



ORIGINALES

Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon

Comparative study analysing maternal recovery after childbirth according to Marjory Gordon's Patterns

Zaraida Avilés Sáez¹.

Esther María López Martínez¹.

Celia Driéguez Castaño¹.

María Belén Conesa Ferrer².

¹ Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena, adscrita a la Universidad de Murcia. Murcia. zaraida.aviles@um.es

² Hospital Universitario de Torrevieja. Torrevieja (Alicante), Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia. España.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>

Recibido: 28/08/2017

Aceptado: 10/11/2017

RESUMEN:

Objetivo: Analizar si existen diferencias en el nivel de recuperación en las distintas fases del puerperio según el tipo de lesión perineal.

Material y método: Estudio cuantitativo de tipo descriptivo longitudinal prospectivo, siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. La recogida de datos se realiza en tres fases (puerperio inmediato, clínico y tardío), empleando entrevistas semiestructuradas que se completan en un primer momento en una entrevista personal y vía telefónica a los 10 y a los 30 días, respectivamente.

Resultados: En España existe un índice de episiotomías, inducciones y partos instrumentales muy superior al recomendado. La técnica de la episiotomía produjo desgarros importantes (16,7%) en este estudio. Durante el puerperio inmediato, las mujeres con episiotomía tienen dificultades en la movilidad ($p=0,0005$), la eliminación ($p=0,007$), cuidado del bebé ($p=0,015$), descanso ($p=0,15$) y dolor percibido ($p=0,005$), mientras que en el puerperio clínico están afectados sólo la movilidad ($p=0,05$), la eliminación ($p=0,042$) y el dolor percibido ($p=0,006$). A los 30 días, en el puerperio tardío, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Se necesitan más estudios que reafirmen estos hechos y aporten nuevos conocimientos.

Conclusiones: La episiotomía produce más efectos negativos que los desgarros espontáneos en el puerperio inmediato y clínico en la mujer. El dolor que genera esta técnica a corto, medio y largo plazo es el que limita muchas de las actividades cotidianas de estas mujeres.

Palabras clave: Episiotomía; desgarro; puerperio; dolor; recuperación.

ABSTRACT:

Objective: Analyse if there is any difference in recovery rate according to their puerperium stage depending on perineal lesion.

Material and method: Prospective longitudinal descriptive quantitative study, following the Marjory Gordon's Functional Health Patterns. Data collection will be performed in three phases (immediate, clinical and remote puerperium), through semi-structured interview completed in first instance in a face-to-face interview and phone call interview at 10 and 30 days, respectively.

Results: In Spain there is an episiotomy, induction and assisted delivery rate much higher than recommended. Episiotomy technique lead to significant tear (16,7%) in this study. During immediate puerperium, women who were practiced an episiotomy shown mobility difficulties ($p=0,0005$), elimination ($p=0,0007$), baby care ($p=0,015$), rest ($p=0,15$) and perceived pain ($p=0,005$), whereas in the clinical puerperium are affected only mobility ($p=0,05$), elimination ($p=0,042$) and perceived pain ($p=0,006$). After 30 days, remote puerperium, there is not statistical significant differences in both groups. More research is needed to confirm these facts as well as provide new knowledge.

Conclusions: Episiotomy produce more negative effects than spontaneous tears at the immediate and clinical puerperium of women. Pain produced by this technique as a short, medium and long term limit many daily activities of women.

Keywords: episiotomy; tear; puerperium; pain; recovery.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es el periodo de tiempo que se prolonga desde la finalización total del parto hasta la recuperación anatómica y fisiológica completa (y especialmente hormonal y del aparato reproductor) de las madres hasta que su cuerpo vuelve a encontrarse en las condiciones pregestacionales en que estaba previamente al embarazo ⁽¹⁾. Se divide en tres etapas sucesivas, a saber: puerperio hospitalario o inmediato, puerperio clínico, mediato o propiamente dicho y puerperio tardío o alejado ⁽²⁾.

A pesar de ser un periodo sin aparentes complicaciones, el desarrollo de la tecnología en este como en otros ámbitos y la medicalización de un proceso que debería ser lo más natural posible, han hecho que se desarrolle un intervencionismo excesivo que en ocasiones puede dar lugar a más complicaciones que beneficios. La OMS toma como referencia la evidencia existente acerca de los perjuicios que provocan algunas de esas intervenciones por ser inadecuadas o simplemente ineficaces, y sin embargo se siguen llevando a cabo de forma rutinaria en muchos de nuestros hospitales ⁽³⁾, como es el caso de las episiotomías ⁽⁴⁾. Su utilización se justificó por considerar que prevenía la aparición de desgarros perineales, problemas del suelo pélvico, una potencial incontinencia urinaria y fecal, y que aportaba beneficios para el feto al acortarse el periodo expulsivo y facilitar el parto espontáneo. No obstante, la evidencia científica ha constatado sus efectos adversos: desgarros mayores, la disfunción del esfínter anal y el dolor en las relaciones sexuales (dispareunia) ⁽⁵⁾. Recientemente ha aparecido una publicación donde se señala que los desgarros perineales más graves (III y IV grado) en el segundo parto se asocian al uso de la episiotomía en el primer parto, con un 4,8%, frente al 1,7% cuando no se realizó ($p<0,001$) ⁽⁶⁾.

Las tasas de episiotomías en Europa están por encima de lo aconsejado por la OMS (20%) en la mayoría de los países de la Unión Europea. España se sitúa en torno al 43%, siendo el octavo país con mayores tasas de los 29 que se comparan en el mismo. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad y Política Social recomienda el uso restrictivo de la episiotomía ^(3, 7-10).

Existe una gran variabilidad en cuanto a las tasas de episiotomías entre Comunidades Autónomas ⁽⁸⁾. En 2009 en nuestra región se realizaban un 33% de episiotomías sobre el total de partos, siendo la provincia con menor número de estas intervenciones. Los datos aportados por el Hospital Santa Lucía de Cartagena indican que el número de episiotomías entre los años 2011 y 2014 ha ido descendiendo de forma paulatina, pasando de un 37,3% a un 31,6% ⁽¹¹⁾.

España es un país especialmente intervencionista en comparación con sus vecinos europeos, pues aunque no sobresale en cesáreas, sí lo hace en partos instrumentales, episiotomías e inducciones, sin tener por ello unos resultados especialmente mejores en cuanto a mortalidad perinatal o neonatal ^(8, 12).

OBJETIVO

Este estudio tiene como *objetivo* analizar si existen diferencias en el nivel de recuperación en las distintas fases del puerperio dependiendo del tipo de lesión perineal.

La *hipótesis* que proponemos es la siguiente: las parturientas a las que se les ha realizado una episiotomía tienen mayor número de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon alterados, en cada una de las etapas del puerperio, en relación con aquellas que han sufrido un desgarro natural del periné.

El *objetivo general* planteado es: Analizar si existen diferencias en el nivel de recuperación en las distintas fases del puerperio dependiendo del tipo de lesión perineal.

Los *objetivos específicos* son: describir las características sociodemográficas y los datos del parto de las mujeres participantes en el estudio, valorar el estado de la mujer en las distintas fases del puerperio según los 11 Patrones Funcionales de M. Gordon, así como analizar si existe relación entre la lesión perineal y la valoración según los Patrones Funcionales de M. Gordon en las fases del puerperio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de investigación

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo longitudinal prospectivo.

Población diana y muestra

Mujeres que dieron a luz mediante parto vaginal en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena durante el periodo de estudio, con una finalización del mismo que incluyera alguna lesión en el periné (desgarro o episiotomía), siendo éste eutócico o instrumentado. Se seleccionó una muestra por conveniencia, compuesta por un total de 36 encuestadas, de las cuales 18 presentaban desgarros en diferentes grados y 18 episiotomías. Ha habido dos pérdidas, una en cada grupo (5,56%).

La población accesible la conformaban todas aquellas mujeres hospitalizadas en el periodo de estudio en el servicio de Obstetricia, de la cual se extrajo una población seleccionada basada en los criterios de inclusión que a continuación se indican.

Periodo de recogida de datos

Desde febrero de 2016 hasta marzo del mismo año.

Criterios de inclusión

- Mujeres que han tenido partos vaginales, eutócicos o instrumentados, atendidas en el servicio de Obstetricia (Unidad 33) del Hospital General Universitario Santa Lucía del Área II de la Región de Murcia.
- Mayores de 18 años.
- Que entiendan el castellano.
- Mujeres que aceptan firmar el Consentimiento Informado del estudio.

Criterios de exclusión

- Parturientas que han dado a luz mediante cesárea.
- Aquellas menores de 18 años.
- Que presenten una barrera idiomática.

Variables

Las variables se dividieron en tres grandes grupos: características sociodemográficas, datos del parto y valoración en base a los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon: Patrón 1. Percepción – Manejo de salud; Patrón 2. Nutricional – Metabólico; Patrón 3. Eliminación; Patrón 4. Actividad – Ejercicio; Patrón 5. Sueño – Descanso; Patrón 6. Cognitivo – Perceptual; Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto; Patrón 8. Rol – Relaciones; Patrón 9. Sexualidad – Reproducción; Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al estrés; Patrón 11. Valores – Creencias.

Instrumentos y recogida de datos

El formato de recogida de datos es el de una entrevista semiestructurada, cuyas preguntas se completan con la información que nos aportan las madres de forma oral. Sobre la base de la misma entrevista realizamos dos seguimientos. De este modo conseguimos valorar la evolución de la puérpera dependiendo del tipo de lesión perineal que presente. La entrevista inicial fue personal y se realizó en la unidad de Maternidad en el puerperio inmediato (primeras 48 horas), y la segunda y tercera entrevistas vía telefónica a los 10 y 30 días postparto, respectivamente.

No fue precisa la validación del cuestionario empleado, ya que las preguntas que lo componen fueron extraídas de la valoración por patrones original, la que tenemos al alcance en las historias informatizadas para valorar a nuestros pacientes.

La captación de las encuestadas se hace en la misma planta de Obstetricia, mediante la visualización de las Historias Clínicas para comprobar el tipo de parto que han tenido. Se recogen datos de sus Historias Clínicas y de los partogramas, tanto en papel como el informatizado que hay disponible en el programa informático SELENE®.

Limitaciones

Se ha tomado una muestra por conveniencia considerablemente pequeña (n=36) debido al escaso tiempo con el que contábamos para la recogida de datos, y no una

muestra aleatoria como sería lo ideal. Este hecho sin duda supone un sesgo de selección que solo evitaríamos con la citada aleatorización. Además, el cuestionario no se ha pasado de forma multicéntrica, en otros hospitales, como sería lo deseable.

No consideramos que este hecho pueda afectar demasiado a los valores estadísticos obtenidos, sino que probablemente serían muy similares a los actuales, pero si dicha muestra fuese mayor, se obtendría información adicional a la que aquí mostramos.

Tratamiento de datos

El análisis estadístico se realiza con el programa IBM® SPSS® Statistics versión 23.0.0.0. Primero se realizó una estadística descriptiva de cada una de las variables, obteniéndose distribuciones de frecuencias. La dependencia o asociación entre variables cualitativas se abordó con un análisis de tablas de contingencia con el test de la Chi-cuadrado de Pearson complementado con el análisis de residuos para ver el sentido de la dependencia.

Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética e Investigación del Área II para llevar a cabo este estudio. La participación fue libre, voluntaria y anónima. A cada participante se le entregó un Consentimiento Informado, previo a la participación en el estudio.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

En la *Tabla 1* se exponen todas las variables que se han tenido en cuenta para la recogida de las características sociodemográficas que han sido necesarios, indicando las frecuencias y porcentajes de los valores de cada una de las variables. La edad de las madres ha sido agrupada en intervalos para su mejor comprensión. Podemos observar que más de un tercio de las encuestadas cuentan con estudios universitarios (36,1%).

Tabla I. Datos sociodemográficos

Variable	Porcentaje (N)	Frecuencia (%)
Edad de la madre		
18-25	10	28
26-35	15	41.7
36-41	11	30.6
País de origen		
España	29	80.6
África	4	11.1
Sudamérica	3	8.3
Estado civil		
Casada o con pareja estable	34	94.4
Sin pareja estable con apoyo familiar	2	5.6
Nivel educativo		
Primaria/EGB	7	19.4
ESO/BUP	4	11.1
Bachillerato/COU	5	13.9
Ciclos formativos G.M.	3	8.3
Ciclos formativos G.S.	4	11.1
Universidad	13	36.1
Situación laboral		
Activo	19	52.8
Paro	17	47.2
Paridad		
Primípara	19	52.8
Multipara	17	47.2
Asistencia a clases de preparación al parto		
Sí	14	38.9
No	22	61.1

Datos del parto

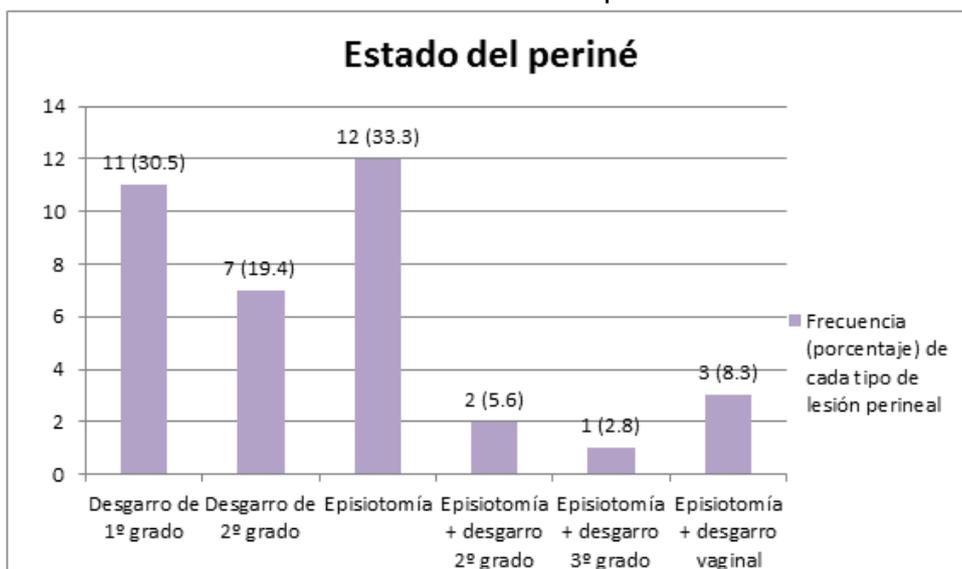
Los datos del parto quedan reflejados en la *Tabla II* siguiente, mostrándose la incidencia de cada variable. La duración del parto queda agrupada en intervalos por horas para una comprensión más sencilla. Resulta interesante destacar que el 50% de los partos se inician provocados por estimulación o inducción. El 50% de los partos presentan también una duración de no más de cinco horas.

Tabla II. Datos del parto

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Modo de inicio del parto		
Espontáneo	18	50.0
Estimulado	4	11.1
Inducido	14	38.9
Método de alivio del dolor		
Epidural	28	77.8
A. local	5	13.9
Sin anestesia	3	8.3
Tipo de parto		
Eutócico	25	69.4
Instrumental	11	30.6
Duración del parto en horas		
0.00-5.00	18	50.4
5.01-10.00	11	30.8
10.01-15.00	4	11.2
15.01-20.00	1	2.8
20.01-25.00	1	2.8
25.01-30.00	1	2.8
Apgar del recién nacido al minuto		
9	36	100
Apgar del recién nacido a los 5 minutos		
9	36	100

Estado del periné

Gráfica 1. Estado del periné



En la Gráfica 1 se muestran los diferentes tipos de lesión perineal que hemos encontrado al realizar el estudio. Destacamos el hecho de que, a pesar de que se realizan episiotomías, también existen desgarros en este grupo, siendo de un 16,7%

el porcentaje de mujeres que sufren ambas lesiones en sus partos, una cifra en absoluto despreciable.

Análisis de la relación que existe entre la valoración del puerperio según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y el tipo de lesión perineal

Puerperio inmediato

En la *Tabla III* se observa el valor de la Chi-cuadrado de Pearson de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Se advierte que prácticamente la totalidad de alteraciones se presentan en el grupo de episiotomías. A continuación se comentan aquellos patrones en los que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos del estudio.

Tabla III. Patrones en los que existen diferencias estadísticamente significativas por el hecho de tener episiotomía o desgarro en el puerperio inmediato.

TABLAS DE CONTINGENCIA			
CHI-CUADRADO DE PEARSON	DESGARROS	EPISIOTOMÍAS	P
VARIABLES			
Patrón 1	NA	A	0,0005
Patrón 2	NA	NA	0,143
Patrón 3	NA	A	0,007
Patrón 4	NA	A	0,001
Patrón 5	NA	A	0,015
Patrón 6	NA	A	0,005

A: Patrón alterado
NA: Patrón no alterado

Patrón 1. Percepción – manejo de la salud.

En el puerperio inmediato se observa que las mujeres que han sufrido un desgarro no tienen dificultades para realizar las actividades cotidianas, sin embargo, las mujeres que tuvieron una episiotomía sí que presentaron dificultades en las primeras 24-48 horas ($p=0,0005$; recuento esperado=10.0 y residuo corregido=4.0). De hecho, tras realizarles la pregunta de en qué ámbitos tenían dificultad (sentarse, levantarse, caminar, dormir, agacharse, alimentar al bebé, etc) para que contestaran sí o no, las mujeres con desgarro manifestaron no tener ningún problema ($p=0,042$; recuento esperado=8.0 y residuo corregido=4.0).

Patrón 3. Eliminación

En el puerperio inmediato se observa que las mujeres con episiotomía han tenido que recurrir al uso de laxantes, al contrario que las mujeres con desgarro perineal, que no los han necesitado ($p=0,007$; recuento esperado=15.0 y residuo corregido=2.7). Realizando un test de p unilateral, se puede afirmar que las mujeres con episiotomía presentan molestias o dificultad al orinar, mientras que las mujeres con desgarro no ($p=0,047$; recuento esperado=8.5 y residuo corregido=1.7).

Patrón 4. Actividad – Ejercicio

Durante el puerperio hospitalario aquellas mujeres que presentan desgarro generalmente no han necesitado ayuda para el cuidado de su bebé, no obstante, aquellas con episiotomía sí que han tenido que recurrir a otras personas para ello ($p=0,015$; recuento esperado=11.5 y residuo corregido=2.4). La independencia para la movilidad, higiene personal, uso del inodoro y vestido también es claramente distinta en ambos grupos, ya que se observa que las mujeres con desgarro son totalmente independientes en estas actividades a las 24-48 horas de dar a luz ($p=0,001$; recuento esperado=6.5 y residuo corregido=3.1).

Patrón 5. Sueño – Descanso

En la primera etapa del puerperio encontramos que las mujeres con desgarro no tienen periodos de descanso a lo largo del día, mientras que aquellas con episiotomía como herida intraparto sí los tenían ($p=0,015$; recuento esperado=11.5 y residuo corregido=2.4).

Patrón 6. Cognitivo – Perceptual

En la etapa inicial del puerperio vemos cómo las mujeres a las que se les ha realizado una episiotomía tienen un nivel de dolor severo, esto es, evaluado con 6-7 puntos en la Escala Visual Analógica EVA ($p=0,005$; recuento esperado=5.0 y residuo corregido=3.0).

Puerperio clínico

En la *Tabla IV* se puede ver el valor de la Chi-cuadrado de Pearson de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon en relación a la segunda entrevista que se realizó a las parturientas en el puerperio clínico. Aquellos patrones que están alterados aparecen en negrita y rojo. En este momento de la recuperación existen menos alteraciones, siendo en los patrones 1, 3 y 6. A continuación se comentan aquellos patrones en los que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos del estudio.

Tabla IV. Patrones en los que existen diferencias estadísticamente significativas por el hecho de tener episiotomía o desgarro en el puerperio clínico

TABLAS DE CONTINGENCIA			
CHI-CUADRADO DE PEARSON	DESGARROS	EPISIOTOMÍAS	P
VARIABLES			
Patrón 1	NA	A	0,05
Patrón 2	NA	A	0,007
Patrón 3	NA	A	0,015
Patrón 4	NA	NA	0,189
Patrón 5	NA	NA	0,145
Patrón 6	NA	A	0,006

A: Patrón alterado

NA: Patrón no alterado

Patrón 1. Percepción – manejo de la salud

En el puerperio clínico observamos que las mujeres que presentaron desgarro perineal tras el parto no presentaron dificultades para realizar las actividades cotidianas, y cuando se les pregunta en qué ámbito presentan dificultades contestan que en ninguno ($p=0,05$; recuento esperado=12.5 y residuo corregido=2.1), mientras que se observa cierta tendencia a que las que presentaron episiotomías tengan dificultad en la movilidad en general.

Patrón 2. Nutricional – metabólico

En el puerperio clínico, las mujeres con desgarro ya no presentan molestias en la zona perineal ($p=0,042$; recuento esperado=7.0 y residuo corregido=2.1) ni problemas a la hora de alimentar a su bebé ($p=0,007$; recuento esperado=14.0 y residuo corregido=2.7).

Patrón 3. Eliminación

En el puerperio clínico encontramos que las mujeres con desgarro hacen de vientre a diario ($p<0,05$; recuento esperado=9.5 y residuo corregido=2.4) y no necesitan usar laxantes para ello ($p=0,015$; recuento esperado=14.5 y residuo corregido=2.4). No presentan molestias ni dolor durante el proceso, cosa que sí le ocurre a aquellas con episiotomía ($p=0,042$; recuento esperado=6.0 y residuo corregido=2.2). Con respecto a la dificultad o molestias para orinar, vemos que tienen dificultad las mujeres que presentaron episiotomías, mientras que no presentaron ninguna las mujeres con desgarro ($p=0,024$; recuento esperado=12.0 y residuo corregido=2.3).

Patrón 6. Cognitivo – Perceptual

A los 10 días del parto, las mujeres que sufrieron un desgarro ya no tenían dolor en la zona ($p=0,05$; recuento esperado=9.0 y residuo corregido=2.7). No toman analgésicos, sin embargo las mujeres con episiotomía sí que los necesitan ($p=0,006$; recuento esperado=8.0 y residuo corregido=2.7), siendo el más frecuente Ibuprofeno ($p=0,011$; recuento esperado=5.0 y residuo corregido=3.0).

Puerperio Tardío

En esta última valoración no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Nos encontramos frente a un estudio novedoso, pues nunca antes se habían valorado las dificultades de las puérperas desde una perspectiva enfermera global basándonos en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

En primer lugar, al observar los datos del parto del presente estudio destaca el hecho de que el 30,6% son instrumentales, siendo de 15% el promedio en nuestro país. Este dato refuerza el hecho de que existe una gran variabilidad entre diferentes Comunidades Autónomas⁽¹³⁾.

La inducción del parto es otra de las prácticas sobre la que tanto la OMS como el Ministerio de Sanidad y Política Social alertan, recomendando no superar una tasa de un 10%⁽⁹⁾ y, sin embargo, nuestros datos indican que tan sólo el 50% de los partos vaginales se inician de forma espontánea, siendo el 11,1% estimulados y el 38,9% inducidos⁽⁸⁾.

Por otro lado, en la *Gráfica 1* vemos que las episiotomías generan desgarros importantes, presentando un 16,7% de las mujeres ambas lesiones⁽⁸⁾. Otros estudios describen que los desgarros perineales más graves, de III y IV grado, se producen con el uso de la episiotomía⁽¹⁰⁾.

Durante el puerperio hospitalario, en el *Patrón 1 Percepción – Manejo de la Salud* nosotros encontramos que las mujeres con desgarro no tenían dificultades en sus actividades cotidianas y aquellas con episiotomía sí (nos referimos a su movilidad para caminar, sentarse, levantarse e incluso alimentar a su bebé). La información aportada por otros estudios confirma que esta práctica genera un dolor en las primeras 24-48 horas que repercute en la movilidad, reduciéndola⁽¹⁴⁾. Las mujeres a las que no se les practicó episiotomía manifiestan un mayor bienestar general, el dolor a la deambulación es prácticamente inexistente y se sientan con mayor comodidad⁽¹⁵⁾. En un estudio realizado entre mujeres con episiotomía en 2012 en Granada⁽¹⁶⁾ se encontró que la mayoría de participantes refirieron alguna restricción de las actividades entre las 20 y 48 horas postparto. Cuando se les preguntó sobre la limitación de las actividades a causa del dolor perineal, las más referidas fueron sentarse, caminar y dormir.

Nuestros resultados indican que en el puerperio clínico las mujeres con desgarro no tuvieron problemas en sus actividades cotidianas y aquellas con episiotomía

presentaban tendencia a la dificultad en la movilidad general. No se han encontrado estudios que aborden este aspecto a los 10 días del parto.

En cuanto al Patrón 2 Nutricional Metabólico, en el puerperio clínico comprobamos que las mujeres con desgarro no presentaban molestias en la zona del periné ni problemas para alimentar a sus hijos. No obstante, otros estudios indican que la alteración del Patrón 1 puede a su vez afectar a éste, ya que al caminar, cambiar de posición y sentarse, hay una exacerbación del dolor que dificulta la lactancia materna^(14, 15).

En el puerperio inmediato y en el clínico, el *Patrón 3 Eliminación* muestra que las mujeres con episiotomía presentaban estreñimiento, lo que les llevó a tener que recurrir al uso de laxantes, al contrario de aquellas con desgarro, que hacen de vientre a diario y sin problemas ni molestias. Un estudio realizado en 2004⁽¹⁷⁾ comparó el dolor en un grupo de mujeres con episiotomía restrictiva y en otro con episiotomía de rutina, en cuatro ámbitos, siendo uno de ellos el de la defecación, concluyendo que en el primer grupo hubo menos dolor perineal, con una p estadísticamente significativa de 0,005 a 0,048. Este dolor es el que hace que presenten una dificultad en la defecación, teniendo que recurrir al uso de laxantes. Por otro lado, encontramos una revisión sistemática publicada en 2005⁽¹⁸⁾ en la que se incluían y analizaban, entre otros, 8 estudios de cohortes. En cuatro de ellos se les preguntó a las mujeres sobre la incontinencia rectal y ninguno encontró que la episiotomía estuviese asociada a una reducción estadísticamente significativa de la dificultad para retener los gases o las heces. Sin embargo, unificando los datos de dos de los estudios con medidas de resultado comparables, se observó un incremento del riesgo asociado con el uso de la episiotomía. Y en otro estudio se comprobó que la incontinencia fecal es más probable cuando hay episiotomía, partos instrumentales o lesión del esfínter anal.

Siguiendo recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio⁽¹⁹⁾, se aconseja que aquellas mujeres con estreñimiento durante el puerperio refuercen la ingesta de fibras naturales y líquidos en su dieta, y la administración de un laxante estimulante de la motilidad intestinal u osmótico en aquellas en las que persiste⁽²⁰⁾.

En nuestro estudio se encontró una notable dificultad o molestias a la hora de orinar en el grupo de las episiotomías. En contraposición, este aspecto no se ve afectado en las púerperas con otro tipo de lesión perineal. De nuevo este hecho está influenciado por el nivel de dolor, que también afecta a las necesidades básicas de alimentación y excreción, así como cuidar al recién nacido y alimentarlo⁽²¹⁾.

Esta técnica es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria, junto con el uso de fórceps o un expulsivo prolongado, mas no influye en los diferentes tipos de incontinencia urinaria⁽²²⁾. Otros estudios determinan que el dolor que genera puede afectar a la defecación, causando estreñimiento, y a la micción, causando dificultad para la misma^(14, 15).

Con respecto al *Patrón 4 Actividad – Ejercicio*, vemos que en el puerperio hospitalario el grupo de los desgarros pudo cuidar a su bebé sin necesitar la ayuda de otros, al contrario que el grupo de las episiotomías. La independencia para la movilidad, higiene personal, uso del inodoro y vestido también es absoluta en el primer grupo. En un estudio elaborado en 2012 sobre la medición y características del dolor después

de la episiotomía y su relación con la limitación de las actividades, uno de los resultados que se obtuvo fue que más de la mitad de las participantes se quejaron de dolor en reposo, como efectivamente encontramos también nosotros. Este hecho refuerza la idea de que el dolor puede limitar a las madres en diversas funciones. La presencia de dolor durante el movimiento en todas ellas en el puerperio inicial también puede limitar algunas actividades diarias, lo que hace que tengan que recurrir a la ayuda de otras personas, como hemos podido comprobar en este patrón ⁽²³⁾.

A las 24-48 horas del parto descubrimos en el *Patrón 5 Sueño – Descanso* que las mujeres con un desgarro no tienen periodos de descanso a lo largo del día, mientras que aquellas con episiotomía como herida intraparto sí los tenían. Es probable que este hecho se vea influenciado por la presencia de dolor y/o molestias, que haga que necesiten más reposo, pero se necesitan estudios que lo confirmen con exactitud. Sí que existe evidencia para asegurar que el agotamiento postparto y el cuidado del bebé, hacen que la madre requiera más descanso después del parto. Sin embargo, el estado emocional, la ansiedad de cuidar al recién nacido, el hospital, el dolor, el malestar causado por la hinchazón, los moratones y la sutura del trauma perineal, son factores que afectan los patrones de sueño de las púerperas ⁽²⁴⁾.

Respecto al *Patrón 6 Cognitivo – Perceptual*, en las primeras 24 a 48 horas tras el parto, aquellas mujeres con episiotomía tenían un nivel de dolor severo (6-7 puntos) según la escala EVA, siendo inferior en las que sufrieron un desgarro. A los 10 días del parto, las mujeres que sufrieron un desgarro ya no tenían dolor en la zona ni tomaban analgésicos, sin embargo las mujeres con episiotomía sí que los seguían necesitando, siendo el más frecuente Ibuprofeno.

Si nos remitimos a la evidencia disponible, encontramos un autor ⁽²⁵⁾ que valoró el dolor postparto en el primer, segundo y décimo días, obteniendo que el dolor más leve lo sufrieron las mujeres que presentaban un periné intacto, seguido de los desgarros espontáneos de I y II grado, las episiotomías mediolaterales (EML) y los desgarros de III y IV grado como los más dolorosos.

El dolor se asocia como una consecuencia de la episiotomía. Durante las primeras 24 horas alcanza su punto máximo, a las 48 horas causa dolor al 85-95% de las mujeres, y a partir del tercer día comienza a remitir. Este porcentaje desciende al 32% tras una semana, y al 23% después de 10 días. Puede verse influenciado por otros factores como por ejemplo recibir la epidural ^(14, 15).

Otros investigadores encontraron que las mujeres con episiotomía tenían más dolor en la región perineal para descansar, sentarse y moverse en el primer día después del parto vaginal, en comparación con aquellas con el periné intacto y con desgarros de I, II y III grado ⁽²⁶⁾. La queja de dolor se informó en las primeras 24 horas después del parto vaginal con episiotomía ⁽¹⁶⁾. Un estudio de cohortes realizado en África hizo una comparación con la ocurrencia de dolor perineal en mujeres con y sin episiotomía. Encontró que las 88 mujeres que se sometieron al procedimiento (100%) sintieron dolor en el perineo durante 24 horas o más, en comparación con solamente 7 de las 159 mujeres sin episiotomía (27 con desgarro y 132 con periné íntegro, en total 4,4%), con diferencia estadísticamente significativa ($p = <0.0001$) ⁽²⁷⁾.

Una investigación desarrollada en Alemania con mujeres sometidas a la episiotomía, encontró que éstas tenían dolor perineal para sentarse, caminar, acostarse y en el patrón de eliminación entre 1 y 5 días después del parto; las mujeres incluidas en el

grupo de políticas restrictivas de episiotomía tuvieron menos dolor en comparación con el uso liberal⁽²⁸⁾.

Se realizó una revisión de la bibliografía disponible, encontrando un resumen de evidencia de UpToDate en el que aparecen resultados conflictivos; algunos estudios encontraron menos dolor en mujeres con periné intacto y desgarro espontáneo inmediatamente después del parto y a los tres meses que en otras con episiotomía. Otros no encontraron diferencias significativas en este aspecto entre ambas poblaciones⁽²⁹⁾.

Por último, el *Patrón 9 Sexualidad – Reproducción* no se encuentra alterado en el grupo de las episiotomías en base a los datos recogidos en nuestro estudio. No obstante, de las tres mujeres que habían retomado la actividad sexual al mes de dar a luz, dos tenían desgarro (5,89%) y sólo una episiotomía, lo que nos lleva a pensar que en éste último caso se decide iniciar más tarde por dolor o miedo a padecerlo. No obstante, estudios de mayor muestra obtenían que la dispareunia es un problema más común en las mujeres con episiotomía que en aquellas con otro tipo de lesión⁽³⁰⁾.

CONCLUSIONES

Somos uno de los países con mayor índice de partos instrumentales, episiotomías, e inducciones en Europa, con las consecuencias negativas que esto conlleva para la mujer, tanto a corto como a largo plazo.

Existe una clara influencia negativa de la realización de episiotomías frente a los desgarros en la recuperación postparto, siendo una técnica que produce un dolor importante y limita muchas de las actividades cotidianas.

La realización de la episiotomía genera claros problemas en el puerperio, centrados principalmente en el Patrón 1 (limitación de las actividades cotidianas), Patrón 3 (molestias al orinar y defecar y necesidad de usar de laxantes), Patrón 4 (ayuda para el cuidado del recién nacido), Patrón 5 (periodos de descanso durante el día) y Patrón 6 (dolor severo). Muchas de estas alteraciones están interrelacionadas unas con otras, siendo el punto de encuentro el dolor producido por la lesión perineal, de manera que una alteración del Patrón 6 hace que otros se vean afectados.

En el puerperio clínico las mujeres con desgarro no presentan alterados los Patrones Funcionales.

Se considera necesario realizar más estudios que permitan reafirmar los datos obtenidos, especialmente en aquellos patrones poco estudiados en relación con el puerperio.

REFERENCIAS

1. Arriaza Romero PD, Granados León S, Martínez Atienza JF, Sánchez Jiménez C. Técnicas Básicas de Enfermería. 1ª ed. Madrid: Ediciones Paraninfo; 2013 [citado 07 May 2016]. 670 p. Disponible en: https://books.google.es/books?id=C_1RAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
2. Cabay Basantes MJ, Aguagallo T, Marina V. Principios bioéticos en el cuidado de Enfermería y la satisfacción en las necesidades de seguridad y autoestima en las

- pacientes con labor de parto y puerperio atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Murcia [Tesis Doctoral en Internet]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2013 [citado 07 May 2016]. 296 p. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1225/1/UNACH-EC-ENFER-2013-0021.pdf>
3. Cruz Maroto E. Incidencia y prevalencia del dolor perineal tras parto vaginal [investigación para Tesis Doctoral]. Reduca [Internet]. 2009 [citado 07 May 2016]. Disponible en: www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/59/52
 4. Episiotomía. Oxford Dictionaries [Internet]. 2016 [citado 07 May 2016]. Disponible en: <http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/episiotomia>
 5. Organización de Consumidores y Usuarios. Demasiadas episiotomías en España. OCU [Internet]. 2015 Feb [citado 07 May 2016]. Disponible en: <http://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/noticias/episiotomias>
 6. Alperin M, Krohn M, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetrics laceration in a subsequent vaginal delivery. Obstet Gynecol [Internet]. 2008 Jun [citado 07 May 2016]; 111(6):1274-1278. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5334611_Episiotomy_and_Increase_in_the_Risk_of_Obstetric_Laceration_in_a_Subsequent_Vaginal_Delivery
 7. European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Euro-Peristat Network [Internet]. 2010 [citado 07 May 2016]. Disponible en: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
 8. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dialnet [Internet]. 2015 [citado 07 May 2016]; 18:13-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106931.pdf>
 9. 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 [citado 07 May 2016]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
 10. Ballesteros Meseguer C. Factores que Condicionan la Práctica de la Episiotomía en el Marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital Universitario de la Región de Murcia [Tesis Doctoral en Internet]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014 [citado 09 May 2016]. 296 p. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134965/TCBM.pdf?sequence=1>
 11. Sevilla Hernández MG. Situación actual del procedimiento de la episiotomía en el Complejo Hospitalario Universitario del Área II del Servicio Murciano de Salud [Trabajo Fin de Grado]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015 [citado 07 May 2016].
 12. López A. La madre no controla el parto. Diario online El Mundo [Internet]. 2015 Feb [citado 07 May 2016]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/09/14/55f1cd3122601d47428b45a5.html>
 13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM). Informe del Estado de Situación de la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. 2012 [citado 09 May 2016].
 14. Ghosh C, Mercier F, Couaillet M, Benhamou D. Quality-assurance program for the improvement of morbidity during the first three postpartum days following episiotomy and perineal trauma. Acute Pain [Internet]. 2004 [citado 09 May 2016]; 6:1-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/244797207_Quality-assurance_program_for_the_improvement_of_morbidity_during_the_first_three_postpartum_days_following_episiotomy_and_perineal_trauma

15. Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof* [Internet]. 2007 [citado 09 May 2016]; 8 (3-4):5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6702/173/episiotomia-selectiva-frente-a-episiotomia-rutinaria-en-nuliparas-con-parto-vaginal-realizado-por-matronas>
16. Amorim Francisco A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Barbosa da Silva FM, de Oliveira Santos J, Leister N, Gonzalez Riesco ML. Efecto del dolor perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. *Index Enferm* [Internet]. 2012 Sept [citado 09 May 2016]; 21(3):150-154. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000200009&script=sci_arttext&lng=pt
17. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2004 Apr [citado 11 May 2016]; 83(4):364-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15005784>
18. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* [Internet]. 2005 May [citado 11 May 2016]; 293(17):2141-8. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200799>
19. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014 [citado 11 May 2016]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
20. Mueller-Lissner SA. and Wald A. Constipation in adults. *BMJ Clin Evid* [Internet]. 2010 Jul [citado 11 May 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217654/pdf/2010-0413.pdf>
21. Alexandre CW, Kimura AF, Tsunehiro MA, Oliveira SMJV. A interferência da dor nas atividades e necessidades da puérpera. *Rev Nurs* [Internet]. 2006 [citado 12 May 2016]; 93(3):664-668. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/285819108_A_interferencia_da_dor_nas_atividades_e_necessidades_da_puerpera
22. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG* [Internet]. 2005 Aug [citado 12 May 2016]; 112(8):1156-1158. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00645.x/full>
23. Sartorato Beleza AC, Jorge Ferreira CH, de Sousa L, Spanó Nakano AM. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 Mar-Apr [citado 12 May 2016]; 65(2):264-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a10.pdf>
24. Pimenta CAM. Dor: manual clínico de enfermagem. 2000 [citado 12 May 2016].
25. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1994 Sept [citado 13 May 2016]; 171:591-598. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/15107455_Relationship_of_episiotomy_to_perineal_trauma_and_morbidity_sexual_dysfunction_and_pelvic_floor_relaxation
26. Williams et al, 2007, citado por Browne M, Jacobs M, Lahiff M, Miller S. [Perineal injury in nulliparous women giving birth at a community hospital: reduced risk in births](#)

- [attended by certified nurse-midwives. J Midwifery Womens Health \[Internet\]. 2010 May-Jun \[citado 13 May 2016\]; 55\(3\):243-249. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/723966>](#)
27. Sule ST, Shittu SO. Puerperal complications of episiotomies at Ahmadu Bello University Teaching Hospital Zaria, Nigeria. East Afr Med J [Internet]. 2003 Jul [citado 13 May 2016]; 80(7):351-356. Disponible en: <http://www.uonbi.ac.ke/journals/files/journals/1/articles/557/submission/review/557-2058-1-RV.pdf>
28. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2004 Apr [citado 13 May 2016]; 83(4):364-368. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0001-6349.2004.00366.x/full>
29. Robinson JN. Approach to episiotomy. UpToDate [Internet]. 2016 Apr [citado 13 May 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy>
30. Turmo M, Echevarría M, Rubio P, Almeida C. Cronificación del dolor tras episiotomía. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2015 [citado 15 May 2016]; 62(8): 436-442. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935614002941>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia