

Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén, Argentina

Samuel Cravchik,¹ Delia M. E. Muñoz¹ y Marcelo Bortman²

RESUMEN

Las indicaciones para realizar episiotomía en los partos vaginales es un tema controvertido que requiere revisión en todas partes del mundo. En 1995, en la provincia de Neuquén, Argentina, se elaboraron normas para la atención del parto de bajo riesgo, una de las cuales recomendaba reservar la episiotomía para los casos de alto riesgo de desgarro. Este estudio de cohortes retrospectivo se diseñó con objeto de comparar los criterios que se utilizaron en 1996 como indicación de episiotomía en los centros de maternidad del subsector público de esa provincia así como el efecto de la paridad y otras variables en la frecuencia de esa intervención. Se examinaron 7 513 registros del Sistema Informático Perinatal, que representan 70% del total de partos atendidos ese año. Se excluyeron 830 correspondientes a partos por cesárea. Los 6 683 registros restantes se dividieron en ocho grupos según la institución donde se atendió el parto. Se calcularon las tasas de incidencia de episiotomía en esos grupos y se realizó una regresión de Poisson a fin de ajustar las tasas por peso al nacer de los niños, paridad y edad de la madre, y forma de presentación y de terminación del parto.

Tomando al Hospital Neuquén como base por ser el más complejo y atenderse allí el mayor número de partos, dos hospitales tuvieron incidencias de episiotomía correspondientes a 70% (IC95%, 62 a 79) y 67% (IC95%, 57 a 78) de las de ese hospital. Otros dos hospitales tuvieron incidencias más altas que el Neuquén por 28% (IC95%, 13 a 45) y 17% (IC95%, 2 a 35), mientras que en los hospitales restantes no se observaron diferencias significativas. Mediante regresión estratificada según el número de partos vaginales previos, se observó que la variable con mayor efecto en la indicación de episiotomía fue la paridad. En las nulíparas, las tasas no mostraron diferencias según el lugar donde se atendió el parto, pero en las primíparas sí hubo diferencia, aun más marcada en las multíparas. Se concluyó que todos los establecimientos incluidos en el estudio realizaban episiotomía casi de rutina en las parturientas nulíparas, que hay diferencias significativas en cuanto a su indicación en primíparas y que estas se incrementan con la paridad. Esas diferencias parecen indicar que en los centros de maternidad públicos de la provincia de Neuquén se están siguiendo distintos criterios en la indicación de episiotomía.

Se supone que, en la mayoría de las instituciones de la Argentina en las que

se atienden partos, la episiotomía se realiza de forma habitual en las mujeres nulíparas y con elevada frecuencia en las primíparas. En muchos tratados de obstetricia, se recomienda practicarla sistemáticamente para reducir el traumatismo perineal y la disfunción posterior al parto, así como disminuir la pérdida de sangre durante el parto y

evitar traumatismos al neonato (1–4). Sin embargo, los resultados de diversos estudios sugieren que la realización sistemática de la episiotomía no aporta beneficios y que, incluso, puede aumentar el riesgo de desgarros de tercero y cuarto grados (5–9).

Entre agosto de 1990 y julio de 1992, dos hospitales de la provincia argen-

¹ Hospital Neuquén, Servicio de Obstetricia. Neuquén, Argentina.

² Provincia de Neuquén, Subsecretaría de Salud. La correspondencia y los pedidos de separatas deben enviarse a Marcelo Bortman, Fotheringham 121, 8300 Neuquén, Argentina.

tina de Neuquén (el Hospital Bouquet Roldán y el Hospital Neuquén) participaron en un estudio multicéntrico coordinado por el Centro Rosarino de Estudios Perinatales. En dicho estudio se comparó la episiotomía rutinaria practicada a nulíparas y primíparas con la episiotomía selectiva, es decir restringida a mujeres en las cuales estaba indicada. En las conclusiones de la investigación se recomendó abandonar la episiotomía de rutina y se indicó que no estaba justificado realizar episiotomías en más de 30% de las pacientes para prevenir traumatismos perineales graves, por cuanto la incidencia de desgarros de tercero y cuarto grados fueron similares en los dos grupos de estudio (1,5 y 1,2%, respectivamente) (10).

En 1995, para el parto de bajo riesgo en la provincia de Neuquén se elaboraron normas de atención, una de las cuales recomendaba reservar la episiotomía para los casos en los cuales existiese alto riesgo de desgarro (episiotomía selectiva) (11). Sobre la base de las indicaciones de la episiotomía y los problemas que parece plantear su realización rutinaria, se formuló la hipótesis de que la frecuencia de episiotomías realizadas en los establecimientos donde se atienden partos ha de ser distinta y que esta variación puede estar relacionada con diferencias en la conducta de los profesionales y en la población atendida.

El presente estudio se llevó a cabo con tres objetivos. El primero fue comparar la frecuencia con que fueron practicadas las episiotomías a las mujeres que dieron a luz por vía vaginal y fueron atendidas en varios hospitales públicos de la provincia de Neuquén en 1996. El segundo fue analizar el posible efecto de la paridad en la indicación de la episiotomía. Tercero, se investigó el efecto que pueden ejercer en la frecuencia de realización de episiotomías la edad materna, la paridad, el peso del recién nacido, la presentación, la forma de terminación del parto y el tipo de personal que atendió el parto. Con este estudio se pretendió obtener información que permitiera fundamentar sobre bases científicas las

indicaciones de la episiotomía y reducir la frecuencia de las episiotomías no indicadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde 1986, los registros de todos los partos que han tenido lugar en 29 hospitales de la provincia de Neuquén se centralizan en el Sistema Informático Perinatal (SIP) (12, 13). Alrededor de 70% del total de partos de la provincia se atienden en esos hospitales y 30% en centros privados. De acuerdo con las normas del SIP—que se ha actualizado varias veces desde su creación—, en la primera visita prenatal se registran los antecedentes y datos preliminares de cada embarazada. La información registrada se actualiza en visitas posteriores y se completa con los datos sobre el parto, el recién nacido y el puerperio. Aunque en el SIP se registran numerosas variables, la información sobre las episiotomías se comenzó a incluir a partir de 1994, cuando tuvo lugar la última actualización del sistema.

El diseño empleado para realizar el estudio fue retrospectivo. Para ello, todas las mujeres que habían dado a luz en 1996 se dividieron en ocho grupos según el hospital donde dieron a luz. En cada grupo se calculó la frecuencia de episiotomías realizadas. En la investigación se incluyeron 7 513 mujeres registradas en el SIP durante 1996 y se excluyeron 830 a las cuales se había practicado cesárea.

Para conocer la capacidad estadística de los datos disponibles, se calculó el tamaño de la muestra incluyendo como variables los datos iniciales de la distribución por lugar de atención del parto y la incidencia bruta de episiotomía. Se utilizó el programa Epi-Info 6.04. Se estimó que para un error alfa igual a 5% y una potencia estadística (1 – error beta) de 80%, el número de registros disponible permitiría detectar riesgos relativos iguales a 1,15 o mayores.

En el estudio se definieron las siguientes variables. La variable dependiente fue *daño*, que se dividió en dos

categorías: (realización de episiotomía) sí y no. La exposición correspondió a la institución donde se atendió el parto. Esta variable se categorizó en ocho grupos. De ellos, siete correspondieron a los siete hospitales de alta y mediana complejidad y uno a los 22 hospitales de baja complejidad de la zona. Por otra parte, en el análisis se tuvieron en cuenta seis posibles variables de confusión con las siguientes categorías: paridad (0, 1, 2, 3 o más hijos); peso al nacer (<1500 g, 1500–2499 g; 2500–3499g, 3500–3999 g y \geq 4000 g); edad de la madre al inicio del embarazo (<17, 17–19, 20–34, 35–39, \geq 40 años), presentación (cefálica, podálica, transversa), terminación del parto (espontáneo, fórceps, otra (no cesárea)), tipo de personal que atendió el parto (médico, comadrona o enfermera, auxiliar de enfermería, otro).

En una primera etapa, se calcularon las tasas brutas de episiotomía en cada grupo. Para comparar las mujeres expuestas de cada hospital, se compararon las distribuciones de nulíparas, múltiparas, y las que tuvieron hijos con bajo y con muy bajo peso al nacer. Posteriormente, se construyó un modelo de regresión de Poisson a fin de ajustar las tasas según las variables de confusión consignadas. A continuación, y tras introducir las variables en el modelo, se realizó la prueba de la razón de verosimilitudes (*likelihood ratio test*) para determinar las variables que debían permanecer en el modelo final. Las variables cuyos coeficientes de regresión no fueron estadísticamente significativos se excluyeron del modelo. Como se detectó la existencia de interacción entre lugar de atención del parto y la paridad, se construyeron cuatro modelos de regresión, uno para cada una de las categorías de la variable paridad.

RESULTADOS

De 7 513 embarazadas, se incluyeron 6 683. En total se excluyeron 830 (11,07%) que dieron a luz por cesárea. Además se excluyeron 12 (0,19%) de las 6 683, porque no se pudo saber si se

les había practicado o no una episiotomía y 25 (0,38%), porque se desconocía su paridad.

En el cuadro 1 figuran las tasas brutas de episiotomía, junto con sus intervalos de confianza, según el lugar donde se atendió el parto. Esta tabla permite comparar las tasas del Hospital Neuquén con las tasas restantes, teniendo en cuenta que dicho hospital pertenece a la categoría de mayor complejidad y que en él se atiende el mayor número de partos. La tasa bruta de episiotomías de este hospital fue mayor que las de los hospitales Bouquet Roldán, Zapala, Chos Malal y las del grupo de menor complejidad, y menor que la del Hospital Cutral Co. No se observaron diferencias en relación con las tasas de los demás hospitales.

En el cuadro 2 aparecen los porcentajes de nulíparas, multíparas y los de niños con bajo y muy bajo peso al nacer, junto con sus correspondientes intervalos de confianza de 95%. Como puede observarse, por ejemplo en el Hospital Neuquén, los porcentajes de nulíparas y de niños de bajo y muy bajo peso al nacer fueron mayores que los de los hospitales de baja complejidad.

Al construir los modelos de regresión de Poisson, los coeficientes de la paridad, el peso al nacer, la presentación y la terminación del parto fueron los únicos estadísticamente significativos (cuadro 3). A excepción de la paridad, en la cual se consideró como grupo de base a las nulíparas, en las

CUADRO 1. Tasas brutas de episiotomía según el hospital donde se atendió el parto. Provincia de Neuquén, Argentina, 1996

Hospital del parto	Partos vaginales	Partos con episiotomía	Tasa bruta (%)	IC95%
Neuquén	1 576	832	52,79	50,3 a 55,3
Bouquet Roldán	1 228	406	33,06	30,4 a 35,8
Cutral Co	592	370	62,50	58,5 a 66,4
Zapala	625	209	33,44	29,7 a 37,3
Chos Malal	328	153	46,65	41,1 a 52,2
San Martín de los Andes	446	256	57,40	52,7 a 62,0
Junín de los Andes	263	134	50,95	44,7 a 57,1
Hospitales de baja complejidad	1 613	703	43,58	41,2 a 46,0
Total	6 671	3 063	45,92	44,7 a 47,1

IC95%: intervalo de confianza de 95%.

restantes variables como grupo de comparación se utilizó el más numeroso o el de menor riesgo de episiotomía. Luego de ajustar las tasas de episiotomía —que pueden considerarse como estimación del riesgo relativo o RR de esa intervención—, se observó que en los hospitales Bouquet Roldán y Zapala se practicaron menos episiotomías que en el Neuquén. Por el contrario, en los hospitales Cutral Co y San Martín se realizaron más episiotomías que en el Neuquén (véase el cuadro 3). Estos resultados, distintos de los que se observarían al comparar las tasas brutas (véase el cuadro 1), ponen de manifiesto el efecto de confusión que ejercen las características de los grupos de mujeres estudiadas en la asociación detectada entre el hospital donde se atendió el parto y la indica-

ción de la episiotomía. Así, por ejemplo, en tanto que la frecuencia de episiotomías en los hospitales de baja complejidad fue 43,58% (véase el cuadro 1), del cuadro 3 se puede inferir que si en estos hospitales se atendieran mujeres similares a las del Hospital Neuquén en cuanto a paridad, peso al nacer de sus hijos, presentación y terminación del parto, en ellos la frecuencia de episiotomías sería 51,2 (52,79 \times 0,97); en otras palabras, no se observarían diferencias entre sus tasas y las de este último hospital.

En el cuadro 3 se puede comprobar que la variable con mayor efecto en la indicación de episiotomía fue la paridad. Cabe destacar, asimismo, que a las mujeres que dieron a luz niños de muy bajo peso se les practicaron muchas menos episiotomías.

CUADRO 2. Porcentajes de mujeres nulíparas, multíparas, niños de bajo peso (BPN) y muy bajo peso al nacer (MBPN) incluidos en el estudio según el hospital donde tuvo lugar el nacimiento. Provincia de Neuquén, Argentina, 1996

Hospital del parto	Nulíparas		Multíparas		BPN		MBPN	
	(%)	IC95%	(%)	IC95%	(%)	IC95%	(%)	IC95%
Neuquén	39,8	37,3 a 42,2	22,5	20,5 a 24,7	8,6	7,3 a 10,0	3,0	2,2 a 4,0
Bouquet Roldán	30,9	28,4 a 33,6	27,7	25,2 a 30,3	2,6	1,8 a 3,6	0,8	0,4 a 1,5
Cutral Co	33,9	30,1 a 37,9	23,6	20,3 a 27,3	6,4	4,6 a 8,7	1,2	0,5 a 2,4
Zapala	35,8	32,1 a 39,7	28,0	24,5 a 31,7	5,6	4,0 a 7,7	1,9	1,0 a 3,3
Chos Malal	33,2	28,2 a 38,6	24,1	19,5 a 29,1	5,8	3,5 a 8,9	2,1	0,9 a 4,3
San Martín de los Andes	33,4	29,0 a 38,0	23,8	19,9 a 28,0	4,3	2,6 a 6,6	0,2	0,0 a 1,2
Junín de los Andes	33,8	28,1 a 39,9	23,6	18,6 a 29,2	6,5	3,8 a 10,1	1,5	0,4 a 3,8
Hospitales de baja complejidad	28,6	26,4 a 30,9	27,6	25,5 a 29,9	4,0	3,1 a 5,0	0,4	0,1 a 0,8

IC95%: intervalo de confianza de 95%.

CUADRO 3. Razón de tasas ajustadas (riesgo relativo o *RR*) de episiotomías según el lugar de atención del parto, el peso al nacer, la paridad, la terminación y la presentación.^a Provincia de Neuquén, Argentina, 1996

	<i>RR</i>	IC95%
Hospital del parto		
<i>Hospital Neuquén</i>		
Bouquet Roldán	0,70	0,62 a 0,79
Cutral Co	1,28	1,13 a 1,45
Zapala	0,67	0,57 a 0,78
Chos Malal	0,93	0,78 a 1,11
San Martín de los Andes	1,17	1,02 a 1,35
Junín de los Andes	1,03	0,85 a 1,24
Hospitales de baja complejidad	0,97	0,88 a 1,07
Peso al nacer (g)		
<i>2500–3499</i>		
< 1500	0,36	0,22 a 0,58
1500–2499	0,90	0,77 a 1,04
3500–3999	1,08	1,00 a 1,18
4000 o mayor	1,08	0,91 a 1,28
Paridad		
<i>Nulíparas</i>		
1 parto previo	0,52	0,48 a 0,57
2 partos previos	0,21	0,18 a 0,24
3 o más partos previos	0,06	0,05 a 0,07
Terminación		
<i>Espontánea</i>		
Fórceps	1,18	0,95 a 1,46
Otra	1,25	0,96 a 1,61
Presentación		
<i>Cefálica</i>		
Pelviana	1,61	1,16 a 2,23
Transversa	0,61	0,09 a 4,38

IC95%: intervalo de confianza de 95%.

^a La primera categoría de cada variable (en cursiva) constituye el grupo de comparación.

Para dilucidar si las diferencias observadas en la realización de episiotomías en los hospitales incluidos en el estudio eran distintas según la paridad (es decir, para averiguar si existía interacción estadística entre lugar de atención y paridad), se construyeron cuatro modelos de regresión adicionales. En el cuadro 4 figuran los resultados del análisis estratificado realizado a este efecto, así como los riesgos relativos de episiotomía de cada hospital ajustados según el peso al nacer, la presentación y la terminación del parto observados en el Hospital Neuquén (considerado como grupo de comparación o de base para la estimación del riesgo relativo). Los resultados indican que mientras que en las nulíparas —en las cuales está más indicada la episio-

mía que en las primíparas y múltiparas— las tasas de episiotomía no muestran diferencias según el lugar donde se atendió el parto, sí se detectan en las primíparas y se hacen mucho más marcadas en las que han tenido más hijos. En estas últimas, la indicación de practicar la episiotomía depende en mucho mayor medida del criterio de la persona que asiste el parto. En la figura 1 se representan los riesgos relativos de episiotomía de los hospitales Bouquet Roldán, Zapala, Cutral Co y San Martín comparados con el Neuquén.

DISCUSIÓN

En virtud del diseño del estudio y de la fuente de datos utilizada, es legí-

timo suponer que los resultados de la presente investigación no son el resultado de sesgos importantes. Por la naturaleza de las variables estudiadas es posible descartar errores de clasificación. Por añadidura, tanto la secuencia que rigió la recolección de los datos como el hecho de que la hipótesis del estudio no pudiera contrastarse antes de disponer de dichos datos permiten descartar la presencia de un sesgo de notificación.

Cuando los resultados de este estudio se compararon con los obtenidos con datos de 1994, no se observaron diferencias dignas de mención, lo cual permite afirmar que en la actualidad no se están produciendo cambios notables en la realización ni en las indicaciones de la episiotomía. Además, sería útil analizar las tendencias en la práctica de esta intervención en los próximos años a fin poder justificar cualquier medida encaminada a garantizar su efectividad así como la calidad de la atención que se brinda a las mujeres que dan a luz.

Los resultados de este estudio indican que la mayor parte del personal de salud implicado realiza episiotomías de forma sistemática a las mujeres nulíparas y que existen diferencias notables, de acuerdo con las indicaciones locales, entre la frecuencia con que se les practican a estas mujeres y a las primíparas. Además, se aprecia que dicha frecuencia aumenta con la paridad. La indicación rutinaria de la episiotomía en las nulíparas en todos los hospitales estudiados parece contraponerse con el hecho de que algunos de ellos participaron en el estudio en el cual se concluyó que la episiotomía sistemática era innecesaria. Por otra parte, en dos hospitales se realizaban episiotomías selectivas a mujeres primíparas, siguiendo de cerca las recomendaciones del Grupo Argentino Colaborativo para el Estudio de la Episiotomía (10). Por el contrario, en dos hospitales las episiotomías se realizaban de forma prácticamente rutinaria.

Como se esperaba, la paridad y la presentación son factores fuertemente asociados con la indicación de la epi-

CUADRO 4. Tasas y razones de tasas (riesgos relativos o RR) ajustadas según el peso al nacer, la presentación y la terminación del parto y estratificadas según la paridad y el lugar de atención del parto. Provincia de Neuquén, Argentina, 1996

Lugar de atención del parto	Nulíparas			Primíparas		
	(%)	RR	IC95%	(%)	RR	IC95%
Grupo de base: Neuquén	90,6	1,00	—	52,7	1,00	—
Bouquet Roldán	80,6	0,89	0,78–1,03	23,2	0,44	0,36–0,57
Cutral Co	96,0	1,06	0,90–1,25	82,7	1,57	1,24–1,97
Zapala	81,5	0,90	0,76–1,07	10,5	0,20	0,16–0,35
Chos Malal	87,9	0,97	0,78–1,21	52,2	0,99	0,72–1,37
San Martín de los Andes	92,4	1,02	0,85–1,23	69,6	1,32	1,01–1,71
Junín de los Andes	92,4	1,02	0,81–1,29	53,2	1,01	0,71–1,44
Hospitales de baja complejidad	85,2	0,94	0,83–1,08	48,5	0,92	0,75–1,12

	Secundíparas			Tres o más partos		
	(%)	RR	IC95%	(%)	RR	IC95%
Grupo de base: Neuquén	20,8	1,00	—	6,5	1,0	—
Bouquet Roldán	6,4	0,31	0,16–0,60	1,0	0,16	0,05–0,54
Cutral Co	37,6	1,81	1,15–2,86	14,7	2,26	1,17–4,35
Zapala	1,2	0,06	0,01–0,47	0,7	0,10	0,02–0,32
Chos Malal	13,1	0,63	0,26–1,48	3,1	0,48	0,11–2,05
San Martín de los Andes	31,8	1,56	0,93–2,61	13,9	2,14	1,05–4,38
Junín de los Andes	25,2	1,21	0,57–2,51	4,0	0,61	0,14–2,64
Hospitales de baja complejidad	24,1	1,16	0,78–1,73	8,8	1,35	0,70–1,73

IC95%: intervalo de confianza de 95%.

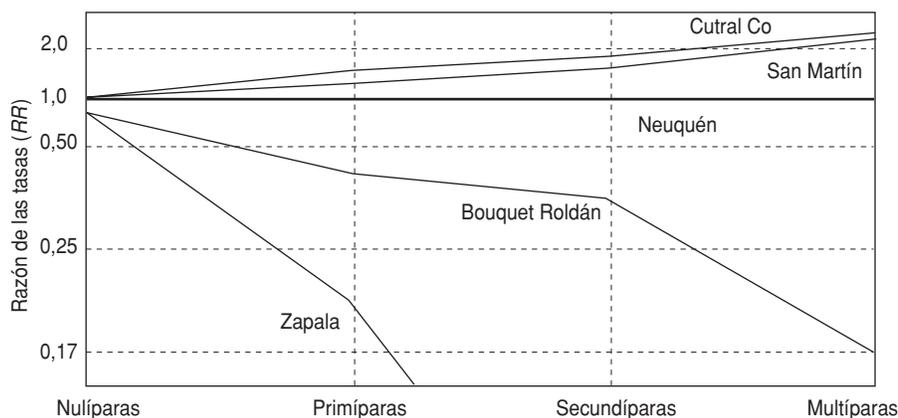
siotomía. No obstante, llama la atención el no haberse encontrado una asociación entre el alto peso al nacer y dicha indicación y que en los casos de bajo y muy bajo peso al nacer la frecuencia de episiotomías fuese mucho menor que la recomendada en las nor-

mas de atención del parto. Los porcentajes de esos niños y de nulíparas fueron más altos en el Hospital Neuquén que en los de baja complejidad, de modo que las diferencias que aparecen en el cuadro 1 podrían atribuirse, al menos en parte, a diferencias

en el perfil de las embarazadas atendidas en esos hospitales (lo cual obliga a realizar ajustes mediante modelos de regresión). Por otra parte, la menor frecuencia de episiotomías aun cuando están indicadas podría ser el resultado de las dificultades que supone realizar episiotomías en partos con períodos expulsivos muy breves, lo cual es más frecuente cuando los niños son de muy bajo peso. La indicación de episiotomía no se asoció con la edad materna ni con el tipo de personal que atiende el parto.

La variabilidad de las indicaciones de la episiotomía entre los hospitales puede responder a diversas razones, entre las que destacan las siguientes: el lugar de formación de las personas que atienden el parto, la existencia de programas de residencia de medicina general y tocoginecología en los hospitales o la de algún acuerdo o norma local de atención. Estas posibles razones no se analizaron en el presente estudio, pero deberían investigarse en un estudio diseñado específicamente con ese propósito.

FIGURA 1. Tendencia a la realización de episiotomías en los hospitales Bouquet Roldán, Zapala, Cutral Co y San Martín, comparados con el Hospital Neuquén, según paridad. Provincia de Neuquén, Argentina, 1996



REFERENCIAS

1. Schwarcz R, Duverges C, Gonzalo Díaz A, Fescina R. *Obstetricia*. 5a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1995.
2. Iffy L, Kaminetzky H. *Obstetricia y perinatología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1985.
3. Votta RA. *Obstetricia*. Buenos Aires: López Librero; 1970.
4. Uranga Imaz FA, Uranga Imaz FA (h). *Obstetricia práctica*. Buenos Aires: Editorial Inter-médica; 1979.
5. Ecker JL, Tan WM, Bansal RK, Bishop JT, Kilpatrick JS. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:411-414.
6. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relation of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171: 591-598.
7. Bansal RK, Tan WM, Ecker JL, Bishop JT, Kilpatrick SJ. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175: 897-901.
8. Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? *Br Med J* 1984;288:1971-1975.
9. Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, Kaczorowski J, Johnson B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:403-410.
10. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs. selective episiotomy: a randomized trial. *Lancet* 1993;342:1517-1518.
11. Programa de Maternidad e Infancia. *Norma de atención del parto de bajo riesgo*. Provincia de Neuquén: Subsecretaría de Salud; 1995.
12. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Sistema informático perinatal*. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud 1993. (Publicación científica CLAP 1203).
13. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Sistema informático perinatal*. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Publicación científica CLAP 1207).

Manuscrito recibido el 6 de agosto de 1997 y aceptado para publicación en versión revisada el 13 de marzo de 1998.

ABSTRACT

Indications for episiotomy at public maternity clinics in Neuquén, Argentina

Indications for performing episiotomy during vaginal births are a controversial topic requiring worldwide review. In Neuquén Province, Argentina, when standards for low-risk childbirth were developed in 1995, they included the provision to limit episiotomies to cases at high risk for spontaneous laceration. The present retrospective cohort study was designed for comparing the criteria applied in 1996 as indications for episiotomy in public maternity services of Neuquén Province, as well as the effect of parity and other variables on its frequency. The Perinatal Data System yielded 7 513 medical records for review, which represented 70% of all the institutional births during the year. Of these records, 830 dealing with cesarean sections did not qualify for the study. The remaining 6 683 records were divided into eight groups according to hospital location. Episiotomy incidence rates were estimated for those eight groups and the Poisson regression was applied in order to adjust for birthweight, number of siblings, mother's age, and type of birth presentation and outcome.

Taking the Neuquén Hospital data as baseline because of its higher complexity and large number of births taking place there, two hospitals had episiotomy incidence rates equal to 70% (95%CI: 62%-79%) and 67% (95%CI: 57%-78%) of the Neuquén Hospital rates. Two other hospitals had incidence rates which were higher by 28% (95%CI: 13%-45%) and 17% (95%CI: 2-35%), while the remaining hospitals showed no significant differences. Stratified regression by number of previous vaginal births showed parity to be the strongest influencing variable on indications for episiotomy. Rates for nulliparous women showed no differences by hospital, but rates for primiparous women did, with even stronger differences shown for multiparous women. The authors concluded that all institutions included in the study performed episiotomies as a virtually routine procedure on nulliparous women, that there are significant differences in their indications for primiparous women, and that those differences increase along with parity. These differences seem to show that maternity clinics in the Province of Neuquén vary widely in their criteria for episiotomy indications.