

Trabajo Fin De Grado

Estudio descriptivo de las variables clínicas tras un parto eutócico, y el abordaje fisioterápico para evitar la posible episiotomía y dispareunia posterior.

Descriptive study about clinical variable after an eutocic labour. Pyhsiotherapist approach to avoid an episiotomy and a subsequent dyspareunia.

AUTOR/A

Irene Ruiz García

DIRECTOR/ES

Pablo Fanlo Mazas

Facultad de Ciencias de la Salud 2020/2021



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL Y MÉTODO	17
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Durante la gestación se producen una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que pueden afectar a la mujer. El papel de la fisioterapia puede ser fundamental para su preparación con el fin de evitar la episiotomía o tratar disfunciones sexuales posteriores como la dispareunia.

La episiotomía es la operación obstétrica más utilizada y aunque bien se inició para prevenir desgarros, su uso rutinario la ha convertido en mayor perjuicio que los propios desgarros. Existe una estrecha relación entre esta intervención y la dispareunia posterior.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas en mujeres tras un parto eutócico y determinar su posible relación con la episiotomía y la dispareunia posterior.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para establecer las principales variables clínicas tras un parto eutócico, se realizó una encuesta a 70 mujeres en la clínica fisioterápica de Alba Puertolás y Mamifit Zaragoza.

RESULTADOS: El 61,43% de la muestra recibió episiotomía. De 70 mujeres, 38 mujeres consideraron tener dolor durante las relaciones sexuales después del parto. El 51,4% acudió al fisioterapeuta antes del parto y el 70% después del mismo.

CONCLUSIONES: La aplicación de la episiotomía supera el 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud. El dolor perineal es el más común entre las mujeres de la muestra y la frecuencia de partos naturales es elevada. La posición más utilizada es la de litotomía pero existen otras menos lesivas.

Introducción

EL PARTO

Desde hace unos años, la mujer ha ido tomando consciencia de la importancia del cuidado del suelo pélvico durante el embarazo y después del mismo, a modo de prevención para futuros problemas.

Aunque los avances son evidentes, todavía existe cierto desconocimiento entre la población acerca del papel que desempeña el fisioterapeuta en este ámbito de la vida. Un fisioterapeuta es un profesional de la Salud que va a ayudar a la mujer en el periodo de gestación y posterior al mismo, contribuyendo a reducir muchos de los síntomas que han sido integrados socialmente.

Toda mujer embarazada experimenta múltiples cambios en su cuerpo: cambios musculares, cardiovasculares, hormonales, respiratorios, digestivos, en la micción, suelo pélvico y un largo etcétera.

Es aquí donde el fisioterapeuta deberá trabajar con una combinación de técnicas, desde terapia manual y ejercicio terapéutico hasta la educación a modo de prevención primaria para tranquilizar a la futura madre, enseñarle los procesos por los que va a pasar su cuerpo y cómo debe afrontarlos.

Definición

El parto se define como un proceso fisiológico producido por el final de la gestación que consta de la expulsión del feto de la cavidad uterina y la posterior salida de los anejos. Este puede ser espontáneo, inducido o estimulado. Una gestación habitual dura de 37 a 42 semanas(1).

Fases

Las fases del parto son las siguientes:

- **Fase de dilatación:**
 - o Fase activa. En esta fase se producen contracciones variables, acompañado de borramiento del cérvix y una dilatación de 2 a 4 cm.
 - o Fase latente: Esta fase está caracterizada por el aumento de contracciones y de dilatación hasta los 13cm.
En mujeres multíparas la velocidad de dilatación es 1,2cm por hora mientras que en mujeres primíparas es de 1cm por hora. Pero siempre variará dependiendo de la persona(2).
- **Fase expulsiva:** Es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:
 - o Periodo expulsivo pasivo: Dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
 - o Periodo expulsivo activo: Cuando El feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo (1).
- **Fase de alumbramiento:** es la expulsión de la placenta y las membranas. El útero se contrae y desprende la placenta de su pared. Con una duración de unos 30 minutos(3).

Tipos

Según la finalización, podemos diferenciar(4):

- **Parto eutócico:** el que ocurre entre semana 37 y 42 de gestación, produciéndose sin variaciones de la normalidad, terminando con el nacimiento de un feto vivo, sin exigir intervención instrumental.
- **Parto distócico:** se desarrolla de forma complicada por causas que pueden ser de origen fetal (tamaño o presentación) o maternas (canal del parto o de la actividad uterina).

Este tipo puede tener repercusiones negativas como necesitar asistencia mediante técnicas instrumentales o quirúrgicas, tales como:

- Parto con fórceps: instrumento quirúrgico en forma de “pinza” que se aplica en la cabeza del feto para ayudar a la expulsión de este; estos están hechos para la rotación y tracción del feto a través del canal de parto.
- Parto con ventosa: instrumento con forma de ventosa que se introduce en la cabeza fetal, y es capaz de traccionar de este para facilitar su expulsión.

Consecuencias del parto

Un hecho fisiológico como es el parto, puede condicionar negativamente la futura salud y la calidad de vida de la mujer (5).

En cuanto a las consecuencias físicas y psicológicas, la depresión postparto afecta a un 13% de la población gestante, por lo que la sitúa como una de las alteraciones de incidencia creciente (6) . Los trastornos depresivos representan un importante problema de salud pública, siendo más frecuente en las mujeres y con mayor riesgo durante el embarazo y puerperio (7).

Por último, la prevalencia de los problemas de incontinencia y prolapso en mujeres gestantes y post-parturientas afectan en torno al 20-30% de la población, esto deja en la mujer de edad reproductiva una secuela, (no únicamente en el plano fisiológico), que a menudo debe arrastrar a lo largo de toda su vida (6).

EPISIOTOMÍA

Definición

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza en los músculos del periné con la finalidad de ampliar el canal blando del suelo pélvico y facilitar el periodo expulsivo del parto. El momento oportuno para ejecutarla es cuando se hace visible la cabeza fetal en el introito(7,8).

Es la intervención quirúrgica más utilizada en obstetricia y quirúrgica en el mundo, pues es utilizada en 9 de 10 partos en nulíparas y en 6 de 10 partos vaginales en multíparas (9), convirtiéndola en rutinaria y no en selectiva.

Las investigaciones más recientes defienden que la utilización debería reducirse a indicaciones fetales o maternas, basándose en que los desgarros perineales de I y II grado causan menos problemas en la mujer que la propia episiotomía(10).

En España, según datos hasta 2005, existe una amplia variabilidad sobre el porcentaje de episiotomías, desde un 33% hasta un 73%, depende en qué Comunidades Autónomas(9).

La Organización Mundial de la Salud recomienda un 15% de su aplicación, por lo que España estaría duplicando la tasa(1).

Al realizar estas incisiones (actualmente se utiliza la mediana lateral y la mediana) se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboesponjoso y el perineal transversal, por tanto, existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la grave **dispareunia** que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía(11).

Otro grave problema a tratar es **la posición del parto en la fase expulsiva**, pues eso afecta a la realización de episiotomía, estando la posición de litotomía claramente asociada a ésta, en contraposición con otras posturas tales como (supino, cuclillas, sedestación de pie y en cuadrupedia), por lo que se debería permitir a las mujeres tener la opción de dar a luz en cualquier posición que se encuentren más cómodas(8).

Entre las **principales complicaciones inmediatas** tenemos hemorragia postparto, laceraciones de vulva o vagina, edema vulvar, hematomas, anemia, desgarros perineales; y a largo plazo como dolor, dispareunia, dehiscencias, granulomas, fibrosis, fistulas entre otras(12).

Se han observado índices de dolor más alto en pacientes con episiotomía (83%) que en pacientes sin episiotomía (27%) (11).

Indicaciones para la realización de episiotomía (13)

MATERNAS

1. Inminencia de desgarro vulvo-vagino-perineal.
2. Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de valsalva forzada), importante en las siguientes patologías maternas.

2.1- Pre-Eclampsia-Eclampsia.

La eclampsia es la presencia es un trastorno hipertensivo que cursa con convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas, que ocurren la mayoría de las veces durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato y que son motivo(14).

2.2- Hipertensión Arterial.

2.3- Hipertensión Endocraneal y Patologías Vasculares del S.N.C.

2.4- Hipertensión Ocular.

2.5- Cardiopatías.

2.6- Neumopatías.

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

Fetales

1. Macrosomia.
2. Prematurez.
3. Feto con Retardo del crecimiento intrauterino.

Contraindicaciones para la realización de episiotomía (13)

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

DISPAREUNIA (15)

Definición

La dispareunia es un dolor genital, persistente o recurrente, asociado a la actividad sexual. Puede aparecer a cualquier edad, justo antes, durante o después del coito. Se manifiesta con variados grados de intensidad y localización, afecta el placer sexual hasta el punto de evitar o abstenerse de la actividad coital o de todo tipo de contacto sexual.

Tipos

De acuerdo a lugar de presentación del dolor:

- **Superficial:** a la entrada del introito vaginal o durante la penetración.
 - De causa orgánica:
 - Poscirugía o tratamientos médicos (secuelas obstétricas, como episiotomía, cicatrices, endometriosis en la episiorrafia y cesárea; deformaciones del introito, radiocobaltoterapia).

- De causa psicosexual.
- **Profundo:** a la penetración profunda y durante los movimientos coitales.
 - Generalmente de etiología orgánica: congénita, desórdenes uroginecológicos, etc.

El dolor sexual es el trastorno de disfunción sexual más común en la mujer en el periodo postparto. El dolor perineal y la dispareunia se consideran frecuentemente resultado de trauma perineal, episiotomía y parto instrumentado (16).

La relación entre episiotomía y su dispareunia posterior es evidente, en primera instancia la episiotomía se trata de un trauma perineal y este se asocia a una percepción negativa del parto y por tanto a DPP (depresión post parto) afectando a la mujer de manera contundente, llegando incluso "hasta el extremo de afectar su salud general, autoestima y relación con su bebé y su pareja" (17). En segunda instancia, la episiotomía va a crear una cicatriz posterior y por tanto una dispareunia superficial que si no es tratada, o no es tratada a su debido tiempo va a modificar la vida sexual de la mujer, retardándola y/o empeorándola.

Es por ello por lo que la intervención fisioterápica es sumamente importante, tanto previamente para evitar la realización de una episiotomía, como en la etapa post parto para tratar las secuelas de la misma con la intención de evitar una dispareunia posterior.

PREPARACIÓN AL PARTO

La fisioterapia obstétrica previene y es capaz de tratar el dolor generado a nivel lumbar y pélvico, así como para el aumento del peso de la mujer y los síntomas generados por el edema a nivel de los miembros inferiores.

Además, la terapia manual, la corrección e higiene postural y la realización de ejercicio entre otras son capaces de producir una disminución del dolor generado a nivel lumbo-pélvico (18).

Distintas técnicas fisioterápicas:

EPI NO

El dispositivo se estructura en un balón de silicona unido mediante un tubo de plástico a un manómetro (visualizador de presión) con una válvula de escape del aire y una perilla que se presiona para insuflar el balón, generando un aumento de presión. Su función consiste en ejercitar la musculatura del suelo pélvico, favoreciendo su elasticidad preparándola para el parto y restaurar el tono en el postparto. Todo ello contribuye a reducir el número de episiotomías y de desgarros de II y III grado (19).

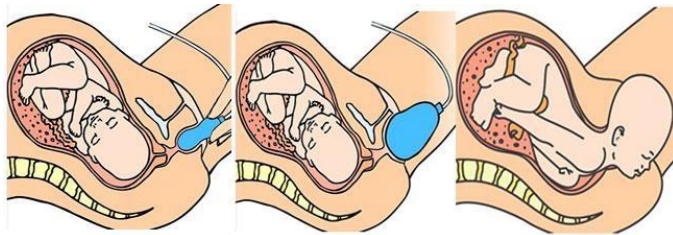


Ilustración 1. Aplicación EPI-NO

Dicho dispositivo fue creado por la compañía TECSANA en 1999 con el fin de lograr una dilatación vaginal y perineal para su adaptación al descenso fetal en el parto. Con ello se pretende acortar el período expulsivo y reducir así la necesidad de episiotomía e incrementar la tasa de perinés intactos, reduciendo la de avulsión del músculo elevador del ano y medir la distensibilidad perineal durante la primera fase del parto (19).

Para realizar el tratamiento con el EPI-NO, se aplica lubricante al "globo" y se introducen hasta dos tercios, cuando está correctamente colocado en la vagina se infla hasta que la mujer lo tolere. Cuando la sesión ha finalizado, se expulsa el balón y se mide el diámetro del EPI-NO.

Además, a la hora de extraer el balón, las mujeres pueden entrenar los músculos del suelo pélvico y desarrollar la sensación del pujo para el proceso del parto. El entrenamiento se realiza hasta el momento cercano al parto (20).

MASAJE PERINEAL

El masaje perineal durante el embarazo es una técnica preventiva que trata de ablandar y estirar la piel y tejidos del periné mediante la estimulación táctil de los mismos, con el fin de que el periné aumente su elasticidad y se encuentre en unas condiciones óptimas para afrontar el periodo expulsivo del parto, reduciendo así el riesgo de episiotomía (21).

El masaje puede ser realizado por la propia embarazada o por otra persona. Si lo realiza otra persona, se deben introducir dos dedos, el índice y el corazón, en cambio si se trata de un automasaje, la mujer utilizará los pulgares para introducirlos por la vagina unos 3-4cm. Se aplica una presión hacia la pared posterior de la vagina, es decir hacia la zona del recto y hacia las paredes laterales, evitando tocar la zona anterior (la zona de la uretra), para evitar riesgos de infección. Puede ser doloroso durante las primeras sesiones, ya que la región vulvar se encuentra inflamada y muy vascularizada, pero tras varias sesiones la elasticidad de la zona aumenta y el dolor se reduce (22).



Ilustración 2. Masaje perineal

PRÁCTICA DEPORTIVA (23)

Los beneficios de la práctica de ejercicio físico para la madre:

- Evitan el dolor de espalda baja.
- Mejoran las capacidades metabólicas y cardiopulmonares y reducen el riesgo de padecer diabetes gestacional.
- Favorecen los procesos del parto.
- Mantienen el estado de condición física de la madre, reduciendo el índice de fatiga en las actividades cotidianas.
- Controlan la ganancia de peso de la madre.
- Mejoran la tolerancia a la ansiedad y la depresión.

Tratamiento post parto

Entre los objetivos postparto están: disminuir el dolor, favorecer la cicatrización de los tejidos, recuperación de las capacidades funcionales, proteger el SP, evitar el estreñimiento, y tonificar la musculatura abdominopélvica(22).

Es fundamental la valoración del suelo pélvico tras el parto para elegir la técnica más adecuada de tratamiento. Los diferentes métodos empleados son los siguientes(24):

- **Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH).** Su finalidad es revertir el deterioro de la pared abdominal y del suelo pélvico sufrido durante el embarazo y el parto.
- **Ejercicios de Kegel y activación del trasverso:** Estos ejercicios fueron inventados por el ginecólogo estadounidense Arnold H. Kegel.

Sirven para fortalecer los músculos del suelo pélvico para restaurar su capacidad funcional después del parto y para la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

- **Fisioterapia perineal:** Se utiliza la biofeedback, la estimulación eléctrica, crioterapia o ultrasonidos. Estas herramientas hacen que la actividad eléctrica de los músculos del suelo pélvico lo conviertan en señales algo medibles, visibles y audibles y así la persona afectada puede hacer la contracción muscular de forma correcta ya que es consciente de ello.
- **Ejercicios de aspiración diafragmática:** Estos ejercicios fueron descritos por Marcell Caufriez y se trata de relajar el diafragma por acción voluntaria y por ello se activará la musculatura del suelo pélvico.
- **Ultrasonido terapéutico.** Disminuye el dolor por los procesos inflamatorios del periné, provocados por el parto. También está indicado para las mujeres con dispareunia.
- **Bolas chinas.** También denominadas bolas de geisha o Ben Wa, tienen origen en Japón y consisten en una o dos bolas unidas por cordón que en su interior contienen bolas metálicas más pequeñas. El peso de la bola aumentará el tono de la musculatura perineal.
- **Pesas o conos vaginales.** Son parecidas a las bolas chinas, pero con la principal diferencia de que las pesas no contienen una bola miniatura en su interior y no se producen ninguna vibración. Se tiene que contraer y relajar voluntariamente el suelo pélvico.
- **Ejercicios de core.** También llamado entrenamiento muscular abdominal profundo. Hace referencia a toda la musculatura profunda de la cavidad abdominal y el suelo pélvico. Esta actividad favorece una estabilidad del tronco y fortalecen todos esos músculos aportando estabilidad central y cierre de la diástasis.

El masaje perineal es eficaz en el tratamiento de la dispareunia causada por la sensibilidad de los músculos del piso pélvico con un alivio del dolor a largo plazo(25).

JUSTIFICACIÓN

La episiotomía es la intervención quirúrgica obstétrica más realizada. En España, como ya se ha mencionado en artículos anteriores, triplica la tasa de lo permitido, lo que resulta alarmante si se observa la cantidad de repercusiones que acarrea a posteriori.

En un inicio, se creó con la intención de disminuir desgarros, pero la dinámica que se ha seguido ha terminado por convertirla en rutinaria y no en selectiva, agravando así sus consecuencias.

Esta intervención, puede ser precursora de una dispareunia que si no es tratada a su debido tiempo es posible que altere la calidad de vida de la mujer a nivel sexual y psicológico.

La mayoría de las mujeres sufren algún tipo de trauma perineal durante el parto, hecho por el cual ha aumentado el interés en la fisioterapia preparto, para prevenir y reducir los síntomas durante el embarazo y el parto, después del parto y para reducir los síntomas a lo largo de la vida (26).

Así pues, con el presente estudio se pretende analizar las relaciones que puede haber entre la episiotomía y la dispareunia. Así como valorar la posible relación entre la fisioterapia pre-parto y la reducción de la episiotomía, ya que las mujeres con un periné intacto precisan de menos tiempo para empezar a tener relaciones sexuales satisfactorias sin dolor y por tanto menor riesgo de sufrir dispareunia y desgarros(27).

Los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo como el aumento de peso o las lesiones del SP, provocados por el parto podrían dar lugar a una DSP o diástasis abdominal entre otras. Es por ello que el tratamiento fisioterápico mediante ejercicio terapéutico, masaje perineal, ultrasonido, electroterapia, vibradores... Reduce el dolor y disminuyen la morbilidad en el periodo del post parto (24,28).

Se pretende informar de los problemas que ocasiona la episiotomía en la vida sexual de la mujer tras el parto y su dimensión, para que acudan al Fisioterapeuta a modo de prevención o para revertir los efectos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la frecuencia con la que las mujeres reciben fisioterapia pre-parto y post-parto así como las principales técnicas de fisioterapia empleadas.
- Conocer si el estado emocional ha empeorado tras el parto con y sin episiotomía.
- Conocer qué posiciones del expulsivo son menos lesivas para el periné.
- Conocer la frecuencia de aplicación de la epidural y la episiotomía.
- Valorar si el tratamiento fisioterápico antes del parto reduce la posibilidad de episiotomía, así como la aparición de dolor, dispareunia y problemas en las relaciones sexuales.

OBJETIVO GENERAL

Describir las características clínicas en mujeres tras un parto eutócico y determinar su posible relación la episiotomía y la dispareunia posterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Muestra

Se seleccionó una muestra de mujeres atendidas en la clínica fisioterápica Alba Puertolás y a mujeres que realizaban entrenamiento físico en Mamifit Zaragoza.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son:

- Mujeres con parto vaginal y único feto.
- Mujeres sin alteraciones de habla o la comprensión.
- Mujeres que acepten participar y firmen el consentimiento informado.
- Mujeres cuyo periodo de tiempo desde el parto sea de la cuarentena a los dos años.

Los criterios de exclusión son:

- Alguna atrofia genital, cáncer u otra patología del suelo pélvico.
- Dificultad idiomática.
- Mujeres que padezcan alguna disfunción sexual previa a los embarazos.
- Mujeres con gestación de riesgo o problemas de salud importantes.

Tamaño de la muestra

Para la realización de este trabajo hemos contado con la colaboración de un grupo de mujeres que han accedido a responder nuestra encuesta, mediante la cual hemos realizando un estudio descriptivo. Esta encuesta se ha utilizado para conocer las variables clínicas tras una episiotomía y su posible relación con la dispareunia.

La realización de la misma se ha producido vía online presencial en la clínica fisioterápica Alba Puertolás y en **Mamifit Zaragoza**. La han pasado de forma individual, anónima y consentida y con supervisión en caso de duda.

Se trata de un centro pionero en Zaragoza, pues combina el ejercicio físico con la fisioterapia de suelo pélvico y pediatría, teniendo la oportunidad de escoger cualquiera de los servicios prestados.

Lugar y tiempo de estudio

La recogida de datos se efectuó de noviembre de 2020 a abril del año 2021, por la fisioterapeuta mencionada y la investigadora principal del presente estudio, obteniendo un total de 70 encuestadas.

Variables estudiadas

Dentro de las variables independientes:

a) Datos antropométricos

- **Edad**
- **Nivel de actividad física**
- **Número de partos totales**

b) A cerca del parto

- **Tipo de parto vaginal:** (Natural en casa, natural en el hospital, instrumental en el hospital)
- **Material del parto instrumental:** (Ventosa, Fórceps)
- **Éste parto ha sido... (el primero, el segundo, más de dos)**
- **Si hay partos anteriores, cómo han sido:** (natural en casa, natural en el hospital, instrumental en el hospital)
- **Epidural:** (Si, No)
- **Posición expulsivo:** (Litotomía, Cuadropedia, Sims)
- **Grado de desgarro:** (Grado I, Grado II, Grado III, Grado IV)
- **Episiotomía** (Si, No)
- **Tipo de sutura:** (Continua, Discontinua)

- **Cómo cicatrizó:** (Cerró correctamente, Se abrió algún punto, Se infectó, Queloides)

b) Aspectos de la episiotomía

- **EVA periné**
- **EVA columna lumbar**
- **EVA COITO**
- **EVA EF (ejercicio físico)**
- **EVA Baño**

c) Aspectos psicológicos

- **Depresión:** (Si, No)
- **Empeoramiento estado emocional:** (Si, No)

d) Aspectos sexuales

- **Inicio relaciones sexuales con penetración post parto:** (Pasada la cuarenta, De la cuarentena a los tres meses, Después de los seis meses, Sigo sintiendo dolor)
- **Dolor durante las relaciones sexuales:** (Si, No)
- **Rechazo por las relaciones sexuales:** (Si, No)
- **En caso afirmativo, ¿es el dolor la causa principal?** (Si, No)
- **Inicio relaciones sexuales con penetración sin dolor pos parto:** (Pasada la cuarentena, Entre la cuarentena y los tres meses, Más de seis meses, Sigo sintiendo dolor)
- **Lubricación:** (Igual que antes, Menos pero no me influye, Necesito lubricante artificial)

E) Intervención fisioterápica

- **Fisioterapia pre parto:** (Si, No)
 - o **EPI-NO:** (Si, No)
 - o **Masaje perineal:** (Si, No)
 - o **Flexibilización pelvis:** (Si, No)
 - o **Trabajo de pujos:** (Si, No)

- **Fisioterapia post parto:** (Si, después de la cuarentena, Si a los tres meses, Si pasados los tres meses)
 - o **Masaje perineal:** (Solo he ido una vez, por tanto una, Cuatro o cinco veces, Hasta que me lo han pautado)
 - o **Tratamiento cicatriz:** (De la cuarentena a los tres meses, de los tres meses a los seis, No)
 - o **Electroterapia:** (Si, con frecuencia pasada a la cuarentena, Si pocas veces después de la cuarentena, No)

Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 19. En primer lugar se realiza un estudio descriptivo. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media junto a la desviación estándar y máximo y mínimo. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes.

En segundo lugar se hizo un estudio comparativo de muestras independientes, dividiendo la muestra en si habían recibido tratamiento fisioterápico previo al parto y posteriormente si habían recibido episiotomía.

Para las variables cuantitativas se realizó la prueba de Wilkosen y para las variables cualitativas se realizaron tablas cruzadas con Chi Cuadrado.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de toda la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
EVAPeriné	63	0	10	3,10	3,052
EvaLumbar	63	0	9	2,97	2,918
EVACoito	64	0	9	2,36	2,326
EVAEf	66	0	7	,97	1,607
EVABaño	66	0	8	1,39	2,286

TABLA 1. Escala EVA y número de partos

En la Tabla 1 se observó que la media de dolor del periné 3,10 fue la más elevada. Por debajo de ella la media del dolor lumbar fue de 2,97.

	Frecuencia	Porcentaje
Natural en casa	1	1,4
Natural en el hospital	60	85,7
Instrumental en el hospital	9	12,9

TABLA 2. Tipo de parto

La mayoría de las mujeres dieron a luz de forma natural en el hospital, siendo estas un 85,7% de la muestra total.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	60	85,7
Ventosa	10	14,3
Total	70	100,0

TABLA 3. Material parto instrumental

De las 70 mujeres de la muestra, 10 tuvieron un parto instrumental, y el 100% de las mismas fue mediante ventosa.

	Frecuencia	Porcentaje
El primero	38	54,3
El segundo	28	40,0
Más de dos	4	5,7
Total	70	100,0

TABLA 4. ¿Este último parto, cuál ha sido?

En la tabla 4, se obtiene una frecuencia y un porcentaje de 38 mujeres (54,3%) primerizas, seguido de 28 (40%) su segundo parto y 4 (5,7%) su tercero.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	38	54,3
natural en hospital	22	31,4
instrumental en hospital	8	11,4
Cesárea	2	2,9
Total	70	100,0

TABLA 5. Cómo fueron los partos anteriores

De las 70 mujeres, 32 habían dado a luz en otra u otras ocasiones, de las cuales 22, su parto fue natural en el hospital, 8 de forma instrumental en el hospital, y 2 mujeres lo hicieron por cesárea.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	84,3
No	11	15,7
Total	70	100,0

TABLA 6. Epidural

Los resultados obtenidos en la tabla 6 a cerca de la epidural, recogen que al 84,3% sí se la pusieron.

	Frecuencia	Porcentaje
Litotomía	61	87,1
Cuadrupedia	1	1,4
Sims	6	8,6
Otro	2	2,9
Total	70	100,0

TABLA 7. Posición del expulsivo

La Posición del expulsivo más utilizada fue la de litotomía con un 87,1% de la muestra, un 8,6% la posición de Sims, 2,9% destacó otra posición y un 1,4% la posición de cuadrupedia.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	61,43
No	27	38,57
Total	70	100,0

TABLA 8. Episiotomía

La tabla 8 nos indica que el 61,43% de la muestra recibió una episiotomía.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	2	2,9
No	34	48,6
Grado I	20	28,6
Grado II	11	15,7
Grado III	1	1,4
Grado IV	2	2,9
Total	70	100,0

TABLA 9. Grado de desgarro

Casi la mitad de la muestra reflejada en la tabla 9 no tuvo desgarro durante el parto, siendo la siguiente frecuencia de 20 con grado de desgarro I.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	17	24,3
Continua	43	61,4
discontinua	10	14,3
Total	70	100,0

TABLA 10. Tipo de sutura

La tabla 10 representa el tipo de sutura si la hubo tras el parto, el 24,3% no necesitó mientras que de las 53 restantes, en 43 la sutura fue continua.

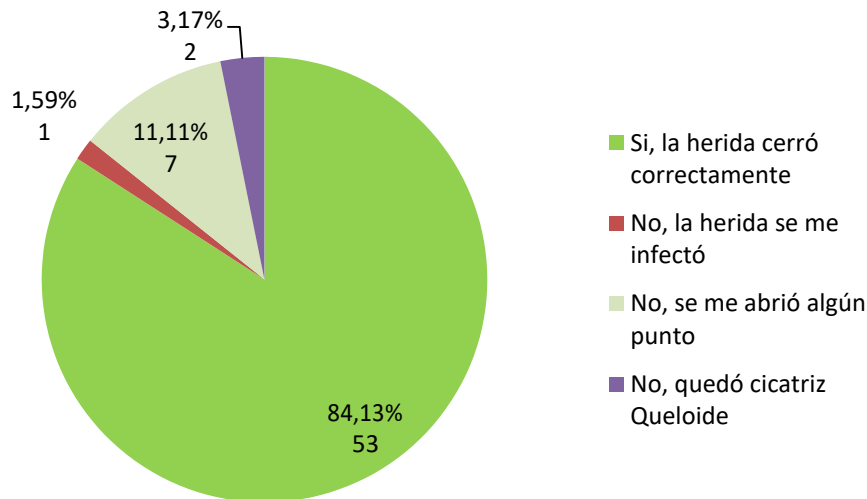


GRÁFICO 11. Cicatrización

De las 63 mujeres que respondieron la pregunta, 53 cicatrizaron correctamente.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	1,4
No	69	98,6
Total	70	100,0

TABLA 12. Depresión

Un 98,6% de la muestra no fue diagnosticada por depresión post parto.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	38,6
No	43	61,4
Total	70	100,0

TABLA 13. Empeoramiento del estado emocional

El 61,4% de la muestra considera que su estado emocional ha empeorado después de dar a luz.

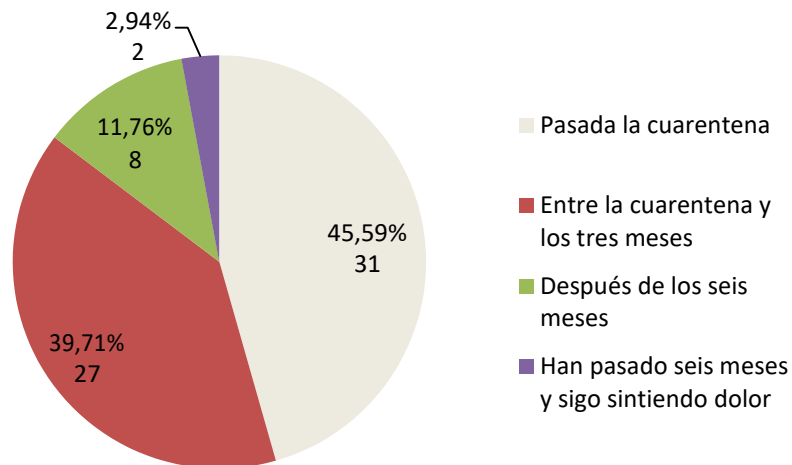


GRÁFICO 14. ¿Cuándo empezaste a mantener relaciones sexuales con penetración post parto?

El gráfico 14 nos da la información de que un 45,59% iniciaron las relaciones pasada la cuarentena y un 39,71% las iniciaron entre la cuarentena y los tres meses.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	6	8,6
Si	38	54,3
No	26	37,1
Total	70	100,0

TABLA 15. Dolor en las relaciones sexuales

La tabla 15 muestra que un 54,3% del total sí siente dolor al inicio de las relaciones y un 37,1% no.

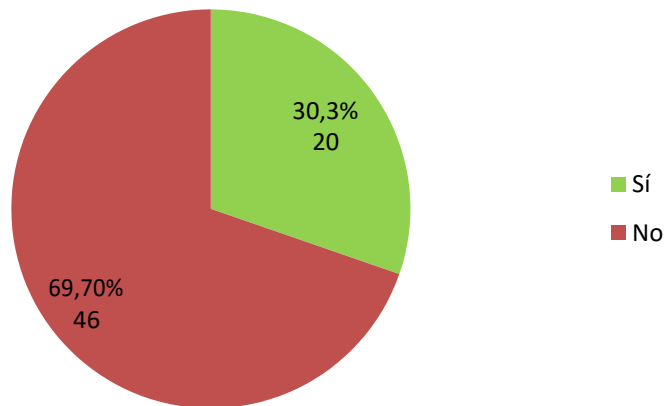


GRÁFICO 16. ¿Sientes rechazo por las relaciones sexuales?

El porcentaje de mujeres que no sienten rechazo (69,70%) es más elevado que las que sí (30,30%).

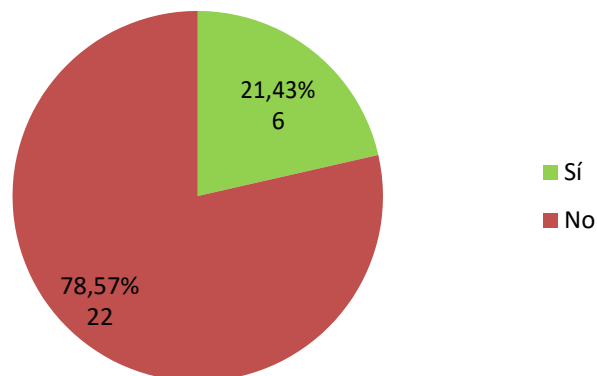


GRÁFICO 17. En caso afirmativo ¿es el dolor la causa principal?

En relación a la pregunta anterior, el 78,57% de las 28 mujeres que respondieron, no relacionaron el rechazo por el dolor.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestaron	6	8,6
Pasada la cuarentena	17	24,3
Entre la cuarentena y los tres meses	23	32,9
Después de los seis meses	18	25,7
Han pasado seis meses y sigo sintiendo dolor	6	8,6
Total	70	100,0

TABLA 18. ¿Cuándo empezaste a tener relaciones sexuales con penetración SIN DOLOR post parto?

La frecuencia más elevada en cuanto a las relaciones con penetración sin dolor post parto se recogen entre la cuarentena y los tres meses, siendo estas 23 mujeres, 18 las que mantuvieron relaciones después de los seis meses y 17 pasada la cuarentena.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestaron	4	5,7
Si, lubrico igual que antes de dar a luz	24	34,3
No, lubrico menos pero no me influye	15	21,4
No, lubrico poco y necesito añadir lubricantes artificiales	27	38,6
Total	70	100,0

TABLA 19. Cuando mantienes relaciones sexuales, ¿sientes que estás bien lubricada?

Los resultados obtenidos en la tabla 19, nos informan de que los porcentajes más altos se recogen entre dos preguntas: el 38,6% (27) necesitan lubricantes artificiales y el 34,3% (24) lubrican igual que antes de dar a luz.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	51,4
No	34	48,6
Total	70	100,0

TABLA 20. Fisioterapia pre parto

De la tabla 20 obtenemos la información de que el 51,4% acudió al fisioterapeuta antes del parto y el 48,6% no.

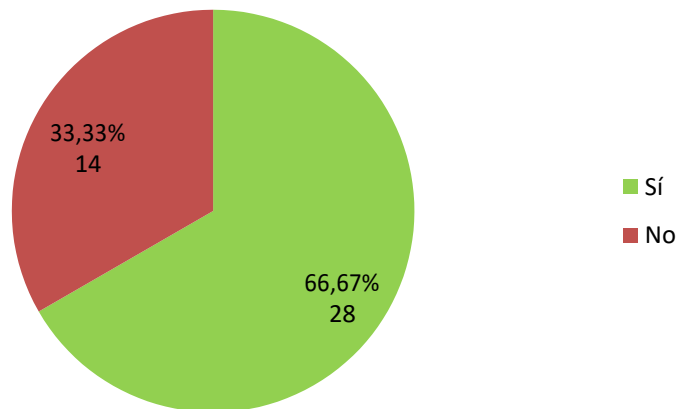


GRÁFICO 21. EPI-NO pre parto

De las 42 mujeres que sí recibieron tratamiento fisioterápico pre parto, 28 utilizaron el EPI-NO.

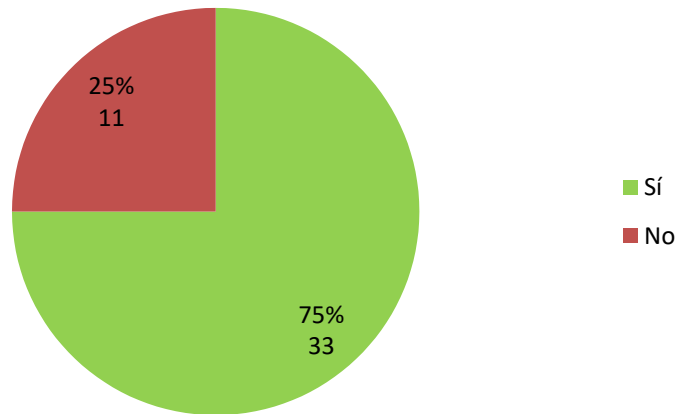


GRÁFICO 22. Masaje perineal pre parto

De las 51 mujeres que respondieron en el gráfico 22, el 75% sí recibió tratamiento de masaje perineal con preparación al parto.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	20	28,6
Si	43	61,4
No	7	10,0
Total	70	100,0

TABLA 23. Flexibilización de la pelvis antes del parto

En la tabla 23 se observa que el 61,4% total de la muestra sí realizó ejercicios de flexibilización de la pelvis.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	19	27,1
Si	32	45,7
No	19	27,1
Total	70	100,0

TABLA 24. Trabajo de pujos

Un 45% total de la muestra, efectuó trabajo de pujos en la preparación al parto.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	1	1,4
Sí, acudí después la cuarentena	37	52,9
Sí, acudí a los tres meses	7	10,0
Sí, acudí pasados los tres meses	5	7,1
No, no he ido	20	28,6
Total	70	100,0

TABLA 25. Después del parto, ¿has acudido al fisioterapeuta?

En relación a la tabla 25, el 52,9% total de la muestra acudió después de la cuarentena, el 28,6% no acudió, el 10% acudió a los tres meses, el 7,1% pasados los tres meses y el 1,4% no contestó.

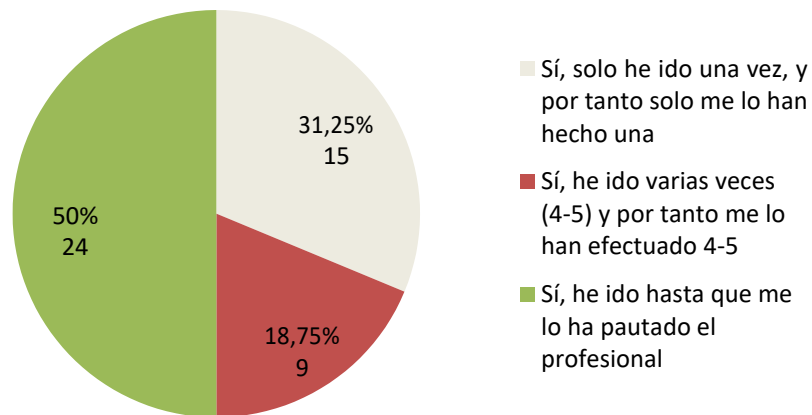


GRÁFICO 26. Masaje perineal post parto

Excluyendo a 22 mujeres que no contestaron la respuesta, 24 recibieron masaje perineal hasta que se lo pautó el profesional, 15 una única vez y 9 varias veces.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestaron	15	21,4
Sí, de la cuarentena a los tres meses	11	15,7
Sí, de los tres meses a los seis meses	10	14,3
No, no la he tratado	34	48,6
Total	70	100,0

TABLA 27. Tratamiento de la cicatriz post parto

Los resultados relativos al tratamiento de la cicatriz post parto reflejados en la Tabla 27, nos muestran que de 56 mujeres que contestaron a la respuesta, 34 no trataron la cicatriz.

	Frecuencia	Porcentaje
No contestaron	10	14,3
Sí, con frecuencia pasada la cuarentena	6	8,6
Sí, pocas veces después de la cuarentena	9	12,9
No	45	64,3
Total	70	100,0

TABLA 28. Electroterapia post parto

El 64,3% de la muestra total no recibió electroterapia post parto, el 12,9% la recibió pocas veces después de la cuarentena, un 8,6% lo hizo con frecuencia y un 14,3% no contestó.

Análisis comparativo de muestras independientes

Al realizar el análisis comparativo no se observaron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables de estudio.
 $P > 0,05$

DISCUSIÓN

Al inicio de este estudio se marcó como objetivo conocer las variables clínicas de las mujeres tras un parto eutócico y su posible relación con episiotomía y el dolor al inicio de las relaciones sexuales (dispareunia), así pues, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

De la escala EVA, se observó que están relacionados con otros estudios, pues concluyen que la literatura muestra una fuerte asociación entre el dolor y el trauma perineal durante el parto vaginal. Entre estos traumas está la episiotomía, muy utilizada (29,30,9,11).

El dolor perineal se presenta como un problema para muchas mujeres en el posparto. Esta morbilidad tiene impacto en la calidad de vida e interfiere en el autocuidado en el posparto (30).

En conformidad con las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trabajo de parto ha de ser realizado de la forma más natural posible, con una reducción de la intervención y una limitación de la instrumentalización, ya que esta se considera promotora de la posibilidad de que ocurra el trauma perineal (31).

EL 100% de la muestra del presente estudio que fue sometida a parto instrumental, lo hizo con ventosa, y esto puede deberse a que la Organización Mundial de la Salud recomienda que si hay que realizar un parto instrumental, la primera opción sea realizar una ventosa, quedando como principal indicación para el uso del fórceps, el compromiso fetal y el fracaso de la ventosa.

La posición del expulsivo en litotomía corresponde a un 87,1 % de la muestra y otros estudios indican que la posición vertical o lateral comparada con la de litotomía, se asocia a un acortamiento de la duración del expulsivo, además de una reducción del número de partos asistidos, de episiotomías y de dolor agudo.

La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y proporciona mayor confort y autonomía a las mujeres y, la posición en cuadrupedia (apoyo en manos y rodillas) resulta la más cómoda para dar a luz, con menor dolor lumbar persistente y una percepción de parto más corto (32,33).

Así pues, aunque en la mayor parte de la muestra se utilizó la posición de litotomía para el expulsivo, en el resto (12,9%) que se utilizó otra posición no se requirió en ningún caso recurrir a la episiotomía.

En relación a la epidural, un 84,3% la recibió, pero algunos estudios confirman una serie de efectos secundarios indeseables tales como: mayor incidencia de hipotensión durante el parto que puede originar compromiso fetal, mayor duración de la segunda parte del parto y mayor incidencia de partos instrumentales y de fiebre durante el parto (34).

No se han encontrado muchos estudios que muestren la frecuencia de aplicación de epidural, pero sí que se aplica en la mayoría de los casos con un método u otro (35). En un estudio en concreto sí se puede observar que el porcentaje de aplicación de la epidural (84,2%) es prácticamente el obtenido en nuestro estudio (84,3%) (36).

En cuanto a la episiotomía, a lo largo del tiempo se ha utilizado como un procedimiento más dentro de la rutina de atención al parto, pero no por ello se debe tomar como imprescindible su uso y realizarlas a todas las mujeres, pues puede dar lugar a efectos adversos tales como: desgarro anal por la ampliación de la incisión, desgarro perineal de grado III o IV o disfunción sexual entre otros (37,38).

El porcentaje de las mujeres de la muestra con episiotomía (61,43%) es comparable con los datos recogidos en España hasta 2007, pues se llegaron a realizar hasta en un 70% de los casos (32), dejando a un lado a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que determinaba que su uso debería de ser selectivo para reducir el riesgo de morbilidad materna y no superar el 15% ya mencionado(1).

Green et al (39), determinó un aumento de 9 veces la incidencia de desgarros severos entre pacientes con episiotomía comparado con mujeres sin episiotomía.

El uso restrictivo y juicioso de la episiotomía versus el uso rutinario, implicaría una reducción del número de episiotomías del 62%, del trauma perineal posterior del 12%, del requerimiento de suturas perineales del 27% y del dolor perineal del 28%(40).

Las tasas de episiotomía varían extensamente dentro de Europa, desde el 70% en países como Portugal y Rumania al 4,9% en Suecia. Otros como Francia, Alemania o España se sitúan entre un 16-36% (41).

Si comparamos los resultados de este estudio con otros, observamos que la mayoría de la muestra repararon su periné con sutura continua y el metanálisis de Kettle (42), concluye que la técnica de sutura continua comparada con la sutura interrumpida para el cierre perineal (todas las capas o piel perineal solamente) se asocian con menos dolor hasta 10 días después del parto (RR 0,70; IC del 95%: 0,64 a 0,76). Y, además, si se usan las técnicas de sutura continua para todas las capas (vagina, músculos perineales y piel) comparada con la sutura interrumpida, la reducción del dolor es aún mayor (RR 0,65; IC del 95%: 0,60 a 0,71).

Respecto a la sequedad vaginal, la encuesta de este estudio recoge que la mayoría de la muestra necesita lubricación artificial y según Ejegard H et al, la sequedad vaginal fue significativamente más frecuente en las mujeres con episiotomía que en aquellas sin lesión perineal o desgarros de 1º y 2º grado a los 12-18 meses postparto(43).

A nivel sexual, distintos estudios concluyen que el nivel de satisfacción es más favorable para aquellas mujeres sin episiotomía (44,45,46,47).

El dolor durante las relaciones sexuales en la presente muestra obtiene un resultado de 53,3% y se asemeja a lo obtenido en el estudio de Barrett et al (48), que informaron que el 55% de las mujeres experimentaron penetración dolorosa después del parto y otros estudios muestran que un 62% refería mantener relaciones sexuales dolorosas con penetración a los tres meses después del parto y un 31% a los seis meses.

Además, Barrett et al(48), determina que el 83% de las mujeres presentaban problemas sexuales durante los tres primeros meses después del parto, disminuyendo al 64% a los 6 meses posparto. En el presente estudio, el 32,9% empezó a mantener relaciones sexuales entre la cuarentena y los tres meses, y un 25,7% a los seis meses. Tanto el porcentaje del dolor como el inicio de las relaciones, ponen de manifiesto que los problemas sexuales son muy comunes tras el parto.

El tiempo promedio de reanudación del coito en condiciones normales se sitúa en las seis y ocho semanas después del parto (es decir, pasada la cuarentena (49)).

Pese a estos datos, la gran mayoría de las mujeres no piden ayuda para solucionar los problemas, bien sea por vergüenza, falta de confianza, temor a la falta de empatía por los profesionales o el pensar que el problema se solucionará espontáneamente (46,51).

La depresión post parto (DPP) o aptitudes depresivas son algo habitual por los múltiples cambios hormonales y fisiológicos que sufre la mujer (52,53).

El "baby blues" o "maternity blues" es bastante común, se trata de una ligera tristeza que afecta al 30%-75% de las puérperas, e incluso al 50%-80% según otros autores y que cursa con cambios de humor y ganas de llorar que no duran más de dos semanas (54,55).

La depresión post parto se puede prolongar hasta un año después si no es tratada(56) . En cuanto a la epidemiología, estudios recientes hablan que en España el 23% la sufre (57), pero en la muestra estudio tan solo un 1% fue diagnosticada de depresión post parto.

No obstante, el 38% de la misma consideró que su estado emocional había empeorado tras el parto, tal y como vemos reflejado en el estudio de Doornbos et al.(53).

En relación a la fisioterapia pre-parto, la técnica de masaje perineal está relacionada con una disminución del trauma perineal (desgarros perineales y episiotomías (58,59,60,61)).

Por lo que se relacionarían con los resultados obtenidos, ya que el 75% de las 51 mujeres optó por el masaje perineal, esto nos da información acerca de la integración social de la fisioterapia obstétrica en esta etapa. Además, algunos autores confirman que dicha técnica previene del dolor en el puerperio(62).

Otras técnicas propuestas como el EPI-NO han sido más que menos utilizadas en esta muestra. Ruckhäberle et al.(63), en su estudio comprobaron que las mujeres a las que se les aplicó el EPI-NO obtenía mayor incidencia de perineo intacto, y una tendencia hacia una disminución de la tasa de episiotomías. Hillebrenner et al.(64), también obtuvieron una reducción significativa de episiotomías de un 43%,. Sin embargo un estudio de Kovacs et al.(65), no encontró diferencias entre los grupos.

Las mujeres que hacen ejercicio durante el embarazo disfrutaban de partos más cortos, con menos intervenciones y una mejor y más corta recuperación; comparándolo con la muestra analizada, la mayor parte de las pacientes realizó flexibilización de la pelvis, lo cual pudo influir (66,67).

En cuanto a la fisioterapia post parto y el uso de masaje perineal, no se ha encontrado evidencia científica. Pero sí en distintas portales acerca del cuidado de suelo pélvico después del embarazo y consultado a distintas fisioterapeutas expertas en el campo, podemos observar que el tratamiento de la cicatriz provocada por una episiotomía, se realiza mediante masaje perineal con el fin de elastificar los tejidos y aumentar el riego sanguíneo y oxígeno de la zona para una mejor y más pronta recuperación.

Un estudio demostró que el masaje perineal reduce los síntomas de la dispareunia y el vaginismo, aunque no determina si fue después de un embarazo(25).

Las limitaciones en este trabajo se han reflejado a la hora de encontrar información acerca del tema en concreto.

Aunque se partiese de un número razonable de artículos relacionados con la obstetricia, ha sido dificultosa la elaboración de este trabajo porque es escasa la bibliografía encontrada en las bases de datos sobre el abordaje de la disfunción sexual femenina con fisioterapia, así como de su prevención y tratamiento prenatal.

Por otro lado, se ha hecho una encuesta con preguntas abiertas, lo que ha dificultado el análisis de los resultados. Además la población de estudio pertenecía a pacientes y usuarios de Alba Puertolas y Mamifit Zaragoza, por lo que es posible que no se puedan extrapolar los resultados a toda la población con esas mismas características.

CONCLUSIONES

Las variables clínicas con porcentaje más relevante son: dolor en el periné, tipo de parto, posición del expulsivo, episiotomía y abordaje fisioterápico.

El dolor periné es el que presenta más intensidad y más común entre las mujeres de la muestra, similar a otros estudios.

La muestra observa una mayor frecuencia de partos naturales que instrumentales, siendo estos últimos con ventosa, por lo que observamos una inclusión de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

En el presente estudio, la posición de expulsivo en litotomía fue la más utilizada, asemejándose a otros estudios.

Más de la mitad de la muestra recibió episiotomía, por lo que se podría considerar la episiotomía como rutinaria y no como selectiva.

El trabajo del fisioterapeuta en el ámbito obstétrico está en pleno auge, tal y como demuestra el alto porcentaje de pacientes que recurrieron a la fisioterapia pre y post parto en el presente estudio, siendo las técnicas más utilizadas para la preparación al parto el EPI-NO y el masaje perineal y para el post parto el masaje perineal. No obstante, debido a la escasez de estudios científicos, a día de hoy la evidencia sobre la efectividad de estas técnicas es limitada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Migu LS, Universitaria E, Valdecilla S, Cient N. Nuberos Científica Monografía sobre las emociones del parto. 2013;22-8.
2. Lara JMV, Diaz LR. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. 2017.
3. Daniel D, Salazar S, Olivar FÁ, Elena I, Carpio P, González M. Misoprostol en la conducta activa en el tercer período del parto : dosis mínima efectiva. 2015;75(3):155-63.
4. Pérez-Martínez E, Serrano-Gómez N, Usabiaga-Bustos P, Lombardo-Ginés S, UriolPeralta P L-AI. Manejo del dolor durante el parto. Educ - Esp. 2013;11(6).
5. Wolfe L, Brenner I MM. Maternal exercise, fetal well- being and pregnancy outcome. Exerc Sport Sci Rev. 1994;22:145-94.
6. Barakat R, Bueno C, Diaz de Durana A, Coterón J, Montejo R. Efecto de un programa de ejercicio físico en la recuperación post-parto. Estudio piloto. Arch med Deport. 2013;30(2):96-101.
7. Geranmayeh M, Habibabadi ZR, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. Arch Gynecol Obstet. 2012;285(1):77-81.
8. Bibiana Zábala Y. Protocolo de indicaciones y tecnica de la episiotomia y episiorrafia. 2012;
9. Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez Pérez JC, Ortiz-Albarín MD, Jiménez Barragán I, Ángeles Aguilera Ruiz M. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. Progresos Obstet y Ginecol. 2011;54(3):101-8.

10. 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 profesión*. 2007;8(3):5-11.
11. Berzain Rodriguez MCT LA. Episiotomia.: Procedimiento a elección y no de rutina. 2014;17(2):53-7.
12. Arianna Celeste Nuñez Zambrano. Episiotomía Y Sus Complicaciones En El Puerperio. *Trab Investig*. 2019;
13. Ana D, Urbina L. 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 . 2015;
14. Joerin VN, Dozdor LA, Brés SA. Preeclampsia/eclampsia. *Rev Posgrado la VIa Cátedra Med*. 2007;165(4):20-5.
15. Basson R. The Recurrent Pain and Sexual Sequelae of Provoked Vestibulodynia: A Perpetuating Cycle. *J Sex Med*. 2012;9(8):2077-92.
16. González LMS, Blanco EDD, Ortega LR, Moraguez DM. Dispareunia and vaginism, sexual disorders due to pain. *Rev Cuba Med Mil*. 2020;49(3):1-22.
17. Sánchez Casal MI LVJ. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. *Parainfo Digit*. 2013;
18. Intervención de la fisioterapia durante la gestación y el periodo previo al parto en la mujer . *Revisión bibliográfica*. 2019.
19. Carrasco AM, Marcos PA. Efficacy of the Epi-no device as prevention of perineal damage of. 2018;12(2).
20. Shek KL, Chantarasorn V, Langer S, Phipps H DH. Does the Epi-No Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *Int Urogynecology J*. 2011;22(12):152.

21. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013.
22. C. Walker. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. MASSON; 2006.
23. Residente R. Medicina del deporte. Acta Médica Colomb. 2019;43(2S):176.
24. Jaume U, Crespo SG, Cebri DH. ENTRENAMIENTO MUSCULAR. 2020;
25. Effects of a Physiotherapeutic Intervention on Coital Pain. 2018;5(4).
26. Van Kampen M, Devoogdt N, De Groef A, Gielen A GI. The efficacy of physiotherapy for the prevention and treatment of prenatal symptoms: a systematic review. Int Urogynecology J.
27. Trigo Corres M. Efectividad del masaje perineal y del epi-no como tratamiento preventivo a las episiotomías en mujeres nulíparas. 2016;
28. Gómez Milán AM. Fisioterapia en el embarazo, parto y postparto. 2020;
29. Carlos Melchor J, Luis Bartha J, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Progresos en Obstet y Ginecol. 2008 Sep 1;51(9):559–63.
30. Francisco AA, de Oliveira SMJV, da Silva FMB, Santos J de O, Leister N, Riesco MLG. Efecto del dolor perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. Index Enferm. 2012;21:150–4.
31. Carneiro M, Ferreira Couto C, Carneiro M. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. Enfermería Glob Rev electrónica Semest enfermería. 2017;16(3):539–75.
32. Ministry of Health and Social Policy and Equality. Report on Attention to Delivery and Birth in the National Health System. 2012;103.

33. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-Depedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24.
34. Aceituno L, Segura MH, Ruiz E, Sánchez-Barroso MT, Acosta V, Delgado L, et al. Estrategia para disminuir la incidencia de patología grave del perine durante el parto. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2011;38(1):8-14.
35. Pedone JCZ, España JAC. Analgesia epidural para el trabajo de parto. *Iatreia*. 2008;21(4):355-63.
36. Hernández Martínez A, Melero Jiménez M, Sanabria Martínez G, Casasús Güemez M, García Alcaraz F. Analgesia epidural en el parto: elección de las gestantes y algunas repercusiones de su aplicación. *Matronas profesión*. 2003;(11):30-6.
37. López Lapeyrere C, Solís Muñoz M, Serna Gómez N, De la Flor Picado S, Tejada Esteban A, Martínez Díaz MT. Efficacy of continuous versus interrupted suture in the perineal repair trauma in normal deliveries. 2014;(1):1-12.
38. Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Científica Cienc Médica*. 2014;17(2):53-7.
39. Green JR, Soohoo SL. Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries. *Obstet Gynecol*. 1989 May 1;73(5):732-8.
40. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2009.
41. Macfarlane A et al. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. *Eur Perinat Heal Rep*. 2013;1-250.

42. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;
43. Ejegard H, Lena E SB. Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up. *Gynecol Obs Invest.* 2008;66:1–7.
44. Blas-Robledo M, López Madera P, Marcos Pérez M, Uriarte Tobalina N, Valtierra-Pérez A. La sexualidad femenina al año del parto eutócico: comparativa entre partos con y sin episiotomía. *Evidentia.* 2011;
45. 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.* 2013.
46. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med J.* 2014;29(4):276–9.
47. Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.* 2010;66:2640–9.
48. Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., y Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *An Int J Obstet Gynaecol.* 2000;107(2), 18.
49. Jawed-Wessel S, Sevick E. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *J Sex Res.* 2017;53:411–23.
50. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: Women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health.* 2014;20(3):298–304.
51. Khajehei M, Doherty M. Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey. *Br J Midwifery.* 2018 May 2;26(5):318–28.

52. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry*. 1992;160(JUNE):777-80.
53. Doornbos B, Fekkes D, Tanke MAC, de Jonge P, Korf J. Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2008 Jul 1;32(5):1320-5.
54. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995 Aug 1;173(2):639-45.
55. Sutter AL, Leroy V, Dallay D, Verdoux H, Bourgeois M. Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery: A French cross sectional study. *J Affect Disord*. 1997 Jun 1;44(1):1-4.
56. Nylén KJ, O'Hara MW, Brock R, Moel J, Gorman L, Stuart S. Predictors of the longitudinal course of postpartum depression following interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Oct;78(5):757-63.
57. GALLEGO, M., GARCÍA, E. and CRIADO C. Estudio prospectivo de la incidencia de Depresión Postnatal en un hospital de tercer nivel. *SEGO*. 2009;
58. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Vol. 2013, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2013.
59. Duarte González, L. ; García González, S. ; Mejías Paneque MC. Masaje perineal. *NURE Investig*. 2013;10(62):4.
60. Gómez Coca S, Villamor Ruiz EM, Fernández Álvarez F. Efectividad del masaje perineal prenatal con aceite de rosa de mosqueta como medida preventiva del trauma perineal durante el parto. *Rev Paraninfo Digit*. 2015;22:1-6.

61. Gramage Córdoba LI, Asins Cubells A, Chamón Moya P, Llopis Coloma C. Efecto del masaje perineal en el traumatismo perineal y la morbilidad postparto. *Enferm Integr*. 2016;111:35–40.
62. Fernández-Domínguez JC, Pascual-Vaca AO, Ruiz-López K CM. Análisis del masaje perineal y de otras medidas físicas en relación al desgarro perineal y al uso de la episiotomía durante el parto. *Cuest Fisioter*. 2012;41(2):127-.
63. Ruckhäberle E, Jundt K, Bäuerle M, Brisch KH, Ulm K, Dannecker C, et al. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO® for the prevention of perineal trauma: Original Article. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2009 Oct;49(5):478–83.
64. Hillebrenner J, Wagenpfeil S, Schuchardt R, Schelling M, Schneider KTM. Erste klinische erfahrungen bei erstgebärenden mit einem neuartigen geburtstrainer Epi-no®. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2001;205(1):12–9.
65. Kovacs GT, Heath P, Heather C. First Australian trial of the birth-training device Epi-No: A highly significant increased chance of an intact perineum. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2004 Aug;44(4):347–8.
66. Clapp JF. Influence of Endurance Exercise and Diet on Human Placental Development and Fetal Growth. *Placenta*. 2006 Jun 1;27(6–7):527–34.
67. Clapp JF. The course of labor after endurance exercise during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1990 Dec 1;163(6 PART 1):1799–805.