

Trabajo Fin de Grado  
Departamento de Enfermería  
Universidad de Cantabria  
Junio 2013



# La episiotomía en la era del parto humanizado



Autora  
Esther García Cuesta

Directora  
Virginia M. Terán Rodríguez

## TABLA DE CONTENIDO

---

<b>RESUMEN Y PALABRAS</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	8
<b>1-EPISIOTOMÍA</b> .....	9
1.1-CONCEPTO, INDICACIONES Y TIPOS .....	9
1.2-TÉCNICAS Y MOMENTO DE REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA.....	10
1.3- REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA; CONCEPTO, MOMENTO DE REALIZACIÓN Y TIPOS DE SUTURA.....	11
<b>2-DESGARROS</b> .....	13
2.1-CONCEPTO, TIPOS, FACTORES AGRAVANTES .....	13
<b>3- TASAS DE EPISIOTOMÍA</b> .....	14
3.1-TASA IDEAL DE EPISIOTOMÍA.....	15
<b>4-EPISIOTOMÍA SELECTIVA VS RUTINARIA</b> .....	15
4.1-FACTORES QUE PRECIPITAN EL USO DE LA EPISIOTOMÍA.....	18
4.1.1 Uso de la episiotomía entre los diferentes profesionales.....	18
4.1.2 Uso de la episiotomía en partos con epidural.....	18
4.1.3 Uso de la episiotomía en partos instrumentalizados .....	18
4.1.4 Uso de la episiotomía en nulíparas y primíparas .....	18
4.1.5 Uso de la episiotomía según la posición en el parto .....	19
4.2- COMPLICACIONES .....	19
4.2.1 Dolor .....	19
4.2.2 Desgarros por extensión.....	19
4.2.3 Hematomas.....	19
4.2.4 Relacionadas con la episiorrafía .....	20
4.2.5 Asimetría vulvar, colgajos.....	20
4.2.6 Fístulas rectovaginales.....	20
4.2.7 Dispareunia .....	20
4.2.8 Incontinencia anal.....	21
4.2.9 VIH.....	22
4.2.10 Muerte .....	22
4.3 COSTES DE LA EPISIOTOMÍA .....	22
<b>5-LA MUJER PRECISA INFORMACIÓN</b> .....	23

5.1 ¿QUÉ CONOCE DE LA EPISIOTOMÍA?.....	23
5.2 "PLAN DE PARTO" .....	23
<b>6-PROMOCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO .....</b>	<b>25</b>
6.1-PARTO EN EL HOSPITAL .....	25
6.2-EL PARTO EN EL AGUA .....	26
6.3-EL PARTO EN CASA.....	27
<b>7-MEDIDAS DE CONFORT PARA LA RELAJACIÓN DEL PERINÉ.....</b>	<b>28</b>
7.1-TERMOTERÁPIA.....	28
7.2-MASAJE PERINEAL.....	28
7.3-POSTURAS DE LA MUJER.....	30
<b>8-ATENCIÓN AL BIENESTAR PSICOLÓGICO .....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS... ..</b>	<b>37</b>

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

---

**Resumen:** La episiotomía se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más extendidas de nuestra sociedad. Una técnica tan utilizada debería ser bien conocida, tanto en su concepto como en las indicaciones que justifican su uso.

La controversia en torno a su realización ha generado muchos estudios científicos al respecto, que en su mayoría han recomendado su uso de forma selectiva. A pesar de esto, hoy en día muchos países continúan utilizándola de manera rutinaria, especialmente en hispanoamérica en el que el 90% de mujeres son sometidas a esta intervención en el momento del parto.

Este uso sistemático de la episiotomía, aparte de ocasionar un gasto sanitario importante, afecta a la salud de la mujer tanto física con psíquicamente.

Alternativas tales como dotar de conocimientos a la embarazada sobre las diferentes medidas preventivas que puede llevar a cabo durante la gestación para evitar la episiotomía, así como las diferentes posibilidades en cuanto a la rutina del parto, pueden disminuir las elevadas tasas registradas en la actualidad.

Los profesionales de la salud debemos optar por un criterio unánime fundado en la evidencia científica y una atención al parto más humanizada que se aleje en lo posible del intervencionismo.

**Palabras clave:** Episiotomía; Parto humanizado; Parto obstétrico; Parto normal.

## ABSTRACT AND KEYWORDS

---

**Abstract:** The episiotomy, also known as perienotomy, has become one of the most extended surgical procedures in our society. Such a widely used technique should be well known both in its concept as in the indications which justify its use.

The controversy as to when it should be carried out has generated many scientific studies which in most cases recommend a selective use of this type of surgery. In spite of this, nowadays many countries still use it in a routine manner, above all in Latin America where 90% of women undergo this operation in the moment of delivery.

This systematic use of the episiotomy, not only generates important costs, but it also affects women's health both physically and mentally.

Alternatives exist such as informing pregnant patients about the different preventive measures which could be carried out during pregnancy in order to avoid an episiotomy besides the different possibilities regarding the routine of the delivery could all contribute to reducing the high percentage of operations existing today.

We, as health professionals, should opt for unanimous criteria, founded on scientific evidence and a more humanized approach to delivery well distant from the surgical intervention.

**Keywords:** Episiotomy; Humanizing delivery; Delivery, obstetric; Natural childbirth.

## INTRODUCCIÓN

---

En la actualidad, son cada día más las evidencias disponibles en cuanto a los beneficios de asistir a un parto racionalizando los recursos útiles. Se ha demostrado que la iatrogenia y las complicaciones se relacionan de manera directa con la cantidad de intervencionismo que se practique.<sup>(1)</sup> Esto no quiere decir que no haya que intervenir. Al revés, significa que el profesional al cargo deberá valorar escrupulosamente el proceso de parto para corregir cualquier anomalía en su evolución y en ese momento actuar.<sup>(1)</sup>

La episiotomía es una forma más de intervencionismo en el parto y además uno de los actos quirúrgicos más frecuentes en la medicina mundial.<sup>(2)</sup> En países como Argentina, se realiza a 9 de cada 10 mujeres que dan a luz. Esta técnica conlleva una serie de beneficios a la hora de asistir un parto complicado (riesgo de asfixia fetal, expulsivo que no avanza, etc.), ampliando el canal del parto y facilitando la expulsión del feto, lo que justifica su realización de forma selectiva. Sin embargo, el problema surge cuando esta práctica comienza a realizarse de forma indiscriminada, sin un criterio que indique su realización, generando morbilidad a la parturienta y gastos asociados a la misma. Esto es lo que se llama *episiotomía rutinaria*, intervención que ha generado y genera controversia, tanto en su uso como en su indicación, desde su origen hasta nuestros días.<sup>(2,3)</sup>

El primero en proponerla, en 1742, fue un comadrón irlandés, llamado Sir Fielding Ould, en su tratado sobre partería “Teatrise of midwifery in threeparts”.<sup>(2,4)</sup> En aquel momento se recomendaba en partos con una complicación extrema, practicando un corte desde la vagina hasta el ano, que venciera la resistencia perineal y ayudara a salir al feto.<sup>(2,3)</sup> Debido a la precariedad en anestésicos y a la prevalencia de infección que se le asociaba, no obtuvo en aquel momento muchos seguidores.<sup>(3,5)</sup>

Antes del siglo XX, los partos eran en su mayoría asistidos en el domicilio de las parturientas por comadronas y los desgarros del periné frecuentemente no se suturaban. En 1900, los partos hospitalarios eran menores al 5%. En ese momento “el corte” era una técnica nueva que iba contra la “ley natural”.<sup>(6)</sup>

El cambio hacia una política de *episiotomía rutinaria* se hizo a partir de 1920, tras sendos artículos de Pomeroy y DeLee, dos prestigiosos obstetras en aquella época.<sup>(6)</sup> Estos argumentaban que esta técnica aliviaba el dolor, prevenía de desgarros en el periné, disminuía la duración del parto y de esta manera se rebajaba la morbilidad perinatal y sus efectos.<sup>(5)</sup> Estas hipótesis, sin ninguna base científica, cobraron fuerza gracias a la mayor tecnificación en la atención al parto en aquel momento.<sup>(7)</sup>

Así se consiguió:<sup>(8)</sup>

- Trasladar la asistencia de los partos de las comadronas a los médicos.
- Trasladar la atención al parto de las casas al hospital.
- Establecer de manera definitiva el uso rutinario de la episiotomía.

La observación del trabajo de parto por parte de las matronas fue desterrada por el intervencionismo y dirigismo activo de los médicos -hombres en su mayoría- haciendo del parto un proceso patológico.<sup>(6)</sup>

Desde ese momento, nadie discutió sobre la utilización o no de la episiotomía, salvo el Dr J.W. Williams, que nunca estuvo de acuerdo sobre sus supuestos beneficios.<sup>(8)</sup>

Entre los años 70 y 80 del s.XX, surgió un movimiento naturalista en EE.UU. y el uso de la episiotomía sistemática comenzó de nuevo a cuestionarse. Desde ese momento fueron muchos los estudios que surgieron en la bibliografía científica dirigidos a analizar los beneficios y utilidad real de la episiotomía.<sup>(3)</sup> Thacker y Banta en 1983, en su revisión del tema mediante evidencia

científica desmontaron prácticamente todas las hipótesis argumentadas por Pomeroy y DeLee, desacreditando el uso rutinario. Muchos otros estudios coincidieron con las afirmaciones de esta revisión.<sup>(6)</sup>

Hasta el momento la mejor revisión sistemática disponible (buena calidad metodológica, solo incluye investigaciones clínicas aleatorizadas), ha sido publicada en la *Biblioteca Cochrane* en 1997, actualizándose posteriormente en 1999.<sup>(9)</sup> Estos resultados, desarrollados en el apartado 4 de esta monografía, volvieron a conducir a la recomendación del uso selectivo de la episiotomía, al contrario de lo que se venía haciendo.

Una de las razones de nuestra elección por este tema se debe a la elevada cifra de episiotomías sistemáticas que se continúan haciendo en nuestro medio y en el mundo, en general, a pesar de la extensa evidencia en su contra y que estandartes como la OMS no justifiquen su empleo en más de un 30% de los partos.<sup>(2)</sup> En este sentido, es interesante analizar el proceso de la episiotomía, las causas que predisponen a los profesionales a continuar con esta técnica, así como intentar una búsqueda de alternativas a su uso que aboguen por una reconducción del parto a un proceso lo más fisiológico posible, lo que se ha denominado *humanización del parto*. De esta manera podremos contribuir a aumentar el bienestar de las mujeres, disminuyendo el estrés y las molestias, no insignificantes en muchos casos, tanto en el parto como en el puerperio.

Creemos que es necesario revisar nuestra práctica e intentar cambiar las acciones sobre las que no existe evidencia para prestar la mejor calidad asistencial posible.

#### **OBJETIVOS:**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

- Ampliar los conocimientos acerca de la técnica de la episiotomía, que se viene realizando desde hace 300 años, a la cual se ven sometidas un tanto por ciento muy elevado de mujeres por el simple hecho de parir.

##### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

-Sacar a la luz las diferentes posibilidades actuales que existen para minimizar la necesidad de poner en práctica la episiotomía, las cuales están al alcance de las embarazadas, y sin embargo, por su escasa difusión no se llevan a cabo.

-Concienciar al personal sanitario relacionado con la atención al parto y al nacimiento para que sean capaces de, siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica actual, realizarlo con la mínima intervención, considerándolo como lo que es: un proceso fisiológico.

#### **Seguidamente, haremos una breve descripción de los capítulos que componen esta monografía:**

-En un primer tema se abordará el concepto de episiotomía en su extensión; indicaciones, tipos, momento de realización y de reparación.

-En un segundo apartado se realiza una pequeña presentación del concepto de desgarro, tipos y agravantes de los mismos.

-En un tercer tema se resumirán los datos recogidos sobre las tasas de episiotomía en el mundo, intentando focalizarnos en cuál sería la tasa ideal, a la que todos los países deberían aspirar.

-En cuarto tema se centrará sobre las diferentes prácticas de episiotomía: selectiva o rutinaria. Se tocarán sus beneficios, complicaciones, factores que precipitan su uso y costes asociados.

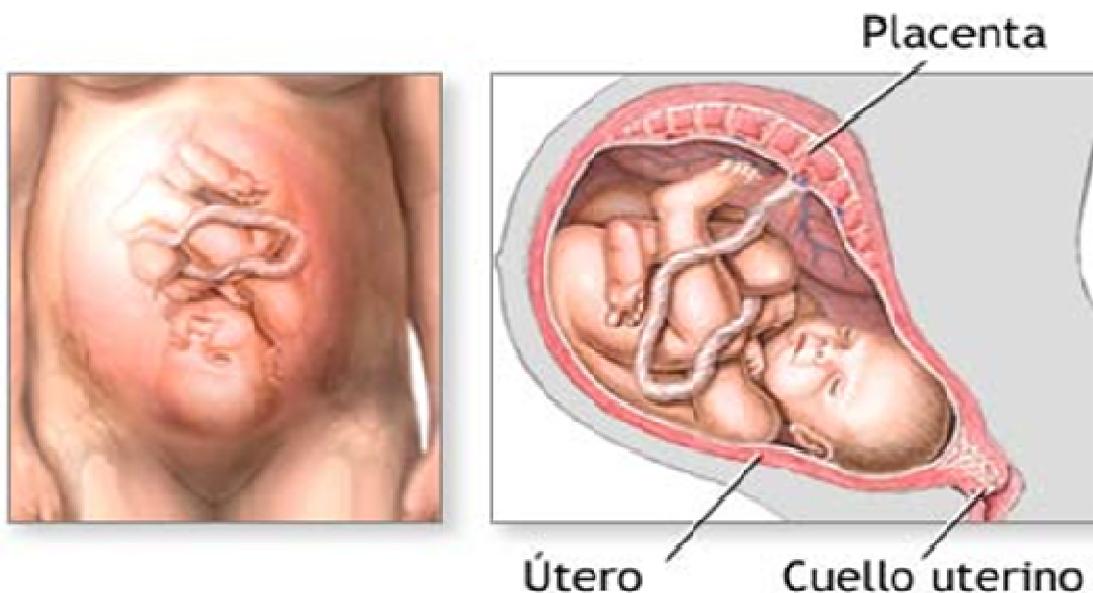
-Un quinto apartado se centrará en conocer de qué información dispone la mujer embarazada sobre la episiotomía y sobre el parto en general.

-En sexto lugar se darán alternativas al parto hospitalario tradicional, profundizando en el nuevo modelo de asistencia en los hospitales y poniendo en valor otras formas como el parto en el agua o en casa, que, aunque no se llevan a cabo mayoritariamente son perfectamente factibles.

-El séptimo tema hablará sobre las diferentes técnicas para relajar el periné: termoterapia, masaje perineal y posturas de la mujer, con lo cual se pretende disminuir las tasas de episiotomía.

-En el octavo tema y para finalizar se abordará la atención al bienestar psicológico de la mujer durante la atención al parto y el puerperio.

## Anatomía normal a término (a las 40 semanas)



 ADAM.

*Llegado el momento del parto, que sea la mujer la que decida como lo quiere vivir...*

## MATERIAL Y MÉTODO

---

Para realizar esta monografía de carácter descriptivo se han realizado búsquedas en las diferentes bases de datos que tenemos a nuestra disposición a través de la biblioteca de UNICAN, de fácil accesibilidad.

Las bases más consultadas han sido:

- Cochrane
- PubMed
- CUIDENplus
- Google académico

Con el fin de llevar a cabo los objetivos de la monografía referidos en la introducción, se procedió a recabar la información a través de una serie de fases:

- FASE I:

Inicialmente la búsqueda comenzó con las palabras clave:

- Episiotomía - Episiotomy
- Parto humanizado –Humanizing delivery
- Parto obstétrico – Delivery, obstetric
- Parto normal – Natural childbirth

Todas ellas mencionadas en el resumen, tanto en inglés como en español. A medida que avanzábamos en la investigación y que un artículo se relacionaba con otro con un contenido de interés, se fueron añadiendo nuevas palabras, entre ellas: *dolor* (pain), *complicaciones del trabajo de parto* (obstetric labor complications) y otras no incluidas en términos DECS como: *desgarro perineal*, *masaje perineal*, *termoterapia*. Todas ellas se combinaron mediante los operadores booleanos “AND” (y), “NOT” (no) y “OR” (o).

- FASE II:

Las referencias válidas encontradas se importaron al gestor bibliográfico “REFWORKS” para posteriormente citarse en la bibliografía.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

A través de una cuidadosa selección y cribado de las diferentes bibliografías encontradas, se ha desechado la que no tenía relación con el tema a tratar, la que carecía de la evidencia científica necesaria y la que era demasiado antigua. Solo se ha incluido literatura del año 2002 al 2013, excepto un artículo y un libro, de 1997 y 1999 respectivamente, por su importancia para nuestro trabajo.

En total se han analizado 37 artículos, 4 libros, 4 tesis, 3 páginas web y un acta de conferencia, todos ellos debidamente citados en la bibliografía.

No se han utilizado artículos que no estuvieran escritos en lengua inglesa o castellano, exceptuando un artículo en portugués, de fácil comprensión.

## 1-EPISIOTOMÍA

---

### 1.1 CONCEPTO INDICACIONES Y TIPOS

#### • CONCEPTO

Etimológicamente, La palabra episiotomía tiene su origen en los términos griegos “episeion” cuyo significado es región púbica y “temno” que significa yo corto, de lo que se deriva su traducción: cortar el pubis.<sup>(3,10,11)</sup>

Técnicamente, la episiotomía consiste en una incisión quirúrgica en el periné femenino, para ensanchar el introito vaginal evitando así el desgarro del periné, vagina, músculos y aponeurosis del suelo pélvico a la salida de la presentación fetal.<sup>(9)</sup> Se realiza durante el trabajo de parto (normalmente en el segundo periodo del mismo); Se lleva a cabo mediante bisturí o tijera, afectando a piel, mucosa vaginal y plano muscular, precisando posteriormente reparación por medio de sutura denominada episiorrafia.<sup>(12)</sup> Se considera una cirugía menor.<sup>(9)</sup>

#### • INDICACIONES:

Fundamentalmente las indicaciones que se le asignan son dos:<sup>(7)</sup>

→ De manera profiláctica; para evitar un desgarro perineal severo y/o franquear un perineo rígido.

→ Para abreviar el trabajo de parto por complicaciones: asfixia del feto (problemas cardiotocográficos y/o acidosis fetal) o para facilitar el expulsivo cuando este no progresa. La necesidad de realizar esta técnica va a depender en gran parte del profesional que va a atender el parto. Son varios los criterios que van a favorecer su utilización, entre ellos:

MATERNOS: Desgarro vulvo-vagino-perineal inminente; evitar maniobras de valsava forzada (pujos), que tienen importancia en el caso de madres con hipertensión endocraneana, hipertensión arterial, hipertensión ocular, cardiopatías...; parto instrumentado, con fórceps o espátulas de Thierry.<sup>(7,13)</sup>

FETALES: macrosomía, presentaciones anómalas, sufrimiento fetal agudo en la segunda parte del expulsivo.<sup>(7,11)</sup>

#### • TIPOS DE EPISIOTOMIA:

Hay reconocidos 3 tipos de episiotomía, que se distinguen por la dirección del corte.<sup>(11)</sup>

→ **EPISIOTOMIA LATERAL (EL)**: Parte desde afuera de la comisura vulvar hacia el tercio inferior del labio mayor, en sentido horizontal. Este tipo de incisión, está en desuso puesto que no presenta ninguna ventaja, sin embargo si tiene notables desventajas: posibilidad de dañar la glándula de Bartholino, cicatrices viciosas...

→ **EPISIOTOMIA MEDIANA o MEDIA (EM)**: Se practica desde la horquilla vulvar posterior hasta las proximidades del esfínter del ano, sentido vertical. Sus puntos a favor son: fácil realización, menor dolor post-parto y dispareunia, buen resultado estético, menor pérdida hemática. Como desventajas encontramos; riesgo de desgarro del esfínter anal y recto.

Se practica fundamentalmente en EEUU.<sup>(7)</sup> Tabla I. (Ver anexo: figura 1)

→ **EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL (EML)**: Se inicia desde la horquilla vulvar posterior hacia el isquion en un ángulo de 45 grados, sentido diagonal (a la izquierda o a la derecha según quién la realice). Sus puntos a favor: proporciona buen espacio vaginal, menor frecuencia de desgarros tipo III y IV y de desgarros en general. Factores en contra: mayor pérdida de sangre, peor resultado estético, cicatrización más tórpida y defectuosa, mayor dolor post parto y dispareunia. Es la más practicada en España, la mayor parte de Europa y del mundo.<sup>(6,7)</sup> (Ver anexo: figura 1)

**Tabla I.**

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA MEDIANA	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Menor sangrado	Riesgo de desgarro del esfínter anal y recto
No requiere lazadas musculares	
Fácil reconstrucción	
Menor dolor post parto y dispareunia	
Mejor resultado estético	
Fácil realización	

**Tabla II**

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA MEDIO-LATERAL	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Facilita buen espacio vaginal	Requiere lazadas musculares
Menor riesgo de desgarros tipo III y IV	Menor sangrado
	Mayor dolor post parto y dispareunia
	Peor resultado estético
	Cicatrización más complicada

La decisión de utilizar una u otra técnica corre a cargo del profesional que la va a realizar, depende de su conocimiento sobre la misma y su destreza a la hora de ponerla en práctica.<sup>(9,11)</sup> En España, la más utilizada es medio –lateral, pero tanto ésta como la media son válidas.<sup>(7)</sup> (Ver anexo: figura 2).

## 1.2 TÉCNICA Y MOMENTO DE REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

Es imprescindible saber cuál es el momento apropiado para practicar esta técnica, puesto que “el corte” en un momento inadecuado puede generar complicaciones.<sup>(11)</sup>

→**El momento idóneo** de realización variará dependiendo del tipo de parto que se esté atendiendo.<sup>(14)</sup>

En un parto espontáneo el momento elegido será cuando el feto esté con presentación de vértice, apoyándose la misma en el periné, se esperará hasta que éste esté completamente distendido. Es fácil de apreciar puesto que la piel perineal aparece pálida por la falta de riego.<sup>(14)</sup> La cabeza de la criatura será visible en el introito vulvar, en unos 3 ó 4 cm de diámetro y no se elevará en la pausa contráctil. Sin embargo, cuando el tejido tiene poca elasticidad, tiene lugar la ruptura de la mucosa anticipadamente, el signo de alarma es un hilo de sangre saliendo por la horquilla vulvar después de una contracción expulsiva. Cuando esto ocurre hay que realizar la episiotomía inminentemente puesto que es muy posible que ocurra un desgarro severo, por la ruptura del anillo himeneal.<sup>(14,15)</sup> (Ver anexo: figura 2)

En una intervención obstétrica, el criterio varía dependiendo del autor. Algunos prefieren realizar la episiotomía en el primer tiempo de la operación, antes de introducir la mano o el instrumental (fórceps, ventosa...)<sup>(14)</sup> Cuando el motivo del “corte” sea un tejido vulvo-perineal rígido, la incisión también se hará de forma precoz.<sup>(14)</sup>

→**La técnica** empleada también tiene variaciones en función de la persona que la lleve a cabo, desde el tipo de episiotomía a realizar (normalmente media o medio-lateral), hasta el uso o no de anestesia. En el caso de que se utilice anestesia, se emplea xilocaína al 1 por 100, pudiéndose utilizar también a la hora de la sutura. Seguidamente se separan los labios con el segundo y tercer dedo de la mano que no sujete la tijera, se visualiza el plano muscular y se introduce la tijera a unos 6-9 cm de profundidad. Cuando la zona del corte está localizada, se procede a realizarlo aprovechando que la cabeza del recién nacido empuja el periné, desplazando el esfínter anal. En este momento mejora la visualización del mismo y se puede evitar lesionarlo y además se disminuye la pérdida hemática.<sup>(11)</sup> Cuando no se emplea anestesia, se aprovecha cuando la parturienta este teniendo una contracción y así el dolor de la incisión se mitiga o se despista con el propio de la misma.<sup>(14)</sup>

Es muy importante saber interpretar el momento preciso para llevar a cabo la incisión, puesto que la realización de la misma antes o después de tiempo puede llevar a cabo complicaciones. Si la incisión se realiza prematuramente, la parturienta puede tener una pérdida hemática importante y si se hace demasiado tarde, cuando la cabeza del feto esta casi desprendiéndose, la lesión músculo-nerviosa ya habrá tenido lugar, con lo que el efecto beneficioso de la técnica no tendrá validez.<sup>(11,16)</sup>

### 1.3 REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA; CONCEPTO, MOMENTO DE REALIZACIÓN y TIPOS DE SUTURA.

#### • CONCEPTO

La sutura de la episiotomía se denomina **episiorrafia**.<sup>(15)</sup> La función esencial de la misma es reparar los tejidos afectados, procurar una cicatrización óptima por primera intención, controlando el sangrado y evitando la infección. Los bordes del tejido deben ser aproximados correctamente, procurando no aplicar demasiada tensión en el anudado para una buena irrigación de los tejidos, de lo contrario se puede dar lugar a una necrosis tisular, que complicaría la curación.<sup>(17)</sup>

Si lo anterior se ha realizado correctamente, en unos 15 días se completa la cicatrización.<sup>(17)</sup>

La realización de la **episiorrafia** requiere concentración, buena visualización del área que va a ser reparada y no apresurarse para evitar cometer errores.<sup>(16)</sup>

#### • CUANDO REALIZAR LA SUTURA

Dependiendo de los autores, se puede recomendar realizarla antes o después del alumbramiento.<sup>(14)</sup>

Los que la recomiendan previamente argumentan que la expulsión de la placenta puede demorarse y prefieren hacerlo cuanto antes para una mejor irrigación de la zona. Pero esta práctica tiene sus inconvenientes.<sup>(14)</sup>

El primero se da en caso de que la placenta sea grande y a la hora de salir ésta haga demasiada presión sobre la vulva y suelte o distienda las suturas, con lo que la ganancia de tiempo pretendida en un principio no sirva de nada teniendo que volver a reparar la lesión.<sup>(14)</sup>

El segundo tiene mayor importancia; en la segunda parte del parto pueden ocurrir acontecimientos o contratiempos que obliguen al partero/a a volver a introducir la mano en la cavidad uterina, por supuesto atravesando la vagina, por lo que de nuevo se procede a destruir la episiorrafia o al menos dañarla. De todas las maneras aunque la sutura permanezca íntegra hay que volver a valorar si se han producido nuevos desgarros o laceraciones debido a este acontecimiento, con lo que se debe deshacer para tener una mejor visualización.<sup>(14)</sup>

La tendencia actualmente es a realizar la sutura una vez finalizado el alumbramiento, comprobado que la placenta esté íntegra y la hemorragia de los senos placentarios haya cedido.<sup>(14)</sup>

## • TIPOS DE SUTURA

### MATERIAL DE SUTURA:

El material de sutura óptimo debe provocar una reacción mínima en los tejidos, siendo absorbido cuando éstos mantengan su aproximación espontáneamente, completando así la cicatrización.<sup>(17)</sup>

Algunos de los materiales utilizados son:

**CATGUT:** Es un material natural absorbible, de origen animal. Compuesto de colágeno en un 98%. Es usado en países no europeos. Se demostró que producía reacciones tisulares inflamatorias, además su degradación es muy inestable lo que complica heridas infectadas. El catgut cromado, es una modificación del anterior que produce menos inflamación.<sup>(17)</sup>

**DEXON®:** Es una sutura sintética absorbible, homopolímero del ácido glicólico. Produce mucha menos reacción tisular inflamatoria. Además su tiempo de reabsorción está mucho mejor limitado; a las 2 semanas pierde el 80% de su potencia y al mes solo tiene un 5%. Se hidroliza por completo entre los 3 y 4 meses.<sup>(17)</sup>

**VICRYL®:** Es una sutura sintética absorbible, copolímero del ácido glicólico y láctico (90:10), de ahí su nombre poliglactina 910. Su absorción es más rápida que la del Dexon®, en un mes solo conserva el 8% de su potencia y entre los dos y los tres meses ha desaparecido por completo. Su composición minimiza la adherencia bacteriana y por consiguiente la infección.<sup>(17)</sup>

**VICRYL® RAPID:** También llamada Poliglactina 910 recubierto rápido. Muy parecido al Vicryl®, pero con una mayor velocidad de absorción, se absorbe por completo a los 42 días.<sup>(17)</sup>

Al igual que decidir en el tipo de episiotomía, también depende del profesional que va a realizar la episiorrafia el tipo de material a utilizar. Diversos estudios han demostrado las ventajas que conlleva el uso de suturas absorbibles sintéticas sobre el catgut, como son: disminución del dolor puerperal, menor abertura de la herida y menor necesidad de tomar analgésicos.<sup>(17)</sup> Otros estudios más recientes han demostrado que el uso de vicryl® rapid disminuye el riesgo de dehiscencia de la herida.<sup>(18)</sup>

### TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LA SUTURA:

Habitualmente la sutura del periné se lleva a cabo en 3 pasos: en primer lugar se repara la vagina mediante una sutura continua cerrada, seguidamente se alinea el plano muscular con puntos sueltos y se finaliza con la piel perineal con puntos individuales transcutáneos, que precisan enlazarse separadamente, evitando de esta manera que se produzca una dehiscencia. Son pocos los que realizan en esta última fase una sutura continua hipodérmica.<sup>(18)</sup>

Diversos estudios han analizado la sutura continua vs la interrumpida (llevada a cabo en la actualidad) en el caso del cierre de la piel perineal y han demostrado una disminución del dolor post-parto con la primera.<sup>(18)</sup>

En cuanto a la forma de suturar el periné varía entre los profesionales, parece que la técnica preferida es la que se aprendió cuando estudiaban, en lugar de apoyarse en evidencias científicas. Normalmente se les enseña a las matronas a realizar la *técnica interrumpida*, dado que se considera más fácil de aprender y de poner en práctica por manos inexpertas.<sup>(18)</sup>

Fleming, en 1990, hizo uno de los primeros estudios comparativos observacionales tras divulgar su experiencia en éste sentido. Sus conclusiones fueron las siguientes: las parturientas sometidas a la técnica continua refirieron menos dolor en comparación con las que les practicó la sutura interrumpida. Interpretó que las molestias de la segunda podían ser causadas por el edema

de la piel perineal que al estar suturada con puntos sueltos, dificultan su redistribución y por consiguiente produce una acentuación del dolor.<sup>(7,18)</sup> (Ver anexo: figura 3)

En el Reino Unido, se ha elaborado un estudio más válido y actual, un ensayo controlado aleatorio amplio, que llegó a la misma conclusión que el de Fleming.<sup>(18)</sup>

Otra revisión llevada a cabo por Kettle en 2002, mostró evidencias de que la *sutura continua* en la piel perineal conlleva disminución de dolor a corto plazo y fue más allá, demostrando que si se usa en los tres pasos de cierre de la episiotomía aún hay más mejoría en cuanto a la sensación del dolor. Además, asegura que ésta técnica se puede llevar a cabo sin dificultad por profesionales inexpertos. Por otra parte, no hay que despreciar el ahorro económico que supone; con la sutura interrumpida se utilizan más de dos paquetes y con la continua solo uno<sup>(18)</sup>. (Ver anexo: figura 4)

## 2-DESGARROS

---

### 2.1 CONCEPTO, TIPOS Y FACTORES AGRAVANTES

#### • CONCEPTO

Es importante conocer una de las causas que propician la realización de la episiotomía, evitar los desgarros perineales severos.

Los desgarros son laceraciones espontáneas producidas en el periné (en nuestro caso durante el trabajo de parto) de diferente gravedad dependiendo de los planos afectados.<sup>(19)</sup>

#### • TIPOS

Para diferenciarlos, a continuación se va a exponer una clasificación de los diferentes tipos de *desgarros* (D) obstétricos según su severidad. Se clasifican en 4 grados (de menor a mayor gravedad):<sup>(7,18)</sup>

**Grado I:** Afectación vaginal. Piel perineal solamente. Tejido subcutáneo.

**Grado II:** Abarca hasta la musculatura perineal.

**Grado III:** Hay lesión del esfínter anal.

**Grado III a:** menos del 50% del esfínter anal externo desgarrado.

**Grado III b:** más del 50% del esfínter anal externo desgarrado.

**Grado III c:** afectación del esfínter del ano tanto interna como externamente.

**Grado IV:** Afectación de la mucosa rectal, con un desgarro completo del esfínter anal.

Los grados III y IV, los más graves, son los que se pretende prevenir con la realización de la episiotomía. Presentan mayor morbilidad para la parturienta, no sólo en cuanto a las molestias, sino que abarcan complicaciones tales con la incontinencia rectal.<sup>(19)</sup>

La episiotomía en sí es considerada un desgarro de grado II, puesto que incluye los mismos planos afectados.<sup>(17)</sup>

Los desgarros perineales son bastante frecuentes en el proceso de parto, dependiendo de su gravedad se repararán o no, por ejemplo los de grado I al ser los menos severos ni siquiera precisan sutura. Los de grado III y IV se consideran graves y hay que repararlos minuciosamente.<sup>(15)</sup> (Ver anexo: figura 5)

#### • FACTORES AGRAVANTES

Algunos de los factores que favorecen la aparición de desgarros en el momento del parto son: nuliparidad, episiotomía, feto mayor de 4 kg, parto intervenido, posición de litotomía, epidural, raza y posición occipitoposterior.<sup>(8)</sup>

Las proporciones de incremento del riesgo en cada uno de los anteriores factores es:<sup>(8)</sup>

- La nuliparidad en 2 o 3 veces.
- La episiotomía de 8 a 22 veces, siendo mayor en la mediana (0.5-23.9) que en la mediolateral. (0.0-9)
- Uso de fórceps de 3 a 8 veces.
- Posición de litotomía de 2 a 4 veces.

-Según la raza; las asiáticas, filipinas y chinas tienen el periné más corto y el riesgo de desarrollar desgarros es mayor. Las que menos riesgo tienen son las negras.

### 3-TASAS DE EPISIOTOMIA

Las *tasas de episiotomía* (TE) varían mucho a nivel mundial. Podemos encontrarnos un 9,7% en Suecia y en el otro extremo un 100% en Taiwán.<sup>(13)</sup> En el año 2000 cerca del 30% de las parturientas con parto vaginal en EE.UU. fueron sometidas a episiotomía.<sup>(13)</sup>

Entre 1995 y 1998, en Hispanoamérica, 9 de cada 10 mujeres primíparas que tuvieron partos espontáneos, fueron sometidas a ésta intervención. Estas cifras no fueron muy variables entre hospitales públicos y privados, entre hospitales de atención primaria y derivación, ni entre partos asistidos por médicos o por matronas. De esta manera, si una tasa del 92% se realiza a los 2,35 millones de parturientas primíparas (con partos espontáneos) anualmente en estos hospitales, significa que 2,17 millones anuales de mujeres sufren una episiotomía en estos países.<sup>(4)</sup> Tabla IV.

En España, nunca se ha realizado una recogida de datos que contenga el territorio nacional al completo, por lo tanto no se conoce la tasa real de episiotomías. Una encuesta de la O.C.U. en 1997, reflejaba una frecuencia entorno al 89%. En el 2001, en el V Congreso Mundial de Medicina Perinatal, seis grandes centros españoles aportaron cifras, obtenidas entre los años 1999 y 2000, con un resultado de frecuencia de episiotomías del 77%.<sup>(13,20)</sup>

Recientemente, un artículo elaborado sobre los datos obtenidos mediante encuesta, por la Sección de Medicina Perinatal de la *SEGO*, obtuvo tasas de episiotomías del año 2006, con un resultado de 54% en partos eutócicos y de un 93% en instrumentales.<sup>(13,20)</sup>

Hay grandes diferencias entre comunidades autónomas, se aprecia un descenso en su uso en los hospitales que siguen el modelo de buenas prácticas que recomienda la *Estrategia de atención al parto normal del Sistema de Nacional de Salud*. Este documento se basa en los procesos de cambio ya iniciados por las sociedades profesionales y las administraciones sanitarias autonómicas. Si se analiza por comunidad autónoma, se observa un rango que está entre un 33% hasta un 73%.<sup>(20)</sup>

La tendencia en la (TE) de nuestro país va descendiendo lentamente en los últimos 10 años, aunque continua siendo muy superior a la media europea (Tabla III), o de EE.UU.<sup>(2,13)</sup>

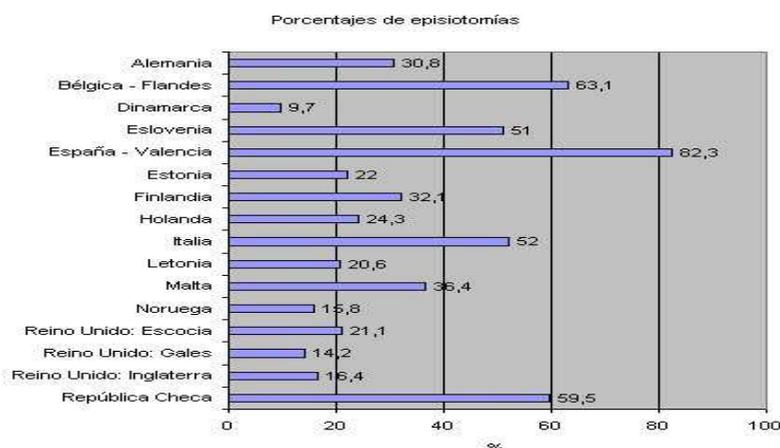


Tabla III-Tasa de episiotomía en algunos países de Europa<sup>(21)</sup>

**Tabla IV-Tasas de episiotomía en primíparas con partos vaginales espontáneos en América Latina, 1995-98** <sup>(22)</sup>

Ubicación	N <sup>o</sup> de hospitales	Total	Mediana	La mediana (rango intercuartil) de las episiotomías (%)
México	2	1 375	688	69.2 (45.7-92.7)
Panamá	1	55	55	81,8
Argentina	36	32 454	354	85.7 (78.7-91.3)
Colombia	3	3 496	1314	86.2 (85.7-88.5)
Nicaragua	1	146	146	86,3
Bolivia	3	1 811	351	90,8 (88.5-95.2)
Paraguay	4	3 933	1116	91.5 (90.7-92.5)
Honduras	2	888	444	92,0 (90.7-93.2)
Brasil	3	406	123	94,2 (47.2-98.9)
Perú	9	7 134	918	94.4 (93.1-94.8)
Re.pública Dominicana	1	5 368	5368	94,9
Uruguay	38	31 456	403	95.1 (93.3-96.4)
Chile	1	5 020	5020	95,9
Ecuador	1	930	930	96,2

Centro Latinoamericano de Perinatología, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Casilla de Correos 627, Montevideo 11000, Uruguay

### 3.1 TASA IDEAL DE EPISIOTOMIAS

La evidencia para recomendar el uso selectivo de la episiotomía existe y es clara, aún así, la tasa ideal de episiotomía todavía no está determinada.

En estudios donde se ha practicado la *episiotomía selectiva*, se aprecia que al disminuir el tanto por ciento de episiotomías, en paralelo disminuye el riesgo de lesión del esfínter anal. Por otro lado, se halló que cuando la tasa bajaba del 20%, existía una propensión a aumentar el número de desgarros espontáneos del periné. Tras esta serie de informaciones, se ha llegado a la determinación de que la *tasa ideal de episiotomías* debería estar entre el 20% y el 30% del total de los partos. Actualmente, tener tasas de episiotomía inferiores al 15% del total de partos vaginales eutócicos, es una meta que debería ser factible en cualquier centro de maternidad; y tasas superiores al 30% no deben justificarse. <sup>(2,5,23,24)</sup>

## 4- EPISIOTOMIA SELECTIVA VS RUTINARIA

La tendencia de las últimas décadas se dirige hacia una política de *episiotomía selectiva* (ES) en partos eutócicos, pero aún así muchos son los profesionales que aún siguen llevándola a cabo de forma prácticamente *rutinaria* (ER). Esto es así porque las indicaciones de su práctica siguen siendo ambiguas, influyendo muchos factores (paridad, uso de epidural, macrosomías fetales...), creencias del partero; permitiendo que se amplíen los criterios de utilización, distintos a los indicados para llevarla a cabo<sup>(7)</sup>. Muchos obstetras continúan justificando su necesidad haciendo referencia a motivos que son “mitos” arraigados sin ninguna evidencia científica<sup>(9)</sup>, y que en ningún caso son una garantía de su correcta utilización<sup>(23)</sup>. Algunas de estas justificaciones fueron las implantadas por Pomeroy y De Lee (1920) y que aún habiendo sido rebatidas por numerosos

estudios basados en la evidencia científica, siguen estando presentes en los profesionales actuales<sup>(7)</sup>.

Algunos de los supuestos beneficios de la episiotomía rutinaria esgrimidos por los autores a lo largo de la historia, *basados en simples observaciones sin ningún tipo de evidencia científica* son<sup>(9)</sup>:

• **Beneficios para la madre:**

- a) Minimiza la posibilidad de desgarros severos (grado III, IV). Ould (1741); Thaker (1983); Cunningham (1993).
- b) Preserva la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que ayuda a mantener una mejor función sexual y minimiza el riesgo de incontinencia urinaria o fecal. Aldridge (1935); Gainey (1955).
- c) Al ser un corte recto y limpio, es más fácil de reparar mejorando la curación si se compara con un desgarro.
- d) Evita el dolor (DeLee)
- e) Evita el prolapso uterino y sus consecuencias (De Lee)

• **Beneficios para el feto:**

- a) Acorta el segundo periodo del parto con lo que disminuye el riesgo de asfixia fetal, traumatismo craneal, hemorragia cerebral y retraso mental.
- b) Posibilidad de reducir la distocia de hombros fetal.

Sin embargo *estudios basados en evidencia científica*, como el de Thacker y Banta (1983), han desmontado estos argumentos<sup>(3,6,9)</sup>.

1) La ER minimiza la posibilidad de desgarros de grado III, IV: FALSO; Se ha demostrado que *no hay ninguna diferencia en cuanto a la frecuencia de desgarros severos* haciendo uso de la ER o la ES. Algunos datos apuntan incluso a que realizarla de forma sistemática puede ser un factor predisponente para que ocurran<sup>(7)</sup>. De hecho, cuando se emplea la episiotomía mediana aumenta el riesgo de lesión del esfínter anal en comparación con los desgarros espontáneos<sup>(7,12)</sup>. La no realización de episiotomía aumenta el número de desgarros perineales, estas laceraciones son mayoritariamente más superficiales que las lesiones que se realizan con el corte quirúrgico, con una localización más fisiológica, necesitando menos suturas.<sup>(12)</sup>

La única desventaja encontrada es que con la *ES aumentan los desgarros anteriores* (poco importantes, carecen prácticamente de consecuencias perineales, lesionan labios, vagina anterior, uretra o clítorix)<sup>(5)</sup>, mientras que *la ER aumenta los posteriores* (zona posterior de la vagina, músculos perineales o esfínter anal).<sup>(12)</sup>

2) La ER preserva la relajación muscular del suelo pélvico y el periné: FALSO; Se ha demostrado que las pacientes sometidas a ER tienen menor tono que las que han tenido desgarros espontáneos, parece que empeora la lesión del suelo pélvico que era lo que se pretendía evitar. Las mujeres a las que no se les practica episiotomía tienen una recuperación postparto más rápida.<sup>(7)</sup> Tampoco se ha demostrado que la realización de la episiotomía disminuya la incidencia de incontinencia urinaria o fecal, de hecho Hirsh las define como resultado poco habitual aunque posible de su causa, al igual que los desgarros de tipo III y IV.<sup>(6,7)</sup>

3) La ER al ser un corte limpio mejora la curación: FALSO; Los desgarros conllevan menos complicaciones que las episiotomías, tales como procesos infecciosos o reacción a las suturas.<sup>(2)</sup>

4) La ER evita el dolor: FALSO: Diversos estudios demuestran que la posibilidad de tener dolor es mayor en las mujeres sometidas a ER frente a las que se sometieron a ES. La sensación dolorosa

en algunos estudios ha sido percibida por las mujeres hasta 4 veces mayor con la ER que sin ella.<sup>(12)</sup> La OMS lo ratificó en una evaluación realizada en 1996, confirmando que intensifican el daño perineal a los 10 días y a los 3 meses postparto<sup>(3)</sup>. El inicio de las relaciones sexuales se produce antes y con menos molestias cuando se ha producido un desgarro espontáneo.<sup>(7,12)</sup>

5) La ER evita el prolapso uterino y sus consecuencias: NO COMPROBADO; Hasta el momento no se han hecho investigaciones fiables en este aspecto.<sup>(4)</sup>

6) Disminuye el daño fetal; FALSO: Varios estudios han demostrado que no hay diferencias en este aspecto entre fetos a cuyas madres se le realizó la ES frente a otras a las que les hizo ER.<sup>(12)</sup> Tampoco se han encontrado diferencias significativas en el test de Apgar.<sup>(6)</sup>

8) La ER reduce la distocia de hombros fetal; FALSO: no hay ninguna investigación que apoye esta afirmación.<sup>(3)</sup>

• **Se ha demostrado**, mediante evidencia científica, **que la episiotomía selectiva presenta mayores beneficios en comparación con la práctica rutinaria**. Ofrece menor trauma perineal posterior, al no hacerla no se requiere sutura por lo que se ahorra en costes y menor morbilidad asociada a la realización de la misma.<sup>(9,12)</sup> La rutinaria no solo no protege frente a desgarros severos, sino que además tiene mala influencia sobre el resto de los factores.<sup>(7)</sup>

La OMS, publicó una *Guía de práctica para los Cuidados en el Parto Normal*, en la que considera inadecuado el uso rutinario de la episiotomía y recomienda que no supere el 30% de los partos.<sup>(5,23)</sup>

Aunque la evidencia de los beneficios que tiene el uso selectivo sea aplastante, aún se permite un alto nivel de intervencionismo en los partos. Cada vez es mayor en número de mujeres y asociaciones que discuten estas prácticas e intentan luchar por sus derechos a la hora de tener un parto lo más natural posible.<sup>(12)</sup>

**Tabla V- Efectos de la episiotomía selectiva comparada con la episiotomía rutinaria.**

*Resultados maternos y neonatales de 6 investigaciones clínicas aleatorizadas 6 600 mujeres*<sup>(4)</sup>

Resultados	Efecto más probable de la episiotomía selectiva	* Intervalo de confianza 95%
Trauma perineal severo	Reduce 20%	-0,29
Trauma perineal posterior	Reduce 12%	-0,24
Necesidad de reparación de trauma perineal	Reduce 26%	-0,52
Dolor perineal al alta	Reduce 29%	-52% +5%)
Dispareunia 3 meses postparto	Aumenta 2%	0,06
Complicaciones cicatrizales	Reduce 71%	-0,59
Incontinencia urinaria 3 meses postparto	Reduce 2%	-0,01
Ingresos a cuidados intensivos	Reduce 26%	-0,35
Trauma perineal anterior	Aumenta 79%	3,62

Fuente NOVEDADES DEL CLAP Número 22 - Octubre de 2002 [colomarm@clap.ops-oms.org](mailto:colomarm@clap.ops-oms.org)

## 4.1-FACTORES QUE PRECIPITAN EL USO DE LA EPISIOTOMÍA

### 4.1.1- USO DE LA EPISIOTOMIA ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES

Otro de los motivos por los que se continúa realizando esta práctica de forma rutinaria es porque es complicado hacer cambios en la forma de actuar de las personas, aunque haya evidencias que justifiquen estos cambios, puesto que eso implica re-aprender y es un proceso costoso a varios niveles; personales, profesionales, socioculturales... Es una tarea que requiere tiempo y una actitud positiva hacia el cambio.<sup>(23)</sup>

Existen estudios que han demostrado las diferencias a la hora de hacer uso de la episiotomía entre unos profesionales y otros. Wilcox informó en una revisión que la tasa de episiotomías para las matronas era de un 63,8% y en los obstetras de un 86,2%.<sup>(7)</sup> Otro trabajo, en este caso de Hueston, aún daba cifras más escandalosas, un 38% para las matronas y un 72% en los obstetras.<sup>(7)</sup>

Esta diferencia puede estar relacionada con que las matronas utilicen más técnicas para proteger el periné, evitando realizar la episiotomía. Muchas de estas maniobras las realizan empíricamente. Por ejemplo, el masaje perineal preparto ha demostrado disminuir los desgarros significativamente.<sup>(25)</sup>

Los obstetras que presentan menores tasas de episiotomía, permiten primeros y segundas fases del parto más prolongadas, dejando actuar a la naturaleza y evitando con ello inducir e instrumentalizar los mismos.<sup>(6)</sup>

### 4.1.2- USO DE LA EPISIOTOMIA EN PARTOS CON EPIDURAL

Otra medida intervencionista como es la analgesia epidural, también es un factor detonante a la hora de hacer uso de episiotomía, según Newman eleva su frecuencia.<sup>(7)</sup>

Un estudio realizado por Bodner-Adler et al (2002), arrojó resultados en el mismo sentido, concluyendo que la asociación entre lesión perineal importante y la analgesia epidural se relaciona con una mayor intervención vaginal y episiotomía en estas pacientes.<sup>(6)</sup>

### 4.1.3- USO DE LA EPISIOTOMIA EN PARTOS INSTRUMENTALIZADOS (FORCEPS y VENTOSA)

El uso de fórceps es uno de los precipitantes para la realización de la episiotomía. Además, su utilización aumenta el riesgo de incontinencia fecal.<sup>(7)</sup> El mero hecho de utilizar fórceps incrementa por sí sólo 10 veces la probabilidad de sufrir desgarros importantes del periné.<sup>(6)</sup>

El uso de ventosa asociada a episiotomía, incrementa más de 7 veces la probabilidad de desgarros perineales severos, si se compara con el uso de ventosa sin episiotomía. La mayoría de los autores recomiendan en el caso de parto instrumentalizado utilizar la ventosa sin episiotomía, protegiendo de esta forma el tejido perineal.<sup>(6)</sup>

### 4.1.4- USO DE LA EPISIOTOMIA EN NULÍPARAS Y PRIMÍPARAS

Uno de los usos más frecuentes de la episiotomía rutinaria es cuando se lleva a cabo en nulíparas o primigestas. Sus tasas alcanzan cifras cercanas al 90% en la mayoría de los países. Esto acarrea consecuencias, puesto que se ha demostrado que pacientes con episiotomía en el primer parto incrementan la probabilidad de sufrir desgarros en partos sucesivos.<sup>(2,6,23)</sup>

#### 4.1.5- USO DE LA EPISIOTOMIA SEGÚN LA POSICIÓN EN EL PARTO

La posición habitual de litotomía aumenta las tasas de episiotomía, mientras que la posición vertical o lateral las disminuyen.<sup>(26)</sup> La posición supina ha sido otra de las consecuencias de la medicalización del parto, en la que entra en juego la comodidad del partero frente a la de la parturienta. En litotomía se produce un estrechamiento de la vagina anormal, favoreciendo los desgarros. La OMS aconseja evitar esta posición en el proceso de parto.<sup>(16)</sup>

### 4.2 COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMIA

Las complicaciones relacionadas directamente con el uso de la episiotomía son:

#### 4.2.1 DOLOR

Diversas revisiones sistemáticas, como la de Myers y Helfgott<sup>(2)</sup> mostraron que la episiotomía causa más dolor perineal y más intenso que los desgarros espontáneos y con mayor incomodidad en el post-parto inmediato.<sup>(7,27)</sup> La OMS confirma estos resultados indicando que “la cirugía es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarro natural”.<sup>(7,16)</sup>

Un estudio realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS), (abril 2004- diciembre 2005), afirmó que las púerperas a las que no se les realizó episiotomía manifestaron más bienestar general, dolor al caminar casi nulo y posibilidad de sentarse más cómodamente, por lo que precisaron menor analgesia (con su correspondiente ahorro).<sup>(28)</sup>

Otro estudio Colombiano en 2004 arrojó idénticos resultados. Además, subrayó, que al comparar a los 10 días postparto el dolor percibido por las que fueron sometidas a *episiotomía selectiva* con las que se lo hicieron de forma *rutinaria*, fue hasta 4 veces mayor en las segundas.<sup>(3)</sup>

En esta sección, cabe mencionar la relación que tiene con el dolor el tipo de sutura utilizado en la reparación de la episiotomía. Como se comentó en el tema 1.3, la sutura discontinua, la más utilizada en nuestro medio, se ha asociado con mayores niveles de dolor que la continua. Se relaciona además en la literatura con mayor edema del tejido perineal, lo que al aumentar la presión de la zona favorece la sensación dolorosa. Kettle. C. hizo un ensayo clínico en 2008, comparando ambas técnicas y encontró diferencias importantes en cuanto las molestias al palpar el periné, que fueron mayores en las pacientes con sutura discontinua.<sup>(19)</sup>

Aparte de analgésicos, para aliviar el dolor, ha resultado útil el uso de baños de asiento o compresas con soluciones frías. De esta manera se produce una disminución de la inflamación y el edema en la zona.<sup>(19)</sup>

#### 4.2.2- DESGARROS POR EXTENSIÓN

Son el incremento de la prolongación del corte tanto en los extremos como en la profundidad del mismo, pero continuando la misma dirección de la línea de la episiotomía.

Están relacionados con la realización de la episiotomía mediana. Son más dolorosos que los desgarros que ocurren espontáneamente y afectan el esfínter externo anal y, ocasionalmente, al recto. Cuando el desgarro por extensión ocurre en una episiotomía mediolateral, afecta más en profundidad y pueden afectar al musculo elevador, esto requiere una restructuración del mismo muy meticulosa.<sup>(2,8)</sup>

#### 4.2.3- HEMATOMAS

Mayoritariamente relacionadas con el desgarro de las episiotomías mediolaterales. Suelen aparecer tempranamente y se acompañan de dolor intenso en el periné y una masa subyacente que crece a gran velocidad. Si el hematoma pone en riesgo la sutura, debe drenarse lo antes posible.<sup>(6,13)</sup>

#### 4.2.4- RELACIONADAS CON LA EPISIORRÁFIA

##### →4.2.4.1 *Dehiscencia*

Se define como la abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica. Normalmente ocurre por excesiva tensión interna o tras la infección y precisa reparar de nuevo la episiotomía.<sup>(16)</sup>

##### →4.2.4.2 *Infeción*

Se define como la invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.<sup>(16)</sup> Suele aparecer a las 48-72 horas siguientes. Normalmente comienza con una celulitis con mucha sintomatología que hace a la paciente acudir al médico. Puntualmente avanza hacia la formación de abscesos, que precisan drenaje y cierre por segunda intención.<sup>(2)</sup>

Es abrumadora la literatura científica que relaciona las infecciones vulvoperineales con la realización de la episiotomía.<sup>(2)</sup>

##### →4.2.4.3 *Fibrosis*

Es la formación excesiva de tejido conectivo fibroso.

Se dan con más frecuencia con las episiotomías mediolaterales, en especial con las que sufren prolongaciones y cuando el material de sutura es demasiado o inadecuado. Ocasionalmente produce dispareunia.<sup>(7)</sup>

##### →4.2.4.4 *Endometriosis en la cicatriz de la episiorrafia*

Su incidencia es anecdótica (0,03%), pero cuando ocurre obliga a intervenir quirúrgicamente la cicatriz de la episiorrafia y volver a repararla. Provoca molestias a la mujer en su vida cotidiana; dolor al sentarse, en las relaciones sexuales.... Normalmente se debe a que el tejido del endometrio queda atrapado en el corte de la episiotomía tras revisar que la placenta haya salido por completo. Si no se realiza bien el lavado de la herida antes de cerrarla, estas células se pueden implantar provocando este trastorno.<sup>(29)</sup>

#### 4.2.5 ASIMETRÍA VULVAR, COLGAJOS.

Complicaciones propias de la mala reparación de la herida, que dejan resultados anatómico-estéticos muy desalentadores y acoyuntantes para la mujer.<sup>(16,30)</sup>

#### 4.2.6 FÍSTULAS RECTOVAGINALES.

Tienen lugar en el 0,1% de los partos complicados. Son más habituales en las pacientes a las que se les ha realizado una episiotomía que en las que no han sido intervenidas (1,1% vs 0,053%). Esto viene a ser 1 de cada 96 mujeres que sufren un desgarro severo durante el parto. Para su reparación es preciso dejar un tiempo de recuperación de unos 3 meses, para que disminuya la inflamación. Hay que hacer una adecuada preparación del intestino y tratamiento antibiótico en el momento de la reparación quirúrgica, que debe ser preferiblemente con materiales de absorción lenta (ácido poliglicólico –poliglactina).<sup>(8,16)</sup>

#### 4.2.7 DISPAREUNIA

La *dispareunia* (D) consiste en la presencia de dolor en los genitales constante, antes, durante o después de las relaciones sexuales. Esto causa disminución en la calidad de vida de las mujeres puesto que las imposibilita gozar de una vida sexual plena.<sup>(13,30)</sup>

Se han descrito causas orgánicas que pueden producirla: las secuelas postparto y las deficiencias en los músculos circunvaginales.<sup>(30,31)</sup>

Durante la gestación, el parto y el puerperio muchas mujeres presentan una disminución de la actividad sexual, tanto en la cantidad, como en la calidad (la libido y el placer) que les aportan. Reanudar estas relaciones después del parto, depende en gran medida de la demanda de las mismas por parte de su pareja. Las mujeres que han sufrido una episiotomía suelen tardar más en normalizarlas, demorando su inicio.<sup>(32)</sup>

El Consorcio Hospitalario Parc Taulí (Sabadell), realizó una investigación en la que se evaluaron las secuelas de la episiotomía según su tamaño. La conclusión a la que se llegó fue que con una episiotomía grande (>4cm), se demora la actividad sexual con significación estadística; también se encontró que cuanto mayor es la episiotomía más dura la dispareunia.<sup>(7)</sup>

Otros estudios, entre ellos el de Barrett G., acerca de la salud sexual de la mujer postparto, muestran que sufren dispareunia un 62% a los 3 meses tras el parto, mejorando esto a los 6 meses postparto, disminuyendo a un 31%.<sup>(30)</sup>

Respecto a la relación de la D con el tipo de episiotomía, Shiono asegura que la D ocurre con más frecuencia cuando se ha realizado una EML que cuando es EM. También se asoció a la EM con menos molestias durante las relaciones sexuales, con respecto a la EML, en un estudio realizado por Borja y Cols; marcándose más la diferencia en múltiparas (57 frente a 6,4%). Otras investigaciones sacaron a la luz que las mujeres sin episiotomía, iniciaban su actividad sexual antes que las que la recibían. No se encontró diferencia entre a las que se las había practicado episiotomía, frente a las que sufrieron desgarros de grado II-III de manera espontánea, sobre el inicio de la actividad sexual postparto. Sin embargo, otros estudios indican que la D es mayor con la episiotomía que con cualquier grado de desgarro perineal espontáneo.<sup>(7)</sup>

La alteración de la actividad sexual tras el parto es una de las posibles complicaciones a largo plazo de las mujeres con afectación del suelo pélvico y zona perineal. La literatura científica no es muy profusa en esta materia y por desgracia esta alteración no ha tenido una especial atención en la praxis de la obstetricia. El impacto de esta disfunción tras el parto y su morbilidad se han estudiado en algunas investigaciones y en su totalidad han puesto en evidencia que hablamos de una problemática que afecta como mínimo a la mitad de las mujeres que hicieron la encuesta. Son en gran parte mujeres primíparas las que lo sufren más frecuentemente, quejándose de manera común de D, sequedad vaginal y menor libido. En éstas, la problemática sexual alcanza el 80% a los 3 meses tras el parto, y continúan teniendo síntomas el 60% a los 6 meses.<sup>(13,30,32)</sup>

Las mujeres con parto eutócico sin afectación del periné o las sometidas a cesárea, refieren menos dolor en el inicio de la actividad sexual postparto que las episiotomizadas, con desgarros espontáneos o parto instrumentalizado. Estas últimas indican mayor intensidad de dolor comparadas con cualquiera de las anteriores.<sup>(7)</sup>

#### 4.2.8- INCONTINENCIA ANAL

La *incontinencia anal* (IA) es un problema mucho más frecuente de lo que se pensaba. Además, al ser “socialmente vergonzoso”, la mayoría de las mujeres no se lo cuentan a nadie. Se calcula que pueden padecerla alrededor del 10% de las mujeres adultas.<sup>(6,7)</sup>

Se ha asociado a la episiotomía como un riesgo de padecer este problema, puesto que puede ser que ayude a que la cabeza o el hombro del bebe ejerza mayor presión sobre el esfínter anal, produciendo una disrupción oculta.<sup>(6)</sup>

Es una complicación muy limitante para las pacientes, de modo que los profesionales obstétricos deberían tener mucho cuidado, primeramente, tratando de evitar desgarros de grado III y IV, y si se produjeran, repararlos de forma meticulosa, para proporcionar a la mujer la garantía de una correcta funcionalidad.<sup>(13)</sup>

El cuerpo del periné y el elevador del ano son partes fundamentales para conseguir la continencia anal y asegurar el soporte a los órganos de la pelvis. El núcleo del periné está destinado a mantener la integridad de la continencia anal, actuando como una barrera entre el

recto y la vagina; aporta protección al recto en el proceso de parto, momento en el que suele ser agredido.<sup>(11,13)</sup>

La continencia se logra cuando tanto el esfínter como el ano se conservan funcional y estructuralmente íntegros. Cuando sufren un trauma en el parto, o se lesiona el nervio pudiendo se pueden alterar anatómicamente o su fisiología, esto desencadena los síntomas de IA. Si la lesión se produce en el esfínter externo, se produce urgencia a la hora de defecar, lo que se considera el indicio inicial; si el daño afecta también al esfínter interno, la IA puede agravarse, y resulta imposible controlar la salida de heces y gases. Un estudio realizado por Sultan y col. arrojó en primíparas una prevalencia del 13% y en multíparas un 23%. Se demostró la existencia de daños claros al realizar una ecografía, tanto en el esfínter interno como externo del ano, en las mujeres con síntomas de urgencia o incontinencia fecal.<sup>(13)</sup>

Hay muchos estudios que relacionan la IA con la episiotomía, especialmente la EM. La asociación de ésta con los fórceps aumenta aún más el riesgo de lesión del esfínter del ano. Numerosos autores afirman que el mayor factor de riesgo de IA es la rotura del esfínter del ano durante el parto. Al respecto, Muñoz-Duyos et al. indican que la IA a los 3 meses postparto es una de las complicaciones después de realizar una episiotomía. Consideran que la media es la más peligrosa, pudiendo causar un defecto en la zona más débil del esfínter, produciendo una disrupción en su circularidad.<sup>(7)</sup> (Ver anexo: figura 6)

Es muy importante una buena reparación, para lo que se necesita conocer perfectamente la anatomía perineal. Sultan indica en un estudio que el entrenamiento de los profesionales obstétricos no era suficiente, dando evidencias de que más del 50% de los obstetras y comadronas no identificaron adecuadamente las estructuras musculares afectadas en las episiotomías.<sup>(6,13)</sup>

#### 4.2.9 -VIH

Hay que tener en cuenta la protección de los profesionales de la salud y el peligro de transmisión vertical causada por la episiotomía, dado que las cifras de VIH/SIDA siguen aumentando en muchos de los lugares en los que esta técnica se lleva a cabo. En los países endémicos más de un tercio de las parturientas paren poseyendo el VIH. Cuando se está realizando la episiorrafia hay un elevado riesgo de pincharse un dedo, en especial cuando el material empleado es de pequeñas dimensiones. Los datos de los que disponemos en la actualidad nos sugieren que probablemente se ha tenido poco en cuenta el papel de la transmisión vertical del VIH en el parto, otro motivo más para disminuir el uso de la episiotomía al mínimo posible.<sup>(16)</sup>

#### 4.2.10 -MUERTE.

Es una complicación puntual, sólo hay informadas 11 muertes por shock séptico subsiguiente a un foco de infección en el lugar de la episiotomía.<sup>(8)</sup>

### 4.3 COSTES DE LA EPISIOTOMÍA

La episiotomía rutinaria además de inferir más morbilidad a las parturientas, supone un gran coste económico. Belizan realizó un cálculo del ahorro que supondría una política selectiva de la episiotomía. Estimó que en un país como Venezuela, donde el 97% de los partos pertenecen a la sanidad pública, sólo en los costes del material de sutura de la episiotomía se ahorrarían entre 3,5 y 7 millones de dólares anuales. Otro estudio realizado sobre Brasil, en los mismos términos, arrojó cifras entre 15 y 30 millones de dólares.<sup>(9)</sup>

## 5- LA MUJER PRECISA INFORMACIÓN

---

El proceso de dar a luz, es un momento de superación en el que se desarrollan vínculos afectivos primarios y espirituales de gran importancia para familia, sea cual sea su composición. Es una obviedad decir que por derecho, la mujer merece que se la trate dignamente y de manera respetuosa, pero de modo muy concreto en el proceso de parto. Por ello, la medicalización del periodo de alumbramiento sólo se justifica cuando hay complicaciones.<sup>(33)</sup>

### 5.1 ¿QUÉ CONOCE DE LA EPISIOTOMIA?

El uso de la episiotomía es una práctica hospitalaria que depende en gran parte del criterio médico y existen mujeres que consideran que esta técnica proporciona beneficios y es necesaria. En un hospital de Montevideo, se realizó una encuesta a 100 mujeres sobre la necesidad del uso de la episiotomía con estos resultados: un 11% creía que no era necesaria; el 13% no tenía una opinión fundada y las mujeres restantes, un 76%, justificaron su uso.<sup>(4)</sup>

Otra investigación, en Rosario (Argentina) 2000, donde al 91% de las primíparas le practican ésta técnica, evidenció que las mujeres la consienten sin apoyar sus conocimientos en evidencias científicas, sin recibir información sobre las recomendaciones de su uso y sin participar en la toma de decisión de su práctica.<sup>(4)</sup>

Las investigaciones ponen en evidencia que la mayoría de las mujeres consienten la episiotomía, desconocen tanto sus indicaciones como sus desventajas y carecen de información sobre la utilidad de la misma. Por esto, es necesario, que los profesionales obstétricos informen sobre esta técnica de manera anticipada y correcta. Esto permite a la usuaria participar de manera responsable y consciente en su trabajo de parto, especialmente durante el expulsivo.<sup>(4)</sup> Esto añade un beneficio: el de la cooperación de la persona.

### 5.2 EL “PLAN DE PARTO”

“Se trata de abordar el parto como lo que es: un proceso fisiológico y no una enfermedad. Quien decide en qué postura da a luz o qué técnicas se le aplican es la mujer, a la que debemos informar de todas las opciones”, resume Concha Colomer, Coordinadora de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* en el Ministerio de Sanidad en 2007.<sup>(34)</sup> Este concepto considera que el parto natural es la manera de dar a luz más benigna y evita intervenciones quirúrgicas no necesarias. También implica la idea de la información previa de la mujer y la opción de tomar decisiones sobre su propio cuerpo.<sup>(34)</sup>

Si por los riesgos y complicaciones de la técnica de la episiotomía fuera, debería considerarse una cirugía mayor. Esto no es así. Sin embargo, aparte de proporcionar a la mujer una información pertinente de esta práctica, deberían tener derecho a dar su consentimiento informado antes de su realización, como ocurre con cualquier intervención. Lo mismo sería aplicable en el caso de otras medidas intervencionistas que se llevan a cabo durante el parto; monitorización fetal continua, partos instrumentales... Este consentimiento, podría obtenerse en citas anteriores al momento de dar a luz, dando lugar a un “*plan de parto*” individualizado, el cual se recomienda hacer entre la semana 28 y la 32 de gestación.<sup>(35)</sup> La comadrona de Atención Primaria juega un importante papel a la hora de dar a conocer a las embarazadas este recurso, y cada vez son más las mujeres que lo complimentan.<sup>(36)</sup> La realización de un *plan de parto* con las mujeres puede promover pensamientos más críticos sobre las actuaciones intraparto, tanto en los profesionales como en las mujeres y así ser un punto de inflexión para propiciar un cambio de actitud.<sup>(35)</sup>

La OMS -Declaración de Fortaleza 1985- señala “toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.” Los factores sociales,

emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada”.<sup>(33)</sup>

En consecuencia, implantó varios principios en la atención al parto, de entre los cuales, los más relacionados con el tema que nos ocupa **la episiotomía** son:<sup>(33)</sup>

1. “Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres”.
2. “No debe ser medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe utilizar un grupo mínimo de intervenciones, sólo las necesarias, y aplicar la menor tecnología posible”.
3. “Debe basarse en la tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, equipamiento y otras herramientas que ayuden a resolver un problema específico”.
4. “Fundamentarse en las evidencias. Esto significa que debe estar avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorios cuando sea posible y apropiado”.
5. “Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, así como científicos sociales”.
6. “Debe ser integral, por lo tanto debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente ofrecer un cuidado biológico”.
7. “Estar centrado en las familias; es decir, debe dirigirse hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hijo, sino de su pareja”.
8. “Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos”.
9. “Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres”.

**Para poder cumplir estos principios se deberían desterrar formas de cuidar como:**<sup>(33)</sup>

- Imposibilitar que las mujeres participen en la toma de decisiones sobre su cuidado
- Participación de los obstetras en la atención de todas las parturientas
- Limitación de la posición materna durante el parto
- Episiotomía rutinaria

**Formas de cuidado que disminuyen los resultados adversos del nacimiento:**<sup>(33)</sup>

- Proporcionar apoyo psicosocial a la mujer.
- Contacto madre-hijo absoluto.
- Tasas de cesárea que no superen el 7-15% de los nacimientos.
- Libertad de posición durante el trabajo de parto.

Esta época de recién comenzado s. XXI es buen momento para revisar las concepciones masculinas empleadas en el nacimiento, de manera que el parto vuelva a ser una cuestión de mujeres, aportando un ambiente seguro, alegre y afectuoso.<sup>(33)</sup>



Foto | [Katie Tegtmeier](#), [Jon Ovnington](#) en Flickr

## 6- PROMOCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO

---

El elegir libremente dónde cómo y con quien parir, lo asociamos al modelo de parto y nacimiento humanizado, en los que prima la puesta en valor del mundo afectivo-emocional .

### 6.1-PARTO EN EL HOSPITAL

En América, durante los años 70, surgieron los denominados “alternative birth rooms” (cuartos alternativos al nacimiento). Son habitaciones de hospital que han sido decoradas con gusto, en las cuales las gestantes de bajo riesgo pueden dar a luz en la cama, con su familia presente y a escasos segundos de una sala de partos convencional donde se puede resolver una emergencia.<sup>(41)</sup>

En España, en 2007 el Ministerio de Sanidad elaboró la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, con el propósito de “humanizar la atención al parto.”<sup>(34)</sup> Las CC.AA. más implicadas fueron Cataluña, en la que 10 hospitales ofrecen el servicio; Andalucía, con 20 y Valencia, con 8. En Cantabria el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), teniendo en marcha desde en el año 2005 la *Vía Clínica del Parto* para mejorar la asistencia al parto y al nacimiento, enfatizando la atención basada en la evidencia científica y el respeto a la autonomía e intimidad de la gestante, en junio de 2007 da un paso más, realizándose una nueva ampliación de la Vía, con el proyecto de *Asistencia al Parto Normal con Mínima Intervención (Parto Natural)*.<sup>(43)</sup>

El hospital Comarcal de Laredo (SCS) desde 2007 cuenta con el galardón Hospital Amigo de los Niños, hoy llamado IHAN, (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento) otorgado por UNICEF<sup>(43)</sup>; dispone de una sala de dilatación para las mujeres que deseen realizar un parto natural (sin anestesia epidural), diferentes alternativas para disminuir el dolor (bolas de Bobath, mecedora, ducha, polea...) que se pueden emplear según las necesidades. Durante la dilatación, el personal respeta la intimidad dejando libertad para disfrutar con el acompañante. Siendo supervisado el proceso en todo momento para garantizar el bienestar del feto y de la futura mamá. Tras el parto, el contacto piel con piel es inmediato e ininterrumpido.<sup>(43)</sup>

Los hospitales que tienen implantada la Vía Clínica (VC) intentan mejorar la atención al parto con planes basados en la evidencia, dando más autonomía a la matrona en situaciones de parto normal reduciendo el intervencionismo médico.<sup>(36)</sup>

Se pretende humanizar el parto y potenciar la participación activa tanto de la mujer como de su pareja a lo largo de todo el proceso.<sup>(36)</sup>

- Informando sobre los distintos procedimientos que engloba la atención al parto.
- Respetando el plan de parto siempre que sea posible.
- Ofreciendo métodos alternativos al farmacológico para el alivio al dolor, indicando ventajas, inconvenientes y limitaciones.
- Promocionando la deambulación y cambios posturales.
- Parto en la misma sala de dilatación.
- Posturas alternativas a la litotomía.
- Permitiendo el consumo de líquidos durante el proceso del parto.
- Episiotomía estrictamente selectiva.
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Contacto piel con piel.

La incorporación a este modelo de atención al parto en España está siendo lenta; requiere la transformación de los servicios sanitarios, modificando los paritorios hacia espacios donde los

profesionales puedan desarrollar prácticas más humanizadas. La resistencia al cambio que presentan un gran número de personas del equipo asistencial es otra barrera por derribar.<sup>(36)</sup>

Aun así hay estudios que permiten afirmar que la implantación de la vía clínica de atención al parto basada en la evidencia, mejora la calidad de la atención, acercándola a las recomendaciones de la OMS.<sup>(36)</sup>

## 6.2-PARTO EN EL AGUA

El parto en el agua no es nuevo en la historia de la humanidad. Las tribus de climas tropicales disponían de charcas con agua caliente, fuentes termales y ríos a donde acudían las nativas para dar a luz. Ya, entonces, era conocido que el agua relajaba y aliviaba el dolor del parto.<sup>(37)</sup>

El primer parto controlado en el agua data de 1803 en Francia. Actualmente más de 40 países han institucionalizado la atención al parto acuático, en hospitales o en centros de alumbramiento.<sup>(37)</sup>

Son muchos los estudios que han demostrado que parir en el agua es una forma segura y cómoda de que el bebé llegue al mundo. (Ver anexo: figura 7). Por lo general, las parturientas tienen gran libertad de movimientos en el agua, lo que les ayuda a notar la progresión de parto mediante el movimiento del feto o de su propia exploración.<sup>(37)</sup>

En cuanto al momento y el tiempo de inmersión en el agua. Hay centros que siguen la norma de los 5 cm, esto es: la mujer puede entrar al agua cuando presenta 5 cm o más de dilatación. No obstante, cada situación debe ser valorada de forma particular y actuar según cada caso. Algunas mujeres prefieren meterse en el agua al principio, puesto que de esta manera se relajan, pero parece que si la inmersión es demasiado temprana el proceso de parto se ralentiza o se detiene. En esta circunstancia se les recomienda que salgan del agua, aunque las matronas refieren que la mayoría de las parturientas van de 1 cm. a la completa dilatación durante los primeros 60-120 minutos del baño.<sup>(37)</sup>

En casos de contracciones intensas y frecuentes con escasa o ninguna dilatación, la inmersión en el agua da buenos resultados. A veces se recurre a *la prueba del agua*, con inmersión durante 60 minutos dejando que la parturienta valore su efectividad.<sup>(37)</sup>

Otra cuestión a tener en cuenta es la cantidad de agua de la bañera o piscina. Por regla general debe llegar al pecho de la embarazada y por supuesto, cubrir completamente la barriga. Si esta circunstancia no se da, disminuyen las ventajas. Con una bañera/piscina de tamaño considerable, la pareja de la parturienta comparte el momento del parto en un ambiente íntimo muy beneficioso para ambos.<sup>(37)</sup>

El agua caliente aporta relax y bienestar, también la opción de una postura vertical, sin necesidad de analgesia en muchos casos. Cuando se introduce totalmente en la bañera, las respuestas fisiológicas de la mujer aumentan: se redistribuye el volumen sanguíneo, se estimula la secreción de oxitocina y vasopresina, se reduce el dolor. En este sentido, fuera del agua se les pregunta por el grado de dolor en una escala de 1 a 10; la media de respuesta suele ser mayor de 6, pero dentro del agua se reduce a 2-4.<sup>(37)</sup>

En el parto en el agua los papeles se intercambian: la matrona es una observadora activa y la parturienta asume más responsabilidad sobre el trabajo de parto. En ocasiones, las matronas al ver que las parturientas no muestran señales de dolor, piensan que el proceso de parto se ha parado, sin embargo más tarde comprueban que en los primeros 60 minutos de baño la dilatación ha progresado de manera importante.<sup>(37)</sup>

En cuanto a la verificación de las condiciones higiénicas y la asepsia del parto, los tactos vaginales se efectúan de modo sencillo en la bañera, pero deben usarse guantes que cubran por

completo el brazo. Para preservar las mejores condiciones higiénicas y evitar riesgos (infección), algunas matronas prefieren un parto “sin manos”.<sup>(37)</sup>

### 6.3-EL PARTO EN CASA

Históricamente el trabajo de parto se llevaba a cabo en el hogar de la parturienta con la colaboración de otras mujeres. Era este un medio precario por la escasez de medidas higiénicas, lo que dio lugar a una gran morbilidad y mortalidad de la madre y del neonato. En el s. XIX se produce una transformación social que favorece la consolidación del parto “médico”. La medicina acaba asumiendo la total responsabilidad del parto, con lo que la naturalidad del proceso queda eliminada.<sup>(38)</sup>

El parto en casa es una opción minoritaria en España, pero en otros países, como Holanda, se ha normalizado y es una prestación pública más. Eso sí, con personal y medios especializados. También están proliferando en Suiza y Nueva Zelanda casas de nacimiento, centros cálidos dotados de personal y medios ideados solo para partos.<sup>(39)</sup>

El parto, como experiencia única y probablemente la más significativa para la mujer, debería ser, en principio, un proceso fisiológico que únicamente necesita ser observado, en una mayoría de casos. Se debe respetar su evolución, aplicando con sensatez y prudencia los recursos humanos y tecnológicos disponibles. De este modo, se preserva el equilibrio entre la seguridad de la mujer y del feto (vigilancia) y se respeta un proceso natural.<sup>(40)</sup>

Odent apunta que en este transcurso “hay que ser como un gato, atento pero pasar desapercibido”. En el parto solo hay una protagonista, la madre y es fundamental no interferir. Cada mujer debe desenvolverse psicológica y físicamente a su ritmo. Tiene importancia no intentar ajustar a las parturientas a protocolos estándar. De ésta forma, en el parto en el domicilio, lo realmente importante no es la seguridad, sino la libertad y la familiaridad.<sup>(41)</sup>

Este tipo de parto, es una opción ideal para más de un 80% de mujeres sin complicaciones médicas durante la gestación. Si algún profesional de la salud, servicio hospitalario u organización médica intenta desaconsejar el parto en casa con embarazo de buena evolución, estará obstaculizando el derecho básico control de la reproducción de la mujer, lo que incluye la elección libre del lugar de alumbramiento. Sus decisiones deben respetarse.<sup>(42)</sup>

Acerca de los partos fuera del hospital, el intento de algunos médicos obstétricos de controlar a las matronas y, de alguna manera, crear temor e inseguridad en las parturientas y la familia, no es un asunto sobre seguridad sino más bien un corporativismo absurdo que carece de justificación científica, para proteger su monopolio en la atención a la maternidad.<sup>(42)</sup>



[Lars Plougmann](#), [Cscott2006](#)

## 7- MEDIDAS DE CONFORT PARA LA RELAJACIÓN DEL PERINÉ

Los países que disponen de una atención al parto más avanzada, recomiendan medidas de confort como cambios de posición durante el proceso de parto, termoterapia, masajes perineales, relajación mediante baños calientes..., tácticas todas ellas que ayudan a la preparación del periné para el momento del parto, con el fin de evitar desgarros y la aplicación de una posible episiotomía.

### 7.1-TERMOTERAPIA

La *termoterapia* (T), gracias a su aplicabilidad, es una práctica con mucha difusión entre matronas, obstetras, médicos, en resumen, todo el personal relacionado de alguna manera con el parto. No necesita prescripción médica y sus efectos secundarios no presentan gravedad si se usa de forma adecuada, evitando posibles quemaduras. Su modo de aplicación es por contacto directo, produciendo vasodilatación, incrementando el aporte sanguíneo a la zona con lo que ello conlleva: mayor aportación de O<sub>2</sub> y nutrientes. También favorece el drenaje venoso y linfático.<sup>(25)</sup>

Los efectos que más directamente se relacionan de la T con la disminución de desgarros y episiotomías son:<sup>(25)</sup>

- El aumento que experimentan los tejidos en su elasticidad, operando sobre las fibras de colágeno y con esto reduciendo el edema y la inflamación.

- Produce relajación (disminuyendo el tono muscular y favoreciendo la distensión de la zona perineal)

- Aumenta el umbral del dolor, puesto que el calor posee efecto analgésico.

Los diferentes estudios elaborados, no aportan conclusiones sólidas acerca del efecto de la T en la prevención del trauma del periné y el dolor. No obstante, varias guías y protocolos utilizadas por los profesionales, como el *Protocolo para la asistencia al parto natural de la Generalitat de Cataluña* y las *recomendaciones sobre la asistencia al parto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)*, aconsejan aplicar compresas calientes en la región perineal en el periodo expulsivo, para relajar la zona, distender el periné y proporcionar confort.<sup>(25)</sup>

Otras maniobras que la embarazada puede llevar a cabo fácilmente son:<sup>(25)</sup>

- Ejercicios de suelo pélvico**, que se conocen como “ejercicio kegel”, estos pueden ser realizados por la gestante desde el inicio del embarazo. Su fin es descongestionar la zona, puesto que según progresa el embarazo se ve recargada y además mejora el tono general del periné(16).

- Técnicas de masaje perineal ante-parto.**<sup>(44)</sup>

### 7.2-MASAJE PERINEAL

El *masaje perineal* (MP) se usa para aumentar la elasticidad del tejido perineal, estirando y ablandando el tejido en torno a la vagina. Mediante su realización, se consigue familiarizar a la mujer con las sensaciones que experimentará de estiramiento a la hora del parto en esta zona, permitiendo que la relaje mejor durante el proceso.<sup>(44)</sup>

Beckmann MM y Garrett AJ, realizaron una revisión en 2006 evaluando la efectividad del MP antes del parto, en cuanto a la incidencia de desgarros en el periné durante el parto y la posterior morbilidad. Concluyeron que el MP “pre parto” reducía el riesgo de traumatismo en el periné (especialmente episiotomías) y la comunicación de dolor continuo en la zona y normalmente es bien admitido por las mujeres.<sup>(45)</sup> De esta manera, es preciso que las mujeres conozcan sus beneficios e información sobre cómo llevarlo a cabo correctamente.

Aunque se ha demostrado que es eficaz, no es un procedimiento que se haya recomendado muy de continuo en nuestro medio, y existen dudas entre los mismos profesionales sobre cuando comenzar, cuánto debe durar y como se debe realizar. Las últimas recomendaciones apuntan a

que seis semanas antes del parto es el momento ideal para comenzar. Sin embargo, la frecuencia en la cantidad de MP, no es proporcional al resultado, esto es, no por realizarlo más frecuentemente va a haber mayores resultados. Existe un ensayo que afirma que si se realiza 2 veces a la semana, se logran obtener los beneficios esperados, reduciendo la probabilidad de lesiones en el periné durante el parto.<sup>(44)</sup>

Al realizar el MP puede participar la pareja, contribuyendo con ello a los cuidados del embarazo, pero hay gestantes eligen realizarlo solas.<sup>(44)</sup>

#### **Técnica del MP** <sup>(44)</sup>

1. Conviene hacer un buen lavado de manos, incluyendo uñas y tener éstas bien recortadas.
2. Buscar un sitio que proporcione intimidad y comodidad: se puede realizar sentada en la cama, en la taza del váter, en la bañera, semi-sentada o en cuclillas. Ayudándonos de un espejo se invertirá algo de tiempo a familiarizarse con la región perineal (preferiblemente se suele usar un espejo con apoyo, de esta manera dispondremos de libertad con ambas manos).
3. Utilizar lubricante generosamente, tanto en los dedos como en la vagina. Antes de esto se puede relajar la zona perineal con un baño de asiento o con compresas calientes unos diez minutos.
4. Cuando el masaje se lo da una misma, resulta más cómodo utilizar el pulgar, pero si es la pareja utilizará el índice y el corazón.
5. Se introducirán los dedos en la vagina unos tres o cuatro centímetros, separando las piernas.
6. Se empujará la zona perineal hacia abajo, hacia el recto y hacia los laterales de la vagina, aplicando con firmeza el masaje, pero de manera delicada. De esta manera se procederá a estimular la zona hasta que se note una ligera sensación de quemazón o escozor.
7. Coger esta zona entre el pulgar y los dedos opuestos, continuando el masaje unos tres o cuatro minutos. Este movimiento estirará el tejido vaginal, la musculatura que envuelve la vagina y la piel perineal.
8. Se mantendrá la presión forzada con los dedos sobre la horquilla perineal unos 2 min. o hasta que se note molestia.
9. Coger la zona inferior vaginal entre los dedos pulgar, índice y corazón, estirando con suavidad. La sensación creada se parece a la presión que realiza la cabeza del recién nacido en la zona, lo que ayuda a relajarla.
10. Se debe evitar realizar presión sobre el orificio uretral, para no producir una infección urinaria.

Aproximadamente en 7 días se comienza a notar el resultado sobre la zona del periné y la vagina, logrando una mayor flexibilidad y estiramiento.<sup>(44,45)</sup>

#### **BENEFICIOS:** <sup>(44)</sup>

- La musculatura perineal presenta mayor elasticidad
- Mejora la circulación sanguínea regional, con lo que disminuye el riesgo de episiotomías y dolor post parto.
- Favorece una mayor relajación en la zona durante el parto.
- En cuanto a los costes: la sanidad ahorra en material de sutura, analgésicos y anestésicos de acción local.
- Promociona el autocuidado y el conocimiento de la mujer sobre su cuerpo.
- El MP es fácilmente realizable.
- Los recursos materiales que se necesitan son económicos.

-Las mujeres presentan una actitud positiva sobre el tema.

**INCONVENIENTES:**<sup>(44)</sup>

- Algunas mujeres pueden tener reservas a la hora de manipular sus genitales.
- En España no se suele hacer, con lo que el desconocimiento de las mujeres sobre el tema hace que no lleguen a aplicarlo. De la misma manera no hay transmisión “boca a boca”.

**CONTRAINDICADO.**<sup>(44)</sup>

- Mujeres con infecciones vaginales de recurrentes o activas.
- Presencia de lesión en la vagina.
- Placenta previa.
- Amenaza de aborto prematuro.
- Rotura de membranas prematura.
- Mujeres a las que se les vaya a realizar una cesárea de manera programada.

Por último, no hay que olvidar que el MP durante la gestación debería de incluirse dentro de un plan para el parto. Al igual que se debería poder elegir la posición durante el parto que ayude a reducir la presión sobre la región perineal y que consiga distribuirla por igual.

### 7.3-POSTURAS DE LA MUJER

La controversia sobre cuál es la mejor posición para dar a luz, es un tema que ha durado siglos.<sup>(26)</sup>

Las posturas verticales (sentada, cuclillas, taburetes, silla de parto, de rodillas) o acostadas, han generado siempre un tema de debate sobre sus beneficios y desventajas.<sup>(26)</sup>

Actualmente, la posición de litotomía es la que más se utiliza en los partos, sin embargo no es la ideal para proteger la integridad de la zona perineal durante el trabajo de parto y el expulsivo. Se ha demostrado que la postura que más favorece la protección del suelo pélvico es la cuadrupedia o en cama de hospital (de lado y otros) contrariamente a la de litotomía. También se ha señalado que otra de las ideales es la de cuclillas<sup>(2,44)</sup>.

*El Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Birmingham, Reino Unido, también realizó ensayos aleatorios, un total de 22, en el que se incluyeron 7280 parturientas. Se comparaban los beneficios y riesgos de la posición de litotomía en contraposición a laterales o verticales en la segunda parte del proceso de parto y expulsivo. Las mujeres fueron tanto primíparas como múltiparas.*<sup>(26)</sup>

Las conclusiones mostraron que la posición vertical mostraba beneficios potenciales en partos sin epidural, pero las probabilidades de perder sangre aumentan (>500 ml).<sup>(26)</sup>

Hasta el momento no hay una certeza absoluta de cuál es la posición ideal, pero sí que la mujer debe disponer de libertad de movimientos durante el parto.<sup>(26)</sup>

La *Asociación Andaluza de Matronas*, ha hecho publicaciones mostrando cómo están desarrollando “las buenas prácticas en la atención al parto”; su objetivo es que la participación y el papel activo de la mujer en su parto sea una realidad. Las ofrecen toda la información que necesitan, respetan sus decisiones en el trabajo de parto y promueven la deambulación en el periodo de dilatación y la libertad de movimientos durante el expulsivo. Asisten los partos en la posición de SIMS modificada, en vertical, en silla de partos, en la cama, si así lo prefiere la mujer. Por supuesto, realizan las episiotomías de forma selectiva, sólo en casos justificados.<sup>(46,47)</sup>

Esta libertad de movimiento que se les facilita, es de gran ayuda para la gestante para enfrentar la sensación de dolor. La evidencia científica apunta que si las mujeres se encuentran en posición vertical durante la primera parte del parto refieren menos dolor y por lo tanto necesitan

menos analgesia epidural. También se registra menor alteración del patrón de la FCF y se acorta la duración de la primera fase. Además, esta posición, junto con el movimiento ayudan a que la criatura tenga el mayor espacio posible dentro de la pelvis.<sup>(1)</sup>

Poder caminar durante la dilatación, que la pareja esté presente, favorecer los pujos naturales y la posición semi-sentada en el expulsivo son cuestiones que benefician el parto natural (aquél que se lleva a cabo gracias a las fuerzas naturales y según las medidas adquiridas gracias a la intuición y que se han transmitido de generación en generación) y que la obstetricia moderna debería incorporar.<sup>(1)</sup>

La OMS (1985), aconseja que el parto normal sea un proceso saludable y que solo se intervenga si es necesario. Desaconseja utilizar la posición supina durante el parto y en especial la de litotomía.<sup>(48)</sup>

En conclusión, durante el expulsivo la gestante podrá adoptar la posición que ella escoja, si es posible evitará estar periodos largos en posición supina. Hay que animarlas a que experimenten lo que ellas sientan como más confortable, apoyando su elección. Lo ideal sería que los profesionales obstétricos se implicaran y recibieran la formación necesaria para poder atender partos en posiciones distintas a la de litotomía, haciendo que este factor no sea un impedimento para que la mujer elija su posición.<sup>(1)</sup>



## 8-ATENCIÓN AL BIENESTAR PSICOLÓGICO

---

La integridad emocional es fundamental para lograr el bienestar. La mujer a veces está tan agobiada por la medicalización del parto que pierde la capacidad de admitir que los aspectos psicológicos del embarazo y el parto son a veces tan importantes, si no son más importantes que la ecografía, el monitoreo electrónico fetal, la inducción del trabajo de parto, la cesárea, la episiotomía y las drogas obstétricas. Con frecuencia nos olvidamos de la importancia de evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto, de suscitar el contacto piel a piel de las madres y los hijos sin interferir en ese momento tan especial y permitir con paciencia a los recién nacidos el inicio de la lactancia en el momento en que estén preparados para ello.<sup>(49)</sup>

El parto produce muchos cambios fisiológicos y psicológicos con efectos positivos y/o negativos similares en todo el mundo. Las consecuencias negativas a causa de la *episiotomía* : dolor, hematoma, dispareunia, mayor riesgo de infección , riesgo de incontinencia fecal y urinaria, limitaciones de las actividades diarias durante el puerperio, sumado a las alteraciones físicas y hormonales como consecuencia del parto, ocasionan en la mujer sentimientos muy desiguales que han sido recogidos en un estudio descriptivo cualitativo realizado a 20 mujeres en el campus de Salvador, Bahía en el año 2009 mediante entrevistas semi-estructuradas. Las mujeres aceptan la episiotomía para abreviar el trabajo del parto (periodo expulsivo) que es un momento de extrema angustia y dolor. Ellas manifiestan miedo, tanto al dolor físico como a alteraciones en los genitales; lo que las hace más sumisas y vulnerables al equipo obstétrico.<sup>(49)</sup>

El dolor en el periodo puerperal genera sensación de impotencia y de no ser capaces de cuidar al recién nacido, produce a la mujer sensaciones diversas como miedo, estrés, rechazo, que pueden dar lugar a trances no deseados con los familiares que comparten con ella esa responsabilidad. Todo eso es aumentado por los desequilibrios psíquicos y afectivos a los cuales la mujer está más sujeta como consecuencia de las alteraciones hormonales características de la fase, así como de los cambios de su rutina del día a día.<sup>(49)</sup>

Las mujeres relatan dificultades al coger a su hijo para amamantar, relacionado con la incomodidad de la episiorrafia, comprobando que este procedimiento puede interferir en un primer contacto con el hijo, siendo este un periodo propicio para el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el bebé. El desconfort propiciado por la episiorrafía pueden convertir el amamantamiento en una tarea estresante y poco afectiva y la mujer tender a evitarla.<sup>(49)</sup>

También expresan su miedo por posibles alteraciones genitales que dificulten sus relaciones sexuales. Para ellas, comenzar nuevamente las relaciones sexuales puede ser todo un reto, pues ese momento puede aparecer enturbiado con sentimientos de frustración e inferioridad.<sup>(49)</sup>

Son necesarios nuevos estudios sobre las sensaciones y sentimientos de las mujeres durante y después de la episiotomía y sus consecuencias físicas psicológicas y sexuales durante el posparto y a medio y largo plazo. Este abordaje puede provocar un cambio de postura del equipo obstétrico enfocado a un mayor respeto de los sentimientos maternos y a una mayor autonomía femenina en el parto.<sup>(49)</sup>

## CONCLUSIONES

---

Tras el estudio sobre la episiotomía, que trata de contemplar los aspectos históricos, médicos, sociales, éticos y sobre todo individuales de la mujer, la evidencia es que debe darse un gran paso hacia la desaparición del modelo intervencionista del parto, entre otros, por estos motivos:

A-Como se ha comprobado, tuvo un origen con escasa consistencia y aún hoy en día no se utiliza con base fundamentada en la mayoría de los casos, ni clínicas ni demográficas. Como se ha podido ver a lo largo de la revisión, los criterios para su empleo dependen mayoritariamente de la política de la institución en la que se realiza, factores del profesional a cargo del parto (actitudes, creencias) y de su formación. Con esto, ante un mismo proceso de parto con embarazo de evolución normal, dos profesionales distintos podrían actuar de diferente forma; uno “cortando” y otro dejando que el expulsivo se desarrolle de una manera fisiológica.

B-La *episiotomía rutinaria* no tiene base científica y debería ser eliminada. Carece de beneficios y posee una extensa lista de complicaciones. La tendencia actual está encaminada hacia su uso selectivo, pero aún hay muchas barreras que derribar, especialmente profesionales, para que sea algo más cercano a la realidad que a una utopía.

C-Las mujeres tienen la ley de su parte (*Ley 41/2002, de autonomía del paciente*) y saben que tienen derecho a tomar las decisiones de acuerdo con el profesional que les asiste. Este consenso precisa que ellas conozcan los riesgos y beneficios de las opciones disponibles. Sin embargo, no son pocos los casos de hospitales que soslayan protocolos o directrices que no les interesan.

D-Muchas veces la práctica sistemática de estas intervenciones se debe a la prisa o a intereses de los profesionales, más que de la parturienta. En este sentido, hay que exigir buenas prácticas, paciencia y tiempo para dejar actuar a las fuerzas naturales del parto. Mantener una actitud expectante y obrar en consecuencia ha demostrado que disminuyen los traumas y se favorece la recuperación adecuada.

E-La mujer debe ser la protagonista de su parto, el trabajo de los profesionales obstétricos debe encaminarse a la humanización del mismo, intentando evitar actuaciones intervencionistas en lo posible. Esto requiere de profesionales íntegros y cualificados para saber en qué momento actuar y de qué forma, para aportar un beneficio real a la mujer y al neonato.

F-La mujer es el foco de atención del proceso. La embarazada tiene en su mano un abanico de posibilidades para disminuir el riesgo de sufrir una episiotomía durante el parto. En su mano está ponerlo en práctica antes de dar a luz. Por otro lado, pueden optar por partos alternativos: en el agua, en casa; que favorecen el bienestar materno y familiar. En nuestro país, la sanidad pública no dispone de un catálogo de opciones a la hora de parir. En otros países desarrollados están instaurados los “*partos individualizados*”, en los que se dispone, durante el embarazo, con el acuerdo de la mujer, la forma más adecuada de dar a luz.



## BIBLIOGRAFÍA

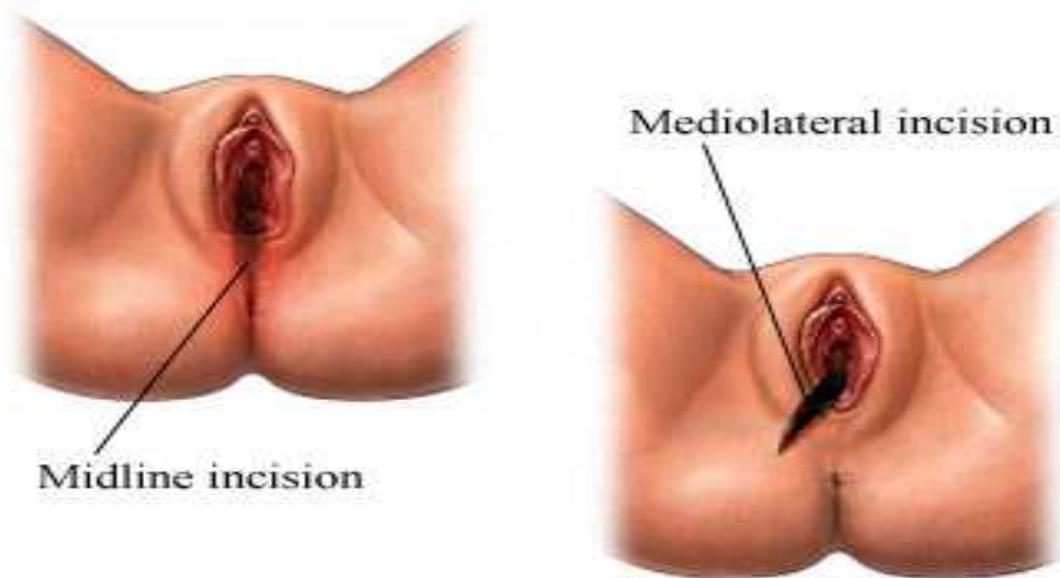
---

- (1) Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof* 2006;7(1):27-33.
- (2) Rodríguez R,M. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master.2010;2(1):12-32
- (3) Bustamante S, Catillo C, Saavedra V, Schimied W. Episiotomía restrictiva en parto normal. *Rev Obstet Ginecol* 2007;2(2):127-136.
- (4) Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002;62(2):{citado: 12-4-13};115-122 ; Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322002000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322002000200008&lng=pt&nrm=iso)>
- (5) Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario " La Ribera". *Nure Inv (internet)* 2013 mar-abr;10(63):{citado: 10-4-13}-{aprox. 6 p.}; Disponible en:  
[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63\\_original\\_episiotomia.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomia.pdf).
- (6) John R, Scott MD. Episiotomía y traumatismo vaginal. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;Nº 32:307-321.
- (7) Romero J, de Prado M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Prof* 2002;Nº 8:33-39.
- (8) Buitrago CA. Episiotomía: una visión del panorama.*Rev Medicina UPB* 1997;16(1):29-40.
- (9) Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2007;Nº 2 ,Oxford: Update Software LTD:{citado: 9-4-13}-Disponible en:  
<http://www.update-software.com>.(Traducida de *The Cochrane Library*,2007, Issue 2 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (10) Montenegro M, Blanco M, Pereiro M, Barro E, Rico B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Matronas Prof* 2005;6(1):30-32.
- (11) Scetti MR, Serracani GS, Zalazar LA. Uso selectivo de la episiotomía. *Rev Post VI Cat Med* 2005;Nº146:6-9.
- (12) Molina CY, Ortiz MD, Huete MD, Strivens H. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. *Evidentia* 2009 19.2.2009;6(25):{citado:15-4-13}- Disponible en:<<http://www.index-f.com/evidentian/n25/ev6919.php>>.
- (13) M. Ontañón. Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. *Biblioteca Digital de la UAH*; <http://hdl.handle.net/10017/8795>: Universidad de Alcalá. Departamento de Especialidades Médicas; 2010.
- (14) Rábago J. Cirugía en el parto vaginal. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74(12):678-682.
- (15) Pagés G, Martell A. Intervenciones menores. In: Pagés G, Aller J, editors. *OBSTETRICIA MODERNA*. 3ª ed. Venezuela: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 524-537.
- (16) M. L. Casanova, T. J. Luna . Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. *Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé*. Enero–agosto 2001. Disponible en:  
[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/casanova\\_chm/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/casanova_chm/html/index-frames.html): UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS- LIMA-PERÚ; 2002.
- (17) Kettle C, Dowswell T, Ismail K, I. Materiales de sutura absorbible para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarros de segundo grado. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;Issue 6.{citado:1-4-13};Disponible en: <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD000006.pdf>.

- (18) Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane Traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus; 2008;Nº2, Oxford: Update Software.{citado:1-4-13}:Disponible en: <http://www.update-software.com>;
- (19) Cruz E. Incidencia y prevalencia del dolor perineal tras el parto vaginal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster 2009;1(2):369-382.
- (20) Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Prog Obstet Ginecol 2008;51(9):559-563.
- (21) Zeitlin J, Mohangoo A, Alexander S, Barros H, Blondel B, Bouvier-Colle MH, et al. The care of women and babies during pregnancy and the postpartum period. In: JoAnn Cahn, editor. European perinatal health report Disponible en: <http://hdl.handle.net/2332/1482>: INSERM; 2008. p. 91.
- (22) Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. BMJ 2002;324(7343):945-946.
- (23) Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet Ginecol 2004(sept);47(9):414-422.
- (24) Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp Jr J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy. JAMA 2005;293(17):2141-2148.
- (25) Terré C. Aplicación de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de parto normal en relación al cuidado habitual. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 2010;2(1):502-516.
- (26) Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008;Nº4:Oxford, Update Software Ltda.{citado: 9-4-13} Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (27) Mejía ME, Quintero VH, Tovar MC. ¿ La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?. Colomb Med 2004;35(2):75-81.
- (28) Juste A, Luque R, Sabater B, Sanz E, Viñerta E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof 2007;8(3-4):5-11.
- (29) Hernández M, Zárate A, Hernández T, Landero ME, Escamilla G. Endometriosis en cicatriz tardía de episiorrafia posparto eutócico. Aspectos integrales y reporte de un caso. Rev Enferm IMSS -Méx- 2005;43(3):237-242.
- (30) González A. Prevalencia de dispareunia tras un parto normal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas 2011;3(3):125-152.
- (31) Solana E, Villegas A, Legorreta J, Cárdenas M, De la Cruz, J. E., Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. Rev Panam Salud Pública 2008;23(1):44-51.
- (32) Martínez JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. Nure Inv (internet) 2009 Nov-Dic;6(43):{citado:13-4-13}- (aprox 8 pant) Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/proyepiversusdes43.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyepiversusdes43.pdf).
- (33) Gil A. Humanización del parto y nacimiento. In: Torres G, Freyermuth G, Sesia P, editors. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. 2ª ed. México: CIESAS; 2009. p. 101-107.
- (34) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Noviembre de 2007;{citado:15-4-13}.Disponible en <http://www.msc.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- (35) Jakobi P. Are you happy with the epi(siotomy)? Isr Med Assoc J 2003 Aug;5(8):581-584.

- (36) Iglesias S, Conde M, González S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof* 2009;10(2):5-11.
- (37) Harper B. Parto en agua: La única técnica creada por mujeres para las mujeres. *OB Stare* 2002;nº4:24-30.
- (38) Montes MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Disponible en: <<http://www.tdx.cat>>: Universitat Rovira y Virgili.Tarragona.; 2007.
- (39) Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Med Natur* 2006;Nº 10:598-610.
- (40) J. M. Odriozola, J. R. de Miguel. El parto de evolución lenta: Conducta obstétrica en partos de bajo riesgo.:Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Servicio de obstetricia. Area de partos y nacimientos.; 2010.Disponible en:<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20PARTO%20EVOLUCION%20LENTA%20HUMV.pdf>
- (41) Saz P, Tejero MC, Ortiz M. Asistencia al parto en casa. *Med Natur* 2008;2(1):13-32.
- (42) "El nacimiento en el nuevo milenio". Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, Jerez, España; 2000; ESPAÑA: Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, Jerez de la Frontera, Cádiz; 2002.
- (43) Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Análisis de la situación en Cantabria. Estrategia para la atención al parto normal Cantabria: Dirección General de Salud Pública; 2007. p. 19.
- (44) Gómez ME. Masaje perineal durante el embarazo. *Revista de enfermería de Castilla y León* 2009;1(2):40-43.
- (45) Beckmann M, Garrett A. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008;Nº 4.:Oxford: Update Software Ltd. {citado:1-4-13} Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (46) Martín PL, Carrasco MP. Análisis del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en el Hospital Comarcal de la Axarquía desde la vivencia de los Residentes de Matrona. 2009; Available at: [http://www.aamatronas.org/web/htmls/boletines/matronas\\_34.pdf](http://www.aamatronas.org/web/htmls/boletines/matronas_34.pdf). {citado : 9-4-13}, p.6.
- (47) Jalón RM, López B, Mancheño R. PERSONALIZACIÓN, ELEMENTO CLAVE EN LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE PARTO Y NACIMIENTO. 2011; Available at: [http://www.aamatronas.org/web/htmls/boletines/matronas\\_40.pdf](http://www.aamatronas.org/web/htmls/boletines/matronas_40.pdf). {citado: 9-4-13}, p.2-4.
- (48) Matute JI. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. *Med Natur* 2006;Nº10:533-537.
- (49) Medeiros D, Santos A, Gama A, Santana L, Marques L. Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas; Episiotomia: sentimentos y repercusiones vivenciadas por las puérperas; Episiotomy: feelings and consequences experienced by mothers. *R de Pesq: cuidado é fundamental -Bra-* 2012;4(1):2623-2635.

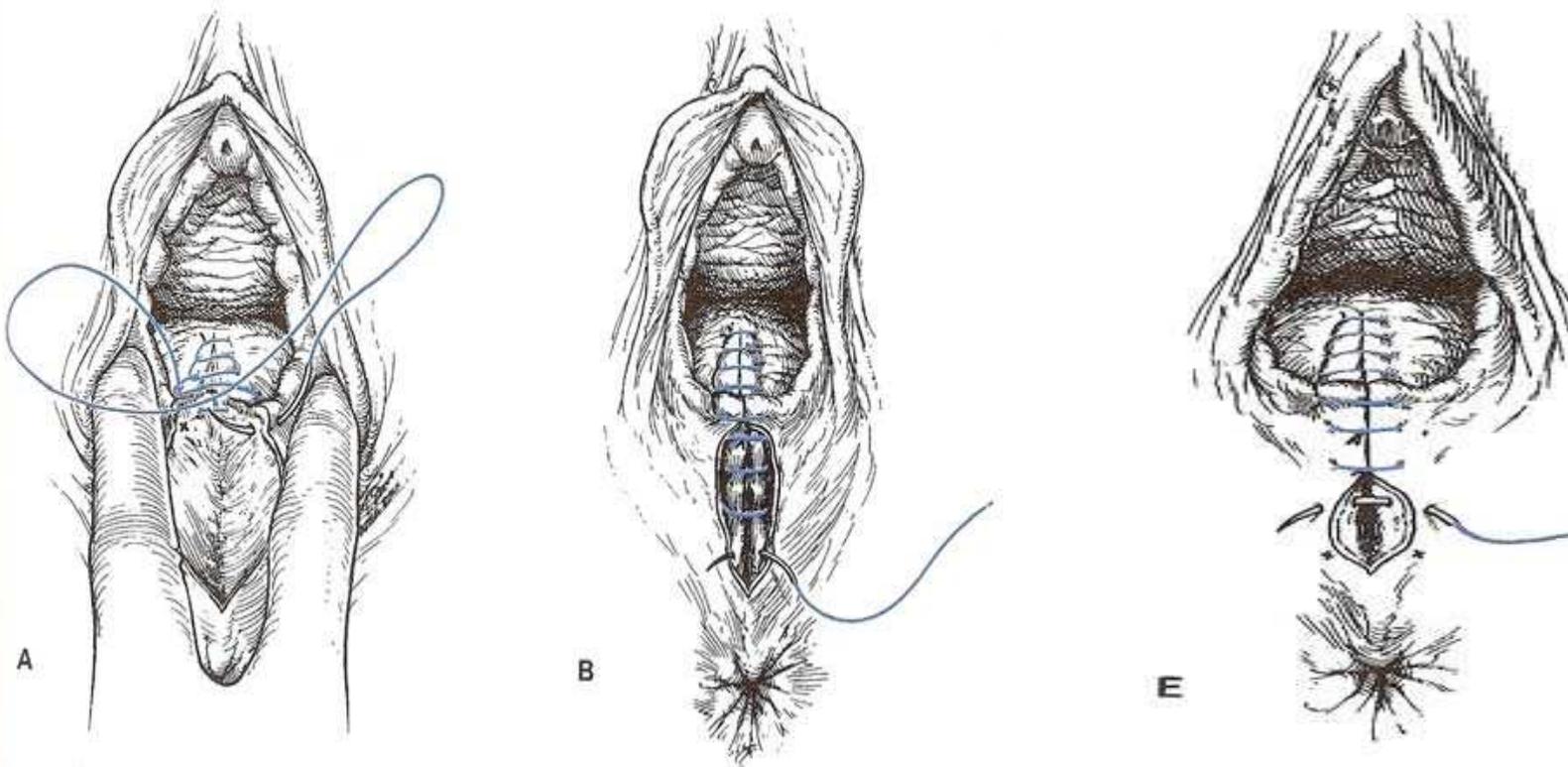
## 11-ANEXOS



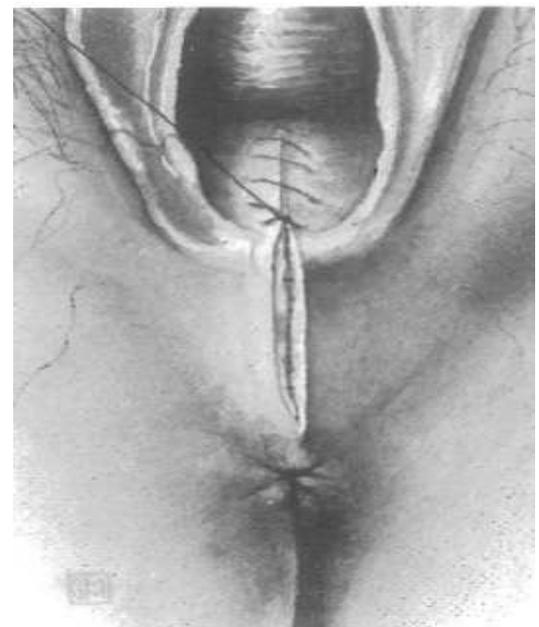
*Figura 1.* Episiotomías media y mediolateral. [Tema 1.1](#)  
(Tomado de Adam images y de Healthcare.org) <sup>(13)</sup>



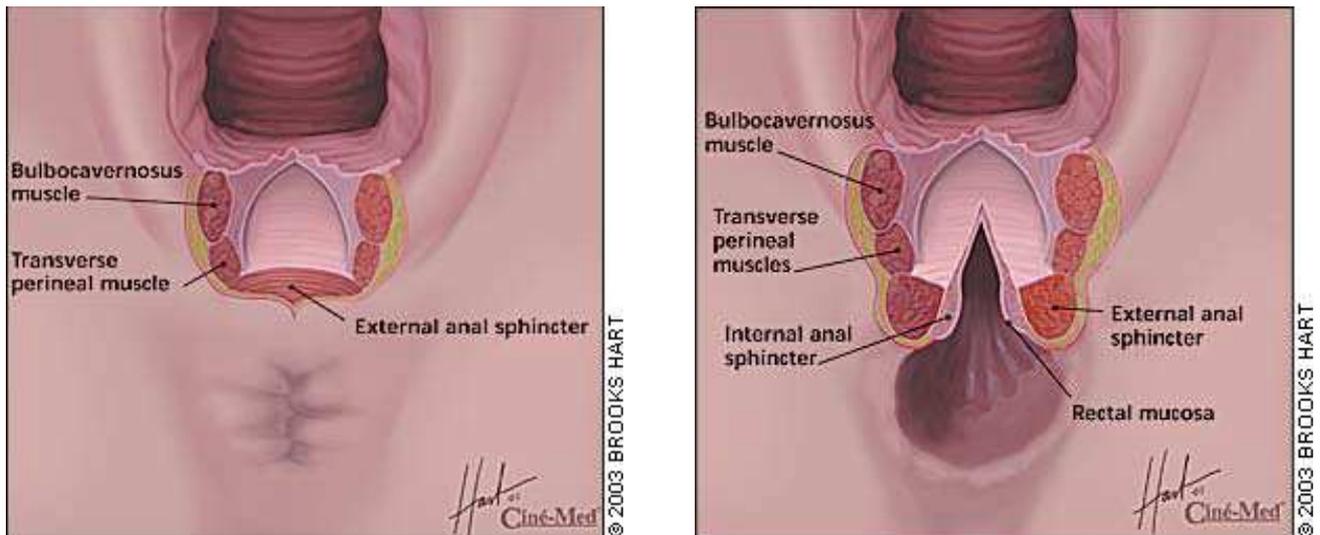
*Figura 2.* La episiotomía media se extiende en la dirección del esfínter anal externo, con riesgo de comprometer el complejo del esfínter anal y la mucosa rectal. La episiotomía mediolateral evita el compromiso del esfínter anal externo. [Tema 1.1](#)  
(Tomado de Thieme. Teaching Assistant Anatomy) <sup>(13)</sup>



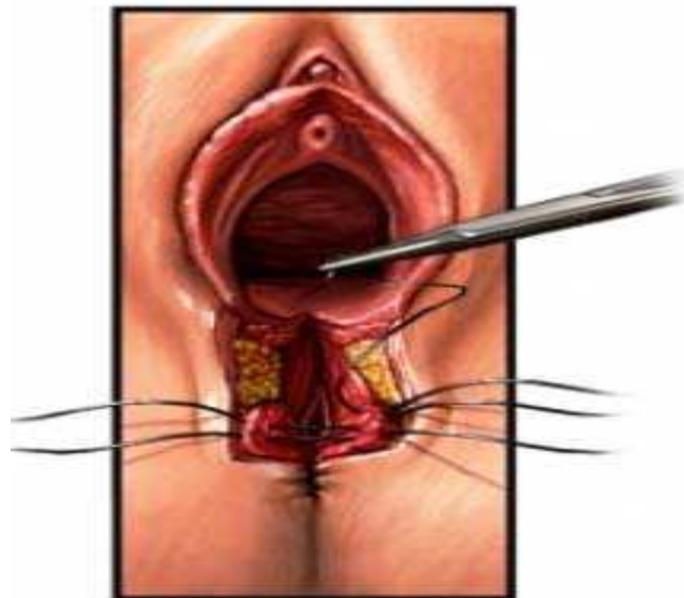
*Figura 3:* Reparación tradicional de una episiotomía (técnica interrumpida). Tema 4.3  
A. Sutura continua entrecruzada de mucosa vaginal. B. Sutura interrumpida de plano muscular. E. Sutura transcutánea interrumpida de la piel perineal. (Tomado de Williams Obstetrics, 21st Ed) <sup>(13)</sup>



*Figura 4:* Reparación perineal según la técnica de sutura continua. Tema 4.3 (Tomado de Fleming N. 1990) <sup>(13)</sup>



*Figura 5.* Desgarro de segundo grado (izquierda) y de cuarto grado (derecha). Tema 5 (Tomado Leeman L. 2003)<sup>(13)</sup>



*Figura 6.* Reparación de un desgarro de tercer grado:  
1. Reparación inicial del esfínter anal interno. 2. Reparación del esfínter anal externo.  
(Tomada de Netter images)<sup>(13)</sup>  
Tema 7.2.8



Figura 7 *"Parto en el agua"* Tema 9.1



Imágenes publicadas en  
National Geographic  
Sección "people"  
02 de diciembre de 2011

Figura 8  
*"El parto en casa"*  
Tema 9.2