

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**INDICACIONES, COMPLICACIONES Y BENEFICIOS  
DE LA EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMÍPARAS**

**MONOGRAFÍA**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Jaqueline Carolina Patal Coyote  
Gabriela María Ramos Alvarez**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, septiembre 2021





**COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN  
COTRAG 2021**



El infrascrito Decano y la Coordinadora de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que las estudiantes:

- |    |                                 |           |               |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | JAQUELINE CAROLINA PATAL COYOTE | 201021432 | 2152424320407 |
| 2. | GABRIELA MARÍA RAMOS ALVAREZ    | 201210436 | 2238668300108 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, habiendo presentado el trabajo de graduación en la modalidad de Monografía, titulada:

**INDICACIONES, COMPLICACIONES Y BENEFICIOS  
DE LA EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMÍPARAS**

Trabajo asesorado por la Dra. Mayra Lucrecia Monterroso Lobos y revisado por el Lic. Oscar Hugo Machuca Coronado, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

**ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, el dieciséis de septiembre del dos mil veintiuno

 Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom Coordinadora	 COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN -COTRAG-	 UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva DECANO
		 Vo.Bo. Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva PhD Decano

La infrascrita Coordinadora de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que las estudiantes:

1. JAQUELINE CAROLINA PATAL COYOTE 201021432 2152424320407
2. GABRIELA MARÍA RAMOS ALVAREZ 201210438 2238668300108

Presentaron el trabajo de graduación en la modalidad de Monografía, titulado:

**INDICACIONES, COMPLICACIONES Y BENEFICIOS  
DE LA EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMÍPARAS**

El cual ha sido revisado y aprobado por el Dr. César Oswaldo García García, profesor de esta Coordinación y, al establecer que cumplen con los requisitos solicitados, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dieciséis de septiembre del año dos mil veintiuno.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
  
Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom  
Coordinadora

Guatemala, 16 de septiembre del 2021

Doctora  
Magda Francisca Velásquez Tohom  
Coordinadora de la COTRAG

Presente

Dra. Velásquez:

Le informamos que nosotras:

1. JAQUELINE CAROLINA PATAL COYOTE

  
-----

2. GABRIELA MARÍA RAMOS ALVAREZ

  
-----

Presentamos el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulada:

**INDICACIONES, COMPLICACIONES Y BENEFICIOS  
DE LA EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMÍPARAS**

Del cual la asesora y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

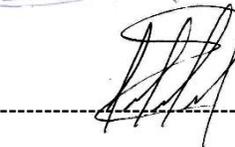
**FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES**

Asesora: Dra. Mayra Lucrecia Monterroso Lobos

  
-----

*Dra. Mayra Lucrecia Monterroso Lobos*  
**GINECÓLOGA Y OBSTETRA**  
COLEGIADA No. 10,132

Revisor: Lic. Oscar Hugo Machuca Coronado

  
-----

**Lic. Oscar Hugo Machuca**  
**Biólogo**  
Colegiado No. 4890

Reg. de personal 20040118

## DEDICATORIA

A Dios, que nos ha guiado en este largo camino y por hacer posible la finalización de esta monografía.

A nuestros padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños y fuente de inspiración en cada uno de nuestros objetivos. Por cada sacrificio que han hecho por nosotras.

A nuestros hermanos, que con su motivación nunca nos dejaron darnos por vencidas. Por ese amor incondicional que nos han demostrado y por los sacrificios que han realizado para que alcanzáramos este logro.

A mi nana, por su ternura, cuidados y acompañamiento.

A mi abuela, por apoyarme y brindarme sus cuidados cuando más lo necesitaba y por haberme abierto las puertas de su hogar.

A mis tíos, por haberme hecho sentir amada, cuidada y protegida desde que tengo memoria, por apoyarme en los momentos más difíciles, por sus consejos, pero sobre todo por celebrar mis logros como si fueran suyos y por estar conmigo cada vez que caí y los necesité.

A mi esposo, por amarme, apoyarme, ayudarme a ser mejor persona día a día y haberme dado el mejor regalo del mundo, te amo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias, muy especialmente a mi padre, por su amor y su apoyo. Y a mi madre, cuyo espíritu abnegado y benevolente siempre me acompañó y por no dudar de mí jamás. Tú eres mi razón de ser, madre. Este logro no hubiese sido posible sin ustedes.

A mis hermanos, por sus muchas bondades, apoyo y generosidad.

Mi sincero agradecimiento también a mi asesora y al revisor, por leer una y otra vez este trabajo, porque no se les escapó nada, por los aportes que brindaron para sacar adelante la investigación a través de su experiencia y conocimiento, por su paciencia, previsión y orientación.

A mis docentes, amigos, pacientes y todas aquellas personas que de alguna manera hicieron mi vida estudiantil más alegre.

### **De la responsabilidad del trabajo de graduación:**

Las autoras, son las únicas responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opciones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y las autoras deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

## PRÓLOGO

Esta es una investigación documental sobre la episiotomía como práctica médica en la atención del parto. La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar un corte del periné para incrementar la parte inferior de la vagina, con el fin de evitar un desgarro en los tejidos durante el parto. Originalmente, esta intervención era utilizada únicamente en partos que presentaban complicaciones, sin embargo, con los años su uso fue incrementando significativamente hasta convertirse en un procedimiento rutinario.

Las investigadoras presentan una recopilación sobre la información disponible, a nivel mundial, con relación a las indicaciones, complicaciones y beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas. Algunos de los elementos más interesantes que son descritos en este documento, son los siguientes: (1) en Europa se han generado la mayoría de los estudios referentes sobre el tema, y se sugiere que este proceso ha incidido en la disminución de la práctica de la episiotomía en estos países. En contraparte, en los países latinoamericanos la investigación es escasa, y el uso de la intervención sigue siendo alta; (2) en Guatemala, la episiotomía se realiza como un procedimiento de rutina, en el 100% de los casos en mujeres primíparas; (3) es una práctica controversial cuando la episiotomía se realiza de manera rutinaria puesto que pueden generarse complicaciones en la salud de la mujer, sin embargo, se tiene evidencia científica sobre los beneficios que ofrece esta intervención en favor de la salud de la madre y el neonato, cuando se realiza de forma selectiva.

La investigación científica debe ser la base al momento de tomar decisiones respecto a la práctica médica en la atención del parto. Es necesario abrir espacios para analizar el tema, considerando el contexto y escenarios de cada país. Es importante conocer las variables sobre las que se sostiene o limita esta práctica en otros países, conocer su experiencia y los resultados obtenidos, en virtud de actualizar procedimientos que promuevan mejoras en la atención que reciben las mujeres en el parto como experiencia vital.

El nivel académico y entusiasmo puesto en este documento por parte de las investigadoras es la mejor invitación para su lectura. Cada capítulo se presenta en una secuencia coherente para comprender la complejidad del tema. El análisis realizado referente a la práctica de esta intervención en el país abre la posibilidad de nuevas preguntas de investigación, y la posibilidad de que el personal de atención sanitaria se interese en generar información actualizada sobre el tema, evaluar procedimientos y tomar decisiones desde un enfoque de salud integral hacia la mujer.

**Biólogo Oscar Hugo Machuca Coronado**

# ÍNDICE

Introducción.....	i
Objetivos.....	iii
Método y técnicas .....	iv
CONTENIDO TEMÁTICO	
Capítulo 1. Indicaciones que determinan el uso de episiotomía en mujeres primíparas. ....	1
Capítulo 2. Complicaciones inmediatas y tardías de la episiotomía en mujeres primíparas .....	12
Capítulo 3. Beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas.....	30
Capítulo 4. Análisis .....	38
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	45
Complementarios .....	61

## INTRODUCCIÓN

La atención del parto vaginal se ha visto inmersa en la intervención de varias técnicas y procedimientos, tal es el caso de la episiotomía, uno de los procedimientos médicos más utilizados en obstetricia y considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una técnica quirúrgica menor. Este tipo de técnica comprende el corte del periné para incrementar la parte inferior de la vagina y facilitar el período expulsivo del parto. <sup>1-3</sup>

La OMS actualmente sugiere que la episiotomía se realice con una frecuencia menor al 10% del total de los partos, sin embargo, su uso varía de un país a otro. En Estados Unidos, por ejemplo, esta práctica se realiza en el 62.5% de madres nulíparas, primigestas con feto único vivo; mientras que en Europa el porcentaje es del 30% (el porcentaje más bajo lo ocupa Dinamarca con un 4.9%). Sin embargo, en países de ingresos medios y bajos, las tasas de episiotomía siguen siendo elevadas, sobre todo en pacientes primíparas, donde aún persisten tasas del 100%, como es el caso de Taiwán y Guatemala. <sup>2, 4-6</sup>

Su empleo a nivel mundial es controversial, esto a consecuencia de la poca claridad sobre los beneficios y complicaciones que tiene su uso de forma rutinaria, sobre todo, en mujeres que tendrán un parto vaginal por primera vez. La evidencia científica demuestra que es posible reducir la tasa de episiotomía y se estima que este procedimiento se puede evitar en gran parte de primíparas a partir de conductas oportunas, reflexivas y la experiencia de quien atiende a la embarazada. <sup>7-8</sup>

No existe un consenso sobre el uso de la episiotomía, por lo que el personal médico tiene diferentes opiniones al respecto. El uso de la episiotomía depende de distintos factores como posiciones fetales poco favorables para el parto, partos instrumentados y macrosomía fetal. En estos casos se implementa la episiotomía para disminuir las probabilidades de desgarros perineales, acortar la duración del parto y evitar lesiones perineales graves que pueden llegar a causar daños maternos y fetales. <sup>9</sup>

Como todo procedimiento quirúrgico, la episiotomía no está exenta de riesgos o complicaciones, las cuales pueden ser clasificadas en inmediatas (hemorragias, desgarros, hematomas, edemas, infección, dehiscencia y dolor severo) y tardías (dispareunia, procesos adherencias vaginales o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartolino por sección del conducto excretor y fístulas recto vaginales). <sup>2, 10, 11</sup>

Guatemala no cuenta con estudios recientes sobre el uso de la episiotomía, por lo que, los análisis dentro de esta investigación documental se realizaron con base en los resultados generados en investigaciones a nivel mundial con un enfoque en los siguientes temas: historia,

indicación, beneficio y complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas, jóvenes o adultas, a quienes se les practicó la episiotomía por médicos, parteras o enfermeras en hospitales públicos o privados.

Se analizó información generada en los últimos cinco años, recopilada a través de revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de cohorte, utilizando principalmente los buscadores PubMed, BVS y Google Académico.

Con base en evidencia científica y verídica sobre la problemática identificada, se planteó la siguiente pregunta dentro de la investigación documental ¿Cuáles son las indicaciones, complicaciones y beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas? El objetivo principal establecido dentro del proceso fue describir las indicaciones, complicaciones y beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas a nivel mundial, haciendo énfasis en la situación que existe en los países latinoamericanos, y con más detalle, en Guatemala.

La investigación se centra en pacientes primíparas ya que en ellas persiste una alta prevalencia sobre el uso de episiotomía a nivel mundial. Además, se profundiza y analiza el marco referente al riesgo-beneficio sobre el uso de la intervención en la salud de la madre y el neonato, para deducir sobre la necesidad de su implementación de forma rutinaria.

La información incluida en esta investigación se presenta en forma sistematizada a través de cuatro capítulos; en el primero se realiza una breve descripción de la evolución de la episiotomía a través del tiempo, su definición y las indicaciones más frecuentes sobre su uso en pacientes primíparas. En el capítulo dos se abordan temas sobre la anatomía del periné femenino para comprender las distintas técnicas de episiotomías existentes; además, se presentan las complicaciones inmediatas y tardías registradas por el uso de la episiotomía en mujeres primíparas. En el capítulo tres se describen los beneficios de la episiotomía, y las bases que justifican su utilización actual en varios países; además se incluye una comparación sobre el uso selectivo de esta intervención frente al uso rutinario. El documento finaliza con el desarrollo de un cuarto capítulo en el cual se analiza e interpreta toda la información integrada en los capítulos anteriores, presentando conclusiones y recomendaciones con base en los estudios revisados y en la información recopilada.

# OBJETIVOS

## **Objetivo general**

Describir las indicaciones, complicaciones y beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas.

## **Objetivos específicos**

1. Enunciar las indicaciones que determinan el uso de episiotomía en mujeres primíparas.
2. Identificar las complicaciones inmediatas y tardías de la episiotomía en mujeres primíparas.
3. Identificar los beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas.

## MÉTODO Y TÉCNICAS

Se realizó una investigación documental utilizando un diseño descriptivo con el fin de establecer una relación lógica entre las indicaciones, complicaciones y beneficios de la episiotomía en pacientes primíparas, como respuesta a las preguntas de investigación planteadas.

Se revisaron principalmente metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte, tesis de licenciatura, tesis de maestrías y artículos de páginas oficiales. Se utilizaron únicamente fuentes de información con un máximo de 5 años de antigüedad.

La revisión bibliográfica se realizó utilizando los motores de búsqueda PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), biblioteca y centro de documentación “Julio de León Méndez” de la Facultad de Ciencias Médicas, Hinari y Google Académico; durante febrero y marzo 2021.

Se establecieron criterios de búsqueda utilizando los descriptores “episiotomía” “primíparas” “complicaciones” “riesgos” y “beneficios” así como los términos evidentes en inglés y se tomó en cuenta los operadores lógicos “AND” y “OR” (ver anexo 1).

A través de fichas bibliográficas electrónicas se sintetizó de forma clara y breve la información obtenida durante la búsqueda, las fichas se clasificaron en colores rojo, amarillo y verde de acuerdo con los objetivos específicos establecidos. Cada artículo fue leído detenidamente y fueron excluidos aquellos que se encontraban fuera del rango de años establecidos y que no cumplían con lo mínimo de validez y recomendación científica. La estrategia de búsqueda propuesta dentro de la investigación se detalla en las tablas de matriz de datos (ver apéndice A).



# CAPÍTULO 1. INDICACIONES QUE DETERMINAN EL USO DE EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMÍPARAS

## SUMARIO

- **Episiotomía**
- **Indicaciones en el uso de episiotomía**
- **Episiotomía en mujeres primíparas**

El parto es un proceso fisiológico y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), puede desarrollarse sin intervenciones ni complicaciones clínicas. Sin embargo, ha sido sustituido por un modelo hegemónico de atención obstétrica basado en el trabajo de parto y la hospitalización del parto que promueven un conjunto de prácticas obstétricas intervencionistas.<sup>12, 13</sup>

Una de las intervenciones obstétricas más habituales en el mundo es la episiotomía, que consiste en una cirugía menor realizada para ensanchar la abertura vaginal mediante una incisión quirúrgica en el perineo, puede realizarse por médicos, enfermera-partera y matrona. Actualmente algunos países la consideran un procedimiento de rutina, practicado de forma extensiva, especialmente durante el primer parto.<sup>12, 13</sup>

Las tasas de episiotomía en primíparas se mantienen por encima del 10% a nivel mundial, estándar máximo propuesto por la OMS.<sup>1</sup> Los índices de episiotomía varían según el país; en Latinoamérica entre el 69% y 96% de pacientes primíparas atendidas en los hospitales por parto vaginal se les realiza esta incisión.<sup>5</sup>

Actualmente entre las indicaciones de la episiotomía en la atención del parto se contempla el ser primíparas, parto instrumental, prematuridad, el peso y la vitalidad del recién nacido, que son factores que predisponen a las mujeres a una mayor probabilidad de ser sometidas a una episiotomía, sin embargo, son escasas las evidencias que respaldan dichas indicaciones.<sup>13</sup>

En el presente capítulo se describirán aspectos generales sobre la episiotomía, su evolución a través del tiempo, la prevalencia de su uso en la actualidad y sus indicaciones en mujeres primíparas.

## 1.1. Episiotomía

### 1.1.1. Historia

En 1742 el médico irlandés Sir Fielding Ould realizó por primera vez la episiotomía, la cual fue descrita como un procedimiento de emergencia para ensanchar el canal de parto, minimizar el trauma y resguardar la vida del recién nacido. Un siglo más tarde, en 1879, la práctica de la episiotomía era considerada como una respuesta electiva apropiada a algunas emergencias obstétricas, principalmente para la reducción de desgarros perineales, por lo que su uso era restringido.<sup>14, 15</sup>

La opinión favorable sobre el uso de episiotomía fue aumentando a finales del siglo XIX por un grupo de profesionales, sin embargo, esta práctica no se realizó de forma significativa debido a cinco factores: las intervenciones quirúrgicas durante el parto se oponían a la visión fisiológica del nacimiento; la resistencia de las pacientes percibida por el médico; las laceraciones perineales fortuitas; la falta de tecnología; y la oposición de las autoridades médicas.<sup>15</sup>

Durante el siglo XX se generalizó el uso de la episiotomía por un grupo de ginecólogos-obstetras, liderado por De Lee y Pomeroy, siendo este último quien en 1918 instauró que era necesaria la realización de una episiotomía profiláctica a cada mujer primípara. La posición de este grupo de obstetras se basó en cuatro afirmaciones: “la episiotomía previene la laceración perineal y la morbilidad materna asociada; después de una episiotomía, el perineo reparado vuelve fácilmente a su estado anterior al embarazo; la episiotomía acorta la segunda etapa del parto (período expulsivo) y previene la morbimortalidad infantil; la episiotomía previene complicaciones ginecológicas, como el prolapso y la incontinencia urinaria”. Aunado a esto, el incremento de partos que se realizaban en entornos hospitalarios, la idea del nacimiento como un proceso patológico y la necesidad de controlar la incertidumbre y la nueva atención que se le brinda al feto, contribuyó a la popularización de la episiotomía de rutina en la mayoría de los países occidentalizados e industrializados del mundo.<sup>15, 16</sup>

En 1970 Estados Unidos, Canadá y Reino Unido comenzaron a cuestionarse el uso rutinario de la episiotomía. Desde 1860 hasta 1980 se llevaron a cabo varias revisiones bibliográficas que ponían en duda los beneficios que ofrecía la episiotomía, propiciando la generación de distintas investigaciones que buscaban sustentar o refutar las teorías que se tenían de este procedimiento quirúrgico. Thacker *et al.*<sup>11</sup> en 1983 a través de la evidencia científica, llegaron a la conclusión de que esta práctica debe realizarse únicamente en casos en los que se encontraban ciertas indicaciones estrictas, recomendando que se realizara en una

de cada cinco mujeres; además, se destacó que la episiotomía se asoció a dispareunia, mayor pérdida de sangre, infecciones, edema y aumento del dolor posparto.<sup>11, 15</sup>

En la actualidad no se cuenta con evidencia que respalde su uso de forma rutinaria. La OMS sugiere que las episiotomías realizadas en un centro de atención no sean mayores al 10% del total de pacientes atendidas y que cumplan con las indicaciones para ser sometidas a una episiotomía, entre ellas ser primíparas, que tengan problemas con la vitalidad del feto, su peso y la prematuridad.<sup>11, 13</sup>

### **1.1.2. Definición de episiotomía**

Etimológicamente la palabra episiotomía significa “cortar el pubis”, la cual proviene del griego *episeiōn* (pubis) y *temo* (yo corto). Esta práctica se define como una intervención quirúrgica en el periné, que en sentido estricto es un corte de las partes pudendas. También es conocida como sinónimo de colpoperineotomía o perineotomía, que es la incisión del perineo.<sup>17-19</sup>

Este procedimiento quirúrgico, que se realiza durante el parto vaginal, tiene como finalidad ampliar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné para favorecer la expulsión del feto durante la última parte de la segunda etapa del trabajo de parto. Este tipo de intervención se realiza con mayor frecuencia en primigestas, requiere de conocimiento y experiencia por ser considerado como uno de los procesos quirúrgicos obstétricos más polémicos en relación con su empleo, indicaciones y complicaciones que pueden presentarse durante y después del procedimiento.<sup>17, 18</sup>

### **1.1.3. Incidencia del uso de la episiotomía a nivel mundial**

A nivel mundial la práctica de la episiotomía ha disminuido, sin embargo, en algunos centros hospitalarios y áreas del mundo los registros sobre la realización de esta intervención continúan siendo elevados.<sup>20</sup> Según Pires *et al.*<sup>21</sup> escribieron en un estudio retrospectivo realizado en Israel, durante la década de 1990 la tasa de episiotomía se redujo en más del 30%, mientras que para 2010, la reducción fue menor al 5%.<sup>21</sup>

Mundialmente solo tres países presentan una tasa general de episiotomía según las recomendaciones de la OMS, entre los cuales están Islandia (7.20%), Suecia (6.60%) y Dinamarca (4.90%), lo que podría correlacionarse con el concepto que tienen las personas sobre el parto fisiológico en estos países, quienes lo conciben como un parto de inicio espontáneo el cual se desarrolla y finaliza sin complicaciones, cuya única intervención es el apoyo integral y respetuoso de quien atiende el parto.<sup>22</sup>

Con el paso de los años varios países muestran una disminución en las tasas de episiotomía, tal es el caso de Australia (16.20%), Canadá (17%), Estados Unidos de América (11.60%) Inglaterra (15.20%), Nueva Zelanda (11%), Pakistán (10%) Burkina Faso (14%) y Tanzania (16.50%).<sup>22</sup>

La región asiática, principalmente los países con mayor densidad poblacional, presenta tasas muy altas de episiotomía. En Taiwan, se estima la realización de esta práctica en el 100% de los casos. En Tailandia se tienen registros sobre la aplicación de esta intervención en el 91% de los casos; seguido de lugares como Vietnam (86.10%), China (85.50) y la India (68%).<sup>22</sup>

#### **1.1.4. Incidencia del uso de la episiotomía en Latinoamérica**

Países poco industrializados, especialmente los más pobres, presentan tasas muy elevadas de episiotomía (>70%). En América Latina la prevalencia de episiotomías alcanza promedios por arriba del 90%. Según los últimos datos registrados en 2001, en Guatemala, la episiotomía se practica en todas las mujeres primíparas (100%), encabezando la lista de los países con los registros más altos en la región.<sup>12, 22</sup>

Latinoamérica presenta escasos estudios sobre las tasas de episiotomía, una revisión sistemática realizada por Clesse *et al.*<sup>22</sup> en la cual se presentaron datos epidemiológicos de episiotomía entre 1995 y 2006, muestra la carencia de datos actualizados y la elevada tendencia de la episiotomía en la región. (Ver tabla 1.1.)<sup>22</sup>

**Tabla 1.1 Datos sobre la práctica de la episiotomía en América Latina**

País	Año	Primípara (%)	Múltipara (%)	Global (%)
<b>Argentina</b>	1990/1992	-	-	83
	1996	65.30	-	28.50
<b>Brasil</b>	1995/1998	94.20	-	-
	1999	-	-	90
	2003	>90	-	>90
	2006	-	-	71.60
	2012	27.40	3.40	16
<b>Bolivia</b>	1996/1998	90.80	-	-
<b>Colombia</b>	1996/1998	86.20	-	-
	2006	70	22	44
<b>Ecuador</b>	1996/1998	96.20	-	-
<b>Guatemala</b>	2001	100	-	-
<b>Honduras</b>	1996/1998	92	-	-
<b>México</b>	1996/1998	69.20	-	-
<b>Nicaragua</b>	1996/1998	86.30	-	-
<b>Panamá</b>	1996/1998	81.80	-	-
<b>Paraguay</b>	1996/1998	94.40	-	-
<b>Perú</b>	1996/1998	94.40	-	-
<b>Uruguay</b>	1996/1998	95.10	-	-

Fuente: Tabla modificada, datos tomados a partir de: Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices.<sup>22</sup>

Un estudio realizado por Althabe *et al.*<sup>23</sup> en el 2002 y publicado en el *British Medical Journal*, se analizaron datos de 122 hospitales de 16 países de América Latina, los resultados demuestran que en el 87% de los hospitales la tasa de episiotomía fue superior al 80% (en el 66% de hospitales fue alrededor del 90%), siendo estas tasas similares en hospitales primarios (89.8%), secundarios (91.6%) y terciarios (92.7%). Según los registros del sector hospitalario, las tasas de episiotomía fueron de 90.2% en hospitales públicos, 96.4% en privados y 95.6% en los de seguridad social; y según quien atendía el parto, las tasas de episiotomía variaron en 91.4% en médicos, 93.6% en parteras o enfermeras y 93.7% en estudiantes.<sup>22-24</sup>

## 1.2. Indicaciones en el uso de episiotomía

Actualmente las indicaciones de la episiotomía en la práctica obstétrica moderna varían entre países, esta intervención está influenciada por el médico a cargo de la atención del parto. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) <sup>25</sup>, asociación estadounidense de médicos especializados en ginecología y obstetricia, publicó en 2018, en su boletín de práctica número 198, “Con base en la evidencia existente, no existen situaciones específicas en las que la episiotomía sea fundamental, y la decisión de realizar una episiotomía debe basarse en consideraciones clínicas.” <sup>14, 25, 26</sup>

Entre las indicaciones reales de episiotomía recomendadas por una revisión sistemática Cochrane, se encuentran el parto instrumental (fórceps o extracción con ventosa), macrosomía fetal, frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora, parto prematuro, distocia de hombros, presentación de nalgas y perineo rígido o desgarros perineales inminentes. En otros estudios también se reportan entre las indicaciones más comunes la primiparidad, mala presentación fetal y sufrimiento fetal. <sup>16, 25</sup>

Entre las indicaciones más frecuentes de episiotomía reportadas por el ACOG se encuentra el acortamiento de la segunda etapa del trabajo de parto y el alto riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS). Actualmente las indicaciones en el uso de episiotomía siguen en debate y muchos obstetras aducen que se debe permitir que las fuerzas naturales del trabajo de parto distiendan gradualmente el perineo y sugieren nunca realizar episiotomía. <sup>16, 25</sup>

El ACOG, el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) colegio profesional que se encarga para mejorar el estándar de atención brindado a mujeres en todo el mundo, y el Instituto Nacional de Salud y Cuidado Excelencia (NICE) organismo vinculado al Departamento de Salud y Atención Social del Reino Unido, sugieren la realización de episiotomía solamente en indicaciones clínicas. <sup>16, 25</sup>

Las indicaciones en el uso de episiotomía se clasifican en fetales, maternas y las coadyuvantes de la operación obstétricas.

## **1.2.1. Indicaciones fetales**

### **1.2.1.1. Presentación**

#### **1.2.1.1.1. Presentación de nalgas**

Puede subdividirse en tres tipos dependiendo de la posición de los miembros inferiores y el porcentaje de caderas expuesta en el orificio vaginal, en el primer caso se dice que el feto se presenta en una posición de nalgas pura o franca, mantiene flexionadas ambas articulaciones coxofemorales y en extensión ambas articulaciones de las rodillas dejando expuesta del 48% al 73% de sus nalgas hacia el orificio vaginal. La segunda es llamada podálica o de nalgas incompletas, en esta las articulaciones coxofemorales y las de las rodillas pueden estar parcial o completamente extendidas dejando del 12% al 38% de las nalgas expuestas. Por último, tenemos la de nalgas completas en donde las articulaciones coxofemorales y las de las rodillas se encuentran completamente flexionadas y se encuentran expuestas del 4.6% al 11.5% de las nalgas.<sup>27</sup>

Este tipo de presentaciones es más frecuente en pacientes nulíparas; los estudios realizados no han mostrado diferencias significativas en cuanto a morbilidad entre nulíparas y multíparas, por lo que actualmente los criterios para realizar una cesárea o un parto vaginal no varían en ambos grupos.<sup>28</sup>

La resolución de estos embarazos depende de la experiencia del obstetra que los atiende y de su conocimiento sobre técnicas que ayuden a disminuir la morbilidad fetal y materna. No existe una contraindicación absoluta de parto vaginal, sin embargo, la mayoría son atendidos preferiblemente por el personal de salud mediante una cesárea. Existe un pequeño número de pacientes que se presentan a los centros asistenciales en la etapa activa del parto y se les realiza parto vaginal, para disminuir las probables complicaciones fetales y maternas que puede implicar un parto con presentación podálica o de nalgas se realiza una episiotomía como procedimiento coadyuvante.<sup>28, 29</sup>

#### **1.2.1.1.2. Presentación de cara**

En estos casos el feto mantiene en completa extensión el cuello haciendo que su occipucio se encuentre en contacto directo con su propia espalda. El diagnóstico de esta presentación puede hacerse al realizar a la madre un tacto vaginal, durante este procedimiento el mentón del feto es la única estructura palpable. En dependencia de la posición del mentón en relación con la pelvis materna, existen tres variables (anterior, posterior y oblicua), los casos en los que el mentón se encuentra anterior a la pelvis son los que tiene mejor pronóstico. Los

partos con este tipo de presentación fetal pueden durar más tiempo de lo esperado, aumentando el riesgo de desarrollar sufrimiento fetal y, por ende un mayor número de muerte fetal durante su atención. El parto vaginal no se encuentra completamente contraindicado en este tipo de partos, debe valorarse el pronóstico, la atención de un obstetra experimentado y la opción de tener un parto asistido e instrumentado.<sup>27</sup>

En un estudio realizado por Veintimila *et al.*<sup>30</sup> en el hospital Dr. Verdi Ceballos Balda de la provincia de Manabí (Ecuador), en el cual se describieron los factores asociados a un parto distócico en 250 mujeres primíparas que habían sido atendido en este centro hospitalario, fue identificado como un factor no modificable la presentación del feto. De los recién nacidos que presentaron posiciones anómalas predominaron los que se encontraban en presentación de cara, para evitar complicaciones en este grupo a 131 mujeres se les realizó cesárea; a 12 episiotomía extensa; a 107 no se les realizó procedimiento, y de estas, nueve sufrieron desgarro perineal, nueve, desgarro vulvovaginal y 15 más desgarro cervical; evidenciando la eficacia de una episiotomía o cesárea para evitar complicaciones en estos casos de distocia.<sup>30</sup>

#### **1.2.1.2. Distocia de hombros**

En este tipo de parto se presenta el vértice cefálico en el canal vaginal, pero al momento del parto el hombro anterior fetal queda atorado en la parte de atrás de la sínfisis del pubis, haciendo difícil la extracción fetal. Durante este lapso pueden ocurrir complicaciones fetales tales como lesión del plexo braquial, fracturas óseas e hipoxia fetal al prolongar el tiempo de expulsión. En la distocia de hombros se encuentra indicada la episiotomía según el criterio del obstetra encargado, con el fin de minimizar las posibles secuelas de este tipo de parto.<sup>27, 31, 32</sup>

#### **1.2.1.3. Macrosomía fetal**

La macrosomía fetal es un factor que aumenta el riesgo de sufrir desgarros perineales, principalmente en pacientes primíparas. El peso del feto mayor a 4000 gramos suele ser una indicación de episiotomía en dependencia del criterio del médico que asiste el parto, este procedimiento se realiza con el fin de facilitar la expulsión del producto y evitar desgarros de tercer grado.<sup>25, 33</sup> Sin embargo, en un estudio realizado por Dávila *et al.*<sup>34</sup> en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja (Perú), utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, medida para estudiar la relación entre dos variables aleatorias cuantitativas, la relación entre el peso del recién nacido y la realización de episiotomía en pacientes nulíparas fue de 0.556, por lo que se considera que ambas variables se encuentran moderadamente relacionadas y los investigadores concluyen que no existe una relación directa.<sup>34</sup>

#### **1.2.1.4 Sufrimiento fetal agudo**

En el sufrimiento fetal algunos eventos pueden disminuir el aporte de oxígeno que el feto recibe causando un aumento de la frecuencia cardiaca. Entre las posibles causas están la tensión del cordón umbilical, macrostomia fetal y malformaciones del feto, sumado a esto durante el parto se produce un aumento de las contracciones uterinas en intensidad y frecuencia provocando una disminución del aporte circulatorio al espacio vellosos disminuyendo aún más la sangre que llega al feto.<sup>35</sup> En algunos centros médicos el sufrimiento fetal agudo es una indicación para realizar episiotomía.<sup>25</sup>

#### **1.2.2. Indicaciones maternas**

Actualmente las indicaciones en el uso de episiotomía difieren tanto entre países como dentro del gremio médico. Su aplicación se propone con base en indicaciones maternas como la falta de progreso del período expulsivo del parto, distrés materno, partos instrumentados, edad materna, paridad, patología materna, analgesia o el criterio del profesional que atiende el parto.<sup>36</sup>

##### **1.2.2.1. Segundo período del parto prolongado**

El segundo periodo del parto dura aproximadamente entre dos a tres horas en pacientes nulíparas. Este período comienza a contarse desde el momento en que la madre alcanza la etapa de dilatación completa, que es de aproximadamente 10 cm, hasta que el feto es expulsado completamente del canal vaginal.<sup>37</sup> El aumento del tiempo en que se logra este proceso es una indicación de episiotomía, tanto en madres nulíparas como multiparas,<sup>25</sup> procedimiento que se realiza con el fin de disminuir varios riesgos que los neonatos pueden tener como un accidente cerebrovascular isquémico arterial neonatal.<sup>38</sup>

##### **1.2.2.2. Edad**

La edad es el tiempo que ha vivido una persona. En las parturientas, la edad influye en la realización de episiotomía. Una revisión sistemática realizada en 2017 por Clesse *et al.*<sup>39</sup> encontraron registros de seis investigaciones y se correlacionó una mayor probabilidad de episiotomía en mujeres menores de 25 años o en edades mayores, principalmente arriba de los 35 años.<sup>34, 39</sup>

A medida que aumenta la edad materna se ha observado un aumento en los porcentajes de episiotomía, encontrándose un 52.38% en mujeres de 15 a 19 años y un 77.27% a partir de los 40 años.<sup>39</sup>

Un estudio realizado por Dávila *et al.*<sup>34</sup> en pacientes primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Perú durante 2017, indicó que el 76.4% de mujeres entre 15 a 35 años se le realizó episiotomía, seguido de 12.7% en mayores de 35 años y un 10.9% en edades menores a 15 años.<sup>34</sup>

Las diferencias en los porcentajes de edades mostradas en los estudios pueden explicarse por el lugar del estudio, la cohorte seleccionada o la metodología estadística implementada.<sup>39</sup>

### **1.3. Episiotomía en mujeres primíparas**

En varios estudios realizados a nivel mundial se ha tenido como resultado la nuliparidad como un factor que aumenta considerablemente el riesgo de ser sometida a una episiotomía. Un estudio transversal multicéntrico realizado en Rumania por Pasc *et al.*<sup>40</sup>, determinó que la probabilidad de ser sometida a una episiotomía es inversamente proporcional al número de partos que ha tenido la paciente, es decir que la realización de episiotomías en pacientes primíparas fue del 92.7%; en las secundíparas, del 72% y en múltiparas, del 17.5%.<sup>40</sup>

En Murcia España se realizó otro estudio por Ballesteros *et al.*<sup>41</sup> en el cual se incluyó a mujeres que habían sido atendidas en 2011 y 2012 por parto vaginal; en 2011 al 68.3% de mujeres primíparas se les realizó episiotomía mientras que únicamente al 27.1% de mujeres múltiparas se les realizó este procedimiento. En 2012 al 70.3% de las mujeres primíparas se les realizó episiotomía, en el grupo de múltiparas la episiotomía se le realizó al 31% de pacientes atendidas. Estos datos evidencian que la probabilidad de que se realice una episiotomía es mayor en el primer parto.<sup>41</sup>

En Colombia las tasas de episiotomía en todos los nacimientos han pasado a ser entre un 12% y 30% en los últimos 20 años; no obstante, en mujeres nulíparas entre 2001 y 2005 fueron cercanas al 90%. Estudios recientes reportan tasas entre el 60 y el 70% en este grupo de mujeres.<sup>8</sup>

En un estudio realizado en Francia por Celsse *et al.*<sup>42</sup> se incluyó a pacientes de 584 hospitales atendidas durante 2013 y 2017, con el fin de identificar factores asociados al riesgo de episiotomía en mujeres nulíparas. Se asoció la edad materna a otros factores como anestesia epidural, meconio y frecuencia cardiaca fetal poco tranquilizadora, las cuales aumentan el riesgo relativo de ser sometida a una episiotomía (tabla 1.2).<sup>42</sup>

**Tabla 1.2 Factores asociados a la episiotomía para partos vaginales en nulíparas según la edad materna**

	<20 años		20 29 años		30- 39 años		>40 años	
	RR	IC	RR	IC	RR	IC	RR	IC
Todas las entregas								
Precocidad	0.62	0.57 - 0.69	0.59	0.56 -0.62	0.55	0.51 - 0.59	0.53	0.45 - 0.62
Analgesia epidural	1.35	1.14 - 1.61	1.23	1.14 -1.33	1.31	1.22 - 1.42	1.22	1.06 - 1.39
Corazón fetal poco tranquilizador	1.41	1.30 - 1.53	1.36	1.29 -1.43	1.33	1.26 -1.40	1.34	1.20 -1.49
Meconio en líquido amniótico	1.10	1.01 - 1.19	1.15	1.11 - 1.2	1.16	1.11 -1.21	1.36	1.23-1.50
Distocia de hombros	-	-	1.21	1.13 - 1.3	1.13	1.03 -1.23	-	-
Embarazo múltiple	-	-	-	-	-	-	-	-
La presentación de nalgas	-	-	1.35	1.24; 1.48	1.35	1.17;1.54	-	-

\* RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza (95%)

**Fuente:** Tabla modificada, datos tomados a partir de: Celsse C, Cottente J, Lighezoole J, Gouslard K, Scheffler M, Sagot P, et al. Episiotomy Practices in France: epidemiology and risk factors in non-operative vaginal deliveries. <sup>42</sup>

Actualmente no existe un consenso sobre las indicaciones que orienten la práctica clínica de la episiotomía. Estas dependen de la experiencia y criterio de quien atiende el parto, sobre todo, en mujeres primíparas ya que el porcentaje aún es alto. De ahí que la formación, experiencia y el papel del obstetra son relevantes en el empleo de episiotomía, por el rol que desempeña en la enseñanza del personal de salud, especialmente en hospitales escuelas en los que se ha de supervisar al personal de entrenamiento. <sup>8</sup>

La episiotomía es un procedimiento ampliamente utilizado en la actualidad, más en pacientes primíparas y en los países subdesarrollados. Para la implementación adecuada de esta intervención, el médico debe conocer las técnicas disponibles e individualizar en cada paciente la técnica por utilizar, tomando en cuenta la anatomía perineal femenina, los factores de riesgo presentes que pueden llevar a la incidencia de complicaciones de aparición temprana o tardía. En el siguiente capítulo se abordarán estos temas a fin de disponer de información que ayudará a identificar las complicaciones que este procedimiento representa en la salud de la madre y neonato.

## **CAPÍTULO 2. COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDÍAS DE LA EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMÍPARAS**

### **SUMARIO**

- **Anatomía**
- **Técnicas de episiotomía**
- **Factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía**
- **Complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas**

El propósito de la episiotomía es efectuar en el perineo una incisión controlada que ayude a ensanchar el orificio vaginal y facilitar el parto. La pericia del profesional sanitario que realiza este tipo de procedimiento se ve influenciada por el conocimiento que se tenga de la anatomía genital femenina, las etapas del nacimiento y la técnica que realizará.<sup>43</sup>

La anatomía del aparato reproductor femenino, involucrado en la función sexual y en el mantenimiento del desarrollo del feto durante el embarazo, se subdivide para su estudio en genitales externos (la vulva, incluidos los labios mayores y menores, el clítoris y el meato urinario) e internos (útero, trompas de Falopio y ovarios), en los cuales los primeros se ven comprometidos al momento de realizar la técnica de episiotomía.<sup>44</sup>

Es necesario comprender y analizar las técnicas que se implementan durante la episiotomía. Se debe tomar en cuenta el momento en que se realiza la episiotomía debido a que las pérdidas hemáticas pueden ser elevadas entre la incisión y el nacimiento si este procedimiento se realiza tempranamente, o bien, al realizarlo de forma tardía no se logra evitar las laceraciones, lo que puede ocasionar complicaciones inmediatas o tardías en este tipo de procedimiento.<sup>19, 44</sup>

En el presente capítulo se describe la anatomía del periné femenino; las técnicas de episiotomía que se utilizan; los factores de riesgo asociados a la intervención; y las complicaciones que se pueden presentar de forma inmediata y tardía en mujeres primíparas.

### **2.1. Anatomía del periné**

#### **2.1.1. Periné**

El periné o perineo es un compartimiento superficial del organismo (compartimiento perineal) que, en posición anatómica, es la región estrecha localizada entre los muslos. Cuando

los miembros inferiores se encuentran en abducción es un área con forma romboidal que por sus estructuras osteofibrosas está limitado anteriormente por la sínfisis del pubis, anterolateral por las ramas isquiopúbicas, lateralmente por las tuberosidades isquiáticas, posterolateral por los ligamentos sacrotuberosos y posteriormente por la parte más inferior del sacro y el cóccix.<sup>19, 45</sup>

El periné romboidal está dividido en dos triángulos por una línea arbitraria que une las tuberosidades isquiáticas en sus extremos anteriores.<sup>19, 45</sup>

#### **2.1.1.1. Triángulo anterior o urogenital**

El triángulo anterior o urogenital está limitado por las ramas del pubis anteriormente, las tuberosidades isquiáticas lateralmente y el músculo transverso superficial del perineo posteriormente. Este triángulo se divide en un espacio superficial y profundo por la membrana peritoneal, la cual llena el espacio anterior en el diafragma pélvico y en las mujeres es atravesada por la uretra y la vagina. La membrana se fija a las ramas isquiopúbicas y proporciona una base a los cuerpos eréctiles de los genitales externos (la vulva en la mujer).<sup>45</sup>

El espacio superficial del triángulo anterior o compartimiento superficial, en las mujeres contiene estructuras importantes que son el cuerpo y los pilares del clítoris; los músculos isquicavernosos, bulboesponjoso y el transverso superficial del perineo; las glándulas de Bartholin; los bulbos vestibulares y los vasos y nervios pudendos internos.<sup>19, 45</sup>

El espacio perineal profundo, bolsa profunda del periné o espacio muerto del triángulo anterior se continúa por arriba con la cavidad pélvica. Este espacio contiene porción proximal de la uretra y vagina, músculo compresor uretral y esfínter uretrovaginal y el paquete vasculonervioso dorsal del clítoris.<sup>45</sup>

#### **2.1.1.2. Triángulo anal o posterior**

Entre sus estructuras se encuentran el conducto anal, la fosa isquioanal, complejo del esfínter anal y ramas vasculonerviosas del pudendo interno.<sup>19, 45, 46</sup>

##### **2.1.1.2.1 Esfínter anal**

Inicia en el cuerpo perineal hasta el ligamento anococcígeo. Es una gruesa banda de fibras musculares dispuestas en tres capas.<sup>46</sup>

##### **2.1.1.2.2. Fosa isquioanal**

Ocupado principalmente por grasa, localizado inferiormente entre la piel perineal y superiormente por el diafragma pélvico. En el origen del músculo elevador del ano se localiza su vértice, medialmente unido por el elevador del ano y el esfínter anal; anteriormente por el

músculo obturador interno y posteriormente por el ligamento sacrotuberoso y el límite inferior del músculo glúteo mayor. Posteriormente es ancho y profundo y medialmente más débil.<sup>46</sup>

### **2.1.1.2.3. Canal pudendo**

También conocido como canal de Alcok, está formado por una división de la porción inferior de la fascia obturatriz que va desde la espina isquiática hasta el borde posterior del diafragma urogenital.<sup>46</sup>

## **2.1.2. Órganos reproductores externos**

Situado en el triángulo urogenital femenino, se divide en vulva, vestíbulo y vagina.

### **2.1.2.1. Vulva**

Es la región pudenda que previene en el tracto urogenital la entrada de material extraño, dirige el flujo de orina y actúa durante la excitación sexual y el coito como tejido eréctil y sensitivo. Comprende por lo general todas las partes externas visibles desde el pubis hasta el cuerpo perineal.<sup>19, 44, 45</sup>

#### **2.1.2.1.1. Monte de Venus**

Es también conocido como monte del pubis o *mons veneris*, está conformado principalmente por tejido adiposo y es suprayacente a la sínfisis del pubis. La cantidad de grasa del monte de Venus aumenta en la pubertad y disminuye en la menopausia. Durante el desarrollo sexual se va observando la aparición de vello grueso rizado en esta zona, con distribución triangular en la mujer.<sup>19, 44, 45</sup>

#### **2.1.2.1.2. Labios pudendos mayores**

Embriológicamente son homólogos del escroto masculino, constan de siete a ocho cm de longitud, de dos o tres cm de profundidad y de uno a uno punto cinco cm de espesor. Son dos cojinetes de grasa y tejido laxo que varían en su aspecto por la cantidad de grasa que contienen e indirectamente le proporcionan protección al clítoris y a los orificios externos de la vagina y uretra. Se encuentran recubiertas de piel que contiene una gran cantidad de glándulas apocrinas y sebáceas, cuenta con un abundante plexo venoso. Durante el embarazo estos vasos presentan varicosidades, principalmente en mujeres que han parido.<sup>19, 44, 45</sup>

Anteriormente los labios mayores son más gruesos y forman la comisura anterior. Posteriormente, los labios se aplanan y se unen, formando una cresta, la comisura posterior, que forma el límite posterior de la vulva, el cual desaparece tras el primer parto vaginal.<sup>19, 45</sup>

### 2.1.2.1.3. Labios pudendos menores

Los labios menores son dos pliegues mucocutáneos con abundante vascularización, terminaciones nerviosas extremadamente sensibles, glándulas sebáceas, fibras de elastina y fibras de músculo liso. Presentan una ubicación medial respecto de cada labio mayor. Anteriormente forman dos láminas, las láminas mediales se unen y constituyen el frenillo del clítoris, y las láminas laterales anteriores al glande del clítoris para formar el prepucio.<sup>19, 44, 45</sup>

En la parte inferior, hasta acercarse a la línea media, los labios menores se extienden para formar la horquilla, conocida también como la comisura posterior, que es la última parte del vestíbulo.<sup>44, 45</sup>

### 2.1.2.1.4. Clítoris

Análogo eréctil del pene, el clítoris es el principal órgano erógeno femenino. Localizado detrás del prepucio y arriba de la uretra, mide entre 0.5 a 2.5 cm de longitud y entre 0.5 a 1 cm de diámetro. Consta de raíz, un cuerpo pequeño formado por dos pilares y dos cuerpos cavernosos y el glande, este último es la parte más inervada del clítoris y con numerosas terminaciones nerviosas.<sup>19, 44, 45</sup>

### 2.1.2.1.5. Músculos de la vulva

Incluidos en el periné superficial, los músculos de la vulva están conformados por los isquicavernosos, los bulbocavernosos y el transverso (tabla 2.1).

**Tabla 2.1 Músculos de la vulva**

Músculo	Origen	Inserción	Acción
<b>Isquiocavernoso</b>	Tuberosidad isquiática	Hueso isquipúbico	Comprime los pilares y baja al clítoris
<b>Bulbocavernoso</b>	Cuerpo perineal	Cara posterior del clítoris, algunas fibras pasan por encima de la vena dorsal del clítoris en forma de hamaca	Comprime el bulbo vestibular y la vena dorsal del clítoris
<b>Transverso superficial del periné</b>	Tuberosidad isquiática	Tendón perineal central	Fija el cuerpo perineal

Fuente: Tabla de elaboración propia, datos tomados de: Soko E, Genandry R, Anderson J. Anatomía y embriología. En: Berek J, editor. Berek y Novak Ginecología.<sup>46</sup>

### **2.1.2.2. Vestíbulo**

Región con forma de almendra, limitada anteriormente por el frenillo del clítoris, lateral por la línea de Hart, en la línea media por la cara externa del himen y posterior por la horquilla. Contiene la desembocadura de la uretra, la vagina, los dos conductos de las glándulas vestibulares mayores (glándulas de Bartholin) y menores (glándulas de Skene).<sup>19, 45</sup>

### **2.1.2.3. Vagina**

Es un tubo musculomembranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero y tiene una longitud de siete a nueve cm. Se sitúa posterior a la vejiga urinaria y la uretra y anterior al recto. Funciona como conducto para la menstruación, forma parte del canal del parto y durante el coito recibe al pene y la eyaculación.<sup>19, 45</sup>

## **2.2. Técnicas de episiotomía**

Al momento de realizar la episiotomía se debe examinar que la paciente se encuentre en la segunda etapa del trabajo del parto (etapa expulsiva); se debe esperar a que el perineo se adelgace y se puedan observar de tres a cuatro cm la cabeza del bebé.<sup>47, 48</sup>

Cuando la cabeza del bebé abomba el periné, uno o dos minutos antes de realizar el corte, se procede a infiltrar con lidocaína al 1% o 2% o bupivacaína al 0.25%, utilizando generalmente 10cc. Se debe infiltrar todo el trayecto de los tejidos por incidir inyectando el anestésico de forma paralela al retiro de la aguja.<sup>47, 49, 50</sup>

Durante la contracción, cuando la cabeza del bebé está presionando, se colocan dos dedos entre la cabeza del bebé y el periné, en la horquilla vulvar posterior se introduce una rama de la tijera y la otra rama queda por fuera, luego se incide piel, mucosa y capas musculares según el sitio elegido.<sup>47-50</sup>

Al realizar la episiotomía se debe tomar en cuenta el tipo de corte (ángulo por utilizar), la longitud, distancia y profundidad de la incisión, las cuales van a depender tanto de la anatomía de la mujer en trabajo de parto como de la pericia del médico que lo atiende. Actualmente en la literatura se han descrito hasta siete tipos de incisiones, la medial, medio-lateral, lateral, línea media modificada, lateral radical, anterior y en forma de "J", siendo las primeras dos las más descritas y utilizadas.<sup>51, 52</sup>

### 2.2.1. Episiotomía media

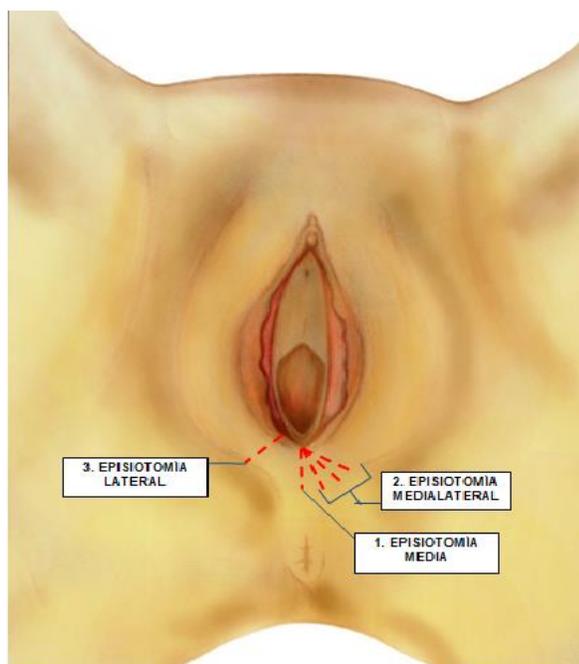
La episiotomía media, mediana o línea media, es una incisión que sigue la línea del rafe perineal, iniciando en la horquilla vulvar posterior, con el fin de mantener la integridad de las glándulas de Bartolini, hasta llegar a 2 o 3 cm sobre el ano. La profundidad y longitud del corte varía en cada paciente en dependencia del tamaño y la anatomía del periné de la mujer. <sup>43, 47</sup>

Al realizar la episiotomía, el vértice del corte se debe visualizar para prevenir una lesión del esfínter anal o la mucosa rectal, no obstante, una cuarta parte de las episiotomías medianas tienden a extenderse y provocar dicha complicación. En las mujeres nulíparas el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS) es mayor, por lo que la episiotomía se corta con más regularidad. <sup>43, 53</sup>

Las ventajas de esta incisión es su facilidad de realizarla, provoca menores pérdidas hemáticas, el efectuar la episiorrafia es más sencillo, es menos dolorosa durante el puerperio y sus resultados anatómicos son mejores. En Estados Unidos es la técnica más empleada y en Francia se realiza hasta en un 30% de los casos. (Figura 2.1) <sup>47, 51</sup>

En un estudio realizado por Garner *et al.* <sup>54</sup> financiado por Widwestern University, Estados Unidos, publicado en febrero de 2021, con el objetivo de correlacionar las complicaciones posepisiotomía con el riesgo de lesiones de las estructuras neuromusculares y eréctiles perineales y para el cual se utilizaron 47 cadáveres humanos femeninos de los cuales a 31 se les realizó incisión de episiotomía en línea media, se determinó que el riesgo de lesión de la porción subcutánea del esfínter anal externo aumenta de forma directa e indirecta por el uso de este tipo de corte. Sin embargo, ninguna estructura neuromuscular importante se vio directamente amenazada en ningún cadáver. <sup>54</sup>

**Figura 2.1 Tipos de episiotomía**



\*Episiotomía, trazos de la sección: 1, media; 2, mediolateral; 3, lateral.

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de Garner D, Patel A, Hung J, Castro M, Segev T, Plochocki J, et al. <sup>54</sup>

### 2.2.2. Episiotomía medio-lateral

La incisión de la episiotomía medio-lateral o diagonal de Tarnier inicia en la horquilla posterior desplazándose verticalmente hacia la tuberosidad isquiática. Según el ACOG el ángulo de incisión es de, al menos, 45° y el RCOG indica un ángulo de 45 a 60°. Según un estudio prospectivo realizado por Verghese *et al.* <sup>57</sup> existe una reducción de desgarros del esfínter anal, incontinencia anal y dolor perineal al realizar episiotomía medio-lateral en un ángulo de 60°. (Figura 2.1) <sup>55-57</sup>

Se ha documentado que por cada aumento de 6.3° del ángulo de incisión desde la línea media del periné, existe una relativa reducción del 50% en los riesgos de laceración de tercer grado. En 2019 Hersh *et al.* <sup>57</sup> llevaron a cabo una investigación en Norteamérica, en donde un grupo de proveedores de atención perinatal (parteras, enfermeras, personal de la casa y médicos) simulaba episiotomías medio-laterales, encontrándose que solo el 50% de los profesionales realizaba un ángulo deseado de 60°. <sup>57</sup>

La profundidad de la episiotomía medio-lateral debe seccionar la piel, tejido celular subcutáneo, mucosa vaginal, músculo bulbocavernoso, músculo transverso perineal y haces

pubianos del elevador del ano con el fin de suprimir la resistencia perineal al parto del bebé. La longitud del corte perineal se recomienda que sea extendida entre 3 a 4 cm para alcanzar una correcta apertura.<sup>51, 57, 58</sup>

En una investigación realizada con estudios de cohortes no aleatorizados, revisados a través de buscadores electrónicos, Fonseca *et al.*<sup>55</sup> concluyeron que, la episiotomía medio lateral realizada de forma adecuada, protegía especialmente a mujeres nulíparas de sufrir lesiones del esfínter anal.<sup>55, 57</sup>

Garmer *et al.*<sup>54</sup>, con el objetivo de correlacionar las complicaciones posepisiotomía con el riesgo de lesiones de las estructuras neuromusculares y eréctiles perineales, utilizaron 47 cadáveres humanos femeninos. A nueve de ellos se les realizó el corte en dirección mediolateral en ángulo menor a 15°; a 10, en ángulo entre 15 a 44° y a 11, en un ángulo de 45°. Se determinó que en los tres grupos existe un mayor riesgo de lesión iatrogénica de los tejidos del nervio, músculo, eréctil y glándulas ipsolaterales, sin embargo, entre mayor sea el ángulo, mayor es el riesgo de los tejidos dañados.<sup>54</sup>

### **2.2.3. Episiotomía lateral**

La episiotomía lateral o de Eichelberg-Scanzoni se remonta a 1850. Este tipo de incisión inicia en el introito vaginal, más o menos a uno o dos cm lateral a la línea media y continúa hacia abajo en dirección a la tuberosidad isquiática. La posición y el ángulo de esta técnica incrementan el riesgo de lesionar las glándulas y el conducto de Bartholini. En Finlandia este tipo de episiotomía se realiza convencionalmente. (Figura 2.1)<sup>51, 53, 59</sup>

### **2.2.4. Episiotomía en línea media modificada**

Esta técnica es similar a la episiotomía media, la diferencia es que en lugar de realizar una única incisión se realizan dos paralelas a cada lado de la línea media, por encima del músculo esfínter anal externo. Esta variación se lleva a cabo con el fin de lograr una mayor ampliación del canal vaginal y facilitar la salida del producto gestacional, sin embargo, no existen estudios que avalen el uso de esta técnica y la información sobre ella en la literatura es casi inexistente.<sup>51, 59</sup>

### **2.2.5. Episiotomía lateral radical**

Esta incisión se utiliza raramente en obstetricia. Favorece el nacimiento en casos complicados como macrosomía fetal, distocia de hombros y presentación de nalgas. Esta

técnica conlleva la incisión más extensa y profunda de todas, inicia en un surco del canal vaginal que se dirige hacia abajo y durante su trayecto se curva tratando de rodear el recto.<sup>59</sup>

### **2.2.6. Episiotomía anterior**

También conocida como desfibulación, la episiotomía anterior se utiliza para abrir la cicatriz asociada a la infibulación femenina y es más común en la mutilación genital femenina tipo tres. Para liberar el tejido cicatricial de la unión de los labios menores, se incide en la línea media hasta que sea visible el meato uretral externo, evitando incidir en los residuos del clítoris. Este tipo de corte puede realizarse en combinación con la episiotomía posterior lateral o de línea media, según la capacidad y criterios de la persona que atiende el parto.<sup>59, 60</sup>

### **2.2.7. Episiotomía en forma de “J”**

Para realizar esta incisión es necesario contar con una tijera curva, se incide en el tejido desde la línea media vaginal en dirección al ano, al estar de dos a cinco cm de esta estructura se comienza a desviar el corte en dirección a la tuberosidad isquiática.<sup>59</sup>

## **2.3. Factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía**

Durante la gestación y el parto se presentan factores de riesgos que influyen en la aparición de complicaciones al momento de realizar la episiotomía. A continuación, se realiza una descripción de los principales.<sup>57</sup>

### **2.3.1. Nuliparidad**

La nuliparidad se refiere a toda mujer que no ha concebido un producto gestacional mayor a 20 semanas o 500 gramos de peso, por lo cual todas aquellas féminas cuyo embarazo no han llegado a término son consideradas nulíparas.<sup>29, 47</sup>

### **2.3.2. Inducción del trabajo de parto**

Se utilizan diferentes tratamientos para iniciar o acelerar el trabajo de parto con el fin de provocar o aumentar las contracciones. Este procedimiento se realiza en pacientes que presentan algún riesgo en caso de continuar su embarazo.<sup>29, 47</sup>

### **2.3.3. Periné poco distensible**

La episiotomía se realiza cuando la distensión del periné esté en su grado máximo y la salida de la cabeza del bebé no es posible. Sin embargo, la distensión del periné puede estar

disminuida por factores como cicatrices perineales de episiotomías previas, edemas u operación plástica perineal anterior.<sup>47</sup>

#### **2.3.4. Infecciones genitales previas**

Existen tres factores relacionados con las infecciones del tracto genital. La primera se debe a las infecciones de transmisión sexual (ITS), que son la segunda causa de enfermedad en mujeres jóvenes y, según la OMS, al año aparecen alrededor de 340 millones de casos nuevos por ITS. La segunda causa está relacionada con infecciones endógenas que pueden estar provocadas por candidiasis o vaginosis bacteriana, este tipo de infecciones en el embarazo pueden estar asociadas a corioamnionitis, parto pretérmino o infección post quirúrgica ginecológica. La tercera causa son las infecciones iatrogénicas.<sup>29</sup>

#### **2.3.5. Exploración vaginal múltiple**

Se considera exploración vaginal múltiple a más de cinco tactos vaginales durante el progreso del trabajo de parto. A nivel mundial este procedimiento es habitual y se realiza cuando inicia el trabajo de parto y al ser las contracciones más intensas. No obstante, esta práctica es percibida en la mujer como desagradable, dolorosa, estresante, vergonzosa e invasiva.<sup>29</sup>

### **2.4. Complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas**

#### **2.4.1 Complicaciones inmediatas**

##### **2.4.1.1. Desgarro por extensión**

Es considerada la principal complicación de la episiotomía. El traumatismo o desgarro perineal puede afectar las estructuras que rodean la pared vaginal anterior o posterior; en dependencia de las estructuras dañadas puede ser clasificada en distintos grados. (Tabla 2.2)

61

**Tabla 2.2 Desgarros perineales**

Grado	Descripción
1	Laceración de la mucosa vaginal o piel perineal solamente
2	Laceración que afecta a los músculos perineales
3	Laceración que involucra los músculos del esfínter anal, que se subdividen en 3A, 3B y 3C.
3 A	Donde <50% del esfínter anal externo está desgarrado
3 B	Donde >50% del esfínter anal externo está desgarrado
3 C	Donde se rompen los esfínteres anales externos e internos
4	Laceración que se extiende a través del epitelio anal (que resulta en una comunicación del epitelio de la vagina y el epitelio anal)

Fuente: Tabla modificada, datos tomados a partir de: Goh Ryan, Goh Daryl, Ellepola H. Perineal tears – a review.<sup>52</sup>

La literatura relaciona una mayor frecuencia de desgarros perineales con pacientes nulíparas y con la realización de episiotomía de línea media como factores independientes, por lo que ser una paciente nulípara a la que se le realizará una episiotomía de línea media, duplica el riesgo de sufrir algún tipo de desgarro perineal. Otros estudios realizados han logrado asociar la episiotomía medio lateral con una baja incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado.<sup>52, 61</sup>

En 2017 Arellano<sup>61</sup> realizó un estudio en el centro de salud Yugoslavia en Perú, con 52 pacientes nulíparas a quienes se les realizó episiotomía selectiva con el fin de determinar y registrar las complicaciones generadas. Del total de la muestra, únicamente el 44.2% presentó desgarros de algún tipo, por lo que no se logró establecer relación entre la realización de la episiotomía con la incidencia de desgarros. Se determinó que el desgarro de grado I tuvo una incidencia del 70%, el desgarro de grado II un 26%, mientras que el desgarro de grado III de 4%. Se debe tomar en cuenta que el tipo de episiotomía que se implementó en el estudio no fue descrito, por lo que no se puede relacionar el tipo de episiotomía con el grado de desgarro que se presentó en cada paciente.<sup>61</sup>

#### **2.4.1.2. Hemorragia posparto**

Es la pérdida de sangre igual o mayor a 500ml que ocurre en la tercera etapa del parto, puede darse en el 0.5% al 1% de los partos vaginales<sup>62</sup>

La episiotomía es considerada un factor de riesgo para esta complicación, debido a que la incidencia de desgarros perineales puede dar lugar a una pérdida de sangre anómala, provocando un aumento de la morbilidad materna.<sup>63</sup>

Un estudio realizado en Francia por Girault *et al.*<sup>63</sup> durante 2010 y 2011 en cinco hospitales universitarios tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo para una hemorragia posparto anómala en las primeras 24 horas. En el estudio se incluyeron a 3917 mujeres de varias nacionalidades. Se identificó un mayor número de casos de hemorragias anómalas en el grupo de pacientes primíparas en comparación con pacientes que no lo eran; las pacientes a las que se les había realizado episiotomía también presentaron un mayor número de casos de hemorragia anómala en comparación con las que no se les había realizado el procedimiento. El tipo de episiotomía realizada no se describe dentro del estudio.<sup>63</sup>

Zambrano *et al.*<sup>64</sup> durante septiembre del 2016 y febrero del 2017 realizaron un estudio en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Olláque de la ciudad de Santa Rosa de la provincia El Oro, Ecuador, en el cual se incluyó a 50 pacientes nulíparas. Se realizó episiotomía al total de las pacientes (100%). Con base en los resultados obtenidos, únicamente el 6% de las pacientes presentó una hemorragia posparto, las mismas pacientes presentaron un desgarro grado II a causa de la episiotomía. Los investigadores concluyeron que la episiotomía no se relacionó con el desarrollo de una hemorragia posparto anómala, por lo que esta intervención no fue considerada un factor de riesgo.<sup>64</sup>

En 2017 Chuquiruna *et al.*<sup>65</sup> realizaron en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de Perú, un estudio que tuvo como objetivo determinar los factores asociados a anemia posparto en pacientes primíparas. En el estudio se incluyeron a 108 pacientes; se realizó la episiotomía a 95 de las mujeres (88% de la muestra). En el grupo al que se le realizó la episiotomía, el 87.96% de las pacientes presentó algún tipo de anemia; mientras que en el grupo de mujeres que no fueron intervenidas, el porcentaje fue del 12.3%. Los investigadores concluyeron que la episiotomía propicia una mayor pérdida de sangre en las pacientes y, por ende, la generación de anemia.<sup>65</sup>

#### **2.4.1.3. Dolor**

El dolor se considera una complicación frecuente de la episiotomía, varios investigadores concuerdan en que las mujeres sometidas a este procedimiento refieren más dolor.<sup>66</sup>

En un hospital de Rotterdam, Países Bajos, Odijk *et al.*<sup>67</sup> realizaron un ensayo controlado aleatorio durante 2010 y 2013, con un grupo de mujeres primíparas a las que se les realizó episiotomía. Los resultados establecieron que el 92% de las mujeres presentó algún tipo de dolor perineal relacionado con la episiotomía en el período posparto, el 20% tuvo dolor después de 3 meses y el 10% aun refirió dolor después de los 18 meses.<sup>67</sup>

He *et al.*<sup>9</sup> realizaron un estudio desde septiembre de 2017 a marzo del 2018 en dos centros de salud comunitario y cuatro hospitales de Shangai, China, con el objetivo de describir la experiencia de las mujeres a las que se les practicó episiotomía. Se incluyó a 29 mujeres primíparas y una múltipara de descendencia China. La información se registró a través de una encuesta referente con las características y el nivel de dolor que les causaba la episiotomía. Los resultados indican que dos de las mujeres refirieron un dolor leve el cual duró dos semanas; otras refirieron dolor intenso con una duración de varios meses posparto; y solo tres informaron dolor insoportable que se relacionaba con la sutura de la episiotomía, irritación, dehiscencia en la herida y puntos muy apretados. Las pacientes encuestadas refirieron miedo al moverse, ciertas posturas les causaban dolor por lo que limitaban sus movimientos y buscaban posturas estratégicas para que la herida tuviera el menor contacto posible con las estructuras cercanas a ellas.<sup>9</sup>

La intensidad y duración del dolor que presentan las pacientes se ha relacionado con factores como la técnica y el material usados durante la episiotomía. Ensayos clínicos han demostrado un mayor dolor relacionado con la sutura interrumpida en comparación con la intercutánea continua; el uso de catgut también se ha relacionado con un mayor número de quejas de dolor por parte de las pacientes en comparación con el uso de materiales sintéticos.<sup>67</sup>

En la actualidad la sutura más utilizada para la episiorrafia y desgarros perineales es la sutura interrumpida, que consiste en unir ambos extremos de piel con puntos separados. En la sutura continua se unen ambos extremos con todos sus tejidos implicados con un solo hilo, es decir, de forma continua.<sup>68</sup>

En cinco hospitales del sur de España, Martínez *et al.*<sup>68</sup> realizaron un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, durante noviembre del 2016 y mayo del 2018. Las pacientes que participaron en el estudio fueron primíparas, con un parto eutócico, único y a las que se les practicó episiotomía o tuvieron un desgarro de segundo grado. Las pacientes fueron divididas en 2 grupos, al grupo A, de 70 mujeres, se le realizó una sutura continua; mientras que, al grupo B, constituido por 64 mujeres, se le realizó sutura interrumpida. Al analizar los resultados a las 24 horas, el 52% de pacientes del grupo A y el 66.7% del grupo B requirió analgesia; a los 15 días, el 31.4% de pacientes del grupo A y el 53.1% de las pacientes del grupo B refirió dolor en el área perineal. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la sutura continua se relaciona con una menor incidencia de dolor en las pacientes en comparación con la sutura interrumpida.<sup>68</sup>

En los Países Bajos los materiales utilizados con mayor frecuencia para el cierre de la episiotomía son el Monocryl® y Vicryl Rapide TM; el Monocryl® por ser monofilamento se caracteriza por tener una superficie pequeña lo que provoca una reacción tisular mínima, a los 14 días aún conserva su resistencia a la tracción en un 25 % y su tiempo de reabsorción completa es de 120 días. El Vicryl Rapide TM se caracteriza por ser un multifilamento de estructura trenzada, lo que facilita la proliferación de bacterias en sus nichos, las cuales son difícilmente alcanzadas por las células inmunológicas, su resistencia a la tracción es nula a los 14 días y su reabsorción completa ocurre a los 42 días.<sup>67</sup>

Para estudiar las diferencias entre ambos materiales, el departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Ikazia, Rotterdam, Países Bajos, realizó un estudio noviembre de 2010 y julio de 2013, con la participación de 131 mujeres primíparas a quienes se les realizó episiotomía medio lateral. A la muestra seleccionada dentro del estudio, se le aplicó al azar uno u otro material para reparar la episiotomía. Al finalizar el procedimiento se les entregó un cuestionario para registrar información sobre los niveles de dolor. Los investigadores Odijk *et al.*<sup>67</sup> concluyeron que el dolor que presentaron las pacientes no dependía del tipo de material usado para la episiorrafia.<sup>67</sup>

#### **2.4.1.4. Hematomas**

Es una complicación de la episiotomía que aparece rápidamente, generándose durante el parto cuando se desgarran un vaso sanguíneo de gran calibre, como consecuencia se va formando una masa dura de color violácea, que da la impresión de crecer rápidamente causando mucho dolor. Pueden aparecer bajo la piel de la vulva, en la periferia de la vagina y en los ligamentos anchos. Se encuentra relacionada con la realización de la episiotomía medio lateral.<sup>69, 70</sup>

Durante los meses de agosto de 2017 a enero de 2018 en el Hospital Materno Infantil Hidalgo de Porcel de Ecuador, Franco<sup>69</sup> realizó un estudio para comparar las complicaciones que presentaban las mujeres primíparas durante el parto. A 114 mujeres que formaban parte de la muestra dentro del estudio, se les realizó una episiotomía a través de la técnica medio lateral, de ellas solamente hubo un caso de hematoma. En las pacientes que no se les practicó la episiotomía no se registraron casos de hematoma.<sup>69</sup>

En otro estudio llevado a cabo por Tuesta<sup>71</sup> en el Hospital regional de Loreto de Perú, entre enero a marzo de 2016, se identificaron las principales complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas. En el estudio se incluyó a 153 mujeres nulíparas gestantes, de las cuales el 3.3% reportó la formación de un hematoma como complicación. El estudio no

menciona el tipo de episiotomía realizada en estos casos, por lo que no se puede establecer el vínculo que tiene alguna de las técnicas.<sup>71</sup>

Los hematomas del ligamento ancho son relacionados con una alta mortalidad por ausencia de sangrado, puede ser subestimado clínicamente lo que hace que se descubra después de un estado de shock hipovolémico. La sintomatología presente en este cuadro clínico suele ser muy inespecífico con dolor genital, dolor abdominal, retención aguda de orina y desviación de útero con presencia de masa unilateral. Entre los factores de riesgo se encuentra la nuliparidad y la realización de episiotomía medio lateral.<sup>72</sup>

## **2.4.2. Complicaciones tardías**

### **2.4.2.1. Incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria es la patología en la que las personas pierden el control sobre la micción, haciendo recurrente la pérdida de orina de manera involuntaria; además de los problemas sociales que esta enfermedad representa, también puede implicar problemas físicos, psíquicos y económicos. Su etiología puede ser obstétrica, ginecológica, proctológica, neurológica, farmacológica, entre otras.<sup>73</sup>

El embarazo y parto vaginal aumentan las probabilidades de desarrollar incontinencia urinaria. Sumado al riesgo existente el parto instrumentado está altamente relacionado con el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico, al realizar una episiotomía se distiende el músculo pubococcígeo facilitando una posible lesión del esfínter elevador del ano y una contracción deficiente de todo el suelo pélvico que es necesaria para crear la presión que favorece el cierre uretral para mantener la continencia urinaria.<sup>74, 75</sup>

Bo *et al.*<sup>74</sup> realizaron en el Hospital Universitario de Akershus, Noruega, un estudio en el cual se incluyó a 238 mujeres nulíparas, de las cuales 72 fueron sometidas a episiotomía lateral o medio lateral; el resto de las mujeres tuvo un parto no instrumentado. El objetivo del estudio fue identificar y comparar la incidencia de incontinencia urinaria, la presión de reposo vaginal, la resistencia y la fuerza de los músculos pélvicos entre ambos grupos. Al finalizar el estudio se llegó a la conclusión de que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos de estudio.<sup>74</sup>

Otro estudio realizado por la Sociedad Norteamericana de Ginecología Pediátrica y Adolescente<sup>76</sup> en tres hospitales públicos de Brasil, identificó varios factores prenatales y perinatales que favorecen la incidencia de incontinencia urinaria en pacientes primíparas; entre ellos se menciona que la episiotomía duplica el riesgo de mantener incontinencia urinaria cada mes, es decir que el 65% de pacientes sin episiotomía indicaba resolución de la incontinencia

urinaria y únicamente el 35% de las pacientes sometidas a episiotomía refería resolución de la incontinencia urinaria en el mismo lapso.<sup>76</sup>

El efecto de la episiotomía en la disfunción del suelo pélvico aun no es del todo claro, ya que existen varios estudios al respecto que difieren ente sí.<sup>75</sup>

#### **2.4.2.2. Lesiones obstétricas del esfínter anal**

Las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS) son las complicaciones más importantes del parto vaginal y tienen como consecuencia la incontinencia anal, lo cual provoca serios problemas en la vida de las pacientes. Puede darse hasta en el 7% de partos vaginales espontáneos. La episiotomía mediana se relaciona con un alto riesgo de lesiones anales, aunque otros estudios también la relacionan con la episiotomía medio lateral en el caso de las pacientes multíparas pero no en las nulíparas. Algunos autores indican que su incidencia se relaciona con el ángulo utilizado durante el procedimiento.<sup>56, 77, 78</sup>

En otra investigación realizada por la Federación de Ginecología y Obstetricia<sup>79</sup> en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Pilsen, República Checa, entre 2010 y 2012, participaron 300 pacientes nulíparas a quienes se les realizó una episiotomía mediolateral y 366 pacientes a las que se les realizó una episiotomía lateral. En el estudio no se determinaron diferencias significativas en el desarrollo de incontinencia anal en ambos grupos, la única diferencia encontrada fue una mayor urgencia de defecación en el grupo de episiotomía lateral a los seis meses de haberse realizado el procedimiento. Sin embargo, estos datos se asocian a otros factores de riesgo, por lo que es difícil aseverar que la episiotomía, como variable única e independiente, se relaciona de forma directa con lesiones de esfínter anal.<sup>79, 80</sup>

#### **2.4.2.3. Disfunción sexual**

La salud sexual es un componente importante en la vida de la mujer a cualquier edad. Durante el posparto suceden alteraciones en la función sexual como: disminución del deseo sexual, dificultad para la lubricación, dispareunia y sangrados durante el coito. Estos problemas pueden acentuarse con la realización de la episiotomía.<sup>79, 81</sup>

Gomes *et al.*<sup>82</sup> en 2018, en la consulta externa del Hospital Universitario Antonio Pedro, de la Universidad Federal Fluminense (Brasil), entrevistaron a 12 puérperas a quienes se les realizó episiotomía durante el parto, la mayoría de ellas relacionó la episiotomía con dolor al intentar mantener relaciones sexuales; dos de ellas refirieron tener dispareunia incluso después de que la episiotomía sanara completamente. Los investigadores de este estudio sugieren

realizar esta intervención únicamente cuando la situación lo amerite y así disminuir los problemas sexuales posparto.<sup>82</sup>

En el meta análisis realizado por Ola *et al.*<sup>81</sup> en el cual se revisaron varios estudios, no se encontró una diferencia significativa de dispareunia a corto y largo plazo; ni en el tiempo en el que se reanudaron las relaciones sexuales en pacientes con y sin episiotomía.<sup>81</sup>

#### **2.4.2.4. Dehiscencia de episiorrafia**

La infección de la herida operatoria por episiotomía es la causa más frecuente de dehiscencia. Existen varios factores que se asocian a la infección de la herida como lo son: vaginosis bacteriana, rotura prolongada de membranas, corioamionitis, y extracción manual de la placenta.<sup>82</sup>

De igual forma se mencionan como factores de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia: infección bacteriana de la piel, falta de higiene, haber fumado con regularidad, estreñimiento, alteraciones de la coagulación y la presencia del virus del papiloma humano.<sup>83</sup>

Cuando ocurre dehiscencia de la episiotomía comúnmente solo son observadas hasta que cicatricen lentamente en vez de suturar nuevamente la herida, sin embargo, algunos autores han sugerido una episiorrafia secundaria de la herida incluso con una infección activa.

<sup>84</sup>

En un estudio realizado en 10 centros de maternidad del Reino Unido, Dudley *et al.*<sup>85</sup> incluyeron a 31 mujeres que habían sufrido dehiscencia de herida operatoria perineal por episiotomía o por desgarros de segundo grado. Del total de la muestra, a 16 mujeres únicamente se les dio un seguimiento expectante, mientras que al resto de las mujeres (15) se les realizó una reparación secundaria. A los tres meses posteriores de los procedimientos asignados al azar se observó una mejor cicatrización y aceptación por parte de las pacientes hacia la restauración de la sutura.<sup>85</sup>

#### **2.4.2.5. Infección posparto**

Todo procedimiento quirúrgico implica el riesgo de una infección al romper las barreras naturales de la piel y facilitar el ingreso de bacterias o virus al organismo. La infección del sitio quirúrgico en el período posparto es la que ocurre en los primeros 30 días posteriores a su realización. Como primeros síntomas pueden aparecer rubor, dolor, edema y aumento de la temperatura; su incidencia ha sido relacionada con distintos factores de riesgos ginecosbstétricos como: realización de cesárea, episiotomía, desgarró de tercero y cuarto grado.

<sup>51, 83, 86</sup>

La episiotomía es considerada un factor de riesgo para desarrollar una infección perineal posparto, sobre todo cuando se realiza la técnica de línea media. La extensión de la incisión quirúrgica realizada también influye en la probabilidad de desarrollar infección.<sup>87</sup>

Giglio *et al.*<sup>8</sup> publicaron en 1976 un estudio en el cual se incluyó a 70 pacientes a las que se les realizó episiotomía. Se tomaron muestras para la detección de bacterias a través del desarrollo de cultivos; en el 76% de ellos se obtuvieron resultados positivos. En 1979 se registraron tres fallecimientos de pacientes pos episiotomía, dos fallecieron debido a una fascitis necrotizante y la otra paciente por una mionecrosis por *Clostridium sp.*<sup>8</sup>

En un estudio más reciente, llevado a cabo en 2018. Vilcahuaman *et al.*<sup>88</sup> incluyeron a 145 pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia Huancavelica” (Perú), que tuvo como objeto determinar las complicaciones más frecuentes en pacientes con y sin episiotomía; el 18.8 % de las pacientes con episiotomía desarrolló infección y únicamente el 1% de las pacientes sin episiotomía presentó esta complicación.<sup>88</sup>

Como ha podido leerse, ya se ha descrito la historia, incidencia y las indicaciones que determinan el uso de la episiotomía. Además, se identificaron las complicaciones inmediatas y tardías que se le atribuyen a la episiotomía, algunas de ellas relacionadas más al tipo de técnica empleada. También se mencionaron los factores de riesgo de las madres primíparas y del procedimiento como tal, que favorecen la aparición de complicaciones. Sin embargo, actualmente se ha demostrado que el uso restrictivo de la episiotomía conlleva mayores beneficios que su uso rutinario, por lo que en el siguiente capítulo se identificará cada uno de los beneficios que se obtienen al realizar la episiotomía en mujeres primíparas.

## CAPÍTULO 3. BENEFICIOS DE LA EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMÍPARAS

### SUMARIO

- **Episiotomía selectiva frente a la rutinaria**
- **Beneficios de la episiotomía**

Se tiene evidencia de los beneficios de la ejecución de la episiotomía en las pacientes. Este procedimiento ayuda a facilitar partos complicados (distocia de hombros y macrosomía fetal), disminuye la segunda etapa del trabajo de parto y previene laceraciones graves.<sup>8</sup>

En el presente capítulo se realiza una descripción comparativa acerca de los beneficios entre la práctica de la episiotomía selectiva frente a la episiotomía rutinaria; y se identifican los beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas.

### 3.1. Episiotomía selectiva frente a la rutinaria

En la práctica algunos médicos consideran que el uso de episiotomía de rutina, entendiéndose esta como parte del tratamiento habitual durante el parto, ayuda a prevenir desgarros graves. Aun así, varios estudios demuestran que la episiotomía genera traumatismo en el perineo y suturas, por lo que otro grupo de clínicos recomiendan el uso de este procedimiento de forma selectiva (solo si es necesario) para prevenir efectos adversos, tanto en la madre como en el bebé.<sup>89</sup>

La OMS recomienda en su guía *Práctica de Asistencia al Parto Normal*, basada en 218 estudios, utilizar la episiotomía de forma selectiva debido a que no existe evidencia concluyente en que la práctica rutinaria tenga efectos beneficiosos para las pacientes. Además, según las categorías sobre las prácticas relacionadas con el parto vaginal, la episiotomía rutinaria se clasifica como una práctica que se usa con frecuencia de manera inapropiada (categoría D).<sup>90</sup>

En contraparte, diversos informes de profesionales obstétricos respecto de la práctica rutinaria de la episiotomía, justifican la realización de este procedimiento aduciendo que es practicada por profesionales de renombre y que se encuentra en los libros de texto, tal es el ejemplo de *Obstetric Rezende*, el cual es ampliamente utilizado y reconocido en las facultades de medicina de Brasil. En este texto, el reconocido autor, Rezende<sup>90</sup>, afirma que la episiotomía “está bien indicada y casi siempre es indispensable en mujeres primíparas y en multíparas que tengan episiotomía previa.”<sup>90</sup>

La guía práctica de México sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada <sup>91</sup>, recomienda el uso selectivo de la episiotomía a fin de disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un tiempo de siete días.<sup>91</sup>

En 2016 Anguiar *et al.* <sup>5</sup> realizaron un estudio en el Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, Perú, en donde se determinaron las complicaciones y beneficios en la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación con la práctica restrictiva en mujeres primíparas. De las 110 mujeres que participaron en el estudio, al 46.4% (n=51) se le realizó episiotomía rutinaria y al 53.6% (n=59) episiotomía restrictiva. Se determinó que las complicaciones, inmediatas y mediatas, se presentaron en mayor porcentaje en la episiotomía rutinaria, a excepción de las laceraciones que fueron menos frecuentes en este grupo, por lo que se concluyó que es más beneficiosa la episiotomía restrictiva. Los resultados específicos generados dentro del estudio son los siguientes (tabla 3.1): <sup>5</sup>

**Tabla 3.1 Complicaciones de la episiotomía rutinaria y restrictiva**

Complicaciones	Episiotomía rutinaria (%)	Episiotomía restrictiva (%)
Inmediatas		
<b>Laceraciones del canal del parto</b>	27.5	28.8
<b>Hematomas</b>	33.3	6.8
<b>Desgarros</b>	70.6	20.3
Mediatas		
<b>Infecciones</b>	43.1	3.4
<b>Dehiscencia</b>	27.5	11.9

Fuente: Tabla de elaboración propia, datos tomados de: Vera Candela AK, Salas Mora GD. Beneficios y complicaciones de la episiotomía y episiorrafia en mujeres pos parto. <sup>17</sup>

En el registro de ensayos de Cochrane *Pregnancy and Childbirth* <sup>89</sup>, se realizó durante 2016 una revisión para valorar el uso selectivo frente al habitual de la episiotomía en el parto vaginal. En este proceso se incluyeron 12 estudios realizados en 10 países diferentes (Argentina, Reino Unido, Canadá, Alemania, España, Irlanda, Malasia, Pakistán, Colombia y Arabia Saudita) con una muestra total de 6 177 mujeres. Once estudios se realizaron con mujeres en trabajo de parto quienes tenían previsto un parto vaginal; y un estudio en mujeres a

las que se anticipó un parto asistido. Ocho estudios incluyeron únicamente primíparas y el resto tomaron en cuenta tanto primíparas como multíparas.<sup>89</sup>

Los resultados obtenidos de los diferentes estudios mostraron que en las mujeres que tenían planificado un parto vaginal no asistido, la episiotomía selectiva registró 30% menos traumatismo perineal/vaginal grave, en comparación con las mujeres a las que se les realizó episiotomía de rutina. El estudio no fue concluyente sobre diferencias en la pérdida de sangre entre los dos grupos. Con relación a la puntuación apgar menor de 7 a los cinco minutos, tanto la episiotomía de rutina como selectiva no presentaron ningún efecto. En cuanto al dolor perineal moderado o severo a los tres días post parto, se desconoce si la episiotomía selectiva ocasiona menos dolor en comparación con la episiotomía de rutina. De igual forma, se determinó que existe poca o ninguna diferencia entre la episiotomía de rutina o selectiva en mujeres que desarrollan infección perineal y dispareunia o incontinencia urinaria seis meses o más después del parto.<sup>89</sup>

Los beneficios de la episiotomía restrictiva son mayores en comparación con la episiotomía rutinaria, por lo tanto, este procedimiento se debe emplear en casos apropiados que pueden incluir las indicaciones fetales, uso de fórceps o espátulas de Thierry; sobre todo se debe aplicar en aquellas pacientes donde a juicio del que atiende el parto, la falta de la ejecución provocará desgarramiento perineal. De tal cuenta, el criterio clínico y el bienestar materno-fetal siempre debe prevalecer al momento de ejecutar este tipo de corte.<sup>91</sup>

### **3.2. Beneficios de la episiotomía**

En medicina, la palabra beneficio denota un estado representativo del bien, que resulta positivo, tanto para quien lo da como para quien lo recibe.<sup>5</sup>

Los beneficios de la práctica de la episiotomía se sustentan en las indicaciones preventivas de este procedimiento, como lo son, evitar la compresión y elongación prolongada de los músculos y fascias perineales, previniendo la hiperdistensión y lesión. Además, evitar los desgarramientos perineales, a fin de disminuir a corto y mediano plazo, el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo.<sup>91</sup>

En 2019, Paíz<sup>5</sup> llevó a cabo un estudio en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, Ecuador, con el objetivo de determinar los beneficios y complicaciones de la episiotomía y episiorrafia en mujeres post parto. El estudio incluyó una muestra de 100 mujeres. Se determinó que el 76% de las mujeres obtuvo un beneficio debido a que el uso de la episiotomía ayudó a ampliar el canal del parto; sin embargo, también se registraron complicaciones en el 24% de las mujeres incluidas en la muestra. Entre los beneficios que se obtuvieron al realizar la episiotomía

se incluyeron: la intervención evita desgarros (30%), amplió el canal de parto (25%) y se acortó el período expulsivo (21%).<sup>5</sup>

### **3.3 Beneficios e impactos de la episiotomía en el parto**

#### **3.3.1 Ocurrencia de desgarros vulvovaginoperineales grado 3 y 4**

Las laceraciones o desgarros perineales son complicaciones que ocurren con mucha frecuencia durante los partos vaginales, pueden afectar la mucosa vaginal, los músculos perineales e, incluso el esfínter anal, lo que puede tener como consecuencia la incontinencia urinaria, fecal y el prolapso de estructuras pélvicas.<sup>42, 92</sup>

El desarrollo de la episiotomía se dio principalmente para prevenir durante el parto las laceraciones, sobre todo las de tercer grado, esto debido a que anterior a su uso este tipo de complicaciones eran consideradas normales durante el parto, e incluso se creía inapropiado el corregirlas.<sup>8</sup>

Epidemiológicamente más del 85% de las pacientes que tendrán un parto sufrirán de algún tipo de desgarro, de estos el 0.6 al 11% sufrirá un desgarro de tercero o cuarto grado. En la literatura se menciona la episiotomía como una medida profiláctica que busca evitar la incidencia de cualquier tipo de desgarros. Cabe anotar que, esta información no es concluyente, existen varios estudios que la contradicen y otros que la respaldan. Es necesario analizar de manera exhaustiva las técnicas y ángulos utilizados en cada uno de los estudios revisados.<sup>42, 93</sup>

Investigaciones recientes han demostrado que la episiotomía medio lateral es la mejor opción al momento en que sea necesaria la realización de este procedimiento. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), organización que reúne a sociedades profesionales de obstetras y ginecólogos a nivel mundial, recomienda hacer la episiotomía utilizando un ángulo de 40 a 60 grados desde la línea media, para tener los beneficios deseados.<sup>47</sup>

Desplanches *et al.*<sup>93</sup> realizaron durante 2018 un estudio en hospitales públicos y privados de Borgoña, Francia, se dividió a los participantes en dos grupos; el primero incluía a pacientes nulíparas con parto eutócicos sin episiotomía y el segundo grupo incluyó a nulíparas a quienes se les realizó episiotomía lateral. El resultado de desgarros de tercer grado que presentaron los dos grupos fue de 1.2% y 0.8% respectivamente, sin embargo, no se midieron los ángulos utilizados en la intervención.<sup>93</sup>

La episiotomía lateral y media lateral, se encuentra entre los tipos de cortes que disminuyen los desgarros perineales, especialmente de tercero y cuarto grado en pacientes

nulíparas, sin embargo, existe una falta de consenso a nivel mundial por lo que su uso es muy irregular.<sup>94</sup>

Un estudio realizado por Ankarcrona *et al.*<sup>94</sup> en Suecia y publicado por la revista internacional de ginecología y obstetricia (BJOG), se incluyeron 63 654 registros médicos de nacimientos de madres nulíparas entre 2000 a 2011. El objetivo del estudio fue determinar el efecto protector que tiene la realización de episiotomía medio lateral y lateral contra los desgarros de tercer y cuarto grado. Se determinó que la incidencia de desgarros en las pacientes sin episiotomía fue del 15.02% y del 12.3% en mujeres con episiotomía media y media lateral, lo que indica una disminución del 2.7% de desgarros en el grupo con episiotomía.

<sup>94</sup>

Las episiotomías media lateral y lateral tienen un efecto protector contra los desgarros de tercero y cuarto grado si se realiza selectivamente y no de forma rutinaria.<sup>47-94</sup>

### **3.3.2. Coadyuvante en partos distócicos**

#### **3.3.2.1. Parto podálico**

Este tipo de parto representa un desafío para los gineco-obstetras. Anteriormente se creía que la cesárea era la forma más segura de resolver este tipo de embarazos, pero, en 2018 el comité de práctica obstétrica dictaminó ciertas recomendaciones para realizar un parto podálico seguro, entre los cuales tenemos: un parto a término, planificación adecuada del parto, consentimiento informado firmado por la madre y un protocolo específico elaborado por cada hospital para este tipo de partos.<sup>95</sup>

El RCOG de Reino Unido, apoya el parto podálico e indica que, bien planificado, es igual de seguro que un parto cefálico. Los encargados de resolverlo deben tener las suficientes habilidades y conocimientos para enfrentar este tipo de partos.<sup>96</sup>

Durante enero de 2015 y diciembre de 2017 en el Hospital de Santa María, Centro Hospitalario Universitario Lisboa Norte, Portugal, Pulido *et al.*<sup>97</sup> realizaron un estudio en el cual se incluyeron 67 partos de nalgas que fueron sometidos a un parto. Del total de la muestra, a 26 pacientes se les realizó un parto vaginal; el grupo control constó de 52 pacientes cuyos neonatos se encontraban en posición cefálica. En el siguiente cuadro se muestran las características de los partos incluidos dentro del estudio (Tabla 3.2)<sup>97</sup>

**Tabla 3.2 Partos de nalgas y cefálicos clasificado por nuliparidad y multiparidad de las madres.**

Características maternas	Parto de nalgas	Parto cefálico
<b>Nulíparas</b>	11	22
<b>Múltiparas</b>	15	30
<b>Total</b>	26	52

Fuente: Tabla modificada, datos tomados a partir de: Pulido M, Carvalho M, Nuno C. Is Vaginal Breech Delivery Still a Safe Option?.<sup>97</sup>

La episiotomía tuvo prevalencia como coadyuvante en los partos de nalgas en comparación con los partos cefálicos; los investigadores registraron un uso significativo de la episiotomía en el parto cefálico. Se determinó una relación entre el uso de la episiotomía con el nivel de experiencia de los médicos que atendieron cada parto. En el estudio se pidió a los obstetras con más experiencia que atendieran al primer grupo, mientras que el segundo fue atendido por parteras en formación. En el siguiente cuadro se muestran los datos sobre el uso de episiotomía en cada tipo de parto analizado dentro del estudio (Tabla 3.3).<sup>97</sup>

**Tabla 3.3 Episiotomía realizada en pacientes nulíparas y múltiparas**

Presentación del feto	Episiotomía	Sin episiotomía
<b>Nalgas</b>	21 (80%)	5 (20%)
<b>Cefálico</b>	27 (52%)	25 (48%)

Fuente: Tabla modificada, datos tomados a partir de: Pulido M, Carvalho M, Nuno C. Is Vaginal Breech Delivery Still a Safe Option?.<sup>97</sup>

### 3.3.2.2. Macrostomia fetal

Los neonatos con un peso mayor a 4000 g al nacer son considerados macrosómicos, estos partos vaginales pueden tener varias complicaciones como la lenta progresión del parto, desgarros perineales, hemorragia posparto, distocia de hombros, lesiones del plexo braquial e incluso fractura de clavículas. Para evitar estas posibles complicaciones se recomienda realizar una episiotomía de forma preventiva con el fin de facilitar el periodo expulsivo. La episiotomía realizada de una forma juiciosa y no rutinaria puede tener beneficios en este tipo de casos.<sup>98, 99</sup>

En un estudio realizado por Fikadu *et al.*<sup>100</sup>, del 15 de diciembre de 2018 al 30 de enero de 2019, en el Hospital General de Arba Minch, Etiopía, en el que se incluyó a 400 pacientes (212 nulíparas y 188 múltiparas), se hizo una correlación de variables entre la nuliparidad,

multiparidad y peso con la realización de episiotomía. Al evaluar los datos se determinó que en pacientes nulíparas las episiotomías se realizaron en el 80.7% de los casos, mientras que, en el grupo de las multíparas se realizó en el 53.7% de los casos. Además, se registró que en partos con neonatos que pesaron menos de 3300 g, se practicó la episiotomía en el 47.4% de las pacientes; mientras que, los partos con neonatos con un peso mayor o igual a 3300 g se realizó el procedimiento en el 84% de los casos. En este estudio se demuestra que la episiotomía se realiza con más frecuencia en pacientes nulíparas, al igual que en partos en el que el peso fetal fue mayor al momento del nacimiento. Desafortunadamente, no se presentaron los casos de nulíparas a quienes se les realizó episiotomía y que parieron neonatos con peso mayor o igual a 3000 g; y los casos de nulíparas con neonatos que pesaron menos o igual a 3000 g con episiotomía. Estos datos hubieran permitido comprender de mejor manera los efectos del procedimiento en grupos específicos.<sup>100</sup>

### **3.2.3. Segunda etapa del trabajo de parto prolongada**

La segunda etapa del trabajo de parto comienza a contarse desde el momento en que se logra la dilatación completa del orificio cervical, hasta que ocurre el nacimiento del neonato.

Anteriormente en mujeres primíparas el proceso debía tener una duración de dos a tres horas, sin embargo, actualmente el ACOG y NICE han prolongado este tiempo y el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy (NICHD), agencia federal del gobierno de los Estados Unidos de América, sugirió que cuatro horas es el tiempo de duración del segundo periodo del parto antes de catalogarlo como prolongado.<sup>26, 101</sup>

Con el objetivo de determinar el impacto del tiempo de la segunda etapa del parto en la madre, Yaniv *et al.*<sup>102</sup> realizaron un estudio de cohorte retrospectivo en un hospital terciario de referencia, desde mayo de 2011 hasta abril de 2014, en Estados Unidos. Dentro del estudio se formaron dos grupos, en el grupo uno se consideró una etapa de parto prolongada en mujeres nulíparas de tres horas con anestesia regional o dos horas si no se proporcionó dicha anestesia. En el grupo dos se permitió una hora adicional antes de diagnosticar una segunda etapa de parto prolongado. Al finalizar el estudio se observó que mientras más tiempo duraba el segundo período del parto, más complicaciones se presentaban, principalmente partos instrumentados y desgarros de tipo tres y cuatro.<sup>102</sup>

Corzo<sup>99</sup> realizó un estudio con 98 pacientes primigestas en el Hospital de Apoyo de Huanta Perú en julio a setiembre de 2019, se delimitó un tiempo de dos horas o más a un período expulsivo prolongado. Del total de la muestra dentro del estudio, únicamente una

paciente tuvo un parto prolongado; a esta paciente se le realizó episiotomía para ayudar a disminuir este período, es decir al 100% de las pacientes con trabajo de parto prolongado se le realizó episiotomía.<sup>101</sup> En estos casos la episiotomía se realiza como coadyuvante para facilitar el período expulsivo y evitar desgarros especialmente de tercero y cuarto grado.<sup>99</sup>

Otro estudio realizado del 1 de marzo de 2015 al 1 de marzo del 2016 por Clesse et al.<sup>15</sup> en seis hospitales del gobierno palestino, tuvo como objetivo determinar las indicaciones más frecuentes de episiotomía en un grupo de 178 pacientes nulíparas. Del total de pacientes atendidas, a 105 mujeres se les realizó episiotomía como coadyuvante en el trabajo de parto, teniendo como indicación la prolongación del segundo periodo del parto.<sup>15</sup>

La idea de naturalización del parto ha llevado a los médicos a no realizar la episiotomía en ningún caso, e incluso se toma su realización como una complicación; sin embargo, este procedimiento quirúrgico como cualquier otro tiene sus indicaciones, siendo una de las indicaciones más frecuentes la segunda etapa del parto prolongado.<sup>103</sup>

#### **3.2.4. Coadyuvante en partos instrumentados**

La realización de partos instrumentados se relaciona con una alta incidencia de OASIS, la episiotomía realizada a un ángulo adecuado puede prevenir estas lesiones.<sup>104</sup>

En 2019 un grupo de expertos revisó la evidencia sobre las recomendaciones en el uso de episiotomía en partos instrumentados. Se concluyó que este procedimiento debe ser libre como coadyuvante en el parto instrumentado, especialmente la incisión medio lateral o lateral a 60 grados, con el fin de modificar el riesgo de OASIS; además de este beneficio, en estudios previos se demostró que la episiotomía disminuye la aparición de incontinencia urinaria, especialmente de esfuerzo y dolor perineal en el período posparto.<sup>104</sup>

González *et al.*<sup>105</sup> realizaron un estudio observacional retrospectivo de casos y controles en la Clínica de suelo pélvico y puerperio, España, de enero 2012 a junio 2017. Dentro del estudio se evaluaron 958 partos vaginales operatorios, comparando las características de la episiotomía y el perineo en mujeres que experimentaron OASIS (150 pacientes) y en mujeres que no evidenciaron lesión (788 pacientes). En el estudio se demostró que el ángulo de la episiotomía es un factor asociado a la lesión del esfínter anal, determinando que un ángulo de episiotomía mayor a 30° y una distancia de episiotomía- horquilla mayor a cinco milímetros reduce el riesgo hasta en un 80% en mujeres nulíparas, sin embargo, no se logró asociar este resultado en mujeres multíparas.<sup>105</sup>

## CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

### 4.1. Indicaciones que determinan el uso de episiotomía en mujeres primíparas

A nivel mundial se cuenta con escasa información sobre registros y análisis referentes al uso de episiotomía en mujeres primíparas. Las últimas investigaciones y, por ende, los datos más recientes sobre el tema se han generado principalmente en Estados Unidos, Reino Unido y Canadá. En países en vías de desarrollo, como es el caso de la región latinoamericana, no es un tema prioritario por lo que su estudio es escaso o nulo; aun así, los pocos estudios que se han desarrollado identifican a Latinoamérica como una de las regiones que más utiliza este procedimiento.<sup>12, 22</sup>

Posiblemente la falta de investigación y abordaje del tema es un factor que incide en el uso de la episiotomía en América Latina. En países donde se ha realizado mayor investigación la incidencia de esta práctica ha disminuido, debido seguramente a que existe una mayor conciencia y conocimiento sobre su uso en casos donde la situación lo amerite. Estos adelantos científicos y la información generada en investigaciones recientes no se han tomado en cuenta en países latinoamericanos y se desconoce el tiempo que tardarán estos países en implementar nuevas prácticas o nuevos conocimientos sobre el tema.

Según registros obtenidos en un estudio realizado hace 20 años, Guatemala era el país que más episiotomía realizaba a nivel latinoamericano. Desde esa fecha se han realizado únicamente estudios enfocados en grupos pequeños de la población, por lo que la información no suele ser significativa y los resultados no pueden generalizarse a nivel nacional. En el país este tema ha sido escasamente discutido y analizado en los últimos años, por lo que no se tienen datos actualizados sobre la incidencia en el uso de esta práctica. Es necesario plantear procesos de investigación sobre el tema, abordando principalmente la frecuencia con la que se realiza este procedimiento y las indicaciones que han sido utilizadas como base para su aplicación.<sup>22</sup>

En la actualidad no existe un consenso sobre las indicaciones que marcan y determinan el uso de la episiotomía a nivel mundial. La mayor parte de la información disponible se centra en demostrar o estandarizar las indicaciones que se utilizan para realizar la episiotomía como procedimiento coadyuvante, sin embargo, a pesar de los esfuerzos de las organizaciones ginecológicas encargadas de regular su uso, no se ha podido establecer una lista sobre los casos en donde se establezca la necesidad de utilizar esta práctica. Su utilización depende de distintos factores, como el nivel socioeconómico de la madre, los insumos y técnicas

alternativas que se tengan en el área en el que se atenderá el parto y, sobre todo, de la pericia del profesional que atiende el parto.<sup>14, 16, 25-29, 31, 32, 34-36.</sup>

El personal médico o persona encargada del parto ha tomado como indicación absoluta la primiparidad para realizar la episiotomía. Diferentes estudios registran la alta incidencia de la práctica en mujeres primíparas, en países de diferentes continentes, con niveles socioeconómicos y culturales distintos.<sup>40-42</sup>

Con base en la información revisada en la presente investigación documental se establece que la primiparidad no debe ser justificación absoluta al momento de realizar la episiotomía, es importante erradicar ese estigma en las mujeres primíparas y tomar en cuenta la evaluación e integridad de las estructuras pélvicas maternas, la progresión del parto y la estabilidad del neonato. Se debe evaluar si existe otra indicación materna o fetal que apoye la práctica de este procedimiento en este grupo de mujeres, ya que en algunos casos su uso no es indispensable. Es necesario y recomendable realizar investigaciones para validar estas premisas.<sup>40-42</sup>

Globalmente el uso de la episiotomía ha disminuido en las últimas décadas, una explicación de este fenómeno son las críticas establecidas por movimientos científicos y feministas que se han pronunciado en contra de la realización de este procedimiento por considerarlo una forma de violencia obstétrica, por lo que se exigen cambios en el modelo obstétrico. A pesar de esta disminución, aún se tienen registros altos sobre el número de episiotomías que se realizan en pacientes primíparas.<sup>12</sup>

La utilización de la episiotomía ha disminuido principalmente en los países occidentales. Los únicos tres países (Dinamarca, Islandia y Suecia) que han logrado alcanzar el porcentaje propuesto por la OMS, referente al uso de la episiotomía (frecuencia menor al 10% del total de los partos) se ubican en esta región. No obstante, se debe aclarar que para alcanzar estas metas estos países han trabajado por más de 30 años, principalmente en cambios en la conceptualización fisiológica sobre el parto. Es difícil determinar el tiempo que tardarán los países latinoamericanos en cumplir con las recomendaciones establecidas por la OMS, tomando en cuenta, la carencia de registros sobre el número de episiotomías que se realiza en cada país; y la falta de iniciativas que promuevan la concientización e investigación del tema.<sup>22</sup>

Investigaciones realizadas en Latinoamérica determinan que el uso de la episiotomía varía levemente con base en la persona encargada de atender el parto. Estudiantes, enfermeras y parteras emplean más esta técnica en comparación al personal médico, la razón de esta variación puede explicarse por la experiencia y pericia en la atención del parto que estos últimos han desarrollado a través del tiempo y la práctica.<sup>22, 24</sup>

## 4.2 Complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas

A nivel mundial se han realizado diversos estudios para determinar y describir las complicaciones que suponen la práctica de la episiotomía, no obstante, la evidencia científica no ha sido suficiente para establecer un consenso sobre la determinación de las complicaciones generadas; el gremio médico tiene diferentes opiniones al respecto.

En los estudios revisados durante la investigación, se encontraron hasta siete tipos de técnicas utilizadas durante una episiotomía. En los libros de texto de ginecología y obstetricia de uso actual, únicamente se describen tres técnicas: medial, medio lateral y lateral. De las cinco técnicas restantes no existe información actualizada; se desconoce si aún son utilizadas y los riesgos que ocasionan. En la mayoría de los países de América Latina (incluyendo Guatemala) se desconoce qué tipo de episiotomía se practica. <sup>43, 47, 51, 53-60</sup>

Los dos tipos de episiotomía que más se utilizan a nivel mundial son la medial y medio lateral. Cada una puede llegar a generar diferentes complicaciones, por lo que su utilización difiere en cada país. Entre los médicos profesionales no se ha establecido un consenso sobre el tipo de episiotomía que genera mayores complicaciones. Actualmente no existen estudios que indiquen el tipo de episiotomía que es más utilizado por los profesionales, y si cada técnica se está implementando de forma adecuada. Además, se desconoce si el personal médico tiene conocimiento sobre las diferentes técnicas de episiotomía existentes; de tal cuenta, es importante realizar estudios que permitan generar conocimiento sobre el uso de cada técnica empleada en cada país, y las complicaciones potenciales que pueden surgir, a fin de favorecer el uso de la técnica que se encuentre relacionada con menos complicaciones. <sup>43, 47, 51, 53-57</sup>

Con base en los estudios registrados en la presente investigación se puede deducir que las complicaciones de la práctica de la episiotomía son más evidentes en el grupo de mujeres primíparas, esto probablemente porque cuentan con mayores factores de riesgos, principalmente un periné poco distensible en comparación con las pacientes multíparas. <sup>47</sup>

La episiotomía es un procedimiento que se ha relacionado con múltiples complicaciones maternas, muchas de ellas no alcanzan altas incidencias para ser consideradas razón absoluta para dejar de realizar esta intervención. Existen otras complicaciones que no cuentan con evidencia científica que las relacione, de forma directa, con la realización de la episiotomía, debido a que también se presentan en pacientes primíparas a las que no se les realiza el procedimiento. <sup>8, 52, 56, 61 - 88</sup>

La mayoría de los estudios que describen las complicaciones de la episiotomía fueron generados en países desarrollados; en estos países la incidencia de la práctica ha disminuido

en los últimos años, por lo que se puede deducir una posible relación entre las complicaciones que se han identificado, con la disminución en el uso de este tipo de intervención

Actualmente los estudios sobre las complicaciones de la episiotomía se centran exclusivamente en mujeres a quienes se les realiza el procedimiento, sin embargo, es importante comparar estas complicaciones con mujeres a quienes no se les ha realizado la episiotomía, a fin de determinar si la complicación es causada por dicha práctica o si la condición de una mujer que tiene un parto vaginal ya la predispone a presentar las complicaciones.

#### **4.3 Beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas**

El tema analizado con mayor frecuencia en la última década sobre la práctica de la episiotomía, se ha enfocado en la identificación de las complicaciones generadas en la salud de la madre, sin embargo, no se puede obviar que este tipo de intervención también genera beneficios. Si se realiza de forma correcta y en los casos que realmente lo amerite, se puede evitar la incidencia de complicaciones de mayor gravedad. Desafortunadamente, el gremio médico también carece de evidencia científica sobre los beneficios ocasionados por la episiotomía.

Durante la realización de la presente investigación no se encontraron estudios que analizaran los beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas y multíparas, por lo que no es posible establecer un análisis comparativo. Es importante la realización de este tipo de análisis entre ambos grupos para determinar si la realización de la episiotomía tiene un mayor beneficio en pacientes primíparas, lo que explicaría y justificaría las razones por las que actualmente el procedimiento se practique con mayor frecuencia en este grupo de mujeres.

Al realizar el análisis de la información registrada, se identifica que los beneficios en la madre generados por la realización de la episiotomía son menores (evitar desgarros grado III y IV y disminuir el segundo período de parto) comparados con las potenciales complicaciones. Los beneficios se sustentan principalmente en la salud del neonato, ya que facilitan el período de expulsión en casos de presentaciones anómalas o macrostomia fetal y disminuye el tiempo que dura dicho período, por lo que se evitan complicaciones tales como acidemia, depresión neonatal y otras afecciones que pueden agravar la salud del feto, justificando para estos casos la necesidad de realizar este procedimiento.<sup>42, 92-95, 99-105</sup>

Son pocos los estudios que presentan análisis y comparaciones sobre los riesgos-beneficios referentes a la utilización de la episiotomía; las investigaciones disponibles concluyen que son pocos los beneficios comparados con los riesgos generados por el procedimiento en la

salud de la madre cuando se usa de forma rutinaria, sin embargo, su práctica selectiva genera mayores beneficios.<sup>5, 89-91</sup>

El profesional de la salud debe tomar la decisión de realizar o no la episiotomía, individualizando cada caso y sopesando el riesgo-beneficio que el procedimiento tendrá en la salud del bebé y la madre, principalmente cuando esta última está cursando su primer parto.

## CONCLUSIONES

La episiotomía es un tema escasamente investigado a nivel mundial. Los países desarrollados presentan mayores estudios sobre el tema, sin embargo, en los países de ingresos medios o bajos, como la mayoría de la región latinoamericana y especialmente Guatemala, las investigaciones son escasas y desactualizadas. La mayor parte de estudios disponibles sobre la episiotomía se centran tanto en pacientes multíparas y primíparas, lo cual dificulta identificar las indicaciones, beneficios y complicaciones de la episiotomía en un grupo en particular, sobre todo en pacientes primíparas donde el procedimiento se realiza con mayor frecuencia. Actualmente, la mayoría de las investigaciones se centran únicamente en las complicaciones del procedimiento.

El método de búsqueda seguido en la investigación documental permitió obtener la información necesaria y adecuada para cumplir los objetivos establecidos. Los buscadores PubMed y BVS cuentan con documentos con información sobre el tema principalmente revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohorte generados a nivel mundial por países desarrollados. En el buscador Google Académico se registró información generada en tesis de grado y pregrado que actualmente son la mayor fuente de información para los países latinoamericanos.

El uso de la episiotomía ha ido disminuyendo paulatinamente a nivel mundial, este fenómeno posiblemente está relacionado con el aumento de diversas investigaciones realizadas, principalmente en países de primer mundo, que han indicado que su uso debe ser selectivo y no rutinario. Sin embargo, en países de Latinoamérica la utilización de este procedimiento sigue siendo elevado, manteniendo incluso su práctica en un cien por ciento en mujeres primíparas. No se vislumbran cambios significativos sobre el uso de la episiotomía en estos países debido a la falta de iniciativas que promuevan la concientización, análisis e investigaciones sobre el tema.

A nivel mundial, las diversas instituciones gineco-obstétricas no han logrado un consenso sobre las indicaciones que determinan la realización de la episiotomía en mujeres primíparas, esto debido a que su realización depende de varios factores como el nivel socioeconómico de cada país, estudios realizados en cada uno de ellos y el conocimiento del profesional que atiende el parto. En la actualidad su uso depende de la experiencia y criterio clínico del profesional a cargo de la atención del parto, de tal cuenta, es fundamental definir los casos y situaciones que necesiten la práctica de la episiotomía tomando como base sus beneficios y la generación de posibles complicaciones.

Estudios actuales han demostrado que la realización de la episiotomía puede generar complicaciones inmediatas y tardías en las mujeres primíparas, de las cuales la principal complicación es el desgarro perineal de grado I y II; sin embargo, cuando es utilizada de forma oportuna se logra disminuir la incidencia de desgarros tipo III y IV, que implican daño al esfínter anal, provocando incluso una comunicación vagino-anal. Al comparar los efectos generados por esta intervención, se concluye que los beneficios son menores con relación a las complicaciones generadas, su uso se sustenta principalmente en la salud del neonato, ya que la episiotomía facilita y disminuye el período de expulsión evitando complicaciones que puedan agravar la salud del feto.

Actualmente se observa una mayor frecuencia sobre el uso de la episiotomía en mujeres primíparas, a pesar de que en ellas se registran mayores complicaciones, sobre todo cuando es practicada de forma rutinaria. Las complicaciones suelen generar consecuencias físicas y psicológicas que repercuten en la calidad de vida de las pacientes sin tener evidencia científica sobre mayores beneficios del procedimiento en este grupo de mujeres, por lo que no se entiende su uso rutinario. Es importante señalar el uso de este procedimiento de forma selectiva si cuentan con evidencia sobre beneficios en la salud de la madre y del neonato.

## RECOMENDACIONES

La Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala debe generar más estudios que den a conocer la situación actual de la episiotomía en el país, las indicaciones que se están utilizando actualmente, la técnica más empleada así como las complicaciones y beneficios que se le atribuyen al procedimiento, con el fin de orientar a los médicos gineco-obstetras en formación sobre el uso adecuado de este procedimiento.

Los docentes de los diferentes hospitales escuelas deben capacitar al personal encargado de la atención del parto (gineco-obstetras, médicos generales, enfermeras, comadronas y estudiantes de medicina) sobre la importancia del uso restrictivo de la episiotomía para lograr optimizar los beneficios que esta técnica le brinda a la madre y al neonato, y al mismo tiempo minimizar las complicaciones que conlleva su uso de forma rutinaria.

Las universidades que cuenten con el área curricular de ginecología y obstetricia en los distintos hospitales escuela en todo el país y las distintas organizaciones gineco-obstétricas deben realizar estudios que comparen las complicaciones generadas en el parto entre mujeres primíparas con y sin episiotomía, a fin de determinar si dichas complicaciones pueden ser atribuidas al proceso natural del parto o si su incidencia se relaciona directamente con la realización de la episiotomía a fin de justificar su elevado uso en este grupo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mellizo Gaviria AM, López Veloza LM, Montoya Mora R, Ortiz Martínez RA, Gil Walteros CC. Frecuencia de la realización de episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del hospital universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [en línea]. 2018 Jun [citado 2 septiembre 2020]; 62 (2): 88-97. doi: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3030>
2. Caballero Barrera V, Velasco Ruiz M, Calvo Delgado I. Práctica de episiotomías en partos eutócicos. *Rev. Port. Med.* [en línea]. 2017 Jul [citado 2 Septiembre 2020]; 12 (14):652. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/episiotomias-en-partos-eutocicos/>
3. Jha S. Episiotomy: necessity or negligence? *BJOG* [en línea]. 2020 Mayo [citado 11 Mayo 2021]; 127 (11): 1408. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16272?af=R>
4. Ortiz Alvarado MC. Conocimientos en pacientes puérperas, sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección [tesis Medico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias Médicas; 2018 [citado 2 Septiembre 2020]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/18/Ortiz-Miriam.pdf>
5. Paiz Rosales RA. Uso de profilaxis antibiótica en el parto-episiotomía y rasgaduras vaginales. [tesis de Maestría en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2016 [citado 2 Septiembre 2020]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10035.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10035.pdf)
6. Aguiar M, Farley A, Hope L, Amin A, Shah P, Manaseki S. Birth-Related perineal trauma in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J.* [en línea]. 2019 Mar [citado 11 Mayo 2021]; 23: 1048-70. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-019-02732-5>
7. Moncayo Rivera C, Vázquez Becerra V. Frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital “Luis F. Martínez”. *Rev. Ciencia Digital.* [en línea]. 2018 Jul [citado 2 Septiembre 2020]; 2 (3):257-72. doi: <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v2i3.151>
8. Rubio Romero JA. La episiotomía en mujeres nulíparas: ¿un hábito difícil de dejar? *Rev. Colomb Osbtet. Ginecol.* [en línea]. 2018 Jun [citado 2 Septiembre 2020]; 69 (2): 85-7.

- Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342018000200085&lng=es&nrm=is.&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342018000200085&lng=es&nrm=is.&tlng=es)
9. He S, Jiang H, Qian X, Garner P. Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ Open* [en línea]. 2020 Jul [citado 9 Ene 2021]; 10 (7): e033354. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/7/e033354>
  10. Ortega Flores DL. Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2014 [tesis de Maestría en línea]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAM Managua, Facultad de Ciencias Médicas; 2015 [citado 19 Septiembre 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/129438229.pdf>
  11. Valencia Barahona LN. Complicaciones inmediatas secundarias a episiotomía realizada en primigestas entre los 15 a 19 años, en el hospital Alfredo Noboa Montenegro. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2018 [citado 19 Septiembre 2020], Disponible en: <http://45.238.216.28/bitstream/123456789/9248/1/PIUAMED049-2018.pdf>
  12. Rodriguez Ribeiro MA. La episiotomía como práctica cultural de género: Otro caso de mutilación genital femenina. *Rev. Investig. Fem.* [en línea]. 2020 Mar [citado 14 Nov 2020]; 11 (1): 77–87. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Augusta\\_Rodrigues\\_Ribeiro/publication/341646839\\_La\\_episiotomia\\_como\\_practica\\_cultural\\_de\\_genero\\_otro\\_caso\\_de\\_mutilacion\\_genital\\_femenina/links/5ed057df92851c9c5e65e356/La-episiotomia-como-practica-cultural-de-genero-otro-caso-de-mutilacion-genital-femenina.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Augusta_Rodrigues_Ribeiro/publication/341646839_La_episiotomia_como_practica_cultural_de_genero_otro_caso_de_mutilacion_genital_femenina/links/5ed057df92851c9c5e65e356/La-episiotomia-como-practica-cultural-de-genero-otro-caso-de-mutilacion-genital-femenina.pdf)
  13. Menezes B, Rodrigues S, Lopes P, Magalhaes AM, Barbosa GR, Ventura SK, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev. Bras. Enferm.* [en línea]. 2020 Oct [citado 11 Nov 2020]; 73 (4): e20190899. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001600194&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600194&tlng=en)
  14. Ghulmiyyah L, Sinno F, Mirza E, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: history, present and future-a review. *J Matern-Fetal Neo M.* [en línea]. 2020 Abr [citado 11 Nov 2020]; 33: 1-7. doi: 10.1080 / 14767058.2020.1755647
  15. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literatura review. *Mujeres y Salud* [en línea]. 2019 Ene [citado 11 Nov 2020]; 59 (7): 760-74. doi: 10.1080 / 03630242.2018 .1553814
  16. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health.* [en línea]. 2017 Abr

- [citado 11 Nov 2020] 14 (55): 1-10. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0315-4#change-history>
17. Vera Candela AK, Salas Mora GD. Beneficios y complicaciones de la episiotomía y episiorrafia en mujeres pos parto [tesis de Maestría en línea]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2019. [citado 12 Nov 2020], Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/45789/1/CD%20670-%20VERA%20CANDELA%20ALEJANDRA%20KATHIUSCA%20c%20%20SALAS%20MORA%20GABRIELA%20DENNISE.pdf>
  18. Beltrán WF, Duran MA, Losada MM, Maya MA, Orjuela C, Rojas F. Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Rev Med. Risaralda. [en línea]. 2019 Jul [citado 12 Nov 2020]; 25 (1): 40-3. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672019000100040](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672019000100040)
  19. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 25 ed. México: McGra-Hill Interamericana; 2019. Capítulo 2. Anatomía materna. p. 14-32.
  20. Pires Cunha CM, Katz L, Lemos A, Amorim MM. Knowledge, attitude and practice of brazilian obstetricians regarding episiotomy. Rev Bras Ginecol Obstet. [en línea]. 2019 Nov [citado 13 Nov 2020]: 41 (11): 636-46. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-3400314>
  21. Nassar H, Visser G, Campos D, Rane A, Gupta S. FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. Rev Intern Ginecol Obstet [en línea]. 2019 Mayo [citado 13 Nov 2020]; 146 (1): 17 – 9. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12843>
  22. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. Health Care Women Int. [en línea]. 2018 Abr [citado 13 Nov 2020]; 39 (6): 644-62. doi: 10.1080 / 07399332.2018.1445253
  23. Saico León EA. Propuesta de un algoritmo de episiotomía en la atención de un parto de emergencia en el área prehospitalaria con el uso del simulador gineco-obstétrico del instituto superior tecnológico “American College” 2020 [tesis Tecnólogo paramédico en línea]. Cuenca: Instituto superior tecnológico “American College”, Tecnología en paramedicina; 2020. [citado 15 Nov 2020], Disponible en: <http://dspace.americancollege.edu.ec:8080/repositorio/bitstream/123456789/175/1/TESIS%20ESTEBAN%20ADRIAN%20SAICO%20LEON.pdf>

24. Calapaqui Gutiérrez LN. Episiotomía en pacientes primigestas del hospital provincial general Iatacunga periodo abril-mayo 2015. [tesis Médico Cirujano en línea]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016 [citado 7 Feb 2021], Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4020/1/PIUAMED009-2016.pdf>
25. Zimmo K, LAine K, Fosse E, Zimmo M, Ali-Masri H, Zucknick M, et al. Episiotomy practice in six Palestinian hospitals: a population-based cohort study among singleton vaginal births. *BMJ Open* [en línea]. 2018 Jul [citado 14 Nov 2020]; 8 (7); 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6082490/>
26. Cichowski S, Rogers R. Prevention and management of obstetric lacerations at Vaginal Delivery. *ACOG*. [en línea]. 2018 Sept [citado 14 Nov 2020]; 132 (3); 87-102. doi:10.1097 / AOG.0000000000002841
27. Steven G. Presentaciones fetales anómalas. En: Menéndez I, revisor científico. *Obstetricia, Embarazos normales y de riesgo*. 17 ed. España: Elsevier; 2019. p 387-414.
28. Díaz de Alda Fernández L. Versión cefálica externa una alternativa razonable a la cesárea y al parto de nalgas. [tesis Médico y Cirujana en línea]. España: Universidad del país Vasco, Facultad de Medicina y Odontología; 2017. [citado el 15 Nov 2020], Disponible en : [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/31101/TFG\\_D%c3%adaz%20de%20Alda\\_Fernandez\\_Rev.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/31101/TFG_D%c3%adaz%20de%20Alda_Fernandez_Rev.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Benavides Obando JS. Complicaciones en pacientes con episiotomía atendidas en gineco obstetricia del hospital Luis Gabriel Dávila-2018 [tesis Enfermería en línea]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud; 2019. [citado 15 Nov 2020], Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9337/2/06%20ENF%201037%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
30. Veintimilla O, Ledezma M, Marrero D, Lopez L, Lino H. Factores de riesgo asociados a distocias del mecanismo del parto en gestantes primíparas atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. *QhaliKay*. [en línea]. 2020 Mayo [citado 15 Nov 2020]; 4: 1- 8. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2725/2821>
31. Andrade Macías MB. Distocia de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018 [tesis Médica Obstetra en línea]. Ecuador Universidad Técnica de Babahoyo. Escuela de Obstetricia; 2018. [citado 16 Nov 2020]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4576/P-UTB-FCS-OBST-000008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

32. Manual Msd versión para profesionales [en línea]. Filadelfia: Children's Hospital of Philadelphia; 1899-2020 [actualizado Ene 2020; citado 16 Nov 2020]. Distocia fetal; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en : [https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal#v1075213\\_es](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal#v1075213_es)
33. Goueslard K, Cottenet J, Roussot A, Clesse C, Sagot P, Quantin C. et al. How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France. BMC [en línea]. 2018 Jun [citado 16 Nov 2020]. 18 (208): 1-10. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1747-8>
34. Dávila Samaniego EV, Huaroc Segovia PR. Factores asociados a la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el hospital Domingo Olavegoya - Jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017 [tesis Obstetra en línea]. Perú: Universidad Roosevelt; 2017. [citado 16 Nov 2020], Disponible en: [http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/58/T\\_105\\_47857951.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/58/T_105_47857951.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Pari Agramonte YD. Factores relacionados a sufrimiento fetal en el hospital Carlos Monje Medrano De Julia 2018. [tesis Médico Obstetra en línea]. Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019. [citado 16 Nov 2020], Disponible en: [http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/4459/T036\\_70274716\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/4459/T036_70274716_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
36. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. Matronas Prof. [en línea]. 2017 Mayo [citado 3 Ene 2020]; 18 (3): 98-104. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-episiotomia.pdf>
37. Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. Stages of labor. [en línea]. Treasure Island: StatPearls; 2020 [citado 17 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
38. Martinez-Biarge M, Cheong J, Diez J, Mercuri E, Dubowitz L, Cowan F. Risk Factors for neonatal arterial ischemic stroke: The Importance of the intrapartum period. J Pediatr [en línea]. 2016 Jun [citado 17 Nov 2020]; 173: 62 - 8. Disponible en: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(16\)00286-9/fulltext#articleInformation](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(16)00286-9/fulltext#articleInformation)
39. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S. Scheffler M. Factors related to episiotomy practice: an evidence-based medicine systematic review. J Gynaecol Obstet [en línea]. 2019 Abr [citado 3 Ene 2021]; 39: 6, 737-47. doi:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2019.1581741?journalCode=ijog>  
20

40. Pasc A, Navolan D, Puscasiu L, Ionescu CA, Szasz FA, Carabineanu A, et al. A multicenter cross-sectional study of episiotomy practice in Romania. *J Eval Clin Pract.* [en línea]. 2018 Nov [citado 18 Nov 2020]. 25 (2): 306 - 11. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jep.13062>
41. Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Meseguer de Pedro M, Canteras Jordana M, Martínez Roche M. La episiotomía y su relación con diversas variables clínicas que influyen en su realización. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [en línea]. 2016 [citado 18 Nov 2020]; 24: e2793 Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100327&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100327&lng=en&tlng=en)
42. Celsse C, Cottente J, Lighezoolo J, Gouslard K, Scheffler M, Sagot P, et al. Episiotomy practices in France: epidemiology and risk factors in non-operative vaginal deliveries. *Rev. Sci Rep.* [en línea]. 2020 Nov [citado 5 Ene 2021]; 10:3-11 Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-70881-7#Sec2>
43. Barjon K, Mahdy H. Episiotomy. [en línea]. Treasure Island: StatPearls; 2020 [citado 15 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/?report=reader>
44. Vidart JA, Cascales M. Anatomía y fisiología del aparato genital femenino. En: Cascales Angosto M, editor. *Mecanismos fisiológicos y moleculares de la anticoncepción* [en línea]. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2016: p. 38-40. Disponible en: [https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=6025054](https://bibliotecavirtual.ranf.com/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=6025054)
45. Moore K, Dalley A, Agur A. *Anatomía con orientación clínica*. 8 ed. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2019. Capítulo 6. Pelvis y periné. p. 1022-2011.
46. Soko E, Genadry R, Anderson J. Anatomía y embriología. En: Berek J, editor. *Berek y Novak Ginecología*. 15 ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2012; p. 101 y 104
47. Abad K. Propuesta de una guía de manejo de técnicas de episiotomía, en la atención prehospitalaria utilizando el simulador gineco-obstétrico, del Instituto Superior Tecnológico American College 2019 [tesis tecnólogo paramédico en línea]. Cuenca: Instituto Superior Tecnológico "American College", Tecnología en paramedicina; 2019 [citado 15 Ene 2021], Disponible en: <http://dspace.americancollege.edu.ec:8080/repositorio/bitstream/123456789/81/1/tesis.pdf>

48. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. [en línea]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 15 Ene 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=3F1DE841321557BC6C2877531798E297?sequence=1>
49. Carvajal JA, Barriga MI. Manual de obstetricia y ginecología [en línea]. 10 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019 [citado 15 Ene 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
50. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetrícia. 6 ed. Buenos Aires: El ateneo; 2005. Capítulo 11. El parto normal. p 431- 532.
51. Muhleman MA, Aly I, Walters A, Topale N, Tubbs S, Loukas M. To cut or no to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. Clin. Anat [en línea]. 2017 [citado 18 Ene 2021]; 30 (3): 362 – 72. doi: <https://doi.org/10.1002/ca.22836>
52. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears – a review. AJGP [en línea]. 2018 Feb [citado 18 Ene 2021]; 47 (2): 35-8. Disponible en: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/january-february/perineal-tears-a-review>
53. Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, Laine K, Raisanen SH, De Leeuw JW. The role of medialateral episiotomy during operative vaginal delivery. EJOG [en línea]. 2019 [citado 19 Ene 2021]; 240:192-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.07.005>
54. Garner D, Patel A, Hung J, Castro M, Segev T, Plochocki J, et al. Medline and mediolateral episiotomy: risk assessment based on clinical anatomy. MDPI [en línea]. 2021 Feb [citado 13 Mar 2021]; 11 (2): 221-33. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/2/221/htm>
55. Fonseca Centurión RA. Episiotomía como factor de riesgo de prolapso de órgano pélvico. Hospital Víctor Lazarte Echegaray [tesis Médico y Cirujano en línea]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2018 [citado 19 Ene 2021], Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3937/1/REP\\_MED.HUMA\\_RODRIGO.FONSECA\\_EPISIOTOMIA.FACTOR.RIESGO.PROLAPSO.%c3%93RGANO.P%c3%89LVICO.HOSPITAL.V%c3%8dCTOR.LAZARTE.ECHEGARAY.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3937/1/REP_MED.HUMA_RODRIGO.FONSECA_EPISIOTOMIA.FACTOR.RIESGO.PROLAPSO.%c3%93RGANO.P%c3%89LVICO.HOSPITAL.V%c3%8dCTOR.LAZARTE.ECHEGARAY.pdf)
56. Verghese TS, Champaneria R, Kapoor S, Manish T. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. [en línea]. 2016 Feb

- [citado 20 Ene 2021]; 27:1459-67. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-016-2956-1>
57. Hersh SR, Emeis CL. Mediolateral episiotomy: Technique, practice, and training. *J Midwifery Womens Health*. [en línea]. 2020 Mar [citado 20 Ene 2021]; 65: 404-9. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13096>
  58. Mauricci Bravo JC. Episiotomía mediolateral como factor protector de desgarro perineal en parturientas del Hospital Regional Docente de Trujillo [tesis Médico y Cirujano en línea]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2018 [citado 19 Ene 2021], Disponible en: [http://200.62.226.186/bitstream/upaorep/3974/1/REP\\_MED.HUMA\\_JULIO.MAURICCI\\_EPISIOTOM%c3%8dA.MEDIOLATERAL.FACTOR.PROTECTOR.DESGARRO.PERINEAL.PARTURIENTAS.HOSPITAL.REGIONAL.DOCENTE.TRUJILLO.pdf](http://200.62.226.186/bitstream/upaorep/3974/1/REP_MED.HUMA_JULIO.MAURICCI_EPISIOTOM%c3%8dA.MEDIOLATERAL.FACTOR.PROTECTOR.DESGARRO.PERINEAL.PARTURIENTAS.HOSPITAL.REGIONAL.DOCENTE.TRUJILLO.pdf)
  59. Carrera Martínez SB. Intervención educativa para mejorar los conocimientos del autocuidado en puérperas con episiotomía en un hospital público de Lima norte 2017 [tesis enfermería en línea]. Lima: Universidad Católica Sede Sapientiae, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017 [citado 19 Ene 2021], Disponible en: [http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/755/Carrera%20Mart%c3%adnez%2c%20Stephany%20Brycet%20-%20Intervenci%c3%b3n%20educativa%20\\_%20autocuidado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/755/Carrera%20Mart%c3%adnez%2c%20Stephany%20Brycet%20-%20Intervenci%c3%b3n%20educativa%20_%20autocuidado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  60. Rodríguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. *Reprod Health* [en línea]. 2016 Oct [citado 20 Ene 2021]; 13 (131):1-7. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0242-9#citeas>
  61. Arellano Moreno DF. Complicaciones de la episiotomía selectiva en gestantes nulíparas. Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote, 2017 [tesis Especialista Obstetricia en línea]. Chimbote: Universidad San Pedro, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018 [citado 22 Ene 2021], Disponible en: [http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/12375/Tesis\\_61376.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/12375/Tesis_61376.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  62. Yıldırım D, Olgu Bafalı İ, Ateş MC, Erdem B, Köroğlu N, Karaaslan O. Does the timing of episiotomy repair influence the incidence of postpartum hemorrhage? A randomized controlled study. *Eur Arc Med Res* [en línea]. 2019 Sept [citado 22 Ene 2021]; 35 (1): 38-

42. Disponible en: <http://okmeydanitipdergisi.org/archives/archive-detail/article-preview/does-the-timing-of-episiotomy-repair-nfluence-the-/25653>
63. Girault A, Deneux-Tharoux C, Loic S, Maillard F, Goffinet F. Undiagnosed abnormal postpartum blood loss: Incidence and risk factors. *Plos One* [en línea]. 2018 Ene [citado 22 Ene 2021]; 13 (1): 1-12. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190845#pone-0190845-t004>
64. Zambrano Villamar V, Vera-Quiñórez S, Rodríguez Sotomayor J, Reyes Rueda E. Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas. *Cumbres* [en línea]. 2019 Nov [citado 22 Ene 2021]; 5 (1): 125 – 35. Disponible en: <https://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/416>
65. Chuquiruna Quiroz ML. Factores obstétricos relacionados a la anemia posparto en puérperas primíparas. Hospital regional docente de Cajamarca [tesis Obstetricia en línea]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca Facultad de Ciencias de la Salud; 2018 [citado 20 Ene 2021], Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1787/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. Komatsu R, Ando K, Flood P. Factors associated with persistent pain after childbirth: a narrative review. *Br. J Anaesth* [en línea]. 2020 Ene [citado 22 Ene 2021]; 124 (3): 117-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.037>
67. Odijk R, Hennipman B, Rousian M, Madani K, Dijksterhuis M, de Leeuw JW, et al. The move-trial: Monocryl vs rapide for skin repair in mediolateral episiotomies: a randomized controlled trial. *BMC* [en línea]. 2017 Oct [citado 22 Ene 2021]; 355:1-7. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1545-8>
68. Martínez Galiano JM, Arredondo López B, Molina García L, Camara Jurado AM, Cocera Ruiz E, Rodríguez Delgado M. Sutura continua versus discontinua en lesiones perineales producidas durante el parto en mujeres primíparas: un ensayo controlado aleatorio. *Rev. Preg Child* [en línea]. 2019 Dic [citado 10 Ene 2021]; 19: 499. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2655-2>
69. Franco Cedeño CV. Complicaciones inmediatas de la episiotomía en nulíparas atendidas en el hospital materno infantil Matilde Hidalgo de Procel durante el período de agosto 2017 enero 2018 [tesis de Maestría en línea]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2018 [citado 22 Ene 2021], Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31648/1/CD-453-FRANCO%20CEDE%c3%91O.pdf>

70. Silverio Piloña RN. Estudio comparativo de las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue, 2019 [tesis Obstetricia en línea]. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de ciencias de la salud; 2019. [citado 22 Ene 2021], Disponible en:  
[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3593/T061\\_46693696\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3593/T061_46693696_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
71. Tuesta Yomana MI. Complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el hospital regional de Loreto; enero-marzo 2016 [tesis de Maestría en línea]. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [citado 23 Ene 2021], Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/94/TUESTA-Complicaciones-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
72. Godoy C, Guzzo V, Viroga S. Hematoma espontáneo del ligamento ancho luego de un parto vaginal normal: Reporte de caso. *Anfamed* [en línea]. 2020 Ene [citado 22 Ene 2021]; 7 (2): 3-7. Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/416/400>
73. Tuda CM, Carnero Fernández MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enferm. glob.* [en línea]. 2020 Mar [citado 9 Ene 2021]; 19(57): 390-12. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
74. Bo K, Hilde G, Tennfjord M, Ellstrom M. Does episiotomy influence vaginal resting pressure, pelvic floor muscle strength and endurance, and prevalence of urinary incontinence 6 weeks postpartum. *Rev. Neuro. Urody* [en línea]. 2016 Abr [citado 9 Ene 2021]; 36(3): 683-86. doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.22995>
75. Babini D, Lemos A. Predictive factors for time to cessation of urinary incontinence in primiparous adolescents after vaginal delivery. *Gynecol Obstet* [en línea]. 2020 Abr [citado 9 Ene 2021]; 150 (3): 329-34. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13176>
76. Barbosa L, Kühni D, Vasconcelos D, Sales E, Lima G, Santos M, et al. Factors associated with urinary incontinence in pregnant adolescents: A case-control study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [en línea]. 2018 Ago [citado 11 Ene 2021]; 31(4): 382-87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.131>
77. Bergendahl S, Ankarcrona V, Leijonhufvud Å, Hesselman S, Karlström S, Koop H, et al. Lateral episiotomy versus no episiotomy to reduce obstetric anal sphincter injury in vacuum-assisted delivery in nulliparous women: study protocol on a randomised

- controlled trial. *BMJ Open* [en línea]. 2019 Mar [citado 10 Ene 2021]; 9 (3): 1-8. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e025050>
78. Petrushin AL, Pryalukhina AV. Postpartum anal incontinence. *Rev Obst, Gineco y reprod* [en línea]. 2019 [citado 7 Ene 2021]; 13 (1): 50-62. doi: <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2019.13.1.050-062>
79. Marschalek M, Worda C, Kuessel L, Koelbl H, Oberaigner W, Leitner H, et al. Risk and protective factors for obstetric anal sphincter injuries: A retrospective nationwide study. *Rev. BIR* [en línea]. 2018 Mar [citado 8 Ene 2021]; 45 (4): 409-15 doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12346>
80. Rusavy Z, Karbanova J, Jansova M, Kalis V. Anal incontinence and fecal urgency following vaginal delivery with episiotomy among primiparous patients. *Rev. Internl Jour of Gyn & Obs* [en línea]. 2016 Ago [citado 8 Ene 2021]; 135: 290-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.025>
81. Ola Gutzeit MD, Gali Levi MD, Lior Lowenstein MD. Postpartum female sexual function: Risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Rev. Sex. Med* [en línea]. 2019 Dic [citado 9 Ene 2021]; 8 (1): 8 – 13. Disponible en: [https://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161\(19\)30202-8/fulltext](https://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161(19)30202-8/fulltext) Sex. Med
82. Gomes Marambaia C, Gomes Vieira BD, Herdy Alves V, Pereira Rodrigues D, Linhares Maciel AV, Calvão Ferreira T. Sexualidad de las mujeres en el puerperio: reflexiones de la episiotomía. *Rev. Enf* [en línea]. 2020 Ago [citado 8 Ene 2021]; 25 e67195. Disponible en: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362020000100328](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100328)
83. Berhan Y, Kirba S, Gebre A. Still no substantial evidence to use prophylactic antibiotic at operative vaginal delivery: Systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynecol Int* [en línea]. 2020 Mayo [citado 1 Feb 2021]; 2020: 1 - 10 Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2020/1582653/>
84. Anda Aguilar L, Castañeda Solís A, Pérez Castro J. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. *Rev. Fac. Med.* [en línea]. 2017 Oct [citado 9 Feb 2021]; 60 (5): 30-5. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000500030&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000500030&script=sci_arttext)
85. Dudley L, Kettle C, Thomas PW, Ismail KM. Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced wound (PREVIEW): a pilot and feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open* [en línea]. 2017 Mar [citado 19 Feb 2021]; 7 (3): e012766. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e012766>

86. Dagnew M, Tegenie B, Yeshitela B, Howe R, Abate E. Bacterial profile, antibacterial resistance pattern, and associated factors from women attending postnatal health Service at University of Gondar Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. *Rev. Int J Med Microbiol* [en línea]. 2018 Feb [citado 9 Feb 2021]; 2018:1-10. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijmicro/2018/3165391/>
87. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal. *Birth base de datos Cochrane* [en línea]. 2017 Nov [citado 11 Feb 2021]; 11: 1465-858. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012136.pub2/full>
88. Vilcahuaman JM, De La Cruz KN, De La Torre RJ. Complicaciones en nulíparas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Zacarias Corre Valdivia, Huancavelica. *Rev invest cient y tecnol* [en línea]. 2021 Ene [citado 12 Feb 2021]; 2(1): 21-8. Disponible en: <https://llamkasun.unat.edu.pe/index.php/revista/article/view/28/34>
89. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Le recours sélectifa l'épisiotomie par rapport au recours systématique pour l'accouchement par voie basse. *Cochrane Database Syst* [en línea]. 2017 Feb [citado 4 Abr 2021]; 2: 1465-858. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>
90. Correa da Rocha L, Quintanilha AB, da Silva FA, se Souza CC, García Pires K, Dos Santos Esteves AP. Análise comparativa entre o uso de torina e o selectivo da episiotomía, uma revisao de literatura. En: Alvarez Perez MC, Beatriz Arcuri M, Rodrigues S, compiladores. *Anais do II congresso de estudantes de medicina do unifeso – II CEMED. Brasil: Teresópolis; [en línea] 2020: p. 33-7.* Disponible en: <https://www.unifeso.edu.br/editora/pdf/5069fb0ec1e8ed7470c4741ec6521bc0.pdf#page=34>
91. Ramírez Fernández K, Salas Fernández CY. Uso selectivo y restrictivo de la episiotomía y sus consecuencias en primigestas, hospital regional Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco, noviembre-diciembre 2016 y enero-febrero del 2017 [tesis de obstetricia en línea]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Obstetricia; 2018 [citado 5 Abr 2021], Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/4330/TFO00329R22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
92. Simic M, Cnattingius S, Petersson G, Sandström A, Stephansson O. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. *BMC Pregn Child* [en línea]. 2017 Feb [citado 1 Abr 2021]; 72

- (17): [aprox. 10 pant.]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1251-6>
93. Desplanches T, Szczepanski E, Cottenet J, Semama D, Quantin C, Sagot P. A novel classification for evaluating episiotomy practices: application to the Burgundy perinatal network. *BMC Pregnancy Childbirth* [en línea]. 2019 Ago [citado 1 Abr 2021]; 19(1):300. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2424-2>
94. Ankarcrona V, Zhao H, Jacobsson B, Wendel B. Obstetric anal sphincter injury after episiotomy in vacuum extraction: an epidemiological study using an emulated randomised trial approach. *BJOG* [en línea]. 2021 Feb [citado 2 Abr 2021]; 00: 1-9 [aprox. 11 pant.]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16663>
95. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Mode of term singleton breech delivery [en línea]. Washington: ACOG; 2018. [actualizado Ago 2018; citado 4 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/08/mode-of-term-singleton-breech-delivery.pdf>
96. Carissa Hipsher MS, Annette Fineberg MD. Up against a wall: A patient and obstetrician's perspective on the mode of breech delivery. *Birth* [en línea]. 2019 Mayo [citado 4 Abr 2021]; 46 (4): 543-6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12432>
97. Pulido Valente M, Carvalho Afonso M, Nuno C. Is vaginal breech delivery still a safe option? *Rev Bras Ginecol Obstet* [en línea]. 2020 Nov [citado 5 Abr 2021]; 42 (11): 712 – 6. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1713804>
98. Beta J, Khan N, Khalil A, Fiolna M, Ramadan G, Akolekar R. Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* [en línea]. 2019 Abr [citado 5 Abr 2021]; 54 (3) 308 – 18. doi: <https://doi.org/10.1002/uog.20279>
99. Corzo Ayme ET, Cuadros Palomino M. Factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de apoyo de Huanta. Julio – septiembre 2019 [tesis Obstetra en línea]. Ayacucho, Perú: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020 [citado 3 Abr 2021], Disponible en: [http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/3842/TESIS%200867\\_Cor.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/3842/TESIS%200867_Cor.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
100. Fikadu K, Boti N, Tadesse B, Mesele D, Aschenaki E, Toka E, et al. Magnitude of Episiotomy and associated factors among mothers who give birth in arba minch General

- Hospital, Southern Ethiopia: Observation-based cross-sectional study. *Journ Pregnan* [en línea]. 2020 Sept [citado 6 Abr 2021]. [aprox 12 pant.] Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2020/8395142/>
- 101.** Infante Torres N, Molina Alarcón M, Arias Arias A, Rodríguez Almagro J, Hernández-Martínez A. Relationship between prolonged second stage of labor and short-term neonatal morbidity: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [en línea]. 2020 Oct [citado 10 Mar 2021]; 17(21):1-25. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7762/htm>
- 102.** Yaniv Zipori MD, Oren Grunwald MD, Yuval Ginsberg MD, Ron Beloosesky MD, Zeev Weiner MD. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery on maternal and neonatal outcomes. *AJOG* [en línea]. 2019 [citado 11 Mar 2021]; 220, (2): 191.e1 - 191.e7. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30912-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30912-8/fulltext)
- 103.** Corrêa Dias JM, Passini JR. Selective Episiotomy: Indications, technique, and association with severe perineal lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [en línea]. 2016 Ene [citado 12 Mar 2021]; 38 (6): 301-7. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1584942>
- 104.** Gonzalez Díaz E. Episiotomía en los desgarros obstétricos del esfínter anal en los partos instrumentales [tesis Doctorado en línea]. Portugal: Universidad de León Programa de doctorado: Investigación aplicada a las ciencias sanitarias; 2020 [citado 13 Mar 2021], doi: 10.18002/10612/12747
- 105.** González-Díaz E, Fernández-Fernández C, Gonzalo Orden JM, Fernández Corona A. ¿Qué características de la episiotomía y el perineo están asociadas con un menor riesgo de lesión obstétrica del esfínter anal en partos instrumentales? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* [en línea]. 2019 Feb [citado 6 Abr 2021]; 233: 127-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.12.019>

## COMPLEMENTARIOS

### Apéndice A

**Tabla 1 Matriz del tipo de artículos utilizados según tipo de estudio.**

Tipo de estudio	Término utilizado	Número de artículos
<b>Todos los artículos revisados.</b>	-----	318
<b>Todos los artículos utilizados.</b>	-----	105
<b>Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados.</b>	("Episiotomy" [MeSH] OR "primipara" [MeSH]) AND ("complications" [MeSH] OR "benefits" [Mesh]) AND ("Indication" [MeSH]) AND ("Techniques" [Mesh]) AND ("Story" [MeSH]) AND ("Evolution" [ Mesh])	5
<b>Revisión sistemática</b>	("Episiotomy" [MeSH] AND "statistical trends"[MeSH]) AND ("practice" [MeSH]) AND ("perineal tears" [MeSH])	11
<b>Estudios transversales</b>	("Episiotomy" [MeSH] OR "complications" [MeSH]) AND (primipara" [MeSH] AND "episiotomy") AND ("birth" [MeSH])	11
<b>Ensayo controlado aleatorio</b>	("Episiotomy" [MeSH] OR "selective" [MeSH]) AND ("mediolateral" [MeSH])	5
<b>Estudio descriptivo retrospectivo</b>	("Episiotomy" [MeSH] AND "practice" [MeSH]) AND	6
<b>Cohorte</b>	("Episiotomy" [MeSH] AND "risk factors" [MeSH]) AND ("rates change" [MeSH])	8
<b>Casos y controles</b>	("Episiotomy" [MeSH]) OR "risk factors" [MeSH]) AND ("obstetric" [MeSH]) AND ("repair" [MeSH])	7
<b>Estudios descriptivos correlacionales.</b>	("Episiotomy" [MeSH]) OR "medline" [MeSH]) AND ("risk" [MeSH])	2
<b>Opinión de expertos</b>	("Episiotomy" [MeSH]) OR "practice" [MeSH])	5
<b>Literatura gris</b>	("Episiotomy" [MeSH] AND "signs of infection")AND ("complications"[MeSH] OR "benefits"[Mesh]) AND("Story"[MeSH]) AND ("Evolution"[MeSH]) AND ("labor"[MeSH]) AND (prevention" [MeSH])	42
<b>Revisión bibliográfica</b>	("Episiotomy" [MeSH]) AND "obstetric" [MeSH]) AND ("practices" [MeSH])	3

Anexo 1

Tabla 2 Motores de búsqueda y descriptores utilizados

Buscadores	Términos utilizados y operadores lógicos
BVS	(tw:(episiotomy))
	(tw:(episiotomy)) AND (tw:((risk))
	(tw:(episiotomy)) AND (tw:(benefit))
	(tw:(episiotomy)) AND (tw:(indication))
	(tw:(episiotomy)) AND (tw:(primipara))
Google académico	episiotomía
	episiotomía “riesgos”
	episiotomía “beneficios”
	episiotomía “indicación”
	episiotomía “primipara”
Pubmed.	<b>MeSH Terms:</b> episiotomy
	<b>MeSH Terms:</b> episiotomy; risk
	<b>Subheading:</b> risk
	<b>MeSH Terms:</b> episiotomy; benefit
	<b>Subheading:</b> benefit
	<b>MeSH Terms:</b> episiotomy; indication
	<b>Subheading:</b> indication
	<b>MeSH Terms:</b> episiotomy; primipara
	<b>Subheading:</b> primipara

Fuente: elaboración propia tomado de: García C, Vásquez M, Rodas M, Morales A, López M, Jovián J, et al. Guía de formato y estilo para monografía. Guatemala; 2020

## ÍNDICE ACCESORIO

### ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1	
Tabla 1.1 Datos sobre la práctica de la episiotomía en América Latina .....	5
Tabla 1.2 Factores asociados a la episiotomía para partos vaginales en nulíparas según la edad materna .....	11
Capítulo 2.	
Tabla 2.1 Músculos de la vulva .....	15
Tabla 2.2 Desgarros perineales.....	22
Capítulo 3.	
Tabla 3.1 Complicaciones de la episiotomía rutinaria y restrictiva .....	31
Tabla 3.2 Partos de nalgas y cefálicos clasificado por nuliparidad y multiparidad de las madres.....	35
Tabla 3.3 Episiotomía realizada en pacientes nulíparas y multíparas.....	35

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Tipos de episiotomía.....	18
--------------------------------------	----