



MÁSTER  
UNIVERSITARIO EN  
INVESTIGACIÓN  
Y MEDICINA  
CLÍNICA



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

## Título

¿EXISTEN MÁS DESGARROS PERINEALES Y DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO EN MUJERES A LAS QUE NO SE LES REALIZA EPISIOTOMÍA?

**Alumno:** Manzano Roldán, Andrea.

**Tutor:** Martínez Escoriza, Juan Carlos.

Curso: 2015-2016

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar si la tasa de desgarros perineales de III y IV grado y la existencia de incontinencia urinaria es mayor en mujeres a las que no se les ha realizado episiotomía.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo con seguimiento tipo caso-control. Los casos serían las mujeres sin episiotomía y los controles serían las mujeres a las que se les ha realizado episiotomía. Se comparará el porcentaje de desgarros, el tipo de desgarros, en esta variable encontraremos tres grupos (LEVES (I y II grado), III grado y IV grado). Test de incontinencia de orina (IU) (cuestionario ICIQ-SF) a las 6 semanas, a los 6 y 12 meses post-parto, y efectos objetivos mediante exploración ginecológica valorando IU, IF, IG y dolor crónico) a los 6 y a los 12 meses post-parto.

**Conclusiones:** En los resultados preliminares, se han reclutado un total de 97 pacientes por el momento, 43 en el grupo de casos y 54 en el de controles. El parto instrumentado es mayor en grupo control, y la paridad previa es ligeramente superior en los casos. No se han registrado hasta el momento desgarros graves, pero la tasa de desgarros leves y la existencia de IU es superior en el grupo de no episiotomía. No obstante, es necesario continuar con el estudio y aumentar el tamaño muestral.

**Palabras clave:** Parto, Episiotomía, desgarro perineal, trastornos del suelo pélvico, incontinencia urinaria.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determinate the third and fourth grade perineal tear and the urinary incontinence rates in women who did not have episiotomy during labor are higher than women with episiotomy.

**Methods:** It is a prospective observational study with follow-up case-control type. The cases would be women without episiotomy and controls would be women who have been subjected to episiotomy. Dependent variables are the rate of perineal tears in this variable we will find three groups (MILD (I and II degree), grade III and IV grade). Patients will make a test of urinary incontinence (UI) ( ICIQ- SF ) at 6 weeks, 6 and 12

months postpartum, and objective effects by gynecological examination assessing IU, IF , IG and chronic pain) at 6 and 12 months postpartum.

**Results:** In the preliminary data, 97 patients have been collected, 43 cases and 54 controls. The instrumented delivery is higher in control group, and the previous parity is slightly higher in cases. At the moment there are no serious perineal tears (III and IV degree), there are more MILD perineal tears and more urinary incontinence in case group. However, it is necessary to continue the study and increase the sample size.

**Keywords:** Labor, Episiotomy, perineal tears, pelvic floor disorders, urinary incontinence.



## INDICE

✚ <b><u>Aspectos preliminares:</u></b>	
○ RESUMEN, PALABRAS CLAVE .....	2
○ ABSTRACT, KEYWORDS .....	2
✚ <b><u>Cuerpo del TFM:</u></b>	
○ INTRODUCCIÓN.....	5
○ HIPÓTESIS.....	7
○ OBJETIVOS.....	7
○ METODOLOGÍA	
▪ Diseño.....	7
▪ Lugar.....	8
▪ Tiempo de ejecución.....	8
▪ Sujetos del estudio, muestreo y tamaño muestral.....	8
▪ Variables.....	9
▪ Recogida de variables.....	10
▪ Análisis de datos.....	11
▪ Dificultades y limitaciones.....	12
○ ASPECTOS ÉTICOS.....	12
○ PLAN DE TRABAJO.....	12
○ PRESUPUESTO.....	13
○ RESULTADOS PRELIMINARES.....	13
✚ <b><u>Bibliografía</u></b> .....	16
✚ <b><u>Anexos</u></b> .....	17

## **INTRODUCCION**

La episiotomía es una técnica obstétrica originada con el objetivo de disminuir la probabilidad de desgarros severos perineales y acortar el período de expulsivo en casos de riesgo de pérdida de bienestar fetal<sup>1</sup>. En un principio, se instauró el uso sistemático de la episiotomía frente a un uso restrictivo; posteriormente y con la publicación de algunos estudios y varias revisiones sistemáticas<sup>2,3</sup> donde se comparaban el uso de la episiotomía restrictiva con la selectiva, concluyeron que el uso sistemático no aportaba más beneficios que el restrictivo, relacionándose con mayor tasa de dolor perineal y complicaciones posteriores. Así mismo, se concluía que el realizar la episiotomía de forma restrictiva o selectiva (sólo cuando existen claras indicaciones maternas o fetales) presenta mejores resultados clínicos frente al realizarla de forma rutinaria.

Tras ello se elaboraron informes y guías de práctica clínica<sup>4,5</sup> y un resumen de evidencia<sup>1</sup>, actualizado en febrero de 2016, que concluían que el enfoque recomendado ante una mujer con parto vaginal es la realización de una episiotomía restrictiva; es decir, que se realice sólo en caso de estar clínicamente indicado por motivos maternos y/o fetales.

Respecto a los resultados clínicos comparativos, a nivel de desgarros perineales y morbilidad del suelo pélvico, entre la realización o no de una episiotomía, la evidencia disponible es más limitada y se observan resultados controvertidos que impiden establecer conclusiones al respecto<sup>1</sup>. De igual forma, mientras que un meta-análisis de estudios observacionales<sup>6</sup> encuentra una asociación entre la presencia de trauma perineal grave y la realización de una episiotomía, un reciente estudio de cohortes<sup>7</sup> encuentra que la episiotomía tuvo un efecto protector (para el resultado de trauma perineal grave) en mujeres primíparas y aumentó el riesgo de lesión en mujeres multíparas.

El meta-análisis<sup>6</sup> referenciado incluyó 22 estudios (con un total de 651.934 mujeres). Al analizar los resultados se observó que las mujeres con desgarros perineales graves eran más propensas a haber tenido bebés de mayor peso (diferencia media 192,88 g; IC del 95%: 139,80 a 245,96 g), una episiotomía (odds ratio [OR] 3,82; IC del 95%, 1,96-7,42), o un parto vaginal con instrumentación (OR 5,10; IC del 95%, 3,33-7,83). La anestesia epidural (OR 1,95; IC del 95%, 1,63-2,32), la inducción del parto (OR 1,08;

IC del 95%: 1,2 a 1,14), y el aumento de la mano de obra (OR 1,95; IC del 95%: 1,56-2,44) fueron también más comunes entre las mujeres con laceraciones perineales.

Por su parte, en el estudio de cohortes<sup>7</sup> (n = 10.408 mujeres con parto vaginal con feto único), la incidencia de traumatismo perineal grave fue del 3% (338/10408), el 5,4% (239/4405) para primíparas y el 1,7% (99/5990) de multíparas (p <0,001). La analgesia epidural (OR 0,72; IC del 95%: 0,54 a 0,96), parto prematuro (OR 0.40, IC 95% 0,23-0,72) y la episiotomía (OR 0,54; IC del 95%: 0,39 a 0,74) fueron factores de protección en primíparas, mientras que la episiotomía se asoció con aumento del riesgo en las multíparas (OR 2,01; IC del 95%: 1,18 a 3,45).

Las disfunciones del suelo pélvico son las complicaciones más frecuentes en los partos vaginales. Se ha asumido que el trauma perineal aumenta el riesgo de presentar alteraciones a nivel del suelo pélvico posteriormente, como incontinencia urinaria (IU), incontinencia fecal (IF), dolor perineal crónico, dispareunia, etc. Estas alteraciones también parecen ser más frecuentes en mujeres a las que se les ha realizado episiotomía. Existen muchos estudios comparando el uso de la episiotomía sistemática con la restrictiva. Sin embargo, existe poca evidencia de las consecuencias derivadas de no realizar episiotomía, respecto a las disfunciones del suelo pélvico en la mujer. Además existen pocos estudios respecto a la valoración de la calidad de vida de las pacientes en esta situación concreta.

En los últimos años, y tras la publicación de las Guías de Práctica Clínica<sup>4,5</sup> en las que se recomienda el uso de episiotomía selectiva, ha surgido la percepción subjetiva de que la tendencia actual en algunos casos es no realizar episiotomía bajo ningún concepto, y que ello conlleva al aumento de desgarros grado III y IV y posteriormente a mayores disfunciones en el suelo pélvico. No obstante, la evidencia publicada al respecto es escasa.

#### Justificación:

Parece razonable que ese estado de opinión se vea corroborado, o no, con la realidad asistencial concreta del lugar de trabajo de cada equipo obstétrico.

## **HIPOTESIS**

Existe una mayor tasa de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, así como incontinencia urinaria, en las mujeres a las que no se les realiza episiotomía.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo principal:

Determinar si la tasa de desgarros perineales de III y IV grado y la existencia de incontinencia urinaria es mayor en mujeres a las que no se les ha realizado episiotomía.

### Objetivos secundarios:

1. Determinar la tasa de desgarros perineales de III y IV grado en las mujeres a las que se les realiza y a las que no se les realiza episiotomía.
2. Determinar la tasa de incontinencia urinaria (IU) a las 6 semanas post-parto y a los 6 y a los 12 meses tras el parto en mujeres con y sin episiotomía.
3. Valorar los efectos objetivos, de la intervención o no intervención, sobre la exploración del suelo pélvico, mediante exploración ginecológica a los 6 y 12 meses tras el parto.

## **METODOLOGIA**

### **Diseño del estudio:**

Se trata de un estudio observacional prospectivo con seguimiento tipo caso-control. Los casos serían las mujeres sin episiotomía y los controles serían las mujeres a las que se les ha realizado episiotomía.

Se comparará el porcentaje de desgarros, y el tipo de desgarros; en esta variable encontraremos tres grupos (LEVES (I y II grado), III grado y IV grado).

Se realizará un test de evaluación de la IU y de afectación de calidad de vida (cuestionario ICIQ-SF para IU) a las 6 semanas y los 6 y 12 meses post-parto.

A los 6 y 12 meses post-parto se valorarán efectos objetivos mediante exploración ginecológica valorando IU, IF, IG y dolor crónico).

### **Lugar**

Hospital General Universitario Los Arcos-Mar Menor en San Javier, Murcia.

### **Tiempo de ejecución**

Desde Febrero de 2016, hasta completar el tamaño muestral calculado más adelante. El Hospital Los Arcos presenta aproximadamente una media de 1300 partos anuales, con una tasa de cesáreas cercana al 20%, por lo que el número de partos vaginales es de 1040 al año. Según la Estrategia de Atención al Parto Normal, publicada por el Ministerio de Sanidad en 2007, en la región de Murcia, la tasa de episiotomía es del 33%, por lo que al año obtendríamos un número de controles (con episiotomía) de 343, y un total de 696 casos (pacientes sin episiotomía). El período de recogida de datos sería de aproximadamente 5 años, para llegar al tamaño muestral calculado.

### **Sujetos del estudio, muestreo y tamaño muestral:**

Mujeres gestantes a término que tengan un parto vaginal (eutócico o instrumental) en el Partorio del Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor de Murcia.

#### Criterios de inclusión:

- Mujeres con gestaciones a término (igual o superior a 37 semanas).
- Partos vaginales con recién nacido vivo.
- Gestaciones simples.

#### Criterios de exclusión:

- Partos prematuros (edad gestacional menor a 37 semanas).
- Gestación múltiple.
- Mujeres con muerte fetal periparto o neonatal.
- Mujeres que no vayan a permanecer residiendo en el área de salud tras el parto.
- Mujeres que no hablen castellano con el nivel suficiente como para garantizar un correcto entendimiento.



- Nacimientos por cesárea.
- Mujeres con edad inferior a 18 años.
- Patología grave de la madre o fetal.
- Mujeres con abortos previos en edades gestacionales superiores a 16 semanas.

Se seleccionarán las pacientes mediante muestreo no probabilístico consecutivo, entre las mujeres que acudan en trabajo de parto al Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor, que cumplan los criterios de inclusión, sin presentar ninguno de los criterios de exclusión.

La duración del estudio será desde Febrero de 2016, hasta obtener el tamaño muestral óptimo de 3068 mujeres (1534 controles y 1534 casos). El tamaño muestral ha sido calculado con el programa EPIDAT 4.1, calculando en base a una tasa de desgarro perineal severo (III y IV grado) del 1.5% en mujeres sin episiotomía y del 3% en mujeres con episiotomía<sup>8</sup>.

### **Variables del estudio.**

#### Variable independiente:

- Episiotomía (Casos: No episiotomía, Controles: Si episiotomía)

Se entiende por episiotomía a la realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto<sup>9</sup>.

#### Variables dependientes:

- Desgarros perineales, en este apartado diferenciaremos las distintas posibilidades, siguiendo las definiciones de Sultan<sup>8,10</sup>:
  - Leves: Englobaremos en este apartado los desgarros perineales de I grado (aquellos que afectan a la piel perineal) y de II grado (que afectan a la piel y a los músculos del periné, sin afectación del esfínter anal).
  - III grado: Existe afectación del esfínter anal, se recogerá si se trata del tipo A, B o C.

- IIIA: Lesión de menos del 50% del esfínter anal externo.
  - IIIB: Lesión de más del 50% del esfínter anal externo.
  - IIIC: Lesión del esfínter anal externo e interno.
- IV grado: Existe afectación del esfínter anal y de la mucosa rectal.
- Puntuación del cuestionario de incontinencia de orina ICIQ-SF a las 6 semanas, y a los 6 y 12 meses post-parto. Según la puntuación se considerará la existencia de incontinencia de orina en puntuaciones superiores a cero. Se categorizará la variable en dos categorías, puntuación 0 no IU, puntuaciones superiores a 0, IU.
- Incontinencia fecal objetivada a los 6 y 12 meses post-parto.
 

Se entiende como incontinencia fecal la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la liberación del contenido fecal o gas.
- Incontinencia orina objetivada a 6 y 12 meses post-parto.
 

Se entiende como incontinencia de orina la pérdida involuntaria de orina.
- Existencia de prolapsos genitales a los 6 y 12 meses post-parto, diferenciando en:
  - Defectos de la pared vaginal anterior, en este apartado se engloban uretrocele y el cistocele.
  - Defectos de la pared vaginal posterior: Rectocele.
  - Prolapso uterino.
- Otras variables: Edad materna, raza, tabaquismo, paridad (número de partos vaginales previos), edad gestacional al parto (semanas completas), peso neonatal, test de Apgar. Tipo de parto (instrumentado (vacuo, fórceps o espátulas) ó eutócico).

### **Recogida de variables**

Se seleccionarán las pacientes mediante muestreo no probabilístico consecutivo, entre las mujeres que acudan en trabajo de parto al Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor y que cumplan los criterios de inclusión. La duración del estudio será desde Febrero de 2016, hasta obtener el tamaño muestral calculado.

Se solicitará en la planta de maternidad tras el parto y antes del alta domiciliaria a las pacientes la colaboración con el estudio recogiendo sus datos personales y de contacto, la hoja de recogida de datos se puede ver en el ANEXO II, también se les entregará una hoja informativa sobre el estudio y el documento de consentimiento informado para que lo lean y firmen.

A las 6 semanas post-parto, se realizará una entrevista estructurada por vía telefónica con el test ICIQ-SF.

A los 6 y 12 meses tras el parto, serán citadas por el investigador para realizar de nuevo la entrevista estructurada con el cuestionario ICIQ-SF. También se realizará exploración completa en decúbito, bipedestación y valsalva, para objetivar la existencia de prolapsos, incontinencia urinaria y/o incontinencia fecal.

Se recogerán las variables descritas en el apartado anterior de los datos obtenidos a las 6 semanas, y a los 6 y 12 meses tras el parto.

### **Análisis de datos**

El análisis estadístico se realizará con el programa SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya  $p < 0,05$ .

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se han empleado los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimo, máximo, media, desviación típica, mediana y cuartiles. La comparación entre grupos para las variables cualitativas se ha efectuado mediante la prueba Chi-cuadrado. Para la comparación de medias entre dos grupos se ha empleado el test de t-Student o prueba U de Mann-Whitney en función del tipo de variable y/o el cumplimiento del supuesto de normalidad comprobado con el test de Kolmogorov-Smirnov. El modelo de regresión logística se ha llevado a cabo para determinar el efecto que la episiotomía y las variables basales tienen por una parte, en la presencia de un desgarró y por otra, en el valor del test ICIQ-SF, categorizando la variable, una puntuación de 0 se considera que no presentan IU, y una puntuación superior a 0 se considera existencia de IU.

## **Dificultades y limitaciones**

La principal limitación que creemos encontraremos en este estudio, es la pérdida de muestra durante la duración del estudio. Al ser éste, necesariamente, prolongado en el tiempo.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Se ha solicitado la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética e investigación Clínica del Centro.

## **PLAN DE TRABAJO**

- 1) Inicio del proyecto: Febrero 2016, elaboración del protocolo de investigación.
- 2) Febrero 2016 – Obtener el total de la muestra (aproximadamente 5 años): Recogida de datos, e ir rellenando la base de datos.
- 3) Anualmente se realizará un análisis provisional de los datos y su eventual presentación de los datos en un congreso.
- 4) Una vez alcanzado el tamaño muestral necesario, aproximadamente en 2021, se interpretarán los resultados obtenidos y se preparará el manuscrito para su publicación.

### **Distribución de las tareas:**

Investigadora principal: Dra. Andrea Manzano Roldán, se encargará de la recogida de datos mediante la hoja de datos anexa, así como de realizar las encuestas telefónicas y las exploraciones de las pacientes. También rellenará la base de datos. Se encargará de la elaboración del manuscrito para su publicación al final del estudio.

Investigadores asociados: Dra. Carmen Garre Alcazar, se encargará de ayudar a la investigadora principal en el reclutamiento de pacientes en el área de hospitalización.

### **Experiencia del equipo investigador:**

Han realizado varios estudios descriptivos retrospectivos, es el primero prospectivo en el que participan.

### **Medios disponibles para la realización del proyecto**

Se dispone de teléfono, fotocopiadora, ordenador y consulta de ginecología adecuadas para realizar el estudio.

Se dispone del programa estadístico SPSS.

### **PRESUPUESTO**

Gastos de personal: 0e. Los investigadores no van a obtener remuneración por participar en este estudio.

Los gastos que se podrán derivar de este estudio son aquellos atribuibles a la realización de fotocopias y las llamadas telefónicas a las pacientes.

### **RESULTADOS PRELIMINARES**

Desde Febrero de 2016, hasta el momento, se han reclutado un total de 97 pacientes, a 43 de ellas no se les realizó una episiotomía, y a 54 sí se les realizó. Las características basales de la muestra se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1. Características basales de la muestra.

	<b>Episiotomía</b>		<b>t(95)</b>	<b>p-valor</b>
	<b>No (n = 43)</b>	<b>Sí (n = 54)</b>		
<b>Edad</b> , rango; media ± DT	21 - 43; 32,4 ± 5,4	20 - 41; 31 ± 4,9	1,29	0,199
<b>Edad gestacional</b> , rango; media ± DT	37 - 41; 39,3 ± 1,1	37 - 41; 39,3 ± 1,1	0,01	0,995
<b>Peso RN</b> , rango; media ± DT	2.660 – 4.280; 3.403,7 ± 431,1	2.280 – 4.440; 3.355,4 ± 387,2	0,58	0,563
			<b>U</b>	<b>p-valor</b>
<b>Paridad</b> ; rango; mediana (RI)	0 - 5; 1 (1 - 2)	0 - 3; 0 (0 - 1)	442	<b>&lt; 0,001</b>
			<b>χ<sup>2</sup>(g.l.)</b>	<b>p-valor</b>

<b>Raza</b>			2,30	0,513
Caucásica	29 (67,4)	40 (74,1)		
Hindú	1 (2,3)	1 (1,9)		
Latina	5 (11,6)	2 (3,7)		
Magrebí	8 (18,6)	11 (20,4)		
<b>Tipo parto</b>			31,19	< 0,001
Eutócico	42 (97,7)	24 (44,4)		
Instrumentado	1 (2,3)	30 (55,6)		

La práctica o no de la episiotomía se asocia con el tipo de parto, siendo mayor en los partos instrumentados, mientras que el número de partos vaginales previos en las pacientes con no episiotomía fue significativamente superior que el del grupo con episiotomía. En el resto de variables no se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En la Tabla 2 se muestra el resultado de la regresión logística realizada para predicción de un desgarro, no se han observado desgarros graves (III y IV grado) por el momento, en la muestra actual, se observa que no realizar episiotomía aumenta la probabilidad de padecer un desgarro leve con respecto a las pacientes con episiotomía (OR: 6,53,  $p < 0,001$ ). Este efecto se mantuvo de forma considerable y significativo (análisis multivariante), incluso después de ajustar por los posibles factores de confusión (OR: 7,70,  $p = 0,001$ ).

Tabla 2: Efecto de la episiotomía y características basales en la predicción de un desgarro.

	B(ET)	Wald	p-valor	Odds	IC95% Odds
<b>Análisis univariante</b>					
Episiotomía (No)	1,88 (0,46)	16,81	< 0,001	6,53	2,66 - 16,02
<b>Análisis multivariante</b>					
Episiotomía (No)	2,04 (0,63)	10,62	0,001	7,70	2,26 - 26,28
Edad	0,01 (0,05)	0,01	0,986	1,00	0,91 - 1,10
Edad gestacional	0,16 (0,25)	0,41	0,524	1,17	0,72 - 1,89
Paridad	-0,46 (0,30)	2,28	0,131	0,63	0,35 - 1,15
Peso RN	0,01 (0,01)	0,02	0,882	1,00	0,99 - 1,01
Tipo parto (instrumentado)	-0,74 (0,65)	1,29	0,255	0,48	0,13 - 1,71

En la Tabla 3 se muestra el resultado de la regresión logística realizada para predicción de la incontinencia de orina (IU), se ha realizado la regresión logística categorizando la variable, siendo la puntuación de 0 pacientes que no presentan IU, y todas las puntuaciones superiores a 0, han sido consideradas pacientes con IU. Se observa que no realizar episiotomía aumenta la probabilidad de padecer IU con respecto a las pacientes con episiotomía (OR: 5,15,  $p = 0,018$ ). Este efecto se mantuvo de forma considerable y significativo (análisis multivariante), incluso después de ajustar por los posibles factores de confusión (OR: 5,95,  $p = 0,049$ ).

Tabla 3. Incontinencia de orina.

	<b>B(ET)</b>	<b>Wald</b>	<b>p-valor</b>	<b>Odds</b>	<b>IC95% Odds</b>
<b>Análisis univariante</b>					
Episiotomía (No)	1,64 (0,70)	5,56	<b>0,018</b>	5,15	1,32 - 20,12
<b>Análisis multivariante</b>					
Episiotomía (No)	1,78 (0,99)	3,27	<b>0,049</b>	5,95	0,86 - 41,11
Edad	-0,03 (0,06)	0,17	0,678	0,98	0,87 - 1,10
Edad gestacional	-0,23 (0,34)	0,45	0,502	0,80	0,41 - 1,54
Paridad	-0,03 (0,34)	0,01	0,920	0,97	0,50 - 1,87
Peso RN	0,00 (0,00)	1,29	0,257	1,00	1,00 - 1,00
Tipo parto (instrumentado)	0,15 (1,11)	0,02	0,893	1,16	0,13 - 10,26

Según los resultados preliminares, observamos que la tasa de desgarros leves es mayor en el grupo en el que no se realiza episiotomía, por el momento, no se han registrado desgarros de III y IV grado, por lo que no podemos valorar aún el efecto que puede tener el no realizar episiotomía sobre este tipo de desgarros, es necesario continuar con la recogida de datos y aumentar el tamaño muestral. Respecto a la IU, ésta es superior en pacientes a las que no se les ha realizado episiotomía, esto coincide con las cifras publicadas y apoya nuestra hipótesis. No obstante, se trata de resultados provisionales, ya que el tamaño muestral por el momento, es muy reducido, no debemos extraer conclusiones hasta completar el estudio.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Robinson JN. Approach to episiotomy. This topic last updated: Feb 02, 2016. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2016.
2. Caroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal Birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009:CD000081
3. Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2014 Aug 14;11:66.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2014.
6. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Apr;125(1):6-14.
7. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth*. 2015 Mar;28(1):16-20.
8. Lesión obstétrica del esfínter anal. Guía Práctica de Asistencia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Septiembre 2010. En: <http://www.gapsego.com/?s=desgarro+perineal>
9. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal. Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (última revisión: 20 de Octubre de 2003); Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
10. Sultan AH, Thakar R. Third and fourth degree tears. In Sultan AH, Thakar R, Fenner DE. (eds). *Perineal and anal sphincter trauma*. Springer, London. P33 51. 2007.



## ANEXO I – Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.  
Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

### 1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (sólo una respuesta).

Nunca .....0  
Una vez a la semana .....1  
2-3 veces/semana .....2  
Una vez al día .....3  
Varias veces al día ..... 4  
Continuamente ..... 5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada ..... 0  
Muy poca cantidad ..... 2  
Una cantidad moderada ..... 4  
Mucha cantidad .....6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

Nombre y apellidos:

Puntuación total:

Tiempo post-parto:

6 semanas

6 meses

12 meses

## ANEXO II – Hoja de recogida de datos.

<b>Datos personales.</b>	
<b>Nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfonos:</b>	

<b>Datos del parto y de la madre:</b>			
<b>Fecha del parto</b>			
<b>Edad materna</b>		<b>Tipo de parto</b>	
<b>Raza</b>			
<b>Tabaquismo</b>		<b>Episiotomía</b>	
<b>Paridad</b>		<b>Desgarro</b>	
<b>Edad gestacional</b>		<b>Apgar 1</b>	
<b>Peso fetal</b>		<b>Apgar 5</b>	

### PUNTUACION ICIQ-SF:

	PUNTUACION
<b>6 semanas</b>	
<b>6 meses</b>	
<b>12 meses</b>	

### EXPLORACION EN CONSULTA:

	6 MESES	12 MESES
<b>Incontinencia orina</b>		
<b>Incontinencia fecal</b>		
<b>Prolapso anterior</b>		
<b>Prolapso posterior</b>		
<b>Prolapso central</b>		

### Instrucciones para rellenar:

- En los datos de la paciente puede ponerse una etiqueta identificativa, añadiendo los números de teléfono. En su defecto, se debe rellenar la hoja en letras mayúsculas.
- La edad materna es la del momento del parto.
- La raza, se distinguirá entre: Caucásica, asiática, magrebí, afroamericana.
- Tabaquismo se responderá Sí o No.
- Paridad, se distinguirá en nulípara o múltipara. Las paciente que presenten una cesárea anterior serán consideradas nulíparas.

- Respecto al tipo de parto se indicará si ha sido eutócico o instrumentado.
- Episiotomía, se responderá Sí o No.
- Respecto a la existencia de desgarros, se podrá rellenar en función de lo ocurrido en No, Leve (incluyen I y II grado), IIIA, IIIB, IIIC ó IV.
- La puntuación del test de Apgar será numérica.
- Respecto a la puntuación del cuestionario ICIQ-SF, se pondrá el dato numérico.
- En cuanto a la exploración en consulta, se rellenará con un SI o NO, cada uno de los apartados en función de si existe el hallazgo objetivo del mismo durante la exploración.

