

LA SEGURIDAD DE LA EPISIOTOMÍA: UN ESTUDIO DE COHORTES.

Autor principal:

MARIA ESTER
SADORNIL
VICARIO

Segundo co-autor:

LAURA
ALBILLOS
ALONSO

Tercer co-autor:

BEATRIZ
ESPINILLA
SANZ

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabra clave 1:

Episiotomía

Palabra clave 2:

Parto normal

Palabra clave 3:

Índice de Apgar

Palabra clave 4:

pH

Resumen:

Introducción: La episiotomía es una técnica frecuente, pero polémica. El objetivo del presente estudio es evaluar las diferencias en los resultados neonatales y perineales entre las mujeres que parieron en el paritorio del HUBU con episiotomía y sin ella, para determinar la seguridad de la técnica.

Métodos y materiales: Estudio retrospectivo de cohortes con una muestra de 11.017 partos eutócicos atendidos entre el 1/1/2002 y el 31/12/2015. Se compararon los valores de pH arterial, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, porcentajes de perinés íntegros y de los distintos tipos de desgarros, en las cohortes con episiotomía y sin ella.

Resultados: El Apgar al minuto y a los 5 minutos fue menor en el grupo con episiotomía, mientras que no hubo diferencias en cuanto al pH arterial. Los desgarros graves no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos, pero la realización de episiotomía supuso más desgarros de segundo grado. La episiotomía, además, evitó la posibilidad de perinés íntegros y desgarros de primer grado, que sí tuvieron lugar en el grupo sin episiotomía.

Discusión: El uso de la episiotomía no aporta seguridad a los pacientes en cuanto a mejorar los resultados neonatales. En cambio, está relacionado con peores resultados perineales en la madre.

Sería conveniente revisar y delimitar las indicaciones de la técnica, para reducir la tasa a los valores recomendados del 10%. Sólo así se podrá garantizar la calidad asistencial y minimizar los eventos adversos relacionados con la técnica.

Antecedentes/Objetivos:

La episiotomía consiste en un corte en el periné para reducir el periodo expulsivo y evitar desgarros graves. Se considera la intervención quirúrgica más frecuente, pero sus beneficios cada vez se cuestionan más (1).

Existe evidencia que avala su uso restrictivo en lugar de rutinario (1, 2, 3) y la OMS insiste en evitar un uso excesivo (4). La SEGO propone como indicaciones (aunque destaca la falta de evidencia científica): periné desfavorable, prematuridad, macrosomía, presentación deflexionada o de nalgas, estado del feto que precise su extracción rápida y parto instrumental (1). La Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal sólo establece como indicaciones el parto instrumental y la sospecha de compromiso fetal (2).

En el Hospital Universitario de Burgos (HUBU), la tasa en partos eutócicos fue de 37,624% en 2015. A pesar de haber disminuido enormemente (en 2002 era de 92,364%), aún dista del objetivo de la OMS de un porcentaje del 10% (5).

Ante la falta de especificidad en las indicaciones y la tasa aún elevada, llevamos a cabo un estudio cuyo objetivo general fue evaluar las diferencias en los resultados neonatales y perineales entre las mujeres que parieron en el paritorio del HUBU con episiotomía y sin ella, para determinar la seguridad de la técnica. Los objetivos específicos fueron conocer las diferencias en: pH de arteria umbilical fetal, pH < 7,10, Apgar al minuto, Apgar < 7 al minuto, Apgar a los 5 minutos, Apgar < 7 a los 5 minutos, perinés íntegros y desgarros de los diferentes tipos.

Descripción del problema - Material y método:

Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes de los partos atendidos en el Hospital Universitario de Burgos entre el 1/1/2002 y el 31/12/2015. Se utilizó la base de datos diseñada por el equipo de obstetricia, donde se recogen los datos de todos los partos del hospital. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica.

En el periodo de estudio se atendieron 30.173 partos. Se seleccionaron como criterios de inclusión: recién nacidos vivos, con peso entre 2.500g y 3.500g, partos eutócicos, gestaciones únicas, feto en presentación cefálica, a término y con los datos de todas las variables a estudiar correctamente recogidos. Después de aplicar los criterios de inclusión, quedó una muestra de 11.017 partos, 6.242 con episiotomía y 4.775 sin ella.

La variable independiente fue la realización de episiotomía y las variables dependientes: pH de arteria umbilical fetal, pH de arteria umbilical fetal <7,10, Apgar al minuto, Apgar al minuto <7, Apgar a los 5 minutos, Apgar a los 5 minutos <7, periné íntegro, desgarro de I grado, desgarro de II grado y desgarros de III y IV grado.

Los datos se analizaron con el programa IBM SPSS Statistics v.20. Para las variables cuantitativas, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Al comprobarse que no se ajustaban a la curva normal, se analizaron con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Para las variables cualitativas se utilizó el test de Chi-Cuadrado. En todos los casos, se consideraron estadísticamente significativos valores $p < 0,05$.

Resultados y discusión:

La media de pH sin episiotomía fue 7,245 con desviación típica(s)=0,076. Con episiotomía, la media=7,243 y s=0,073. La prueba de Kolmogorov-Smirnov dio una $p < 0,0001$, el pH no sigue la distribución normal. Se analizaron las diferencias mediante la prueba U de Mann-Whitney y el resultado fue $U=14714052,0$ y $p=0,253$. Los resultados no son significativos, no hay asociación entre el pH arterial fetal y la episiotomía.

Los porcentajes de $pH < 7,10$ sin episiotomía fueron 3,707% y con episiotomía 3,460%. La diferencia, con la prueba de Chi-cuadrado, dio un valor $\chi^2=0,477$ y con 1g.l. $p=0,490$. El $pH < 7,10$ no está asociado a la episiotomía de forma significativa.

Sin episiotomía, la media de Apgar al minuto fue 8,880 con $s=0,550$ y con episiotomía fue 8,800 con $s=0,691$. Al aplicar Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,0001$, por lo que se aplicó la U de Mann-Whitney, siendo $U=14247851,5$ y $p < 0,0001$. El Apgar al minuto es significativamente menor con episiotomía.

Los porcentajes de Apgar al minuto < 7 sin episiotomía fueron 1,257% y con episiotomía 2,259%. La diferencia dio un valor $\chi^2=15,175$ y con 1g.l. $p < 0,0001$. El Apgar al minuto < 7 es significativamente más frecuente con episiotomía.

Sin episiotomía la media de Apgar a los 5 minutos fue 9,919 y $s=0,368$. Con episiotomía, la media fue 9,878 y $s=0,439$. Al aplicar Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,0001$, por lo que se utilizó la U de Mann-Whitney, cuyo resultado fue $U=14461621,0$ y $p < 0,0001$. Hay asociación entre el Apgar a los 5 minutos y la episiotomía, y es significativamente menor con episiotomía.

Los porcentajes de Apgar a los 5 minutos < 7 sin episiotomía fueron 0,084% y con episiotomía 0,224%. La diferencia dio $\chi^2=3,275$, con 1g.l. $p=0,070$. No está asociado de forma significativa a la episiotomía.

En mujeres sin episiotomía, el porcentaje de perinés íntegros fue de 30,953% y con episiotomía 0% (la episiotomía en sí misma equivale a un desgarro de II grado). La diferencia de porcentajes dio $\chi^2=2231,441$ y con 1g.l. $p < 0,0001$, por lo que es significativa.

El porcentaje de desgarros de I grado sin episiotomía es de 48,272% y con episiotomía 0%. La prueba de Chi-cuadrado dio $\chi^2=3810,367$ y con 1g.l. $p < 0,0001$, por lo que la diferencia es significativa.

Los desgarros de II grado sin episiotomía son un 20,440%, y con episiotomía un 99,680%. El valor $\chi^2=7500,442$ y con 1g.l. $p < 0,0001$, siendo la diferencia significativa.

Los desgarros graves, de III o IV grado, sin episiotomía fueron un 0,335% y con episiotomía un 0,320%. El valor $\chi^2=0,018$ y con 1g.l. $p=0,894$. La diferencia de porcentajes no es significativa.

Los resultados indican que, en nuestra muestra, no está asociado el parto sin episiotomía con peores resultados neonatales. El Apgar al minuto y a los 5 minutos son significativamente menores con episiotomía, y el porcentaje de Apgar a los 5 minutos < 7 es mayor con episiotomía. Esto puede estar justificado porque una indicación de la episiotomía es la sospecha de compromiso fetal (1,2). En el resto de variables respecto al neonato no había diferencias significativas.

La episiotomía no está relacionada con un menor porcentaje de desgarros graves, pero sí con mayores lesiones de periné de II grado. Además, hay un porcentaje de 30,953% de mujeres sin episiotomía con periné íntegro y de 48,272% de mujeres sin episiotomía con desgarro de I grado, siendo estos porcentajes en los partos con episiotomía nulos.

Ante los resultados obtenidos, unidos a las recomendaciones actuales (1, 2, 5), estaría justificada una revisión y delimitación de las indicaciones de la episiotomía, evitando prácticas innecesarias que perjudican los resultados perineales maternos sin aportar beneficios al recién nacido.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

La práctica de la episiotomía no aumenta la seguridad de la paciente ni de su bebé, y no siempre que se realiza es necesaria. Provoca un daño en los tejidos del periné materno que en la mayoría de los casos no se produce de manera espontánea (20,440% de desgarros de segundo grado sin episiotomía, frente a 99,680% con ella). Además, no evita desgarros graves (no se encontró diferencia significativa en cuanto al porcentaje de desgarros graves entre mujeres con episiotomía y sin ella). Todo esto, sin suponer una diferencia positiva en cuanto a los resultados neonatales, que podría justificar la técnica en caso de existir.

Por todo ello, para mejorar la seguridad de la paciente, debería ser una práctica usada sólo en casos muy concretos, con unas indicaciones que habrían de delimitarse mucho mejor, en base a evidencia científica, y sin dejar el criterio abierto y solamente en manos del profesional.

Sería conveniente y necesario, revisar y delimitar las indicaciones de la técnica, para reducir la tasa a los valores recomendados por la OMS del 10% de episiotomías. Sólo así se podrá garantizar la calidad asistencial y minimizar los eventos adversos relacionados con la episiotomía.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Quedan muchos puntos pendientes a la hora de unificar criterios en cuanto a indicaciones de la episiotomía, que lleven a actuar de una forma menos individualista a cada profesional o grupo de profesionales. Las tasas de episiotomía difieren enormemente entre países, entre distintas regiones de un mismo país, incluso entre diferentes hospitales dentro de una misma región (1). Esta diversidad ocurre por la falta de consenso científico en cuanto a sus indicaciones. Se requieren nuevas investigaciones, que aporten evidencia científica para lograr definir o delimitar de manera muy precisa los motivos que justificarían realizar una episiotomía a las mujeres durante su trabajo de parto.

Además, algunos autores recomiendan la incisión mediolateral alegando que la episiotomía media aumenta las lesiones de esfínter anal (2), mientras que otros declaran que no hay evidencia suficiente al respecto (3). En nuestra muestra, se realizaron 156 episiotomías medias (2,5%) frente a 6086 mediolaterales (97,5%) y ninguna de las episiotomías medias derivó en desgarro de tercer o cuarto grado, por lo que se trataron sin distinción en cuanto al análisis de los datos. Sería conveniente, también, realizar estudios al respecto para comprobar si los diferentes tipos de episiotomía tienen resultados diferentes en cuanto al periné materno y el recién nacido.

Bibliografía:

1. SEGO. Episiotomía. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2004 [acceso 05 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21; (1): CD000081.
4. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

5. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
