto se evitaron maniobras tales como pujos dirigidos, presión del fondo uterino y maniobra de Valsalva. Se siguió una política de no realizar episiotomías y llevar a cabo estrategias para la protección perineal, que incluía aplicar compresas tibias y realizar un masaje perineal intraparto. Estos autores basan sus resultados en estrategias de conducción no médica y protección perineal, con una tasa de periné intacto de alrededor del 60%; nuestras cifras se sitúan en torno al 30%, muy por debajo de las reseñadas en esta publicación.

En el mismo trabajo, el 24% de las mujeres a las que no se les realizó episiotomía presentaron desgarros de grado II. Nuestros porcentajes se sitúan en un 28,55% en el primer periodo y en un 31,45% en el segundo, superiores a los reportados por Amorim et al.⁹.

Sucede lo mismo con los desgarros de grado III/IV: en el citado trabajo no se detecta ninguno, y nosotros presentamos un 1,2% en el primer periodo y un 1,4% en el segundo.

Dichos autores concluyen que es posible alcanzar una tasa cero de episiotomía con una alta frecuencia de periné íntegro, así como una reducción de las necesidades de sutura sin presentar resultados adversos, como laceraciones perineales severas, y sugieren la necesidad de llevar a cabo ensayos clínicos aleatorizados que comparen la relación riesgo-beneficio de no realizar episiotomías con efectuarlas de forma selectiva.

Otros autores presentan series de 1.176 mujeres con partos eutócicos sin episiotomía, en las que la tasa de periné íntegro es de casi el 65% y tan sólo se requieren suturas por desgarros en torno al 20%.

En estos trabajos la tasa de periné íntegro es significativamente mayor y la tasa de desgarros musculares

menor que en nuestra serie, pero también encontramos trabajos recientemente publicados con resultados completamente superponibles a los nuestros, como el de Lins et al.³¹, en el que en una cohorte de 222 partos eutócicos sin episiotomía se registró una tasa de un 47% de mujeres con desgarros de grado I, un 31% de grado II y un 1,8% de grado III/IV.

A pesar de nuestro trabajo no controlado y tan sólo descriptivo, con datos agregados intentando establecer la relación entre la reducción progresiva de episiotomías y la incidencia de desgarros perineales, no hemos encontrado un incremento significativo de dichos desgarros, sino tan sólo una tendencia al alza estadísticamente. Pero dichos datos nos llevan a la conclusión de que sería recomendable realizar estudios de prevalencia en nuestro medio con series más largas o multicéntricas, para conocer la magnitud del trauma perineal en los distintos tipos de parto. Coincidimos con los demás autores en la necesidad de llevar a cabo estudios prospectivos de seguimiento a las pacientes con desgarros del plano muscular, que nos permitan conocer la repercusión funcional y en la calidad de vida de dichas pacientes en el futuro.

Dicha necesidad ha impulsado el desarrollo de estudios prospectivos que actualmente están en marcha en nuestro centro, que nos permitirán conocer la evolución clínica y funcional de estas mujeres a medio/largo plazo.

En definitiva, si bien es cierto que la reducción en las tasas de episiotomías va ligada en general a un incremento del porcentaje de perinés íntegros, también hemos de asumir que se acompaña de un incremento de desgarros perineales de segundo grado. Se trata de intentar minimizar en lo posible la tasa de trauma perineal siguiendo una política de episiotomía restrictiva, pero también de asumir e informar a las parturientas de que presentan un riesgo elevado de afectación del plano muscular tras un parto vaginal eutócico (como consecuencia de una episiotomía o de un desgarro perineal espontáneo), y la morbilidad es superponible entre ambas lesiones por afectación de los mismos grupos musculares.

Como mensaje final, consideramos que nuestros resultados respecto al trauma perineal en el parto eutócico sin episiotomía merecen una reflexión crítica y alientan a poner en marcha, revisar o implementar medidas de protección perineal antes de continuar con un descenso todavía mayor de la tasa de episiotomías que no vaya

acompañado de un mayor porcentaje de periné íntegro y de una menor tasa de desgarros musculares.

Buena es la batalla ganada... pero mejor la evitada.

Francisco de Quevedo (1580-1645)

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: OMS, 1999. Disponible en: <http://www.WHO/FRH/MSM>
2. De Miguel JR, González M, Jubete Y, Real de Asúa P, Cagigal JM. Episiotomy frequency rate: is it a perinatal quality indicator? En: Carrera JM, Cabero L, Baraibar R, eds. Proceeding of the 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona: Monduzzi Editore; 2001. pp. 44-48.
3. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd; 2007. p. 2. Disponible en: <http://www.update-software.com>
4. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(9): 559-563.
5. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005; 293: 2.141-2.148.
6. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evidence report/technology assessment N.º 112. AHRQ Publication N.º 05-E009-2. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
7. RCOG Green-Top Guideline N.º 29. The management of third- and fourth-degree perineal tears, 2007.
8. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012.
9. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? Obstet Gynecol. 2014; 123 Supl 1: 38.
10. Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. Obstet Gynecol. 2014; 123 Supl 1: 63-64.
11. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet. 2010; 111: 201-202.
12. Kettle C. Perineal care. Clin Evid. 1999; 2: 522-532.
13. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. Obstet Gynecol. 2000; 95: 464-471.
14. Lydon-Rochelle MT, Albers L, Teaf D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. J Nurse Midwifery. 1995; 40(1): 13-18.
15. Sampselle CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. J Nurse Midwifery. 1999; 44(1): 36-39.
16. Berajano J, Álvarez C. Ensayo clínico aleatorizado abierto de dos grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta a partir de las semanas 34-36 de gestación para la reducción de desgarros de primer y segundo grado en el periodo expulsivo del parto. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Matronas. 2012; 4(5): 43-65.
17. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180(3): 593-600.
18. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk. 1999; 5: 193-196.
19. ACOG. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. N.º 71. Episiotomy. ACOG Pract Bull. 2006; 107(4): 957-962. Disponible en: <http://www.acog.org/~media/ACOG%20Today/acogToday0406.pdf?dmc=1&ts=20130902T1215451189>
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Incontinence in women. 2002 [consultado el 17 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/>

Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar?

E. Moral Santamarina, N. Casteleiro Deus, C. Bobillo Varela, A. Fonseca Rebollar, A. González Varela, S. Cachafeiro

21. Collège Nationale de Gynecologues et Obstetriciens Français. L'episiotomie, recommandations pour la pratique clinique. 2005 [consultado el 17 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.cngof.asso.fr/>
22. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for operative vaginal birth. N.º 148. 2004 [consultado el 18 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.sogc.org/index_e.asp
23. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005; 32(3): 219-223.
24. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, et al. Factors related to trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery*. 1996; 41(4): 269-276.
25. Steen M. Care and consequences of perineal trauma. *Br J Midwifery*. 2010; 18(11): 710-715.
26. McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998; 105: 1.262-1.272.
27. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth. Section 3. Procedures. 2000. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/impac/procedures/episiotomy-P71-P75.htm>
28. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after childbirth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(2 Pt 1): 233-239.
29. García Hernández JA, Reyes Iglesias MI, Cazorla Betancor M, Delgado Godoy C, Martín Martínez A. Asistencia obstétrica y trauma perineal. *Prog Obstet Ginecol*. 2007; 50: 273-281.
30. Mora-Hervás I, Sánchez E, Carmona F, España-Pons M. Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: episiotomy or second degree perineal tear? *Int J Women's Health Reprod Sci*. 2015; 3(2).
31. Lins VML, et al. Factors associated with spontaneous perineal lacerations in delivery without episiotomy in a university maternity hospital in the city of Recife, Brazil: a cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019; 32(18): 3.062-3.067.