



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

**La práctica de la episiotomía  
y sus cuidados. Una revisión  
de la literatura**

**Alumno: Jésica Marín Pérez**

Tutor: Prof. D. Manuel Linares Abad  
Dpto: De Enfermería

**Mayo, 2014**



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
*Facultad Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

**La práctica de la episiotomía  
y sus cuidados. Una revisión  
de la literatura**

**Alumno: Jérica Marín Pérez**

Tutor: Prof. D. Manuel Linares Abad  
Dpto: De Enfermería

Fdo.

**Mayo, 2014**

## ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	3
2. Introducción	4
3. Metodología. Material y Método	7
3.1. Tipo de estudio	7
3.2. Métodos de Búsqueda	7
3.2.1- Bases de datos consultadas	7
3.2.2- Palabras clave	8
3.2.3- Periodo	9
3.3. Criterios de selección. Inclusión y Exclusión	9
3.4. Extracción de datos	9
4. Resultados y Discusión	11
4.1. Práctica de la episiotomía según paridad	11
4.2. Tipos de episiotomía: ventajas e inconvenientes de los tipos de episiotomía más empleados	13
4.3. Complicaciones y proceso de reparación	17
4.4. Episiotomía y bienestar materno	22
4.5. Relación entre la práctica de la episiotomía y desgarros no controlados	24
4.6. Cuidados de la episiotomía	25
5. Conclusiones	26
6. Bibliografía	28

# 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La episiotomía es en la actualidad la intervención obstétrica que se realiza con más frecuencia. El objetivo de esta revisión bibliográfica es explorar la práctica de la episiotomía y sus cuidados, describimos en qué consiste dicha práctica, y analizaremos su prevalencia relacionada con la paridad. Exploramos cuales son los tipos de episiotomías que existen y los más utilizados, también conoceremos las ventajas e inconvenientes de la práctica. Por otro lado, hemos indagado sobre las complicaciones que se pueden producir al realizar esta técnica y sobre su proceso de reparación. Por último hemos revisado qué relación existe entre la práctica de la episiotomía y los desgarros espontáneos y cómo influye esta en el bienestar materno. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud. Las conclusiones más importantes son por un lado la gran importancia que tiene el seguimiento y cuidado de la episiotomía para evitar posibles complicaciones, siendo muy importante la cura diaria de esta para una buena cicatrización. Por otro lado, el uso de la episiotomía influye generalmente afectando el bienestar materno de la puérpera, ya que el uso de esta práctica produce en la mujer una serie de signos y síntomas que afectan a su vida diaria.

**Palabras clave:** Episiotomía, Cuidados del periné, Antisépticos, Dehiscencia y Puerperio Desgarros perineales.

## **Abstract**

Episiotomy is nowadays the obstetric intervention that is performed more frequently. The objective of this literature review is to explore the practice of episiotomy and your care, we describe what is this practice, and we'll discuss the prevalence related to parity. We explore what types of episiotomies that exist and the most commonly used, also we'll know the advantages and disadvantages of the practice. On the other hand, we have investigated about the complications that can occur when performing this technique and its repair process. Finally we've reviewed what is the relationship between the practice of episiotomy and spontaneous tears and how this influences maternal well-being. Was performed a literature search in the databases of health sciences. The most important conclusions are on the one hand the importance that has the tracking and care of episiotomy to prevent possible complications, remain very important healing daily this

for a good healing. On the other hand, the use of episiotomy influences generally affecting the postpartum maternal welfare, as the use of this practice in the woman produces a series of signs and symptoms that affect her daily lives.

**Keywords:** Episiotomy, Care of perineum, Antiseptic, Dehiscence, Puerperium and Perineal tears

## 2. INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una palabra derivada de los términos griegos “epision” que significa región púbica y “tomé” que significa corte. Por lo tanto consiste en la incisión del orificio externo de la vulva con el objetivo de facilitar la expulsión fetal en la última parte del segundo periodo del trabajo del parto vaginal, siendo la práctica invasiva más usada en el parto normal. La reparación de esta se denomina episiorrafia y debe realizarse una vez ya ha sido completado el alumbramiento y comprobada la estabilidad hemodinámica de la madre. El empleo de la episiotomía fue propuesto por primera vez en 1742 por una matrona irlandesa Fielding Ould quién recomendaba realizar un corte desde la vagina en dirección al ano en partos que fuesen muy complicados <sup>1</sup>. La episiotomía introducida en la práctica clínica en el siglo XVIII es ampliamente utilizada durante el parto, a pesar de la pobre evidencia científica sobre sus beneficios, siendo todavía un procedimiento muy controvertido.

La justificación de su uso se basaba en la reducción del riesgo de los desgarros perineales, de la disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia urinaria y fecal. Se pensaba que los potenciales beneficios para el feto eran debidos a un acortamiento del periodo expulsivo que facilitaba mayor número de partos espontáneos. A pesar de los limitados datos, la episiotomía se convirtió virtualmente en rutinaria, subestimando los potenciales efectos adversos, incluyendo su extensión a desgarros de tercer y cuarto grado, la disfunción del esfínter anal y la dispareunia. <sup>2</sup> Pero fue bien entrado el siglo XX cuando los obstetras Pomeroy (1918) y Delee (1920) defendieron el uso de esta práctica de forma rutinaria, que según ellos prevenían más laceraciones.

Tras el paso del tiempo, han sido muchos investigadores los que han revisado numerosos estudios y se llega a la conclusión de que la práctica de la episiotomía está basada en

escasa evidencia científica, ya que la ciencia va desmintiendo muchos de los beneficios que justificaban esta práctica. Son muchos los autores que recomiendan el uso de esta técnica en no más del 20-30 % de los partos, coincidiendo con el 30% que aconseja no superar la O.M.S. <sup>3,4</sup> En la actualidad el porcentaje de episiotomías realizadas es muy variable desde países como Holanda con un 8% a otros que casi alcanzan el 100%. España se sitúa aproximadamente en un 60% <sup>5</sup>, aunque si miramos hacia atrás, podemos observar un pequeño descenso del uso de la episiotomía desde sus orígenes hasta hoy día. En todo ello tiene mucho que ver el tipo de profesional que realiza dicha técnica y de sus conocimientos aprendidos.

Experiencias basadas en la imposición de políticas selectivas de episiotomía a profesionales acostumbrados a realizar episiotomía sistemática han producido resultados desastrosos, con un aumento importante de las lesiones perineales graves <sup>3</sup>.

Los tipos de incisión según su forma de presentación son:

- Episiotomía Lateral.
- Episiotomía Media o Central
- Episiotomía Medio-Lateral. <sup>5,6</sup>

Es muy importante saber cuál es el momento oportuno para realizar la incisión, pues, si se realiza "tempranamente", la pérdida sanguínea puede ser importante, sobre todo en caso de la medio lateral, y por el contrario, si se realiza "tardíamente", la distensión de los músculos perineales ha podido ser tal que no puede evitarse su desgarró, propósito capital de la técnica.<sup>7</sup>

La paridad, es un factor fundamental a la hora de realizar o no la práctica de episiotomía, así al aumentar la paridad disminuye el riesgo de traumatismo perineal en el parto, incluso de episiotomías, por tanto éste se produce con más frecuencia en mujeres primíparas. <sup>8</sup> Son muchos los autores los que asocian un mayor uso de esta técnica en mujeres nulíparas, contribuyendo en algunas ocasiones a desgarró de 3 y 4 grado, provocando en la mayoría de ellas el uso nuevamente de episiotomía en partos posteriores. Por otro lado, aquellas mujeres nulíparas a las que no se le realiza episiotomía y por ello presentan un periné íntegro, es más frecuente que aparezcan desgarró de 1 y 2 grado mucho menos traumáticos. Es por ello fundamental que las matronas que son los profesionales de la salud que realizan esta técnica, tengan una buena educación sobre las ventajas y desventajas que pueden ejercer en la parturienta si emplean el uso de dicha técnica. <sup>9</sup>

El desgarro en un parto ocasiona un trauma perineal en los genitales de la mujer y puede suceder bien de forma espontánea o bien debido a la episiotomía. Existen varios grados según las estructuras del periné a las que afecte y son:

- Desgarro de primer grado: afecta a la piel perineal y la mucosa vaginal.
- Desgarro de segundo grado: incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal.
- Desgarro de tercer grado: incluye el esfínter anal.
- Desgarro de cuarto grado: incluye la mucosa rectal.<sup>5</sup>

Es por ello necesario seguir investigando en este campo acerca de las ventajas e inconvenientes del uso rutinario o selectivo de la episiotomía, así como del tipo (episiotomía media o mediolateral) más adecuado además de tener en cuenta las posibles complicaciones que conlleva realizarla. De esta manera conseguiremos un mayor bienestar materno y una estandarización de dicha técnica, ya que es un procedimiento quirúrgico importante con efectos fisiológicos, psicológicos y socio-económicos sobre las mujeres.

### **OBJETIVO GENERAL**

Explorar la práctica de la episiotomía y sus cuidados.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer la frecuencia del uso de episiotomía según paridad.
2. Describir los tipos de episiotomía y conocer las ventajas e inconvenientes de los tipos de episiotomía más frecuentes.
3. Conocer las complicaciones relacionadas con la episiotomía y su proceso de reparación.
4. Analizar relación entre episiotomía y bienestar materno.
5. Explorar relación entre práctica de episiotomía y desgarros espontáneos no controlados.
6. Describir los cuidados de la episiotomía en la puérpera.

## **3-METODOLOGÍA. MATERIAL Y MÉTODO:**

### **3.1-Tipo de estudio**

Hemos realizado una revisión de la literatura sobre la práctica de la episiotomía en el periodo expulsivo del parto y otros aspectos relacionados con ella. Al realizar la búsqueda, hemos podido comprobar que el uso de episiotomía está muy ligado con los desgarros, por lo que empleamos los operadores booleanos” and” y “or” para ampliar la búsqueda.

### **3.2- Métodos de búsqueda**

#### *3.2.1- Bases de datos consultadas*

La búsqueda bibliográfica de esta revisión ha sido realizada en diferentes bases de datos. Esta se ha hecho en base a los temas de los objetivos planteados y en las bases de datos de mayor interés en las ciencias de la salud. Y son las siguientes:

- Biblioteca Cochrane: es una base de datos elaborada por la Colaboración Cochrane, cuyo fin es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable acerca de las intervenciones sanitarias.
- Cuiden: es la base de datos de la Fundación Índex. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales.
- Lilacs: base de datos de literatura científica y técnica en Salud de América Latina y de Caribe. Desde hace 27 años contribuye al aumento de la visibilidad, del acceso y de la calidad de la información en la Región.

- Medline: Es una base de datos de literatura biomédica profesional, con más de 22 millones de referencias en la que se pueden buscar artículos publicados en más de 5000 publicaciones y revistas biomédicas.
- Scopus: es una base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier. Es accesible vía Web para los suscriptores. Scopus proporciona una visión general completa de la producción mundial de investigación en los campos de la Ciencia, la Tecnología, la Medicina, las Ciencias Sociales y Artes y Humanidades.
- Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) : es una base de datos bibliográfica producida por EBSCO Publishing, especializada en enfermería, biomedicina, medicina alternativa y otras 17 disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud.

Además hemos consultado Scielo que es una biblioteca virtual donde se recoge una gran cantidad de revistas científicas incluidas las de Ciencias de la Salud. Por último también hemos buscado en Google Scholar, un buscador de bibliografía en el que podemos encontrar estudios revisados, libros, tesis... A su vez hemos realizado una búsqueda secundaria en la bibliografía de los artículos que hemos seleccionado para esta revisión. La información obtenida tras la búsqueda bibliográfica ha sido guardada en carpetas individuales según la base de datos a la que perteneciera y en documentos electrónicos con extensión docx.

### 3.2.2- *Palabras clave*

Las palabras clave empleadas para acotar nuestra búsqueda han sido:

- Episiotomy ,Care of perineum , Antiseptic ,Dehiscence, Puerperium y Perineal tears

Y su correspondiente al español:

- Episiotomía, Cuidados del periné, Antisépticos, Dehiscencia y Puerperio Desgarros perineales

También hemos buscado el término episiorrafia pero su búsqueda en inglés no ha dado resultados ya que lo tomaba como sinónimo de episiotomía.

### 3.2.3-Periodo

Nuestra búsqueda ha sido realizada entre los meses de diciembre de 2013 y febrero de 2014, donde hemos encontrado los diferentes artículos de interés para nuestro trabajo.

### 3.3- Criterios de selección. Inclusión y Exclusión:

#### Criterios de inclusión:

- De todos los tipos de estudios: Cuantitativos, Cualitativos, Mixtos, Revisiones Bibliográficas y- Guías de Práctica Clínica.
- Todos los artículos que incluyan en su estudio a madres nulíparas, primíparas y multíparas.
- Artículos que hablen de parto único.
- Partos eutócicos.
- Artículos entre los años 2000-2013.

#### Criterios de exclusión:

- Artículos anteriores al año 2000 por riesgo de obsolescencia.
- Publicaciones con partos por cesárea.
- Manuscritos con temática de embarazo gemelar o múltiple.
- Artículos de partos instrumentales como fórceps o ventosas.

### 3.4- Extracción de datos

Tras haber realizado la búsqueda de artículos en las bases de datos ya mencionadas, encontramos 243 artículos en varios idiomas; español, inglés y portugués relacionados con los objetivos que nos habíamos planteado. De estos fueron revisados 68 y descartados el resto tras haber leído los resúmenes y desviarse de nuestros objetivos. Finalmente nos quedamos con un total de 35 artículos para llevar a cabo esta revisión bibliográfica descartando el resto porque al leer el contenido al completo se desviaba del tema en cuestión.

En la tabla 1, vemos un breve resumen de la búsqueda bibliográfica realizada:

**Tabla 1. Selección final de artículos revisados para el estudio**

PALABRAS CLAVE	BASES DE DATOS	Nº DE ARTÍCULOS	METODOLOGÍA	AÑO
Episiotomy	Cochrane Plus	6	Se han utilizado Estudios controlados aleatorizados, transversales retrospectivos, longitudinales, observacionales, estudios de cohorte prospectivo, casos y controles y revisiones bibliográficas. También hemos empleado Guías de práctica clínica.	Entre 2000 y 2013 *
Care of perineum				
Antiseptic	Cuiden	12		
Dehiscence	Lilacs	1		
Puerperium				
Perineal tears	Medline	3		
Episiotomía				
Cuidados del periné	Scopus	2		
Antisépticos	Cinahl	2		
Dehiscencia				
Puerperio	Google Académico	7		
Desgarros perineales	Scielo	2		

\* Hemos utilizado dos artículos que son anteriores al periodo descrito anteriormente, ya que son de interés y había poca información actual acerca del tema que trataban.

## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En este apartado hemos plasmado los resultados que hemos obtenido tras haber realizado nuestra búsqueda bibliográfica.

### **4.1 Práctica de la episiotomía según paridad**

El uso de episiotomía o no, está muy relacionado con la paridad de la mujer y el tipo de personal que le atiende. Así, el mayor apogeo de la práctica de la episiotomía en EE.UU se logró tras la publicación de los artículos de Pomeroy 1918 y DeLee en 1920. Produciéndose un cambio en el empleo de esta práctica. Se pasó del uso selectivo y terapéutico cuando había alguna complicación en el parto, al uso rutinario y profiláctico, particularmente en primíparas. La primiparidad es uno de los factores de riesgo más común implicado en la aparición de lesión durante el parto y según Fernández (2013) señala que aunque se desconoce su mecanismo etiopatogénico, la mayoría de las lesiones perineales ocurren durante el primer parto.<sup>10</sup> Marqués et al. en 2012, exponen en su estudio que de 1129 partos vaginales, 636 (57,55%) les fue practicada episiotomía y de estos, 325 (83,7%) eran primíparas.<sup>11</sup> Por otro lado, Pérez en su estudio “Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario La Ribera” en 2012, hace alusión que del total de partos registrados (2.244), 1316 fueron por vía vaginal con terminación eutócica, de los cuales 875 (66,5%) no precisaron episiotomía mientras que el resto 441 (33,5%) sí. De estas 441 el 56,2 %, es decir 248 eran mujeres primíparas.<sup>12</sup>

Son muchos los tratados de obstetricia que recomiendan realizar la práctica de episiotomía de forma sistemática para disminuir el daño perineal y su disfunción postparto, así como evitar otras complicaciones como el sangrado o traumatismos en el recién nacido, por lo que Cravchik et al. en el año 2000 argumentan en uno de sus artículos que en la mayoría de las instituciones públicas de maternidad de Argentina, la episiotomía se realiza de forma habitual en las mujeres primíparas y con elevada frecuencia en las que ya han tenido un hijo o más.<sup>13</sup> Por otro lado, Bustamante et al. en 2007 confirma que el empleo de episiotomía es más habitual en primíparas que en multíparas, así lo corroboran en su estudio. De 748 partos vaginales, 391 son de madres

multíparas (52,3 %) mientras que 357 (47,7 %) son de mujeres primíparas. Del total de multíparas, necesitaron episiotomía un 24,55 % y el 75,45 % restante no. En el caso de las primíparas, el 78,43 % precisaron de esta práctica, mientras que el 21,57 % no lo necesitó. También cabe decir que el empleo de esta técnica tanto en primíparas como en multíparas era variable dependiendo de la decisión clínica de cada profesional y de acuerdo a cada caso en particular.<sup>14</sup>

Juste-Pina et al. en 2007 publican su estudio realizado a mujeres nulíparas donde comparan el uso de episiotomía selectiva frente a la rutinaria. La muestra son 402 mujeres, 202 del grupo control y 200 del grupo experimental escogidas de forma aleatoria. En todos los casos en los que se practique una episiotomía, ésta se hará siempre mediolateral y con una técnica predefinida para facilitar la comparación. Se realizaron un 83,7 % de episiotomías en el grupo rutinario y un 59% en el grupo experimental, con estos datos, formularon que la práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, o periné poco distensible, en mujeres nulíparas a término, era segura.<sup>15</sup> En otro estudio realizado por Bezerra de Vasconcelos et al. formulan que a pesar de las evidencias sobre el uso juicioso de la episiotomía, se estima que la técnica se aplica a 62,5% de los partos totales en los Estados Unidos y alrededor del 30% en Europa, al igual que en América Latina es actualmente utilizado como una intervención rutinaria en cada primípara y parturientas que han experimentado una episiotomía anterior. En Brasil, los datos son aún más alarmantes. La intervención se realiza todavía como una rutina en más del 90% de los partos vaginales en las unidades hospitalarias del país. Según la Organización Mundial de la salud (OMS) y el Ministerio de salud brasileño, el uso de la episiotomía debe ser proporcionado y basado en investigaciones científicas. Su práctica habitual se clasifica como perjudicial; la situación ideal sería aplicarlo a un máximo del 15% de los partos espontáneos.<sup>16</sup>

De la Rosa et al. en el año 2013, explican que la tasa de episiotomías varía entre el 8% en Países Bajos, el 13% en Inglaterra, el 25% en Estados Unidos y el 99% en los países del este de Europa. Las tasas más altas se observan en la mujeres primíparas y en los partos instrumentales, y parecen incrementarse con el peso del recién nacido, el diámetro de la cabeza fetal, las malas posiciones fetales, el índice de masa corporal, la edad materna y la ganancia materna de peso en el embarazo.<sup>17</sup> Por otro lado en el estudio realizado por Montenegro et al. en 2005, se cogieron un total de 1.232 partos vaginales, 996 fueron eutócicos. De estos últimos, 118 se realizaron sin episiotomía (11,8 %) y 878 con episiotomía (88, 2%). Respecto a la paridad, 481 mujeres (48,3%)

eran primíparas y el resto secundíparas o multíparas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas respecto a la paridad de la mujeres, la proporción de mujeres a las que no se realizó episiotomía es mayor en el grupo de las multíparas que en las primíparas.<sup>18</sup>

#### **4.2 Tipos de episiotomía: Ventajas e Inconvenientes de los tipos de episiotomía más frecuentes.**

La episiotomía ciertamente es la práctica invasiva más usada en el parto normal, se justifica generalmente como una técnica para la protección del perineo, no obstante los estudios indican que su uso liberal está conectado a las más altas tasas de trauma del perineo y a las más bajas tasas de mujeres con el perineo intacto. La propuesta de humanización del parto indica el uso limitado de esta intervención y debe haber una indicación válida para la realización de una episiotomía, y su uso liberal y rutinario se señala como una práctica usada con frecuencia de manera inadecuada.<sup>19</sup>

La episiotomía se realiza con tijeras afiladas de punta redonda justo antes del parto cuando se ven aproximadamente 3-4 cm de la cabeza fetal durante una contracción cuando la presentación está empezando a coronar.<sup>20</sup>

Como veníamos hablando anteriormente, existen tres tipos de episiotomía reconocidos según su localización y presentación. Estos tipos son:

- Lateral: La incisión se realiza desde unos centímetros por encima de la línea media de la horquilla vulvar, en dirección a la tuberosidad isquiática. Se seccionan haces de músculo bulbocavernoso, el sangrado es abundante. Actualmente está en desuso.
- Media o central: La incisión se realiza sobre el rafe fibroso ano-vulvar, respetando los músculos elevadores. La pérdida hemática es escasa. Es fácil de suturar, origina pocas molestias postoperatorias y el resultado estético y funcional. La tasa de desgarros, su longitud, el grado de complicación y las secuelas de incontinencia anal, son mayores.
- Episiotomía Medio-Lateral: se realiza una incisión oblicua (45°) desde la horquilla vulvar, afectando vagina, piel y músculo, incluida la fascia pubo-rectal del elevador del ano. El sangrado es mayor que con la episiotomía media, pero la tasa de desgarros de 3° y 4° grado es menor, aunque pueden quedar retracciones y dispareunia durante algunos meses. Es la más realizada en España.<sup>5,6</sup>

Para Kalis et al. en 2012, además de los tres tipos de episiotomía descritos anteriormente, existen algunos más, los cuales no son muy empleados. Son los siguientes:

- Episiotomía media modificada: Es una modificación de la episiotomía mediana. Se lleva a cabo realizando dos incisiones transversales en direcciones opuestas justo por encima de la ubicación esperada del esfínter anal. La incisión transversal se lleva a cabo en cada lado, perpendicularmente a la línea media, de modo que mida 2-5 cm en total. El uso de esta modificación se demanda para aumentar el diámetro de la salida vaginal en un 83% en comparación con una episiotomía mediana estándar, posiblemente por la separación de la membrana perineal y el esfínter, permitiendo cierto desplazamiento posterior del ano sin riesgo de cualquier daño por tracción.
- Episiotomía en forma de “J”: Esta episiotomía comienza con una incisión en la línea media y a continuación, se curva lateralmente para evitar llegar al ano. En esta técnica se utilizan tijeras curvas a partir de la línea media de la vagina hasta llegar a 2,5 cm por encima del ano. Entonces la 'J' está hecha en dirección hacia la tuberosidad isquiática quedando lejos del esfínter anal.
- Episiotomía anterior: La episiotomía anterior (el procedimiento de apertura de la cicatriz asociada con algunos grados de mutilación genital femenina) generalmente se realiza durante el parto en las mujeres que han tenido infibulación femenina realizada previamente. El dedo del practicante es insertado a través del introito y dirigida hacia el pubis. Otro tipo de la episiotomía (preferiblemente mediolateral) puede ser necesario durante el parto.<sup>21</sup>

Desde que surgió por primera vez el uso de la episiotomía en 1742, su utilización ha sido objeto de numerosas controversias. En sus inicios, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de esta técnica eran la asistencia de un parto dificultoso y el intento de salvar la vida del feto. En el siglo XIX empezó a darse un uso más liberal de la episiotomía, así lo explicaban varios autores como Anna Broomall en EE.UU o Credé y Colpe en Alemania, que justificaban esta práctica argumentando que se prevenían laceraciones del periné. Pero el mayor esplendor se produjo tras los artículos publicados por Pomeroy y DeLee quienes afirmaban que el uso de una episiotomía tenía muchos

más beneficios que su empleo sistemático. Los beneficios que aportaba eran los siguientes:

- Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del periodo y el trabajo físico de un periodo expulsivo prolongado.
- Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar.
- Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el periodo expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia entre otros.
- Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum vesico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas.

Desde la publicación de estos argumentos sin estudios que justificaran estas aseveraciones, la episiotomía rutinaria incrementó su aceptación en la comunidad médica y su empleo aumentó con relativa poca evidencia científica. Según Tomasso et al. en su estudio del año 2002 se encuestaron a 100 mujeres en un hospital público de Montevideo, Uruguay. En él se recogieron las opiniones de estas mujeres sobre las ventajas y desventajas del uso de la episiotomía y los resultados fueron los siguientes: 11% manifestó que el empleo de esta práctica no era necesario, un 13% no tuvo una opinión formada sobre la necesidad de esta intervención y el 76% restante, justificó su uso. Todo esto estaba muy influenciado ya que dependía de una decisión médica y era de esperar que la mayoría de las mujeres creyeran que la práctica de esta técnica era beneficiosa y necesaria.<sup>22</sup> En otro estudio realizado en 2005 por Scetti et al. se describen las ventajas e inconvenientes de cada tipo de episiotomía. Para la episiotomía mediana afirman que sus ventajas son: fácil de realizar, fácil de reparar, buena cicatrización, escaso dolor puerperal y dispareunia, buen resultado anatómico posterior y la pérdida de sangre es menor. Inconveniente: desgarro del esfínter anal y recto. Para la episiotomía lateral no presentan ventajas pero sí inconvenientes, los cuales son que no brinda ampliación suficiente, puede lesionar la glándula de Bartolino del lado afecto y deja cicatrices. Por último, la episiotomía medio-lateral, cuyas ventajas son que proporciona un buen espacio vaginal, baja frecuencia de desgarros tipo III-IV y menores incidencias de desgarros. Los inconvenientes de esta última son: que hay necesidad de

suturar, mayor pérdida hemática, cierre con mayor dificultad, peor resultado anatómico-estético, cicatrización más difícil y defectuosa, dolor puerperal y dispareunia.<sup>23</sup>

La episiotomía sigue siendo una intervención quirúrgica muy común en obstetricia. A lo largo de la última década, ha habido fuertes críticas al uso sistematizado de esta técnica.<sup>24</sup> El porcentaje de episiotomías varía de unos países a otros; en la mayoría, oscila del 50 al 90%. Aunque en algunos países europeos esta cifra no es tan alta. En España se estima el empleo de esta práctica es superior al 80%. En Estados Unidos, el tipo de episiotomía que se emplea básicamente es la episiotomía media (EM) mientras que en Europa, el tipo más habitual es la episiotomía mediolateral (EML). En el estudio de Borja et al. en 2001 se refiere a que existen pocos estudios que comparan la EM y la EML. Estos autores reflejan en el análisis de su estudio que hay una mejor recuperación y mayor índice de desgarros de tercer y cuarto grado con la EM. Así lo reflejan en su estudio donde tomaron, por un lado, un grupo experimental de 191 mujeres (88 primíparas y 103 multíparas) a las cuales se les realizó EM y por otro lado crearon un grupo control de 242 mujeres (117 primíparas y 125 multíparas) a las que se le realizó EML y se compararon varios parámetros para ver qué tipo de episiotomía era más favorable. Sus resultados fueron: la dehiscencia ocurrió con mayor frecuencia en el grupo control (10% en primíparas y 4,7% multíparas) que en el grupo de estudio (0% primíparas y 4,7 % multíparas). Respecto a cuándo pudieron retomar su vida normal, se observa que en la EM el reinicio de la vida normal se produce en una media de 3,5 días y en las EML asciende a 4,9 días. También se evaluó el grado de satisfacción con respecto a la episiotomía y se apreció que, tanto las primíparas como multíparas a las se le realizó EM, respondieron estar muy satisfechas, disminuyendo este porcentaje en las mujeres del grupo control (EML). En lo que respecta a la clasificación del dolor, las mujeres del grupo de estudio (EM) presentaron menos dolor que las del grupo control. Al comparar el grado de satisfacción de la episiotomía del parto actual con la del parto anterior, se comprobó que el 42% de mujeres con EML lo calificó de igual; sin embargo hasta un 58% de las de EM lo calificó como mucho mejor. Las relaciones sexuales con penetración se reiniciaron antes en primíparas con EML que en primíparas con EM, siendo la diferencia no estadísticamente significativa entre ambas. Mientras que en multíparas con EM tardaron una media de 44 días en reiniciarlas, en la multíparas con EML ascendió a 52 días. También se analizó las molestias en las relaciones sexuales con penetración (dispareunia) siendo menores en el grupo de estudio (EM). Y por

último no se apreciaron diferencias entre ambos grupos en lo que respecta a la incontinencia urinaria.<sup>24</sup>

En el estudio de Bezerra de Vasconcelos et al. 2010 se realizaron entrevistas a los profesionales de la salud encargados de realizar la episiotomía y las respuestas a las distintas preguntas fueron las siguientes:

Respecto a: ¿cuál es su punto de vista sobre los beneficios / perjuicios de la episiotomía?

- Los encuestados respondieron que el principal beneficio de la episiotomía era facilitar el parto normal, mientras que los perjuicios que se producían eran el daño de la musculatura pélvica vulvar, además del riesgo de infección.

Las respuestas a la pregunta: ¿cuáles son los criterios que utiliza para la realización de episiotomía?

- Ser madres primíparas, con perineo rígido. También los partos con fórceps y en aquellos en los que el feto es grande.

La tercera y última pregunta respecto al tipo de episiotomía utilizada y la razón de esta elección.

- Todos obstaron por la episiotomía mediolateral, por tener mantener la anatomía vulvar y vulvovaginal y por ser la que recomiendan los libros de texto.<sup>16</sup>

### **4.3 Complicaciones y proceso de reparación**

Millones de mujeres en todo el mundo son sometidas a sutura perineal después del parto y el tipo de reparación puede afectar el dolor y la curación. Durante más de 70 años, los investigadores han sugerido que las técnicas continuas sin cierre para la reparación de la vagina, los músculos perineales y la piel se asocian con menos dolor perineal que los métodos interrumpidos tradicionales.

La reparación perineal es un aspecto del parto que afecta a millones de mujeres en todo el mundo y puede dar lugar a morbilidad materna a largo plazo. En el Reino Unido aproximadamente un 85% de las mujeres presentarán un grado de traumatismo perineal durante el parto vaginal y de estas, 60-70% requerirá puntos. Sin embargo las tasas de traumatismo perineal variarán considerablemente según las prácticas individuales y las políticas del personal y las instituciones a nivel mundial. El traumatismo perineal puede

ocurrir espontáneamente durante el parto, o la partera o el obstetra pueden necesitar hacer una incisión quirúrgica (episiotomía) para aumentar el diámetro de la salida vaginal y así facilitar el nacimiento del recién nacido.<sup>25</sup>

### ***Complicaciones***

Independientemente del tipo de episiotomía realizada, se producen una serie de complicaciones relacionadas con el uso de esta práctica. Para Sánchez en 2013, las complicaciones encontradas respecto a los desgarros perineales son: que es más molesta, ocasionando más dolor tras el parto. Aumenta las complicaciones como dehiscencia, infección, hematomas, fístulas, endometriosis perineal, dispareunia y retrasa el inicio de las relaciones sexuales.<sup>6</sup> Albino, en su estudio del año 2009 analizó las complicaciones que podían surgir en el parto y comparó dichas complicaciones en mujeres con episiotomía y sin ella. Los resultados fueron los siguientes: en relación a los desgarros, halló que en aquellas mujeres a las que se le realizó episiotomía, presentaban desgarros de tercer y cuarto grado (14 y 6 % respectivamente) y un 13% obtuvo desgarros de segundo grado. Por otro lado, las mujeres a las que no se les realizó episiotomía, obtuvieron un 19 % en desgarros de primer grado frente al 6 % de desgarros de segundo grado, no existiendo ninguno de tercer y cuarto grado. Otras de las complicaciones que halló fueron las laceraciones, en las que encontró diferencias estadísticamente significativas, ya que detectó un 19% de laceraciones en pacientes con episiotomía y un 62% en aquellas que no se les realizó la técnica. Con respecto a la presencia de hematomas, del total de mujeres episiotomizadas, el 62 % presentó dichos hematomas, mientras que las mujeres de parto normal solamente presentaron hematomas en un 3%. En el caso de los edemas, hubo un 32 % de mujeres con episiotomía que presentaron edemas en la zona perineal y vaginal frente al 5% en mujeres con parto sin episiotomía. Por último, estudió la presencia de infecciones vulvoperineales donde pudo encontrar que del total de las mujeres que se les realizó episiotomía el 51 % tuvo infecciones, mientras que del total de las mujeres con parto natural solamente el 5% presentó infecciones.<sup>26</sup> Kettle et al. en 2008 manifiestan que la mayoría de las mujeres presenta algún malestar o dolor a corto plazo después de la reparación perineal, y hasta el 20% presentará problemas a largo plazo como dispareunia (coito doloroso). La morbilidad materna a corto y a largo plazo asociada con la reparación perineal puede llevar a importantes problemas físicos, psicológicos y

sociales, afectando la capacidad de la mujer para atender a su recién nacido y a otros miembros de la familia.

Una de las principales complicaciones que se recogen en el artículo publicado por el anterior autor en 2008 son los tipos de desgarros que se pueden producir. Estos los clasifica de la siguiente manera:

- Desgarro de primer grado: afecta a la piel perineal solamente.
- Desgarro de segundo grado: afecta a los músculos perineales y la piel.
- Desgarro de tercer grado: Lesión del esfínter anal 1° = < 50 % del esfínter anal externo desgarrado. 2° = > 50% del esfínter anal externo desgarrado y 3° = lesión del esfínter anal externo e interno.
- Desgarro de cuarto grado: la lesión del periné incluyendo el esfínter y el epitelio anal.<sup>25</sup>

Según Buitrago en el año 1997, las complicaciones directamente relacionadas con el uso de la episiotomía son:

- Desgarros por extensión: esta complicación está directamente relacionada con el tipo de episiotomía realizada, siendo más frecuente para la mediana. Estos desgarros asociados, suelen ser más dolorosos que los desgarros espontáneos, el inicio de la actividad sexual se hace más tardíamente y el análisis del piso pélvico en estas pacientes muestra mayor debilidad.
- Dehiscencia de la sutura e infección: Ocurre en el 0,5 % de las episiorrafias, se encuentra asociada a infección en el 79% de los casos. Se han establecido algunos factores de riesgo para esta complicación, como son la presencia de tejido devitalizado, hematomas, contaminación con material fecal en el momento de la reparación quirúrgica, dejar materiales en vagina, malos hábitos higiénicos, presencia de loquios infectados, materia fecal dura, inicio de relaciones sexuales tempranamente, mala nutrición, obesidad, cigarrillos entre otros.
- Fístulas rectovaginales: Aparece en el 0,1 % de los partos complicados. Siendo mucho más frecuente cuando se comparan las pacientes que recibieron episiotomía con las que no la recibieron (1,1 % vs 0,053%). Es decir, se presenta en una de cada 96 pacientes que sufren desgarros severos.
- Trastornos crónicos: el 50% de las pacientes que tienen comprometido el esfínter anal durante el parto, sufrirán crónicamente de trastornos (en el mejor de los casos) como incontinencia fecal, dolor pélvico crónico y dispareunia.

- Muerte: Esta es raramente una complicación anecdótica, ya que se ha reportado 11 muertes maternas por choque séptico, secundario a un foco infeccioso en el sitio de la episiotomía.<sup>27</sup>

### ***Proceso de reparación***

La reconstrucción de la incisión deber hacerse respetando al máximo la anatomía, para mantener íntegramente la función de los músculos y evitar la formación de cicatrices patológicas. Es recomendable el uso de hilo de material de absorción rápida, derivados del ácido poliglicólico y similar, ya que tienen un periodo de resistencia útil de unos 12 días (vicryl, vicryl rapid, dexon, y safil entre otros). Aunque hay evidencia de una mayor tasa de dehiscencias leves a moderadas que con el uso de materiales de reabsorción rápida, ofrecen como beneficio una adecuada fuerza de tensión entre los bordes, durante un tiempo medio suficiente para minimizar la reacción tisular. Se han propuesto numerosas técnicas de sutura. Una síntesis que puede servir de guía es la siguiente:

- Vagina: sutura continua por encima del ángulo de la incisión, finalizando inmediatamente por fuera de la inserción del himen, consiguiendo así, menos tasa de dehiscencia y menor dolor.
- Plano muscular: puntos dobles o simples sueltos.
- Fascia: puntos sueltos con el músculo.
- Piel: sutura intradérmica o puntos sueltos en forma de U. Una alternativa válida es la sustitución de puntos de fascia y piel, por una sutura única entrecortada.

Para la sutura quirúrgica de la episiotomía, el eje de la aguja debe ser perpendicular al borde de la herida, con el mantenimiento de una separación constante entre punto y punto, garantizando una adecuada hemostasia y correcta tensión entre los puntos. Una vez finalizada la sutura se comprobará que no hay cuerpos extraños en vagina y se realizará un tacto rectal para comprobar la integridad de la mucosa.<sup>28</sup>

La mayoría de estas mujeres presentan dolor perineal en el puerperio y hasta un 20% continúan con problemas a largo plazo, como dispareunia. La morbilidad materna asociada a la reparación perineal puede tener un impacto importante en la salud general de la mujer, produciéndole muchas molestias y estrés. Esto a su vez puede afectar la capacidad de la mujer para cuidar de su hijo y de otros miembros de su familia.

Tradicionalmente se sutura la vagina con un punto cerrado continuo y los músculos perineales y la piel se reparan con aproximadamente tres o cuatro puntos individuales, que necesitan anudarse por separado para prevenir que se suelten. La sutura de los desgarros de primer y segundo grado está relacionada con una mejor cicatrización en la sexta semana. Además, la sutura continua en la reparación de los músculos perineales está asociada con un menor dolor e incomodidad a corto plazo y con un mayor grado de satisfacción de las mujeres a los 3 meses. La sutura continua se asocia con menos dolor a corto plazo, frente a la sutura discontinua. Si la sutura es continua para todas las capas (vagina, músculos perineales y piel) la reducción del dolor es mayor frente a la sutura continua en piel perineal solamente. La sutura de la piel de manera intradérmica continua tiene mayores ventajas que la discontinua trascutánea.<sup>29</sup>

La técnica sutura de la lesión perineal después del parto puede tener un efecto considerable sobre el tipo y el grado de morbilidad en mujeres a corto y a largo plazo. La lesión perineal se repara tradicionalmente en tres etapas. Primero, se aplica una sutura continua “cerrada” para cerrar la herida vaginal, comenzando en el vértice y finalizando a nivel de la horquilla vulvar con un nudo en asa. La sutura “cerrada” se usa tradicionalmente para reparar el traumatismo vaginal, ya que una sutura continua “corrediza” puede causar acortamiento de la vagina si está muy ajustada, aunque no se han realizado estudios para investigar esta teoría. A continuación, se vuelven a aproximar los músculos profundos y superficiales con tres o cuatro suturas interrumpidas y finalmente, se cierra la piel perineal con puntos continuos subcutáneos o interrumpidos transcutáneos. Kettle et al. (2008) en su estudio, hace referencia a publicaciones de otros autores como es el caso de Fleming que en 1990 publicó su experiencia al usar una técnica de sutura continua, suelta, sin cierre, simple con suturas subcutáneas para unir la piel. Donde las mujeres informaron poco dolor perineal después de la reparación con la técnica continua comparada con las pacientes que fueron sometidas a métodos de sutura interrumpidos más tradicionales. Con la técnica continua, la tensión es transferida a todo lo largo de una única sutura; además, las suturas de la piel se insertan bastante por debajo de la superficie de la misma, por lo que se evitan las terminaciones nerviosas. También hay pruebas de que si se realiza la reparación perineal con material de sutura absorbible, como poliglactina estándar 910 (vicryl) o ácido poliglicólico (daxon) en comparación con catgut, se reduce el dolor perineal a corto plazo; sin embargo, hay mayor riesgo de dehiscencia de la sutura hasta 3 meses después del parto. En el caso de las matronas de Reino Unido, que son las que

se encargan de suturar la mayor parte de las lesiones perineales después del parto, existen variaciones amplias en las técnicas y en los materiales usados para la reparación perineal dependiendo si son profesionales individuales o unidades de maternidad. La justificación de la técnica de sutura elegida parece depender de la manera en que aprendiera el profesional que la realiza en lugar de basarse en evidencia clínica consistente. Es una práctica común que se les enseñe a matronas y estudiantes a reparar el traumatismo perineal con el método interrumpido, porque se considera más fácil de aprender y puede causar menos problemas en manos de personas sin experiencia o novatas. Debe entrenarse adecuadamente a todos los profesionales en la reparación perineal con el uso de la técnica de sutura más apropiada, basado en evidencia sólida y no solamente en la costumbre. En el estudio citado anteriormente por Kettle et al. en el año 2008 se analizaron 7 estudios con 3822 mujeres al ingreso, procedentes de cuatro países, mostrando que las técnicas de sutura continua para el cierre perineal se asocian con menos dolor a corto plazo. Sin embargo, si se usa la técnica continua para todas las capas (vagina, músculos perineales y piel), el beneficio en cuanto al alivio del dolor es aún mayor.<sup>25</sup>

#### **4.4 Episiotomía y bienestar materno**

La práctica de la episiotomía según Albino 2009 produce ciertos beneficios en la madre que son: reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado, preservación de la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y reduce el riesgo de incontinencia fecal o urinaria, además como es una incisión recta y limpia, es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro. Para este mismo autor, el empleo de una episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Existiendo un menor trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, aunque aumenta el trauma perineal anterior.<sup>26</sup>

Juste-Pina et al. en 2007 en su estudio sobre episiotomía selectiva o rutinaria a mujeres nulíparas, declaran que en las mujeres a quienes se ha practicado episiotomía, frente a las que no se les realizó, presentaron menos desgarros anteriores, aumentó el dolor leve, el dolor al sentarse y el dolor al andar en el puerperio hospitalario. Mientras que en las mujeres a las que no se les practicó episiotomía manifestaron un mayor bienestar general, el dolor con la deambulación es prácticamente inexistente, se sentaban con

mayor comodidad, la aparición de hematoma es menor, y necesitan menos analgésicos.<sup>15</sup>

Según Bezerra de Vasconcelos et al 2010, la episiotomía se relaciona con riesgos tales como: aumento del riesgo de lesión, hemorragia significativa, el dolor post- parto, edemas, infecciones, hematomas, dispareunia, fístulas retrovaginal y aunque rara, la endometriosis en la episiorrafia. Afectando esto al bienestar materno.<sup>16</sup>

Por otro lado, Gómez en su estudio publicado en 2009, nos habla sobre la técnica del masaje perineal, con la que se llega a reducir el número de episiotomías, aumentando por tanto el bienestar materno. Dicha técnica consiste en introducir los pulgares en la vagina como unos 3-4 cm, y hacerlos deslizar hacia los lados suavemente (sin llegar al meato urinario), durante 3-4 minutos, cuando se note sensación de calor en la zona, se debe hacer presión con los pulgares en la horquilla del periné hacia abajo durante otros 3-4 minutos. Estos ejercicios si se realizan correctamente, tienen efectividad si se realizan 2 veces por semana, desde 6 semanas antes de la fecha probable de parto (desde la 34-35 semanas de gestación).<sup>30</sup>

En el estudio de Linares et al. en 1998 se pudo comprobar que el uso de la episiotomía en la puérpera produce más dolor que en aquellas pacientes a las que no se le practicó esta técnica. Además el dolor producido en el perineo hace que se retrase el inicio de las relaciones sexuales en las mujeres con episiotomía. Por último, las mujeres a las que no se les realizó episiotomía estaban más satisfechas con la atención prestada en el parto que aquellas a las que sí se le realizó dicha práctica.<sup>31</sup>

De la Rosa et al. en 2013, explican en su artículo que si se previniese el daño perineal, se beneficiaría a un gran número de mujeres, ya que si se mantiene el periné íntegro, se producirá una menor pérdida sanguínea, un menor riesgo de infección posparto y menos dolor perineal. Además, se mantiene un mejor tono del suelo pélvico y se refieren menos incontinencia urinaria y fecal que en aquellas mujeres a las que se les practica la episiotomía o en las que se le producen desgarros espontáneos.<sup>17</sup> En el artículo realizado por Carroli & Belizán en 2006, se incluyeron 6 estudios. En el grupo episiotomía rutinaria se realizó episiotomía al 72,7% de las mujeres, mientras que la tasa en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue del 27,6 %. La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y

al trauma perineal o vaginal severo. No obstante, con el uso restrictivo de la episiotomía, hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior.<sup>32</sup>

#### **4.5 Relación entre practica de episiotomía y desgarros espontáneos**

En este apartado vamos a ver la relación que existe entre la práctica de la episiotomía y desgarros no controlados. Así lo hace Bustamante et al. en 2007, quienes comparan la presencia de desgarros perineales en pacientes con y sin episiotomía. En el grupo de pacientes con parto vaginal normal y en las cuales se realiza episiotomía, un 97% no sufrieron desgarros frente al 3% de mujeres con episiotomía que si presentaron desgarros. En el grupo de mujeres con parto vaginal eutócico, a quienes no se efectuó episiotomía aumentó el número de desgarros hasta un 58 % frente al 42 % que no sufrieron desgarros. Siguiendo en este estudio, se detalló el tipo de lesión vulvo-vagino-perineal en las mujeres a las cuales no se le practicó la episiotomía, comprobándose que donde se producían más lesiones era a nivel de la horquilla vulvar, contraponiéndose a la evidencia publicada que señala que este tipo de desgarro se suele producir con mayor frecuencia en partos con episiotomía.<sup>14</sup> Por otro lado, Albino en el año 2009 y en relación al grado de desgarro, realizó un análisis comparativo pudiéndose encontrar que en el grupo de mujeres con episiotomía presentaron desgarros de segundo grado el 13%, desgarros de tercer grado el 14 % y un 6% presentaron desgarros de cuarto grado. Mientras que las mujeres con parto normal, sin episiotomía, presentaron desgarros de primer grado un 19 %, un 6 % obtuvo desgarro de segundo grado y no hubo ningún caso que presentara desgarros de tercer y cuarto grado, confirmando en este estudio que el parto con episiotomía incrementa la gravedad de los desgarros.<sup>26</sup>

En un estudio de cohortes publicado por Herrera et al. 2006 se indica que el riesgo de desgarros perineales espontáneos en el segundo parto aumenta con la presencia y gravedad del trauma perineal en el primer parto siendo la episiotomía un factor de riesgo para la presencia de esas lesiones en el segundo parto.<sup>33</sup>

De la Rosa et al. en 2013 afirman que aproximadamente un 85% de las mujeres que tienen partos vaginales sufren algún tipo de traumatismo perineal. Estimándose que sufren desgarros espontáneos al menos un 41% de las mujeres en Inglaterra y Estados Unidos, aunque probablemente esta cifra esta subestimada debido a los desgarros que no se suturan.<sup>17</sup>

El estudio realizado por Vidal en 2009 recogía los resultados de un estudio hecho durante el periodo de 1997 a 2005 en el Hospital “Ciudad de Coria”. Fueron atendidos un total de 2.378 partos eutócicos, donde se pudo observar que el número de episiotomías iba disminuyendo al paso del tiempo, desde un 75,57% en 1997 hasta un 10,65% en 2005. El número de desgarros de grado I en partos sin episiotomía descendió del 33,78% en 1997 al 12,73 en 2003. En los dos años siguientes, al reducir el porcentaje de episiotomías hasta un mínimo del 10,65 % en 2005, aumentaron los desgarros de grado I hasta un 35,24 %. Respecto a los desgarros de grado II en partos sin episiotomía, se produjo una elevación en los dos primeros años y una posterior disminución entre 1999 (30%) y 2003, año en que se alcanza el mínimo porcentaje (9,09%). A partir de esa fecha, y al igual que sucedía con los desgarros de grado I, a medida que se redujeron los partos con episiotomía volvieron a ascender los desgarros de grado II, pero sin llegar a alcanzar las cifras de los primeros años (14,34 % en 2005), no habiendo encontrado diferencias con significación estadística. En los partos realizados sin episiotomía sólo existieron 2 desgarros de grado III del total de partos y ningún desgarro de grado IV; mientras que por otro lado, en los partos con episiotomía se produjeron 3 desgarros de grado IV. <sup>34</sup>

#### **4.6 Cuidados de la episiotomía**

La finalidad de los cuidados y observaciones sistemáticas que la matrona y enfermera, cada una en su entorno de trabajo y según sus competencias, deben prestar en el proceso fisiológico del puerperio son:

- Descartar las anomalías o posibles problemas que puedan poner en peligro al recién nacido y a la madre para actuar sobre ella.
- Enseñar a la mujer los aspectos relacionados con los cuidados integrales del recién nacido.
- Promocionar el autocuidado durante el puerperio.
- Valorar y modificar los factores que afecten a la madre y a la familia en su capacidad funcional y psicológica para garantizar el cuidado del recién nacido y el autocuidado de la mujer.

En lo que respecta a la zona del periné Avellanet et al. sugieren que en ocasiones es necesario aplicar frío local en la zona perineal para así disminuir la inflamación y proporcionar alivio a la mujer, puesto que de esta manera se reduce el dolor producido

por la episiotomía así como el de las hemorroides, pero se aconseja que el hielo aplicado nunca entre en contacto directo con la piel de la paciente. Debe colocarse de forma intermitente y no más de 24 horas debido a la interferencia que puede generar en el proceso de cicatrización si existiera episiotomía. La higiene debe realizarse empleando un antiséptico y valorando al mismo tiempo el estado del periné. Además deben realizarse al menos dos curas diarias con agua y un antiséptico. Durante la cura de la episiotomía, está se valorará buscando signos de enrojecimiento, edema, hematoma y secreciones. Cuando no existe episiotomía, se vigila la presencia en el periné de edema, hematoma y/o molestias. También debe inspeccionarse el área anal para detectar la existencia de hemorroides, así como su evolución en el tiempo aplicando los cuidados pertinentes.<sup>35</sup>

En el estudio realizado por Linares et al. en 1998 se recogen los cuidados diarios que se deben realizar en una episiotomía son el lavado de la zona con agua templada y con solución antiséptica (Rosalgin: DCI- Bencidamine) cada 12 horas, después debe secarse con una gasa en forma de torunda, para después instilarlo con povidona yodada y se coloca una compresa y se le indica a la mujer que deje la zona libre de prendas que dificulten el paso del aire a esta, para favorecer así la cicatrización.<sup>31</sup>

## 5. CONCLUSIONES

En relación a los diferentes objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

### **Objetivo general: Explorar la práctica de la episiotomía y sus cuidados.**

Conclusión: El uso rutinario de la práctica de la episiotomía está cambiando en los últimos años por un modo más selectivo, reduciendo así el número de episiotomías y de complicaciones, siendo fundamentales los cuidados que deben realizarse a la puérpera para una buena recuperación.

### **Objetivo 1: Conocer la frecuencia del uso de episiotomía según paridad.**

Conclusión 1: La realización de la episiotomía de forma rutinaria está cambiando actualmente y son muchos los autores quienes recomiendan que un uso más selectivo de esta técnica, producirá más beneficios para la mujer. Además el empleo de esta práctica,

está ligado según la paridad de la mujer y el profesional que la atiende, así es más común que se practique esta técnica en mujeres primíparas que en multíparas, ya que en las primeras existen más factores de riesgo para la aparición de lesiones perineales.

**Objetivo 2: Describir los tipos de episiotomía y conocer las ventajas e inconvenientes de los tipos de episiotomía más frecuentes.**

Conclusión 2: Los tipos actualmente más frecuentes son la episiotomía mediana (EM) más empleada en EE.UU y la episiotomía mediolateral (EML) más común en Europa. Podemos concluir que la EML presenta baja tasa de desgarros de grado III y IV aunque una mayor pérdida hemática y peor reparación posterior. Mientras que en la EM se producen con más frecuencia desgarros de III y IV grado a pesar de realizarse fácilmente dicha técnica y de tener una buena reparación con escasa pérdida hemática.

**Objetivo 3: Conocer las complicaciones relacionadas con la episiotomía y su proceso de reparación.**

Conclusión 3: La complicación más frecuente en el parto son los desgarros, acompañados de otros como son la dehiscencia, infección y dispareunia entre otros. Además la reparación es más beneficiosa para la mujer si se realiza la sutura de forma continua y con material de rápida reabsorción como es el ácido poliglicólico o similares tipo vicryl o safil.

**Objetivo 4: Analizar relación entre episiotomía y bienestar materno.**

Conclusión 4: El empleo de episiotomía influye generalmente de forma negativa en el bienestar materno de la puérpera, ya que el uso de esta práctica produce en la mujer una serie de signos y síntomas que afectan a su vida diaria como son el dolor y dispareunia entre otros.

**Objetivo 5: Explorar relación entre práctica de episiotomía y desgarros espontáneos no controlados.**

Conclusión 5: El uso de la episiotomía en los partos vaginales eutócicos, reduce el número de desgarros de grado I y II, pero aumentan los desgarros de grado III y IV; mientras que en aquellas mujeres que no se realiza episiotomía el número de desgarros espontáneos de grado I y II se ve aumentado y por el contrario los desgarros de grado III y IV son muy poco frecuentes.

**Objetivo: 6: Describir los cuidados de la episiotomía en la puérpera.**

Conclusión 6: Es muy importante la valoración y cuidado de la episiotomía para evitar complicaciones futuras. Además es fundamental la cura diaria de esta para un correcto proceso de cicatrización.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Ferrer, RM<sup>a</sup>. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de hodge frente a conducta activa. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master.2010; 2(1):12-32.
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. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet ginecol. 2004; 47(9):414-22.
4. Romero Martínez J, de Prado Amián. M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Matronas Profesión. 2002; 8:33-39.
5. Sánchez Casal MI. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. Enfermería docente 2012; 97:27-32.
6. Sánchez Casal MI, Luna Valero JM. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. Paraninfo Digital. Monográficos de investigación en Salud. 2013; N. 18.
7. Vergara G. Episiotomía. E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Agosto 2009; 1-18.

8. Federación de asociaciones de matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; Barcelona 2007.
9. KaraÇam Z, Eroglu K. Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of advanced nursing*. 2003; 43(4):384-394.
10. Fernández Medina IM. Abordaje fisioterápico de las lesiones perineales en el postparto. *Enfermería Docente* 2013; 100:28-33.
11. Marques Salge AK, Fleury Lobo S, Manchado Siqueira K, Rossie Silva RC, Valadares Guimaraes J. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Revista eletrônica de Enfermagem* 2012; 14(4):779-85.
12. Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". *Nure Investigación* N° 63 Marzo-Abril 2013; 10(63):1-6.
13. Cravchik S, Muñoz D, Bortman M. Indications for episiotomy at public maternity clinics in Neuquén, Argentina. *Revista Panamericana Salud Pública* 2000; 4(1):26-31.
14. Bustamante S, Castillo C, Saavedra V, Schmied W. Episiotomía restrictiva en parto normal. *Revista de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente DR. Luis Tisné Brousse*. 2007; 2(2):127-136.
15. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Migue E, Viñerta Serrano E, Cruz Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Profesión*. 2007; 8 (3-4):5-11.
16. Bezerra de Vasconcelos DI, de Cássia Tavares Da Fonseca L, Cartaxo Gomes de Arruda AJ. Episiotomy under the view of obstetric physicians and nurses: criteria. *Journal of Nursing. Revista de Enfermagem*. 2012; 6(5):1038-1045.
17. De la Rosa Varéz Z, Rivas Castillo MT, Alguacil Sánchez MV. Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. *Revisión bibliográfica. Matronas Profesión*. 2013; 14(1):19-23.
18. Montenegro Alonso M.S, Blanco Nieves M.I, Pereiro Bangueses M.A, Barro Rochela E, Rico Padín B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Matronas Profesión*. 2005; 6(1):30-32.

19. Rangel da Silva L, De Souza Serrano N, Moreira Christoffel M. La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: En busca del cambio en el modelo asistencial. *Enfermería global*. Noviembre 2006; N° 9 1-13.
20. Rueda García J, Linares Abad M, Serrano Martos J. Valoración del proceso de cicatrización de la episiotomía a las 48 horas del parto. *Inquietudes*, 2000; 20:35-38.
21. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardization of terminology. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012; 119: 522-526.
22. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* Junio 2002; 62 (2).
23. Scetti, MR., Serracani, GS. y Zalazar, LA. Uso selectivo de la episiotomía. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. Junio 2005 pág. 6-9
24. Borja Jiménez A, Pulido Maestre M, Domínguez Grerory A, Sánchez Cabrera J, Montero Palomero R. Episiotomía media y mediolateral. *Matronas Profesión*. 2001; 2(6):36-41.
25. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Biblioteca Cochrane Plus*. 2008 Número 2.
26. Albino Sánchez F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*. 2009; 1(4).
27. Buitrago Duque CA. Episiotomía: una visión del panorama. *Medicina U.P.B. Medellín (Colombia)*. 1997; 16 (1):29-40.
28. Ferrer Oliveras R, Sánchez Iglesias JL, Cabero Roura L. La episiotomía. En: Cabero Roura L. Saldívar Rodríguez D., editores. *Operatoria Obstétrica: Una visión actual*. 1ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 103-109.
29. Santos Redondo P, Al-Adib Mendiri M. Estrategia de atención al parto normal en el Servicio Extremeño de Salud. *Servicio Extremeño de Salud*. 1ª edición, Septiembre 2013.
30. Gómez de Enterría Cuesta, ME. Masaje perineal durante el embarazo. *Revista Enfermería Castilla y León*. 2009; 1(2):40-43.

- 31.Linares Abad M, Serrano Martos J, Rallo Gutiérrez P. Influencia de la episiotomía en el bienestar físico de la puérpera. *Matronas hoy*, 1998; 11:35-38.
- 32.Caroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 1, 2006.
- 33.Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Profesión* 2006; 7(1):27-33.
- 34.Vidal Bermejo M. Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital “Ciudad de Coria” entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. *Matronas Profesión*. 2009; 10(1):5-9.
- 35.Avellaned Giménez M.I.R.B, Lupión González S.D, Fernández Amores R. Asistencia a la puérpera en su estancia hospitalaria. *Matronas Profesión*.2000 1(1):14-20.