



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS

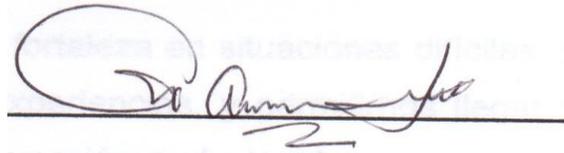
**EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Obstetricia y Ginecología

Wendy Heydaliz Pérez Álvarez  
Vianett Gabriela Rodríguez Carvallo

Tutor: Giannina del Rosario Sué Cisneros

Caracas, marzo 2015



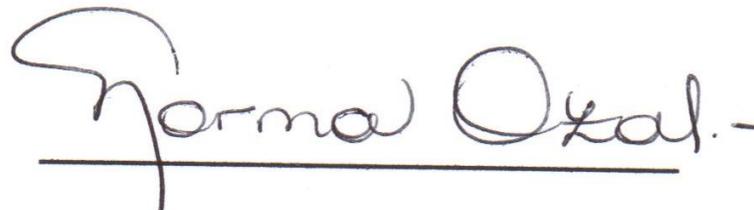
Giannina del Rosario Sué Cisneros

Tutor



Mireya González de Blanco

Directora del Curso de Especialización  
Asesor Metodológico



Norma Ozal  
Coordinadora del Curso de Especialización

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser nuestra fortaleza en situaciones difíciles, por brindarnos una etapa plena de aprendizaje, experiencias, y permitirnos llegar hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional...

A la Maternidad Concepción Palacios Institución formadora de profesionales dignos y dispuestos siempre a la ayuda de los más necesitados...

A nuestras pacientes que nos permitieron escribir nuestra historia enmarcada en sus momentos de dolor, infortunio o alegría...

A nuestros profesores, punto de apoyo para nuestra formación profesional sabias herramientas de enseñanza...

A nuestros padres, hermanos, esposos y en especial a nuestros hijos quienes con paciencia y comprensión, sacrificaron su tiempo para que pudiéramos cumplir con nuestro sueño, que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos como personas de bien y preparada para los retos que pone la vida...

A todos y cada uno de ellos les dedicamos cada una de las páginas de esta tesis...

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	32
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN	37
AGRADECIMIENTO	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	48

## EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS

**Wendy Heydaliz Pérez Álvarez.** CI.9.654.682 sexo: Femenino, E-mail: [wendyperezalvarez@hotmail.com](mailto:wendyperezalvarez@hotmail.com) Telf. 0416-8066823,02125767462 Dirección: Av. San Martín Caracas. Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología;

**Vianett Gabriela Rodríguez Carvallo.** CI. 17675629 sexo: Femenino, E-mail: [rodriguez.vianett@gmail.com](mailto:rodriguez.vianett@gmail.com) Tlf. 0424-3589470 Dirección: Av. San Martín Caracas. Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología;

**Tutor: Giannina del Rosario Sué Cisneros** CI.6016766 sexo: Femenino, E-mail: [sarasof@yahoo.com](mailto:sarasof@yahoo.com) Telf. 0414-3301484, 0212-4514466 Dirección: Av. San Martín Caracas. Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología.

**RESUMEN** Objetivo: Evaluar si el uso de la episiotomía previene los desgarros perineales y sus complicaciones inmediatas en pacientes nulíparas con embarazos a término que acuden al servicio de sala de partos de la Maternidad Concepción Palacios, en el período comprendido entre enero 2013 y diciembre 2013. Métodos: Se incluyeron 250 pacientes en 2 grupos al azar. Al grupo A no se le realizó episiotomía y al grupo B se le realizó episiotomía. Se evaluó la presencia de desgarró perineal, el grado del mismo, hematomas o infecciones, se cuantificó el número de suturas y la severidad del dolor. Resultados: Los desgarros perineales, se encontraron en 39,4 % pacientes del grupo A y en 14,2 % del grupo B. Entre las pacientes del grupo A, un 88,4 % presentaron desgarró grado I, 9,3 % grado II y en el grupo B, 25 % grado I, 55 % desgarró grado II y un 15 % grado III. En el grupo A, un 37 % de las pacientes no requirió sutura y 46,5 % requirió solo una, en el grupo B todas las pacientes con desgarros requirieron 2 o más suturas. En cuanto a la intensidad del dolor en el grupo A la mayoría tuvieron dolor ausente o leve (75,2 %), mientras que en el grupo B dolor moderado (63,8 %). Conclusión: el uso de la episiotomía, no reduce el número de desgarros perineales, pero incrementa su severidad, el dolor y la cantidad de material requerido para su reparación.

**PALABRAS CLAVES: Episiotomía, Nulíparas, Rutinaria, Desgarros perineales, Hematomas, Infecciones.**

## EPISIOTOMY NULLIPAROUS WOMEN

**ABSTRACT:** Objective: To evaluate whether the use of episiotomy prevents perineal tears and their immediate complications in nulliparous patients with term pregnancies attending the service delivery room Concepcion Palacios Maternity, in the period between January 2013 and December 2013. Métodos: 250 patients were enrolled in two randomized groups. Group A underwent no episiotomy and group B will be performed episiotomy. The presence of perineal tear was evaluated; the degree thereof, hematomas or infections, the number of stitches and the severity of pain was quantified. Results: The perineal tears were found in 39.4% patients in group A and 14.2% in group B. Among the patients in group A, 88.4% had grade I tear, 9.3% grade II and in group B, 25% Grade I, Grade II tear 55% and 15% grade III. In group A, 37% of patients did not require stitches and 46.5% required only one, in group B all patients with lacerations requiring 2 or more sutures. As for pain intensity in group A they had mostly absent or mild (75.2%) pain, while in group B moderate (63.8%) pain. Conclusion: The use of episiotomy does not reduce the number of perineal tears, but its severity increases, the pain and the amount of material required for repair.

**KEYWORDS:** Episiotomy, Gilt, Routine, Perineal Lacerations, bruises, Infections.

## INTRODUCCIÓN

Aunque la episiotomía fue descrita por primera vez en 1742 por Sir Fielding Ould, (Irlanda) el procedimiento no ganó mayor aceptación entre la comunidad obstétrica de la época debido a la alta morbilidad infecciosa asociada a ella y a la no disponibilidad de anestesia. Entre 1920 y 1930, la alta tasa de morbimortalidad perinatal, aunada a la transición de los partos del domicilio a los hospitales, determinó el uso rutinario de la episiotomía a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara su seguridad y beneficios. La episiotomía fue así popularizada por DeLee <sup>(1)</sup> a partir de sus publicaciones en 1920.

En las décadas del 70 y 80, con el surgimiento del movimiento naturalista a nivel mundial, el uso rutinario de la episiotomía comenzó a ser cuestionado. La revisión de toda la literatura publicada en inglés entre 1960 y 1980 realizada por Thacker et al <sup>(2)</sup> en 1983, revela la falta de evidencia científica que sustente los beneficios promulgados en relación a la episiotomía, particularmente respecto a su uso rutinario. Por el contrario, encontraron evidencias considerables sobre los riesgos asociados a la episiotomía, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia. En cuanto a la duración del periodo expulsivo del parto, la episiotomía al parecer tampoco lo acorta en forma significativa ni modifica los resultados perinatales. Los autores concluyeron que la episiotomía debería ser restringida a ciertos casos en los que existan indicaciones estrictas para su uso y desafiaron a la comunidad obstétrica a practicar medicina basada en la evidencia y probar los beneficios de la episiotomía en estudios clínicos adecuadamente diseñados <sup>(2)</sup>. Lamentablemente, este artículo tan polémico no logró estimular la discusión en relación al uso de la episiotomía y no tuvo el impacto esperado en la comunidad obstétrica.

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo; se efectúa hasta en el 60 % de todos los partos vaginales y hasta en el 90 % de los partos en pacientes primíparas. En Latinoamérica, su práctica es generalizada,

pues se lleva a cabo en el 87 % al 90 % de los partos de las mujeres nulíparas y en el 57 % y al 70 % del total de los partos atendidos en instituciones hospitalarias. <sup>(3)</sup>

La episiotomía se ha utilizado en forma rutinaria alegando ventajas durante el parto como la disminución del trauma sobre el piso pélvico, la prevención de laceraciones severas del periné, la prevención de lesiones hipoxicas e isquémicas en el feto y por favorecer una restauración anatómica y fisiológica del periné. <sup>(4,5)</sup>

Sin embargo, los resultados de revisiones sistemáticas y de estudios aleatorizados que han evaluado los beneficios y riesgos de la episiotomía, han cuestionado su uso rutinario, y es así como en la actualidad esta práctica no cuenta con el soporte de la evidencia. Las conclusiones obtenidas, basadas en ensayos clínicos aleatorizados demuestran que la práctica rutinaria de la episiotomía, no previno los desgarros vaginales, ni evitó la aparición de lesiones severas o daño del esfínter anal y por el contrario, si favoreció la aparición de desgarros perineales leves y de lesiones que comprometen el esfínter y la mucosa rectal. <sup>(5)</sup> Tampoco se encontró que la episiotomía disminuya el trauma sobre el piso pélvico, por lo que no contribuye a la prevención del cistocele ni del rectocele; tampoco ayuda a disminuir la relajación del piso pélvico. Por el contrario, múltiples estudios identifican este procedimiento como un factor de riesgo para desarrollo de incontinencia urinaria de esfuerzo; también puede retardar el reinicio de la actividad sexual. <sup>(4,5)</sup>

### **Planteamiento y delimitación del problema**

Los efectos beneficiosos que parecen tener la episiotomía para la madre son los siguientes:

(a) reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado.

(b) preservación de la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y reduce el riesgo de incontinencia fecal o urinaria.

(c) como es una incisión recta y limpia, una episiotomía es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro.

Para el recién nacido, un período expulsivo prolongado durante el trabajo de parto podría causar asfixia fetal, traumatismo craneano, hemorragia cerebral y retraso mental. Durante el parto, es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de distocia de hombros en el feto. <sup>(6)</sup>

Quienes avalan el uso rutinario de este procedimiento (sobre todo en pacientes nulíparas) argumentan que la episiotomía previene el daño perineal y la relajación del piso pélvico, disminuye el trauma neonatal y acorta el período expulsivo. <sup>(6)</sup>

La mayor justificación para el uso de la episiotomía es la prevención de los desgarros perineales severos, es decir, de tercer y cuarto grado, los cuales podrían contribuir con la incontinencia anal.

Hasta la actualidad, se han realizado estudios aleatorios y controlados para evaluar el efecto de la episiotomía oblicua derecha sobre la incidencia de desgarros perineales severos. En un metanálisis de estos estudios se concluye que la episiotomía rutinaria tiene un efecto protector nulo en la ocurrencia de desgarros perineales severos. <sup>(7)</sup> La evidencia científica demuestra que el hecho de no realizar episiotomía no aumenta la incidencia de desgarros graves (3º y 4º grado), incluso hay estudios que indican una menor incidencia de estos desgarros graves en mujeres a las cuales no se les practicó episiotomía. <sup>(4)</sup>

¿Será necesario practicar la episiotomía de forma rutinaria para evitar los desgarros perineales y sus complicaciones inmediatas en pacientes nulíparas con embarazos a término que acuden al servicio de sala de partos de la Maternidad Concepción Palacios; en el período comprendido entre enero 2013 y diciembre 2013?

## **Justificación e importancia**

La siguiente investigación se realizó en vista de la controversia que existe en la actualidad en cuanto al uso o no de la episiotomía en pacientes nulíparas. Con la finalidad de aclarar dudas con relación a los beneficios que puede proporcionar a las pacientes nulíparas que acuden al servicio de sala de partos de la Maternidad Concepción Palacios el hecho de no realizar este procedimiento.

Por lo tanto este estudio pretende evaluar la posibilidad de evitar el uso de episiotomía en gran parte de las nulíparas (a las cuales se les viene realizando prácticamente de forma sistemática) porque no hay evidencia científica suficiente que demuestre que este procedimiento mejore de alguna manera la morbilidad en el puerperio inmediato de estas pacientes y por el contrario al no practicarlo disminuiría su morbilidad, el tiempo de intervención sobre las mismas, además de los costos de material hospitalario.

## **Antecedentes**

No existe evidencia suficiente que apoya el hecho de que la episiotomía previene los desgarros perineales de primero y segundo grado, así como los desgarros anteriores. Uno de los beneficios adjudicados al uso rutinario de la episiotomía es la prevención de la elongación muscular a nivel del piso pélvico y sus consecuencias a largo plazo. La revisión de la literatura no revela pruebas consistentes en relación a alguna diferencia significativa al comparar la tonicidad del piso pélvico (mediante conos vaginales o electromiografía) de mujeres que han tenido episiotomías con mujeres que han sufrido desgarros espontáneos.<sup>(8)</sup>

Otra ventaja que se ha querido relacionar con la episiotomía es la prevención del trauma fetal, incluyendo la hemorragia intraventricular y la asfixia perinatal. La literatura revela, uniformemente, que no existe basamento científico para aseverar que la episiotomía reduce el tiempo del expulsivo o previene el sufrimiento fetal

medido a través de la puntuación de Apgar, pH de la sangre del cordón umbilical o admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales. <sup>(6)</sup>

La tasa de episiotomías es de aproximadamente 63 % en los Estados Unidos y 30 % en promedio en Europa. Argentina tiene tasas de episiotomías mayores al 80 %. Según Tomasso et al. <sup>(9)</sup>, en Latinoamérica 92,3 % de las pacientes nulíparas reciben esta intervención. Existe consenso entre distintos autores y así lo señala la Organización Mundial de la Salud en 1998, en relación a que la episiotomía debería utilizarse en forma selectiva y no de forma rutinaria y su tasa no debería superar el 30 %. <sup>(10)</sup>

Aunque la literatura recomienda el uso de posturas distintas a la tradicional litotomía para atender los expulsivos <sup>(8)</sup>, la realidad es que la postura que se realiza casi sistemáticamente en los centros hospitalarios, estando además las condiciones de las instalaciones adecuadas fundamentalmente a esta posición. Esto ha hecho dominar mejor esta postura para la protección perineal en el intento de evitar la episiotomía y dirigir el pujo en pacientes que no lo tienen de forma espontánea como son las usuarias de analgesia epidural. <sup>(8,9)</sup>

Por otra parte el 25 de noviembre de 2006, al celebrarse el Día Internacional de la No Violencia a las Mujeres, la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela aprobó la Ley sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Esta sustituyó a la Ley sobre la Violencia contra la mujer y la familia de 1998 por la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y fue publicada en la Gaceta Oficial N° 38 647 de fecha 19 de marzo de 2007. <sup>(11-13)</sup>

Esta nueva Ley tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, siendo la más novedosa la violencia obstétrica. <sup>(11-13)</sup> Artículo 51-4: "Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e

informado de la mujer”. De acuerdo a esto constituiría un acto de violencia obstétrica utilizar la episiotomía de forma “rutinaria” en pacientes nulíparas sin que exista indicación médica absoluta y sin obtener un consentimiento informado para dicha ejecución. <sup>(11-13)</sup>

El mayor auge de la episiotomía en la práctica obstétrica de EE.UU, se alcanzó luego de los artículos de Pomeroy <sup>(14)</sup> en 1918 y De Lee <sup>(1)</sup> en 1920. La conducta de entonces cambió. Se pasó del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profiláctico, particularmente en primíparas. Los argumentos esgrimidos a favor de la episiotomía rutinaria fueron los siguientes:

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

En conclusión, y según De Lee <sup>(1)</sup> la episiotomía practicada en forma rutinaria:

1. Evitaba el dolor
2. Prevenía desgarros
3. Acortaba el parto y por ende disminuía la morbilidad perinatal
4. Prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas.

Con estos argumentos, y sin datos ni estudios que avalaran estas aseveraciones, la episiotomía rutinaria ganó aceptación en la comunidad médica y su uso se incrementó con relativa poca evidencia científica.

En la década de los setenta surgió un movimiento naturalista que comenzó a cuestionar el uso rutinario de la episiotomía. Desde entonces han surgido en la literatura científica numerosos estudios con la finalidad de analizar la utilidad y los beneficios de la episiotomía.<sup>(15)</sup>

En 1983, Thacker et al<sup>(2)</sup> publicaron una extensa revisión de todos los artículos escritos en idioma inglés sobre los beneficios y riesgos de la episiotomía hasta el año 1980. Luego de examinar la evidencia disponible sobre los aclamados supuestos beneficios de la episiotomía, los autores concluyeron que muy poca investigación confiable se había hecho hasta ese momento para evaluar los efectos del procedimiento y ningún estudio publicado podía considerarse adecuado en su diseño y ejecución como para determinar si los beneficios, invocados a favor de la episiotomía eran verdaderos.

La revisión de Thacker et al<sup>(2)</sup> iba a tener gran impacto ya que luego de su publicación los estudios sobre episiotomía aumentaron en cantidad y calidad metodológica.

Si comparamos los resultados de esta revisión con los postulados invocados por De Lee<sup>(1)</sup> y expuestos anteriormente en este trabajo, se observa lo siguiente de acuerdo al uso de la episiotomía rutinaria:

Evita el dolor. Falso. En lo que respecta al dolor perineal, vaginal severo y a la dispareunia, la revisión no muestra diferencias entre la episiotomía rutinaria y la selectiva. Más aún, el riesgo de sufrir dolor en el grupo al que se le practicó episiotomía en forma selectiva fue 29 % menor que en el grupo de episiotomía rutinaria.

Previene desgarros. Falso. El uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3º y 4º grado y su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad incluyendo menor trauma perineal posterior, menor

necesidad de sutura de trauma perineal y menos complicaciones en la cicatrización a los 7 días. La evidencia que surge de la revisión informa que, por el contrario, el riesgo de desgarros perineales severos (3° - 4° grado), cuando se practica una episiotomía selectivamente, es 16 % menor para nulíparas y 29 % menor para multíparas. La única ventaja demostrada derivada de la práctica rutinaria, es un riesgo menor de traumatismo perineal anterior, pero si bien la episiotomía reduce el riesgo de desgarros anteriores, lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior. <sup>(15)</sup>

Acorta el parto y por ende disminuye la morbilidad perinatal. Falso. Sólo un estudio confiable sugiere una reducción en la duración del 2º periodo del parto en tanto que otros estudios encuentran un efecto contrario o nulo sobre este resultado. <sup>(5)</sup> En cuanto a la morbilidad perinatal, Nkwabong et al<sup>(16)</sup> encontraron que la puntuación de Apgar varió entre 5 y 10 al minuto con una media de  $7,7 \pm 1,8$ , y entre 6 y 10 a los 5 minutos con una media de  $9,2 \pm 1,8$  no reportaron diferencia significativa entre el grupo con episiotomía y el grupo sin episiotomía.

Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas, no comprobado. Hasta el momento, no hay investigaciones clínicas aleatorias que hayan evaluado como resultado la presencia de prolapso, dado que su evaluación requeriría un seguimiento a largo plazo, costoso y difícil de implementar. <sup>(15)</sup>

La evidencia disponible proviene solamente de estudios observacionales. Por último, la mejor revisión disponible hasta el momento (por tratarse de una revisión sistemática que incluye sólo investigaciones clínicas aleatorizadas de buena calidad metodológica) fue publicada en la biblioteca Cochrane en 1997 y actualizada en 1999. Incluye seis investigaciones clínicas aleatorizadas que brindan evidencia confiable sobre los efectos del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario. <sup>(15)</sup>

Tras estos estudios se llega a la conclusión de que la episiotomía se sustenta en escasa evidencia científica, todos los posibles beneficios han ido siendo desmontados por la ciencia. Hay autores que indican que más del 20 %- 30 % es una utilización excesiva de la técnica. <sup>(15,17)</sup>

Las tasas de episiotomía han descendido del 69 % (89 % de nulíparas y 51,75 % de multíparas) al 20 % (35,7 % de nulíparas y 8,43 % de multíparas). Los test de asociación muestran que la realización de episiotomía se relaciona con nuliparidad, edad materna avanzada en nulíparas, analgesia epidural, partos instrumentales y posición de litotomía. <sup>(18)</sup>

Está comúnmente aceptado en la literatura científica que el parto vaginal es el principal factor de riesgo para la aparición de lesiones perineales: desgarros musculares de 3º y 4º grado con afectación de esfínter anal y por tanto incontinencia anal, así como incontinencia urinaria.

La evidencia científica demuestra que el hecho de no realizar episiotomía no aumenta la incidencia de desgarros graves (3º y 4º grado) <sup>(19)</sup>, incluso hay estudios que indican una menor incidencia de estos desgarros graves en mujeres a las cuales no se les practicó episiotomía. <sup>(4)</sup>

En un estudio observacional prospectivo pretendieron determinar los factores clínicos que contribuían a aumentar el desgarro perineal posterior, este estudio demostró que la episiotomía no prevenía los desgarros sino que añadía casi tres centímetros al desgarro perineal posterior. Este efecto persistía excluyendo partos instrumentales. Las pacientes con desgarros del esfínter presentaban episiotomías. En las mujeres sin episiotomía se observaba un aumento del desgarro anterior, pero estos desgarros carecían de consecuencias clínicas importantes. <sup>(15)</sup>

Parece ser que tras estudios randomizados, como la clásica revisión de Carroli et al <sup>(15)</sup> sobre episiotomía se evidencia que pacientes con episiotomías

previas tienen mayor riesgo de padecer desgarros en partos posteriores y que en la episiotomía rutinaria hay mayor incidencia de desgarros graves (de 3° y 4° grado). Sultán et al <sup>(20)</sup> afirman que la operación más frecuente en obstetricia es irónicamente la mayor causa de daño perineal. A los profesionales de la obstetricia les preocupa que la no realización de episiotomía implique desgarros complicados de suturar, pero el uso de episiotomía aumenta el tiempo empleado en las suturas y la cantidad de material utilizado. Según Herrera et al <sup>(17)</sup> algunos de los motivos que argumentan los profesionales para justificar el uso rutinario de episiotomías son mitos (evitar desgarros perineales graves, prevenir la incontinencia urinaria o mejorar el pronóstico fetal).

Myers-Helfgott et al <sup>(21)</sup> concluyeron en una revisión sistemática que las episiotomías causan más dolor que los desgarros espontáneos y son más incómodas en el postparto inmediato; por otra parte, coinciden en que es mayor la pérdida hemática en aquellas mujeres a las cuales se les realizó episiotomía.

También se manifiesta que la presencia de episiotomía frente a los desgarros espontáneos conlleva una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias como infecciones o intolerancia a las suturas, con heridas cicatrizadas por segunda intención, que en ocasiones requieren una posterior reparación quirúrgica, dispareunia, así como un costo económico más elevado. <sup>(20)</sup>

Otro de los supuestos beneficios atribuidos a la episiotomía es la prevención de la relajación del suelo pélvico acortando el expulsivo. Fritel et al <sup>(22)</sup> no encontraron diferencias en la incidencia de incontinencia urinaria, dolor perineal o dispareunia 4 años después del primer parto en mujeres con episiotomía rutinaria y episiotomía selectiva.

Un estudio que evaluó la fuerza de la musculatura del piso pélvico mediante la colocación de conos vaginales mostró que las mujeres que habían tenido

episiotomía tenían menos fuerza en la musculatura perineal que aquellas que habían tenido partos sin episiotomía pero con desgarros espontáneos.<sup>(23)</sup>

Estudios que utilizaron la resonancia magnética (RM) como método de evaluación anatómica de los músculos del piso pélvico demuestran que posterior al parto vaginal, se observa lesión uni o bilateral, principalmente del músculo puborrectal, en 20 % a 51 % de primíparas<sup>(24,25)</sup>. Estos defectos serían causados principalmente por el estiramiento del periné en el momento del paso de la cabeza fetal por el canal de parto. Sin embargo, Branham et al<sup>(25)</sup> sugieren que la disminución del grosor muscular observada posterior al parto vaginal puede ser causada por lesión neuropática y no por una laceración o desgarro propiamente dicho, visto que observaron aumento en la masa muscular del puborrectal seis meses posterior al parto respecto a la que encontrara seis semanas después del parto, lo que no ocurre en una situación de laceración. A pesar de la ecografía tridimensional y la RM pueden demostrar modificaciones anatómicas, aún no está clara la relevancia clínica de estos hallazgos.<sup>(25)</sup>

La información más confiable acerca del efecto de la episiotomía sobre la incontinencia urinaria proviene del estudio de Sleep et al<sup>(4)</sup>. A los 3 meses posparto el 19 % de las mujeres de ambos grupos experimentaba algún grado de incontinencia urinaria. Tres años más tarde se realizó una encuesta detallada a las mujeres del estudio, que siguió sin encontrar diferencias entre los dos grupos en cuanto a la frecuencia de incontinencia urinaria.<sup>(4)</sup>

El uso restrictivo y juicioso de la episiotomía vs el uso rutinario, implicaría una reducción del número de episiotomías del 62 %, del trauma perineal posterior del 12 %, del requerimiento de suturas perineales del 27 % y del dolor perineal del 28 %.<sup>(4)</sup> El uso indiscriminado de la episiotomía configura una innecesaria agresión a la mujer. Además representa un costo de salud también innecesario.

Borghi et al<sup>(26)</sup> realizaron en Argentina un análisis de costo efectividad de una política de episiotomía restrictiva (27,5 %) comparada con una política de

episiotomía rutinaria (73 %). La conclusión fue que, con una política restrictiva de la episiotomía, por cada mujer con un parto vaginal normal hay un ahorro potencial de US\$ 11,63. Considerando que en Latinoamérica se realizan 11,5 millones de partos anuales, ello significaría un ahorro anual aproximado de 134 millones de dólares. Además, este ahorro podría ser mucho mayor si se consideraran los costos asociados con cada caso evitado de complicaciones en la cicatrización seguido de dolor perineal y finalmente dehiscencia de la herida.

Althabe et al <sup>(27)</sup> realizaron un estudio donde se calculó las tasas de episiotomía en 95. 833 mujeres primíparas con partos espontáneos, en 108 hospitales entre 1991 y 1998. La tasa mediana de episiotomía en los 108 hospitales fue de 92,3 %. Estas cifras muestran que la práctica estándar en Latinoamérica es la episiotomía rutinaria.

### **Marco Teórico**

La episiotomía es una palabra derivada de los términos griegos “epision” que significa región púbica y “tomé” que significa corte. Consiste en la incisión del orificio externo de la vulva con el objetivo de facilitar la expulsión fetal. Actualmente es uno de los actos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental y también más controvertida. Su uso fue propuesto por 1ª vez en 1742 por una matrona irlandesa F. Ould, quien en su tratado sobre partería (Teatrise of midwifery in three parts), recomendó una incisión desde la vagina hacia el ano en partos extremadamente complicados. Durante los siglos XVIII y XIX las únicas indicaciones que justificaban la práctica de la episiotomía eran la asistencia a un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto. <sup>(28)</sup>

El propósito fundamental de la episiotomía es impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vagino-perineales. Secundariamente, se consigue abreviar la duración del período expulsivo, y, disminuir la compresión de la cabeza del feto pretérmino durante el expulsivo. <sup>(28)</sup>

Al igual que en todo procedimiento quirúrgico, deberán llenarse unos requisitos básicos el operador debe estar cómodo, cumplir con las normas de asepsia y antisepsia, contar con el instrumental adecuado, aplicar anestesia previo al procedimiento, conocer la técnica quirúrgica, cerrar por planos con la sutura adecuada y verificar hemostasia.<sup>(28)</sup>

Las indicaciones son muy precisas. Se clasifican en Maternas y Fetales:

Maternas:

1. Inminencia de desgarro Vulvo-Vagino-Perineal.

No se hace referencia estricta a la paridad de la paciente, pues sí es cierto que existen nulíparas que no la ameritarían y, por el contrario, en algunas multíparas es preciso realizarla. Un arco subpúbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino selectiva.

2. Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de Valsalva forzada), importante en las siguientes patologías maternas:

Pre-Eclampsia-Eclampsia.

Hipertensión Arterial.

Hipertensión Endocraneana y Patologías Vasculares del S.N.C.

Hipertensión Ocular.

Cardiopatías.

Neumopatías.

3. Parto Vaginal Instrumentado. Utilización de fórceps o espátulas.

Fetales:

1. Macrosomía.

2. Prematurez.

3. Feto con Retardo del crecimiento intrauterino.

4. Sufrimiento fetal agudo, en el segundo período del parto.

5. Presentación Podálica.

6. Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas.

7. Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacra.

Contraindicaciones:

1. Relajación y flaccidez del piso pélvico.
2. Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.
3. Enfermedades granulomatosas activas.
4. Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.
5. Fístulas recto-perineales.
6. Antecedentes de perineoplastia.
7. Cáncer ano-rectal.

En la actualidad se suelen practicar la medio-lateral (derecha o izquierda, de acuerdo a la destreza del cirujano) y la mediana. Las laterales y las "doble" episiotomías han caído en franco desuso por su importante morbilidad. La incisión intermedia entre la mediana y la oblicua derecha no la reconocemos como un tipo especial de episiotomía, y hacemos referencia de ella solo para mencionar que se trata de una incorrecta orientación del corte quirúrgico.<sup>(29)</sup>

La incisión de la episiotomía mediana se hace en el cuerpo perineal de la línea media del anillo del himen a través del tejido conectivo que une el músculo bulbocavernoso, los músculos perineales transversales superficiales, y la membrana perineal (diafragma urogenital) . La incisión se hace sin incluir el esfínter anal. Debe realizarse una incisión en la vagina de 3 a 4 cm por encima del anillo del himen, con la incisión se entra en el espacio rectovaginal. Evitando el riesgo de laceraciones vaginales.<sup>(30)</sup>

Para realizar el corte, puede usarse el bisturí, pero, se aconseja el uso de tijeras especialmente diseñadas, que se reconocen fácilmente, primero porque su hoja anterior o interna termina en un borde transversalmente romo, que al no ser punzante, evita penetrar y lesionar inadvertidamente la luz rectal; y segundo, por la

angulación pronunciada que sus hojas tienen con relación al mango, permitiendo la realización del corte cómodo del cuerpo perineal abarcado entre ellas. <sup>(29)</sup>

Se recomienda la anestesia local infiltrativa, con lidocaína simple al 1 %, un volumen casi nunca superior a los 10 cc, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal. <sup>(29)</sup>

Mediolateral versus mediana:

La única y verdadera razón de no hacer una episiotomía mediana es el riesgo inminente de que llegue a prolongarse y lesionar el esfínter externo y el ano, y se le tema a esta complicación, o no sentirse bien adiestrado para corregirla.

En la episiotomía mediana se produce un corte limpio y totalmente perpendicular a la cuña perineal con sangrado escaso, por ello su reparación es más fácil y más anatómica, se utiliza menor cantidad de sutura consiguiéndose mejores resultados estéticos-funcionales y menor fibrosis con mucho menos dolor postquirúrgico y postcoital. <sup>(29)</sup>

En la episiotomía medio lateral, en cambio, hay mayor pérdida de sangre y el corte es oblicuo a las fibras musculares de la cuña perineal, es más difícil de reparar y amerita mayor cantidad de sutura; el dolor postoperatorio es más intenso y más frecuente; ocurre mayor fibrosis, los resultados anatómicos son desfavorables en más o menos un 10 % de los casos. A veces es seguida de dispareunia. <sup>(29)</sup>

La episiotomía está indicada, recomendamos la mediana en los siguientes casos:

1. Feto, con peso estimado como promedio.
2. Presentación cefálica, vértice, variedad anterior.
3. Periné de 6 cm. como mínimo y en reposo.
4. Pelvis adecuada con arcada púbica promedio o amplia.

5. Comprobado bienestar fetal en el expulsivo.
6. Adecuada actividad uterina y pujos eficientes.

En todos los demás casos donde se indique la episiotomía y no se den las condiciones anteriores, recomendamos realizar la medio- lateral.

Si se revisan bien las indicaciones anteriores se caerá en cuenta que ellas existen en la gran mayoría de los partos, lo cual hace presumir que en realidad es el temor a la prolongación de la episiotomía mediana al esfínter o al ano la verdadera razón por la cual ésta no es la más frecuente que se práctica en las instituciones de enseñanza. Por lo tanto, durante el aprendizaje, los estudiantes deben adquirir la habilidad para que tal circunstancia no se presente.<sup>(29)</sup>

### Episiorrafia

Consiste en la síntesis de la episiotomía y se han descrito múltiples técnicas. A continuación se señala el material de sutura utilizado y las técnicas de uso más común.<sup>(31)</sup>

Material de sutura. Los principales materiales utilizados para la reparación del trauma perineal incluyen sutura absorbible y no absorbible. Entre el material absorbible se encuentra el catgut crómico y los derivados del ácido poliglicólico (Dexon y Vicryl). Para la sutura transcutánea, las absorbibles han reemplazado a las no absorbibles como el nylon y la seda que se utilizaban en el pasado.<sup>(31)</sup>

Algunos autores consideran a los derivados del ácido poliglicólico como los de elección porque se han asociado con una mayor reducción del dolor y de necesidad de analgesia; sin embargo, este beneficio contrasta con la necesidad de tener que retirar la sutura durante el puerperio.<sup>(31)</sup>

Las suturas no absorbibles (seda y nylon) utilizadas en la reparación de la piel causan mayor dolor que las suturas absorbibles antes mencionadas. Una alternativa para unir los bordes de la piel, es la utilización del adhesivo histoacrílico, el cual evita el dolor en la herida operatoria causado por los materiales comunes.

Oblicua o Mediolateral. La síntesis de la episiotomía se debe realizar luego de la expulsión de la placenta y de la revisión uterina. El cirujano debe colocar su segundo y tercer dedo de la mano dentro de la vagina y separarlos para visualizar el ángulo. Utilizando catgut crómico o Vicryl 00, se inicia la síntesis a 1 cm por detrás del ángulo de la incisión, aproximando los bordes de la mucosa vaginal con puntos continuos. Es importante suturar sólo la mucosa sin apoyar los puntos en el plano muscular profundo porque provoca depresión del suelo vaginal, ampliando el diámetro final de la vagina. Si la episiotomía fue amplia, se recomienda detener la sutura continua y colocar puntos separados en el plano muscular profundo porque si se completa el plano mucoso en un primer tiempo se hace difícil la rafia del plano muscular profundo. La sutura continua se debe llevar hasta el nivel de las carúnculas himeneales practicando el nudo de la misma. A continuación se debe reparar el diafragma urogenital empleando puntos separados. En el plano muscular los puntos se deben tomar de manera profunda, sin dejar espacios muertos, realizando hemostasia cuidadosa y sin sobrepasar la pared rectal anterior. Posteriormente se colocan puntos para aproximar el tejido celular subcutáneo y se finaliza con la sutura transcutánea o intradérmica de la piel utilizando sutura 00 o 000 de manera continua o a puntos separados. <sup>(31)</sup>

Mediana. Se realiza con puntos continuos que incluyen la mucosa vaginal, el plano muscular superficial y la piel. El plano mucoso se repara con puntos continuos comenzando detrás del ángulo y terminando al nivel de las carúnculas himeneales, en donde se practica un nudo, se refiere el hilo y no se corta para luego continuar. Se toman puntos separados en el plano muscular profundo y se sigue con la misma sutura de la mucosa que se había referido, hacia el plano muscular superficial. Esta sutura finaliza a nivel del esfínter anal, donde se practica otro nudo. Por último se

colocan puntos continuos intradérmicos o transdérmicos, desde el margen inferior de la episiotomía hasta alcanzar el introito vaginal. <sup>(31)</sup>

Las complicaciones del uso de la episiotomía se clasifican según el momento de aparición: inmediatas, mediatas y tardías.

#### Complicaciones Inmediatas.

Prolongaciones y desgarros: la prolongación se entiende como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4cms en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de episiotomía. En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada. La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta al recto. <sup>(32)</sup>

En el caso de la medio lateral la extensión es hacia los planos profundos donde el compromiso del elevador es mayor, imponiendo una reparación muy cuidadosa.

Si bien la fuerza de expulsión que se realiza durante el parto se ejerce principalmente sobre el periné, que es el que con más frecuencia se lesiona, la incidencia de los desgarros de la pared anterior no es rara, en especial si la vejiga está llena en el periodo expulsivo y no se protege adecuadamente el periné. <sup>(32)</sup>

Sangrado: se presenta en caso de medio- laterales que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento. <sup>(32)</sup>

Hematomas: asociados casi siempre a las medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvo-perineales por desgarros.<sup>(32)</sup>

Dolor: cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías.<sup>(32)</sup>

Complicaciones mediatas.

Infección: aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gram negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.<sup>(32)</sup>

Dehiscencias: actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho infrecuente su observación. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.<sup>(32)</sup>

Granulomas: se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.<sup>(32)</sup>

Complicaciones tardías.

Fibrosis: más frecuente con medio-laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir Dispareunia. <sup>(32)</sup>

Fistulas: aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria. <sup>(32)</sup>

Opinión de las mujeres sobre las ventajas y desventajas de la episiotomía

Al ser el uso de la episiotomía una rutina hospitalaria y depender de una decisión médica, como era de esperar, muchas mujeres creen que es una práctica beneficiosa y necesaria. En una encuesta que se realizó a 100 mujeres en un hospital público de Montevideo, Uruguay, en la cual se les preguntaba si creían necesario el uso de la episiotomía, una proporción muy baja de ellas manifestó que la episiotomía no era una práctica necesaria (11 %). Hubo un 13 % de mujeres que no tuvo una opinión formada sobre la necesidad de esta intervención. El resto (76 %) justificó su uso (no publicado) <sup>(32)</sup>

Thacker et al <sup>(2)</sup> en su artículo sobre los riesgos y los beneficios de la episiotomía, resumieron sus conclusiones en la siguiente frase: Si los pacientes estuvieran informados adecuadamente acerca de los beneficios y a la luz de los perjuicios y riesgos demostrados, es poco probable que las mujeres acepten que se les realice la episiotomía en forma rutinaria.

Resistencia al cambio

Si bien estos resultados presentados procedentes de revisiones sistemáticas de investigaciones clínicas aleatorizadas bien diseñadas, fueron publicados en varias

oportunidades y diseminados por varias vías, las tasas de episiotomía permanecen elevadas. <sup>(32)</sup>

Así, a pesar del dramático descenso en el uso de la episiotomía (64 % en 1980 a 40 % en 1998), esta técnica continúa siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes utilizados en mujeres en EE.UU (1,2 millones de episiotomías en 1998). <sup>(32)</sup>

Durante la realización del estudio argentino de episiotomía las tasas de episiotomía en una de las maternidades bajaron de 47,9 % a 30,1 %; esta disminución se mantuvo luego del estudio, predominantemente en multíparas, pero no ocurrió lo mismo en nulíparas. Durante el estudio las tasas de episiotomías en mujeres nulíparas bajaron de 92,2 % a 39,5 %. Sin embargo, cuatro años después de finalizar el estudio y luego de una intensa diseminación de los resultados en contra de la episiotomía rutinaria, las tasas de episiotomía en lugar de disminuir o a lo sumo mantenerse en el valor alcanzado, aumentaron nuevamente a valores del 65,3 %. <sup>(26)</sup>

La justificación del uso rutinario de la episiotomía surgió a principios del siglo XX, basado en creencias personales y sin una justificación científica que avalara esta recomendación. Esto llevó a la incorporación de la misma en la práctica diaria siendo una rutina sobre todo en las mujeres durante su primer parto. A partir del año 1985 se generaron una serie de investigaciones de buen diseño experimental que buscaban comprobar si los argumentos que se esgrimían justificando su uso rutinario eran válidos. <sup>(32)</sup>

Desgarro perineal:

Los desgarros perineales constituyen soluciones de continuidad que pueden estar acompañadas de contusiones menores, desgarros de músculos o laceraciones mayores con pérdida de sustancia tisular o no, que pueden comprometer estructuras del periné hasta el diafragma urogenital. <sup>(33,34)</sup>

Clasificación de los desgarros perineales:

1º grado. Esta afecta únicamente la piel y el tejido subcutáneo

2º grado. Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal

3º grado a. Lesión del esfínter anal externo menor del 50 %

3º grado b. Lesión del esfínter anal externo mayor del 50 %

3º grado c. Lesión de esfínter externo e interno

4º grado. Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. Puede detectarse una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto-vaginales. Por las repercusiones clínicas podemos diferenciar la reparación de los desgarros de primer y segundo grado, que no suelen comportar secuelas a largo plazo, de los desgarros de tercer y cuarto grado. <sup>(33,34)</sup>

Las reparaciones de desgarros perineales varían según su severidad en el caso de desgarros de primer y segundo grado: La sutura de mucosa vaginal se realiza con Vicryl rapid “Safil quick” 2/0, Catgut crómico 2/0, se identifica el ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo. Se realizara una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.

Se debe identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o Vicryl 2/0 convencional. Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa.

Al momento de suturar la piel debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Por este motivo se aceptan 2 opciones: Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel o puntos sueltos en piel de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, evitando la tensión de los mismos.

La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar, de forma sistemática, un tacto rectal con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. <sup>(33,34)</sup>

El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento agudo. Estas fibras son responsables del 75 % del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de

musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno.<sup>(34)</sup>

La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no rapid) como primera elección o PDS 3/0, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para identificar y aislar los extremos.<sup>(33,34)</sup>

Técnica de reparación: pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: overlap o bien end-to-end utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura. Los hilos monofilamento parecen tener menor riesgo de infección. Cuando se identifica la lesión del esfínter interno se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional. La sutura de mucosa vaginal, músculos perineales, y piel se realizará según las indicaciones anteriormente descritas.

### **Objetivo General:**

Evaluar si el uso de la episiotomía previene los desgarros perineales y sus complicaciones inmediatas en pacientes nulíparas con embarazos a término que acuden al servicio de sala de partos de la Maternidad Concepción Palacios, en el período comprendido entre enero 2013 y diciembre 2013.

### **Objetivos específicos:**

1. Calcular la frecuencia de desgarros perineales y la localización de los mismos en gestantes nulíparas a quienes se les practique episiotomía, comparándola con aquellas a quienes no se les practique.
2. Evaluar la severidad de los desgarros perineales en gestantes nulíparas a quienes se les practique episiotomía, comparándola con aquellas a quienes no se les practique.
3. Cuantificar el dolor perineal mediante la aplicación de la Escala Numérica Verbal en gestantes nulíparas a quienes se les practique episiotomía, comparándola con aquellas a quienes no se les practique.
4. Describir la frecuencia de hematomas e infecciones perineales en gestantes nulíparas a quienes se les practique episiotomía, comparándola con aquellas a quienes no se les practique.
5. Cuantificar la cantidad de sutura necesaria para reparar los desgarros perineales en gestantes nulíparas a quienes se les practique episiotomía, comparándola con aquellas a quienes no se les practique.

## **Aspectos Éticos**

Desde el punto de vista ético y respetando el principio de autonomía se incluyeron en este trabajo de investigación aquellas pacientes que previa explicación detallada de los objetivos, importancia y beneficio otorgaran de forma voluntaria su consentimiento por escrito (anexo 1).

Los grupos de pacientes se escogieron sin distinción de raza, ideología política ni religiosa, grupo social, cultural o económico y de acuerdo a los criterios de inclusión que se mencionan en la metodología respetando el principio de justicia social.

De acuerdo al principio de beneficencia, al participar en este estudio la paciente contó con la atención obstétrica que se presta en el servicio de Obstetricia de la Maternidad Concepción Palacios, así como cualquier otro servicio de este centro si fuese necesario. No recibió beneficios materiales.

Por otra parte y de acuerdo al principio de no maleficencia, en este trabajo no se realizó ninguna prueba, examen o procedimiento diagnóstico que dañara o expusiera a riesgo alguno a la paciente.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio experimental prospectivo, comparativo y longitudinal.

### **Población y muestra**

La población estuvo representada por pacientes de la Maternidad Concepción Palacios de un total de 1758 partos en nulíparas utilizando la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 5 % considerando una proporción del 5 % de desgarros perineales según la literatura.

De acuerdo al muestreo, fueron necesarias 250 sujetos a ser incluidas en el estudio, cada grupo fue escogido de acuerdo al azar simple.

### **Criterios de inclusión**

1. Embarazo a término
2. Feto único, longitudinal, presentación cefálica.
3. Peso estimado fetal entre 2500 y 4000 gr
4. Pacientes que presenten parto eutócico

### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes con desgarro inminente
2. Pacientes que no sean de habla hispana

## Procedimientos

En el Servicio de Sala de Partos de la Maternidad Concepción Palacios (MCP) se seleccionaron pacientes nulíparas con embarazo a término que cumplieron con los criterios de inclusión antes descritos, a las cuales se les explicó en forma detallada y clara las ventajas y posibles desventajas de la realización del procedimiento y otorgaron de forma voluntaria su consentimiento por escrito (anexo 1). El trabajo de parto fue atendido por las investigadoras o los residentes de Postgrado de Obstetricia y Ginecología de la MCP. Se llenó la hoja de registro (anexo 2) donde se recolectó la información requerida por las investigadoras, para la evaluación de las variables de estudio según el cuadro de variables (anexo 3) las pacientes fueron divididas en dos grupos (grupo A y grupo B), los cuales fueron escogidos al azar por sorteo simple. Al grupo A no se le realizó episiotomía, la protección del periné en el momento de la atención del parto se realizó con presión perineal y gasas estériles y al grupo B se le realizó episiotomía oblicua derecha o media con episiotomo. Previa atención del parto se les administró anestesia pudenda a todas las pacientes, posterior al alumbramiento se realizó revisión del canal del parto donde se evaluó la presencia de desgarros y el grado del mismo. En caso de encontrarse desgarros se suturaron con la sutura correspondiente y la episiorrafia se realizó con crómico 2.0, Se cuantificó solo el número de suturas utilizadas para la reparación de los desgarros. Luego de terminado el procedimiento se interrogó sobre la intensidad del dolor aplicando la escala numérica verbal preguntándole a la paciente lo siguiente: en una escala del 0 al 10, donde 0 es sin dolor y 10 es el peor dolor imaginable, ¿Cuál sería la puntuación que le pondría a su nivel de dolor en este momento? Se clasificó como Ausente (0), Leve (1-3), Moderado (4-6), Severo (7-9) o Intolerable (10) según la puntuación que le asignó. Se realizó seguimiento diario de la paciente en el área de hospitalización durante su estadía hospitalaria y se evaluó la presencia de hematomas, edema o infecciones.

### **Tratamiento estadístico adecuado**

Se calculó el promedio y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales se calculó sus frecuencias y porcentajes.

Las comparaciones de las variables continuas según las variables nominales se hicieron mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; en el caso de las variables nominales según variables nominales, se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson, en el caso de las tablas 2 x 2, se aplicó la prueba exacta de Fisher.

Se considerará un valor significativo de contraste si  $p < 0,05$ . Los datos serán analizados con JMP-SAS 11.0.

## RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 250 pacientes, las cuales se dividieron por azar simple en dos grupos, el grupo A donde se encuentran las pacientes a las que no se les realizó episiotomía compuesto por 109 pacientes y el grupo B que incluye 141 pacientes a quienes se les realizó episiotomía.

En el cuadro 1 se observan las características de las pacientes por grupo; la edad materna promedio para el grupo A fue de  $19,2 \pm 3,6$  años y para el grupo B de  $18,2 \pm 2,6$  años ( $p=0,022$ ). El promedio de la edad gestacional en el momento de la atención del parto, para el grupo A fue de  $38,8 \pm 1,1$  semanas, y para el grupo B  $38,6 \pm 1,1$  semanas ( $p=0,188$ ). El promedio de peso al nacer de los recién nacidos del grupo A fue de  $3038,07 \pm 296,4$  gramos y para el grupo B de  $3085,7 \pm 373,4$  gramos ( $p=0,276$ )

En el cuadro 2 se presenta la distribución de pacientes con o sin episiotomía según la presencia de desgarros perineales, donde se observa que estuvieron presentes en 43 pacientes (39,4 %) del grupo A y en 20 pacientes (14,2 %) del grupo B con una  $p=0,000$  y una  $OR=3,94$  (IC-95 %: 2,14 – 7,25). Los desgarros perineales, ocurrieron con mayor frecuencia en la porción posterior del periné en ambos grupos; en el grupo A, 26 pacientes (60,4 %) y en el grupo B, 18 pacientes (90 %)  $p = 0,017$  (cuadro 3)

Como se observa en el cuadro 4 entre las pacientes a quienes no se les practicó episiotomía un 88,4 % (38 pacientes) presentaron desgarro grado I. En las pacientes con episiotomía 25 % (5 pacientes) presentaron desgarro grado I, 55 % (11 pacientes) presentaron desgarro grado II, y 15 % grado III (3pacientes)  $p=0,001$

En el cuadro 5 se observa que 75,2 % de las pacientes sin episiotomía tuvieron dolor ausente o leve, mientras que 63,8 % de las pacientes con episiotomía tuvieron dolor moderado ( $p=0,001$ )

Hubo 2 casos de hematoma perineal en las pacientes del grupo B (1,4 %) y en las del grupo A, 1 caso lo que constituyó un 0,91 %. Durante el estudio no se presentó ningún caso de infección.

En el cuadro 6 se cuantificó el número de suturas utilizadas para la reparación del periné, entre las pacientes sin episiotomía un 37,2 % no requirieron sutura pues constituyeron desgarros grado 1 no sangrantes, y un 46,5 % requirieron solo una sutura, mientras que en el grupo con episiotomía, las 20 pacientes requirieron 2 o más suturas para reparar los desgarros ( $p=0,001$ ) No se incluyó el material utilizado para reparar la episiotomía.

## DISCUSIÓN

La episiotomía es actualmente uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental y también uno de los más controvertidos. Su uso fue propuesto por 1ª vez en 1742 por F. Ould, quien recomendó una incisión desde la vagina hacia el ano en partos extremadamente complicados. Durante los siglos XVIII y XIX las únicas indicaciones que justificaban la práctica de la episiotomía eran la asistencia a un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto. <sup>(28)</sup>

El mayor auge de la episiotomía en la práctica obstétrica de EE.UU, se alcanzó luego de los artículos de Pomeroy <sup>(14)</sup> en 1918 y De Lee <sup>(1)</sup> en 1920. La conducta de entonces cambió se pasó del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profiláctico, particularmente en primíparas.

La justificación del uso rutinario de la episiotomía surgió a principios del siglo XX, basado en creencias personales y sin una base científica que avalara esta recomendación. Esto llevó a la incorporación de la misma en la práctica diaria siendo una rutina sobre todo en las mujeres durante su primer parto. A partir del año 1985 se generaron una serie de investigaciones de buen diseño experimental que buscaban comprobar si los argumentos que se esgrimían justificando su uso rutinario eran válidos. <sup>(32)</sup>

Existe consenso entre distintos autores y así lo señala la Organización Mundial de la Salud en 1998, en relación a que la episiotomía debería utilizarse en forma selectiva y no de forma rutinaria y su tasa no debería superar el 30 %. <sup>(10)</sup>

Esta investigación se realizó en vista de la controversia que existe en la actualidad en cuanto al uso o no de la episiotomía en pacientes nulíparas y pretende evaluar la posibilidad de evitar el uso de la misma en gran parte de las nulíparas a quienes se les viene realizando prácticamente de forma sistemática; porque no hay evidencia científica suficiente que demuestre que este procedimiento mejore la morbilidad en el puerperio inmediato y por el contrario la disminuiría, así como el

tiempo de intervención sobre las mismas, además de los costos de material hospitalario.

En la presente serie se incluyeron 250 pacientes distribuidas al azar en dos grupos, al grupo A no se les realizó episiotomía y al grupo B se le realizó.

Entre ambos grupos se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, siendo las pacientes del grupo B más jóvenes ( $p=0,002$ ). Los grupos son comparables en cuanto la edad gestacional y el peso al nacer, que son dos factores importantes en relación a la producción de los desgarros, puesto que a mayor volumen fetal, mayor probabilidad de desgarros perineales.

En relación a la presencia de desgarros perineales, se observó un mayor número de ellos en las pacientes a quienes no se les realizó episiotomía en comparación con aquellas a quienes se les realizó. Si bien las pacientes sin episiotomía presentaron mayor número de desgarros estos fueron de menor grado (en su mayoría grado I) y más fáciles de reparar.

Los desgarros grado I que no sangran no tienen necesidad de reparación quirúrgica esto constituye una ventaja<sup>(4,19)</sup>

En esta serie de las 38 pacientes con desgarro grado I en el grupo sin episiotomía, 16 no ameritaron reparación quirúrgica. En el grupo B, a quienes se les practicó episiotomía, cinco pacientes tuvieron desgarro, grado I que ameritaron ser suturadas, requiriendo dos suturas debido a la extensión de la solución de continuidad y a la necesidad de hacer hemostasia. Esto expresa que siendo grado I la severidad fue mayor en este segundo grupo.

En ambos grupos la mayoría de los desgarros fueron posteriores, sin embargo se puede apreciar que en un porcentaje importante de las pacientes sin episiotomía, cuando se presentaron los desgarros, estos fueron de localización anterior (39,5 %)

y solo 10 % de las pacientes con desgarro en el grupo B, de pacientes con episiotomía presentaron esta localización.

Dentro de las ventajas que reportan algunos autores de la práctica rutinaria de la episiotomía se le atribuye la disminución del riesgo de desgarros anteriores, pero lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior a los que se le asocia mayor riesgo de complicaciones<sup>(15)</sup>. Los estudios randomizados de Carroli et al<sup>(15)</sup> exponen que en las mujeres sin episiotomía se observa un aumento de desgarros anteriores, los cuales carecen de consecuencias clínicas importantes y son menos severos que los de localización posterior.

En estudios posteriores, han indicado que el uso rutinario de la episiotomía puede causar más daño que beneficio. El uso restrictivo versus rutinario de la episiotomía se asocia con un menor riesgo de trauma perineal posterior, menor necesidad de suturar el traumatismo perineal, también tiene efectos beneficiosos en la reducción de complicaciones a largo plazo por lo tanto, la indicación de episiotomía de rutina no está bien soportada.<sup>(16,17)</sup>

La evidencia científica demuestra que el hecho de no realizar episiotomía no incrementa la incidencia de desgarros severos (3º y 4º grado)<sup>(4,19)</sup>, lo cual concuerda con los resultados de este trabajo. La presencia de desgarros grado II y III fue proporcionalmente mayor en las mujeres con episiotomía (70 %)

De las 141 pacientes a quienes se les practicó episiotomía, 15 presentaron desgarro grado II o mayor, lo que representó un 10,63 % del total del grupo y un 75 % del total de pacientes con desgarro de ese grupo. Entre las 109 pacientes sin episiotomía, solo hubo 5 desgarros grado II o mayores, lo que constituyó un 4,58 % del total del grupo y un 11,6 % del total de pacientes con desgarro de ese grupo.

En cuanto a la intensidad del dolor durante el puerperio inmediato los resultados de este estudio revelan que es mayor en las mujeres a quienes se les practica episiotomía lo que es similar a los resultados de otros trabajos. (15, 21, 27,35). Para evaluar el dolor, se aplicó la escala numérica verbal que resultó ser de ausente a leve en la mayoría de las pacientes del grupo A y moderado en la mayoría de las pacientes del grupo B ( $p=0,001$ )

Las mujeres a quienes no se les practicó episiotomía manifestaron un mayor bienestar general, el dolor con la deambulacion fue prácticamente inexistente, refirieron sentarse con mayor comodidad, lo que disminuye la necesidad de uso de analgésicos reduciendo los costos hospitalarios.

Al analizar el aspecto del dolor hay que considerar que entre los dos grupos hubo diferencias significativas en cuanto a la edad. Aunque múltiples artículos de la literatura adjudican el dolor al mayor trauma local generado por la episiotomía, no se puede ignorar esta diferencia en esta serie. Las mujeres más jóvenes, en general más inmaduras podrían percibir el dolor de mayor magnitud, y esto podría explicar las diferencias. Si bien se debe hacer esta consideración desde el punto de vista estadístico, desde el punto de vista clínico la diferencia promedio de un año no parece estar relacionada con esa mayor percepción del dolor.

Myers-Helfgott et al (21) concluyeron en una revisión sistemática que las episiotomías causan más dolor que los desgarros espontáneos y son más incómodas en el postparto inmediato; además es mayor la pérdida hemática. También manifiestan que la presencia de episiotomía frente a los desgarros espontáneos conlleva una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias como infecciones, o intolerancia a las suturas, dispareunia, con heridas cicatrizadas por segunda intención, que en ocasiones requieren una posterior reparación quirúrgica, lo que constituye un costo económico más elevado. (20)

Por otra parte en relación al tipo de episiotomía realizada en esta serie la mayoría fue de tipo oblicua derecha, solo en 6 pacientes (4,25 %) del total de pacientes con episiotomía se les realizó episiotomía media esto por ser la episiotomía oblicua derecha la técnica más manejada y mejor dominada por los operadores. Dentro de las ventajas de la episiotomía media se le ha atribuido menor sangrado y menor dolor <sup>(29)</sup>; pero en vista del escaso número de las mismas realizadas en esta serie, no es posible atribuir al tipo de episiotomía las diferencias encontradas en cuanto al dolor de las pacientes.

Se observó la presencia de hematomas en 1 paciente en el grupo A, y en 2 pacientes del grupo B de las cuales una amerito revisión bajo anestesia en el área de quirófano encontrándose un vaso sangrante a nivel del ángulo de la episiotomía, el cual se ligó logrando la hemostasia y posterior re-sutura. En el presente estudio no se reportó ningún caso de infecciones o dehiscencias de la sutura.

En relación al número de suturas utilizadas, en el grupo A un 37,2 % de las pacientes con desgarró grado I, no requirieron sutura, y el 46,5 % requirieron 1 sola sutura para reparar los desgarró perineales, estos casos constituyeron el mayor número del grupo A. En el grupo B se observó mayor gasto de ellas debiendo utilizar 3 y 4 suturas en la mayoría de las pacientes con desgarró. Hay que destacar que no se incluyeron las suturas necesarias para la reparación de la episiotomía en las pacientes del grupo B.

Nkwabong et al <sup>(16)</sup> reportan que el número de suturas usado es menor en mujeres sin episiotomía en comparación con mujeres con episiotomía. En concordancia con esta información, en el presente estudio, se determina que el número de suturas es mayor en la reparación de desgarró en las mujeres con episiotomía, lo que incrementa el número de materiales de sutura y por lo tanto aumenta los costos hospitalarios. Considerando estos resultados el uso rutinario de la episiotomía no representa un beneficio en cuanto a costo-efectividad.

El uso de episiotomía rutinaria representa un costo de salud innecesario. Borghi et al <sup>(26)</sup> realizaron en Argentina un análisis de costo efectividad de una política de episiotomía restrictiva comparada con una política de episiotomía rutinaria. La conclusión fue que, con una política restrictiva de la episiotomía, por cada mujer con un parto vaginal normal hay un ahorro potencial de US\$ 11,63. Este ahorro podría ser mucho mayor si se consideraran los costos asociados con cada caso evitado de complicaciones en la cicatrización seguido de dolor perineal y finalmente dehiscencia de la herida. De acuerdo a estas conclusiones, los autores señalan que el uso de episiotomía incrementa el número de materiales de sutura, por lo tanto aumenta los costos hospitalarios <sup>(26)</sup>.

Es importante reducir la tasa de episiotomía para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la mujer. El conocimiento, la conciencia y la sensibilidad de los trabajadores de la salud que atienden partos se pueden mejorar con programas de capacitación sobre la episiotomía restringida. Las mujeres también pueden ser informadas sobre los beneficios de la episiotomía restringida y pueden ser alentadas a tomar decisiones informadas.

De todo este análisis se puede concluir que: el uso de la episiotomía, reduce el número de desgarros perineales, pero incrementa su severidad, el dolor y la cantidad de material requerido para su reparación; por lo que se recomienda que cada paciente que acuda en trabajo de parto deba evaluarse de forma individual para decidir si se beneficiará de la aplicación de la episiotomía de forma selectiva basado, por supuesto, en las características individuales de la paciente y en la evidencia científica disponible.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Dra. Mireya González; Directora del Curso de Especialización y Asesor Metodológico, por su paciencia e inigualable criterio en la corrección de este trabajo.

A la Dra. Giannina Sué nuestra tutora y madrina de promoción por su asesoría, su afecto y apoyo incondicional que nos mantuvieron siempre en el camino.

A nuestros compañeros del curso de especialización quienes nos ayudaron a la recolección de la muestra.

A las pacientes, un libro abierto...

Sin ustedes no hubiera sido posible la realización de este estudio...

## REFERENCIAS

1. DeLee J. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920; 1:24-44; 77-80.
2. Thacker S, Banta H. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature 1960-1980. *Obstet Gynecol.* 1983; 38: 322-38.
3. Rubio J. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev. Col Obstet Ginecol.* 2005; 56(2):116-126.
4. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 2004;289:587-90
5. Cravchik S, Munoz D, Bortman M. Indications for episiotomy at public maternity clinics in Nequen, Argentina. *Rev Panam Salud Publica* 1998;4:26-31
6. Cleary-Goldman J, Robinson J. The Role of Episiotomy in Current Obstetric Practice. *Semin Perinatology.* 2003; 27 (1): 3-12.
7. Woolley R. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50:806-35.
8. Heit M, Mudd K, Culligan P. Prevention of childbirth injuries to pelvic floor. *Curr Women's Health Review.* 2001; 1(1):72-80.
9. Tomasso G, Althabe F, Cafferata M, Alemán A, Sosa C, Belizán J. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002 Oct; 62(2) 115-22.

10. Liljestrand J. [Episiotomía en el parto vaginal](#). Comentario de La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
11. Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia, Congreso de la República de Venezuela, 1998.
12. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2006.
13. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Nº 38.647. 19 de marzo 2007.
14. Pomeroy R. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? Am J Obstet Dis Women Children 1918; 78:211-220.
15. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en al parto vaginal. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2000 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
16. Nkwabong E, Kouam L. Episiotomies During Deliveries of Singletons in Cephalic Presentation: The Incidence can be Reduced. J Obstet Ginecol India. 2012. 62(6):641–643
17. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet Gynecol. 2004; 47(9): 414-22.
18. Molina C, Hueste M, Sánchez J, Ortiz M, Jiménez I, Aguilera M. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. Rev Prog Obstet Ginecol. 2011; 54: 101-8.
19. Melchor J, Bartha J, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(9):559-63.

20. Sultan A, Kamm M, Hudson C, Thomas J, Bartram C. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905-11.
21. Myers-Helfgott M, Helfgott A. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1999;26:305
22. Fritel X, Schaal J, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG.* 2008 January; 115(2): 247–252.
23. Allen R, Hoster G, Smith A, Warrell D. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:770-779.
24. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(1):46-53.
25. Branham VG, Thomas J, Jaffe TA, Crockett MM, South MMT, Jamison MG, et al. Levator ani abnormality six weeks after delivery persists at six months. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197(1):65.e1-6.
26. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Carroli G, Abalos E, Hutton G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(2):221-8.
27. Althabe F, Belizán J, Bergel E. Episiotomy rates in Latin American primiparous women: hospital-based descriptive study. *BMJ.* 2002. 20; 324(7343):945-6.
28. Reme J, Monrozies X. Perinea U.M. Episiotomie *Encycl Med Chir. Techniques chirurgicales urologie-gynecologie*, 1991: 1-7.

29. Vergara G. Episiotomía-Episiografía. E.S.E. Clínica de maternidad Rafael Calvo C. Protocolo de atención 2009.
30. Varner MW: Episiotomy: Techniques and indications. Clin Obstet Gynecol 29: 309, 1986.
31. Allen J, Pages G. Obstetricia moderna. 3th ed. Caracas: McGraw Hill interamericana; 1999.
32. Gómez N, Mozo M, Solís I. Revisión sistemática de la episiotomía. Prog Obstet Gynecol. 2004; 47 (7): 330-7
33. Leman L, Sperman M, Rogers R. Repair of Obstetric Perineal Lacerations. Am Fam Physician. 2003; 68(8):1.585-90.
34. Lorenzana J, Espinal J .Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela. Rev med post unah. 2001; 6 (2).
35. Leeman L, Fullilove AM, Borders N, Manocchio R, Albers LL, Rogers RG. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: Association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. Birth. 2009;36:283–8

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

#### **Título del trabajo: EPISIOTOMIA EN PACIENTES NULIPARAS.**

Responsables: Dra. Wendy Pérez Álvarez y Dra. Vianett Rodríguez Carvallo.

Por medio de la presente hago constar que se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación donde se estudiará la práctica de la episiotomía en pacientes nulíparas, previa a la información de las ventajas y posibles desventajas del procedimiento.

Yo entiendo que:

1. Al participar en este estudio tendré el beneficio de contar con la atención obstétrica que se presta en el servicio de Obstetricia de la Maternidad Concepción Palacios, así como cualquier otro servicio de este centro si fuese necesario. No recibiré beneficios materiales.
2. Podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto me perjudique de manera alguna.
3. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por la ley.
4. Mi consentimiento está dado voluntariamente en plena facultad de mis sentidos, sin que haya sido forzada u obligada.

-----

Firma

## Anexo 2. Hoja de registro

<b>HOJA DE REGISTRO</b>		
<b>Nro. de Historia</b>		
<b>Edad</b>		
<b>Edad gestacional</b>		
	<b>GRUPO "A"</b>	<b>GRUPO "B"</b>
<b>Presencia de Desgarro</b>		
<b>Grado de desgarro</b>		
<b>Numero de suturas</b>		
<b>Hematomas</b>		
<b>Infecciones</b>		
<b>Severidad del dolor</b>		

### Anexo 3. Cuadro de variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Episiotomía	Dicotómica		Si/No
Frecuencia de desgarros perineales	Cuantitativa	Porcentaje	Si/No
Localización de desgarros perineales	Cualitativa	Revisión post parto	Anterior Posterior
Severidad del desgarro Perineal	Cualitativa Ordinal	Grados	Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4
Dolor	Cuantitativa	Escala numérica verbal del dolor	Escala del 0 al 10
Frecuencia de hematomas	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje	Si/No
Frecuencia de infecciones	Cualitativa Dicotómica	Porcentaje	Si/No
Sutura	Cuantitativa	Cantidad	Número de suturas necesarias para reparar periné

Cuadro 1

**CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN**

	Sin episiotomía	Con episiotomía	p
	X ± DE	X ± DE	
Edad	19,2 ± 3,6	18,2 ± 2,6	0,022
Edad gestacional	38,8 ± 1,1	38,6 ± 1,1	0,188
Peso al nacer	3038,07 ± 296,4	3085,7 ± 373,4	0,276

Cuadro 2

**DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE PACIENTES SEGÚN LA PRESENCIA DE DESGARROS PERINEALES**

	Sin episiotomía		Con Episiotomía	
	n (109)	%	n (141)	%
Con desgarros	43	39,4	20	14,2
Sin desgarros	66	60,6	121	85,8

p = 0,000

OR = 3,94 (IC-95%: 2,14 – 7,25)

Cuadro 3

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DESGARROS PERINEALES SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DE LOS DESGARROS**

	Sin episiotomía		Con episiotomía	
	n (43)	%	n (20)	%
Anteriores	17	39,5	2	10
Posteriores	26	60,4	18	90

$$\chi^2 = 5,653 \quad (p = 0,017)$$

Cuadro 4

**DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE PACIENTES CON DESGARROS  
PERINEALES SEGÚN LA SEVERIDAD DEL DESGARRO**

	Sin episiotomía		Con episiotomía	
	n (43)	%	n (20)	%
Grado I	38	88,4	5	25
Grado II	4	9,3	11	55
Grado III	0	-	3	15
Grado IV	1	2,3	1	5

$$\chi^2 = 26,762 \quad (p = 0,001)$$

Cuadro 5

**DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE PACIENTES SEGÚN LA SEVERIDAD DEL DOLOR**

	Sin episiotomía		Con episiotomía	
	n (109)	%	n (141)	%
Ausente (0)	37	33,9	6	4,3
Leve (1-3)	45	41,3	31	22
Moderado (4-6)	22	20,2	90	63,8
Severo (7-9)	4	3,7	11	7,8
Intolerable (10)	1	0,9	3	2,1

$$\chi^2 = 65,293 \text{ (p = 0,001)}$$

Cuadro 6

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DESGARRO SEGÚN LA CANTIDAD DE SUTURA UTILIZADA**

	Sin episiotomía		Con Episiotomía	
	n (43)	%	n (20)	%
0 sutura	16	37,2	0	-
1 suturas	20	46,5	0	-
2 suturas	5	11,6	5	25
3 suturas	0	-	7	35
4 suturas	1	2,3	6	30
5 suturas	1	2,3	2	10

$\chi^2 = 44,430$  (p = 0,001)

