

# Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso

J. Romero Martínez\*  
y M. de Prado Amián\*\*

Matronas.

\*Hospital Universitario «Virgen de Valme». Sevilla.

\*\*Hospital Universitario «Reina Sofía». Córdoba

## RESUMEN

*Objetivo.* Conocer las ventajas e inconvenientes del uso de la episiotomía.

*Método.* Revisión bibliográfica de los últimos 20 años en las bases de datos bibliográficas IME, Medline, CUIDEN y BDIE con los descriptores episiotomía, desgarros, suelo pélvico.

*Resultados.* La prevalencia de la episiotomía en nuestro país oscila entre el 70-90%, cifra similar a la otros de países de nuestro nivel asistencial, a excepción del Reino Unido, y muy por encima del 30% recomendado por la OMS.

La episiotomía sólo previene de desgarros de grado III y IV cuando es mediolateral y se realiza en primíparas. Genera morbilidad en cuanto a dolor posparto y dispareunia se refiere y, sobre todo, si es mediolateral.

Para el alivio del dolor son útiles diferentes formas de aseo y baño, el fomento del autocuidado y la lidocaína al 5% en base acuosa. Los fármacos utilizados son paracetamol e ibuprofeno. La incontinencia urinaria no está relacionada con la episiotomía.

*Conclusiones.* El uso restrictivo de la episiotomía tiene más beneficios que el uso rutinario. Es necesario valorar los antecedentes y los factores implicados en el periodo expulsivo y actuar en consecuencia.

Palabras clave: episiotomía, desgarro, incontinencia, dispareunia, dolor

## SUMMARY

*Objective.* To know the benefits and risks of the practice of episiotomy.

*Method.* Literature review on this topic in the last 20 years in the literature data-bases IME, MEDLINE, CUIDEN and BDIE with the reference key words episiotomy, tears, pelvic floor.

*Results.* Prevalence of episiotomy in our country ranges

from 70 to 90%, a rate similar to the rate of other countries with our care level, excepting the U.K., and 30% above the OMS recommended rate.

Episiotomy can only prevent 3rd/4<sup>th</sup> degree tears in mediolateral incisions among primipara women.

Episiotomy is the cause of morbidity regarding post-delivery pain and dispareunia, particularly if it is mediolateral. Some hygienic measures and washing are useful to relieve pain, the promotion of self care, 5% lidocaine water solution, paracetamol and ibuprofen. Urinary incontinence is not related to episiotomy.

*Conclusions.* The restrictive use of episiotomy presents more benefits than the routine practice. It is necessary to assess the background and the involved factors in the second stage of labour, and then act in consequence.

Key words: episiotomy, tears, incontinence, dyspareunia, pain

(Matronas Profesión 2002; 8: 33-39)

## INTRODUCCIÓN

La primera vez que se realizó una episiotomía documentada fue en 1742 por *sir* Fieldi Ould, quien en su *Treatise of Midwifery* describió: «Sucede, a veces, que la cabeza del niño ha pasado a través de los huesos de la pelvis y no puede progresar más por la extraordinaria constricción del orificio externo de la vagina..., debe hacerse una incisión hacia el ano, con tijera curva, introduciendo una hoja entre la cabeza y la vagina tanto como sea necesario». Dos siglos después, en 1920, De Lee y Pomeroy instauran su uso rutinario, idea que se extiende por la mayor tecnificación en la asistencia al parto, llegando en nuestros días a ser la intervención obstétrica que más se realiza<sup>1</sup>.

Existen dos tipos de episiotomía: la mediolateral (EML) y la media o central (EM). La primera está más extendida en Europa y la segunda se practica, principalmente, en EE.UU. En España se usan ambos tipos, pero la mediolateral es la referencia principal. Las indicaciones que se le atribuyen son dos: una profiláctica, para salvar un perineo rígido y/o evitar un desgarro perineal, y otra para acortar el trabajo de parto por asfisia fetal o como ayuda al expulsivo.

La dificultad a la hora de estudiar la utilidad real de la episiotomía se encuentra en el elevado número de factores que influyen. Se relaciona estrechamente con la paridad, las presentaciones anómalas, el tiempo de expulsivo, el peso y el perímetro craneal del recién nacido, así como con otras intervenciones específicas como los fórceps o la anestesia epidural.

En España, la obstetricia ha prestado poca atención a la pertinencia del uso de la episiotomía, lo que se refleja en la escasa cantidad de referencias bibliográficas existentes en la bibliografía médica. Los tratados de obstetricia españoles dedican poco espacio a la

episiotomía, con información anticuada y de tipo técnico<sup>2,3</sup>. Las enfermeras y matronas prestan mayor atención, con una producción de artículos en el ámbito nacional, pero con poca repercusión aún en fuentes bibliográficas de lengua inglesa. En contraposición a esto, la prevalencia de la episiotomía en nuestro país es muy elevada.

Los objetivos de este trabajo son: conocer la evidencia científica existente que apoye la utilización o no de la episiotomía de forma sistemática y sus diferentes tipos. Conocer qué factores y en qué medida están relacionados con el empleo de la episiotomía: la prevención de desgarros, dolor asociado, diapaureunia e incontinencia.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline e IME, como bases de datos médicas en lengua inglesa y castellana, y en CIUDEN y BDIE, propias de enfermería en español. La búsqueda se ha efectuado en los últimos 20 años. La mayoría de los artículos revisados corresponden a la década de 1990-2001, excepto algunos anteriores a estas fechas que se seleccionaron por conveniencia.

En Medline, con el descriptor *episiotomy* aparecen más de 1.000 registros; se acotó la búsqueda a los años antes mencionados y se introdujeron los descriptores *pain* (dolor), *tears* (desgarro) y *pelvic floor* (suelo pélvico). En IME sólo aparecen 5 registros con el descriptor «episiotomía», y algunos de ellos son estudios de enfermería. En CIUDEN y BDIE, usando el descriptor «episiotomía» aparecen 25 y 7 registros, respectivamente, estos últimos contenidos en la primera búsqueda.

## RESULTADOS

### Prevalencia de la episiotomía

La incidencia de episiotomía varía según el lugar de realización del estudio, con amplios márgenes que van

desde un 69% en un estudio efectuado en cinco hospitales comunitarios de EE.UU., hasta el 38% de un centro de nacimiento alternativo<sup>4</sup>. Debido a la posibilidad que surge en la actualidad de dar a luz en centros de nacimiento alternativo, revisamos un estudio realizado en Suiza<sup>5</sup>. Compararon las diferencias existentes entre 9.418 partos alternativos en su centro (1991-1997) y 5.602 partos tradicionales en su clínica (1986-1991), más 344.328 partos tradicionales en el resto de Suiza, entre 1986 y 1997. De los partos alternativos, la mitad fueron en el agua y un 40% en la cama. Según su estudio, en este tipo de partos la episiotomía se redujo de tasas superiores al 80% a tasas inferiores al 15%. En la tabla 1 se presentan la prevalencia y tipos de episiotomía en España en los estudios realizados en los centros Hospital Maternal de Sevilla<sup>6</sup>, Hospital General Universitario de Alicante<sup>7</sup>, Navalmoral de la Mata (Cáceres)<sup>8</sup>, hospitales Clínico y Materno-Infantil en Granada<sup>9</sup> y en el Área Sanitaria de Marbella (Málaga)<sup>10</sup>. Estos centros presentan una prevalencia de episiotomía muy por encima del 30% recomendado por la OMS. También existen diferencias en el porcentaje en función del profesional que asiste al parto. Según Wilcox<sup>11</sup>, la tasa de realización de episiotomías para el colectivo de matronas es del 63,8%, mientras que para los obstetras es del 86,2%. En el trabajo de Hueston<sup>4</sup> se señalan diferencias aún más llamativas: desde un 38% para las matronas hasta un 72% para los obstetras. Por último, la incidencia también varía en función de si el parto fue o no con analgesia epidural. Según Newman<sup>12</sup>, el uso de analgesia epidural aumenta la incidencia de episiotomía, pero, curiosamente, disminuye su extensión, con independencia de los factores asociados a ella.

### Prevención de los desgarros de grado III y IV

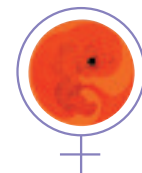
Williams<sup>13</sup> clasifica los desgarros (D) obstétricos en cuatro grados, en función de las estructuras afectadas:

- D I. Cuando afecta a vagina.
- D II. Abarca hasta la musculatura perineal.
- D III. Si afecta al esfínter anal.
- D IV. Desgarro completo del esfínter anal y mucosa rectal.

Estos dos últimos son los que se tratan de prevenir con

**Tabla 1.**  
**Prevalencia y tipo de episiotomía en el ámbito nacional según diversos estudios<sup>6-10</sup>**

	Hospital Maternal Sevilla	Hospital General Universitario de Alicante	Hospital Navalmoral de la Mata (Cáceres)	Hospital Clínico y Maternal Granada	Área Sanitaria de Marbella (Málaga)
N estudio	44	1.420	242	252	130
Episiotomía (%)	57	87	90	92	68
Tipo (%)			64-90 mediolaterales 4-27 centrales		42 mediolaterales 26 centrales



la realización de la episiotomía, ya que los primeros tienen poca importancia clínica.

En el estudio descriptivo efectuado en Granada<sup>9</sup>, en los partos donde no se realizó episiotomía se obtuvo un 50,85% de integridad perineal y ninguno de estos partos se complicó con desgarros de grados III-IV.

En un estudio de casos y controles en Holanda, en 1997<sup>14</sup>, se tomaron para el grupo de casos 120 mujeres (11,8%) que sufrieron D III y D IV grados, y como controles se tomaron 702 mujeres no complicadas con desgarros. Se compararon entre ambos grupos los posibles factores de riesgo y se apreció un incremento del riesgo de desgarro del esfínter anal cuando el peso del recién nacido era superior a 4.000 g, se usaba anestesia epidural, el parto era inducido, el expulsivo duraba más de una hora y cuando se utilizaban fórceps. El peso del recién nacido sólo está asociado en nulíparas. El riesgo de desgarro del esfínter anal decrece a medida que aumenta la paridad. La EML se muestra protectora de los D III y D IV grados en nulíparas.

Klein<sup>15</sup>, en su estudio de 1994, encontró una tasa de probabilidad de +22,08 (IC= 2,6-72) en las mujeres primíparas con episiotomía media (EM) de sufrir D III o IV grados comparado con las mujeres a quienes no se practicó.

Hirsch<sup>16</sup>, en su trabajo llega a la conclusión de que la EM aumenta el riesgo de D III y D IV grados. En la investigación de Borja y cols.<sup>8</sup> se obtiene un 3% de D III grado en presencia de EM, frente a 0,4% cuando era EML. Jander<sup>17</sup>, en Suecia, tras estudiar 214 mujeres que sufrieron D III y D IV grados, llega a idénticas conclusiones en cuanto a la EM y, según su punto de vista, ésta debe ser abolida.

Caroli<sup>18</sup>, en una revisión sistemática sobre la episiotomía, compara el uso rutinario de la episiotomía frente al uso restrictivo. En presencia de episiotomía, ya sea media o mediolateral, aparece un mayor riesgo de lesión del perineo posterior (D III-IV), mayor sutura y mayores complicaciones. El riesgo de lesiones del perineo anterior (D I-II) es mayor cuando no se realiza episiotomía. Concluye que el uso restrictivo tiene más beneficios que el rutinario. En otros estudios realizados en Italia (1997)<sup>19</sup> y China (2001)<sup>20</sup> se llega a las mismas conclusiones en cuanto al uso restrictivo de la episiotomía.

Shiono<sup>21</sup>, tras revisar 55.000 partos de 12 hospitales universitarios, observó que la práctica de la EM en primíparas aumenta el riesgo de desgarros graves en un 4,2% y en múltiparas en un 12,8%, frente a aquellas que no la recibieron. Si se compara con la EML, el riesgo de desgarros graves aumenta en las múltiparas pero en las primíparas disminuye. Para De Leeuw<sup>22</sup>, la EML es un factor protector frente a los D III y D IV grados, con independencia de la paridad.

Según Hueston<sup>4</sup>, las mujeres que presentaban episiotomía tenían más D III y D IV (17%) que aquellas a las que no se les aplicó (2%). Otros autores, como Wilcox<sup>11</sup>, Henriksen<sup>23</sup>, Walker<sup>24</sup> y Albers<sup>25</sup>, observan un

aumento del riesgo de D III y D IV cuando se realiza episiotomía. Otro autor, Thorp<sup>26</sup>, tras realizar una revisión bibliográfica con los estudios efectuados hasta 1989, concluye que la episiotomía no protege frente a los desgarros y algunos datos sugieren que puede predisponer a ellos.

Por último, Wahman<sup>27</sup> publicó en el año 2000 un trabajo en donde relacionan las estrías encontradas en el embarazo como indicador de pobre elasticidad de la piel. Se incluyeron en el estudio a 168 mujeres que dieron a luz por parto vaginal a niños con peso superior a 2.000 g. La ausencia o presencia de estrías y el grado de desgarro fueron incluidos en un análisis de regresión logística de multivariantes y se llegó a la conclusión de que las estrías son estadísticamente significativas como predictoras de desgarros.

### Dolor posparto

El dolor perineal precoz en los días inmediatos posteriores al parto es una de las causas más frecuentes de morbilidad materna. Según el trabajo realizado por Sleep en 1984<sup>28</sup>, un 23% de las mujeres informa de algún tipo de dolor en los 10 días posteriores a un parto normal.

Klein<sup>15</sup> valoró el dolor posparto en el primer, segundo y décimo días, obteniendo los siguientes resultados: el dolor más leve lo sufrieron las mujeres que presentaban un perineo intacto, los desgarros espontáneos de I y II grado son menos dolorosos que la EML y los D III y D IV son los más dolorosos. También valoró la presencia de molestias a los 3 meses tras el parto. Éstas estaban presentes en el 42% de las mujeres que tenían un perineo intacto, en el 50% de las que recibieron una EML o sufrieron D I y D II y en el 79% de las que sufrieron D III y D IV. Asimismo, se ha observado que si existe D III y D IV el dolor puede persistir de forma crónica<sup>11</sup>.

Shiono<sup>21</sup> afirma que la EML causa mayor dolor que la EM. Hirsh<sup>16</sup> concluye que la EML es la causa mayor de dolor posparto. Harrison<sup>29</sup>, sin embargo, no encuentra diferencias en el dolor entre el grupo que presentaba episiotomía y aquellas mujeres que sufrieron D I y D II grados.

Tras una revisión llevada a cabo en 1990, Fleming<sup>30</sup> afirma que la sutura continua, como técnica para reparar las lesiones perineales, puede disminuir el dolor en el posparto. Copony<sup>31</sup> comparó la sutura intracutánea frente a la transcutánea, ofreciendo mejores resultados la primera de ellas con relación al dolor y molestias; también, los resultados estéticos tres meses tras el parto eran mejores con la sutura intracutánea. En cuanto al material de sutura, el *vicryl rapid* es el que ofrece mejores resultados<sup>32,33</sup>.

Respecto a los métodos de alivio del dolor, Sleep<sup>28</sup> informa que la adición de sal al agua del baño suaviza las molestias y acelera el proceso de cicatrización, aunque su mecanismo de acción no es bien conocido. No hay confirmación de su posible efecto antibacteriano o antiséptico. En un estudio comparativo, realizado en

Jaén<sup>34</sup>, entre la povidona yodada al 4% frente a la bencidamina, esta última muestra mejores resultados en cuanto a cicatrización, bienestar y disminución del edema. Según Arena<sup>35</sup>, la utilización de la povidona yodada está contraindicada en la episiotomía, ya que el yodo puede aumentar en la leche materna hasta diez veces, y si el niño está mamando al pecho puede ocasionar bloqueo tiroideo y dar falsos positivos en la prueba del talón para detectar el hipotiroidismo congénito.

El fomento del autocuidado influye en una mejor evolución de la episiotomía que la aplicación de povidona yodada al 4%<sup>36</sup>. Otros estudios<sup>37,38</sup> evidencian el alivio del dolor y molestias con el uso de una o varias combinaciones de aseo o baño. El uso de frío local con hielo confiere alivio del dolor en el posparto inmediato, si bien sería preferible el empleo de hielo picado, colocado entre compresas, de modo que se adapte a las superficies corporales y aplicado durante cortos periodos, ya que no existen evidencias de beneficios a largo plazo; por el contrario, podrían provocar quemaduras y retraso en la cicatrización por vasoconstricción periférica<sup>38,39</sup>. La aplicación de un anestésico local de lidocaína al 5% en base acuosa, en gel o en aerosol, es un método muy eficaz para el alivio del dolor en el posparto<sup>40-43</sup>.

En cuanto a los fármacos, el paracetamol parece ser el medicamento de elección para dolores leves y moderados<sup>39</sup>. Una alternativa eficaz para dolores más intensos sería un antiinflamatorio no esteroideo, el ibuprofeno. Ambos se venden sin receta médica, son bien tolerados por su ausencia de efectos secundarios y son bien aceptados por madres que lactan por su escasa excreción a través de la leche materna. Asociaciones de paracetamol y codeína también podrían resultar útiles; sin embargo, la tendencia de la codeína a provocar estreñimiento parece desaconsejarla.

### Consecuencias sobre el suelo pélvico

La musculatura del suelo pélvico es fundamental porque su alteración puede provocar una morbilidad importante en la mujer, originando incontinencias, prolapsos y disfunciones sexuales.

Klein<sup>15</sup> obtuvo los siguientes resultados: a los tres meses posparto las primíparas con perineo intacto y las mujeres con nacimiento por cesárea tenían un suelo pélvico más fuerte y hacían la recuperación más rápida, seguidas de aquellas que sufrieron un desgarro espontáneo de I y II grados. A las mujeres a quienes se practicó episiotomía y aquellas a las que se extendió el desgarro hasta esfínter anal y mucosa rectal tuvieron una recuperación más lenta. Las multiparas tenían un suelo pélvico peor tanto antes como después del parto. La musculatura del suelo pélvico queda en mal estado como consecuencia de las lesiones producidas en los nervios pudendos por el parto vaginal en sí. Son factores relacionados con el elevado peso fetal y la prolongación

del segundo estadio del parto, con independencia de la ausencia o presencia de episiotomía<sup>44,45</sup>.

Diversos estudios<sup>44,46-48</sup> han investigado el estado de la musculatura del suelo pélvico mediante el uso de dispositivos como perineómetros, electromiografía y manguitos de presión, que, colocados en el interior de la vagina, miden la presión ejercida por los músculos perineales. Todos ellos confirman el peor estado de la musculatura tras el parto vaginal. No existían diferencias entre el grupo de mujeres que recibían episiotomía y aquellas que no, ni en beneficio ni en perjuicio.

### Dispareunia

Ésta es una entidad compleja, pero entre las causas orgánicas se citan las secuelas del parto y el mal estado de la musculatura circunvaginal. En una investigación<sup>49</sup> realizada en el Consorcio Hospitalario Parc Taulí (Sabadell), en la que se valoraron las consecuencias de la episiotomía en relación con su tamaño, se concluyó que la demora en el inicio de las relaciones sexuales resultó estadísticamente significativa en las episiotomías grandes (>4 cm); además, también resultó estadísticamente significativa la duración de la dispareunia en relación con el mayor tamaño de la episiotomía.

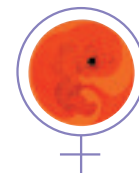
Larsson<sup>50</sup> estudió dos grupos de mujeres –uno formado por mujeres que presentaban episiotomías y otro por mujeres con desgarros espontáneos (todos los grados combinados)– y encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres con episiotomía que presentaba un 16% de dispareunia frente a un 12% del otro grupo.

En un estudio llevado a cabo en Sudáfrica<sup>51</sup>, las tasas de dispareunia a los 3 meses posparto eran de 35% tras EML, 29% tras un desgarro de II grado y el 16% y el 9% tras una cesárea o un parto con perineo intacto. A los 12 meses del parto, el grupo de mujeres que tenían menos tasas de dispareunia era el que había dado a luz con un perineo intacto.

De nuevo Klein<sup>15</sup> aporta datos significativos a este respecto. Las mujeres que dieron a luz con un perineo intacto tenían relaciones sexuales más satisfactorias que aquellas que pertenecían al grupo con desgarros o episiotomías. Estas últimas requerían 3 meses para tener una relación sexual satisfactoria similar. Aquellas que sufrieron un D III o D IV presentaban el mayor dolor en las relaciones sexuales.

Shiono<sup>21</sup> afirma que la dispareunia se produce en más ocasiones cuando existe una EML que cuando es EM. Borja y cols.<sup>8</sup> encuentran menores molestias en las relaciones coitales en la EM que en la EML, siendo más marcadas estas diferencias en multiparas (57 frente a 6,4%). En varios estudios<sup>28</sup> se pone de manifiesto que las mujeres que no recibían episiotomía comenzaban sus relaciones sexuales antes que aquellas que sí la habían recibido.

Rökner<sup>53</sup> no halla diferencias entre grupos de mujeres que habían recibido episiotomías y aquellas que habían



sufrido desgarros espontáneos de II-III grados en cuanto al momento de comienzo de las relaciones tras el parto.

### **Incontinencia urinaria y rectal**

Se habla de una prevalencia muy elevada de la incontinencia urinaria, pero es difícil conocer la realidad del problema, ya que se vive como algo vergonzoso aunque normal en determinadas etapas de la vida. En cuanto a la incontinencia rectal o la incapacidad para controlar el esfínter anal, se habla de una prevalencia de un 3% a los 3 meses del parto. Ambas son entidades tremendamente incapacitantes y afectan a la esfera psicológica de la persona que las padece.

En un estudio retrospectivo<sup>54</sup> realizado sobre 44 mujeres de la Comunidad Valenciana diagnosticadas de incontinencia urinaria, se encontró como factor relacionado con ésta la paridad, el 40% habían tenido 3 o más partos vaginales, el 65% habían tenido antecedentes de episiotomía en sus partos y un 23% se habían complicado con desgarros.

Hirsh<sup>16</sup> define como consecuencias poco frecuentes aunque posibles de las episiotomías y los D III y IV la incontinencia rectal y las fístulas vaginorrectales.

McArthur<sup>55</sup> evaluó la incontinencia rectal a los 3 meses del parto en maternidades de Escocia, Inglaterra y Nueva Zelanda. En su estudio, las mujeres que tuvieron un parto con fórceps tenían un mayor riesgo de presentar incontinencia fecal y las mujeres con cesárea tenían un cierto efecto protector. No se encontró asociación con la episiotomía.

Sleep, en 1987<sup>56</sup>, tras un estudio de seguimiento de larga duración realizado en 1.000 mujeres hasta los tres años de un parto normal, no halla evidencia alguna que confirme la hipótesis de que el uso liberal de la episiotomía prevenga la incontinencia urinaria.

Carroli<sup>18</sup> no encuentra diferencias estadísticamente significativas en el uso de EML, EM o su empleo restrictivo con relación a la incontinencia urinaria.

Foldspang<sup>57</sup>, tras encuestar a 6.240 mujeres entre 20 y 59 años, no halla relación entre la incontinencia urinaria y el hecho de haber recibido o no episiotomía en sus partos. Dato curioso es que sí lo relaciona con el tipo de sutura con que se reparó la episiotomía. En un estudio posterior<sup>58</sup>, en 2000, de nuevo no relaciona la incontinencia urinaria con la episiotomía, aunque sí la relaciona con el proceso de embarazo, porque ésta aparecía inmediatamente después del parto.

Por su parte, Harrison<sup>29</sup> no encuentra diferencias en la presencia de incontinencia urinaria a las 6 semanas tras el parto, tanto si la mujer recibió episiotomía como si sufrió un desgarro espontáneo de II grado.

Viktrup<sup>59</sup>, después de encuestar a 278 mujeres transcurridos 5 años del parto, concluye que la episiotomía y el parto instrumental con Vacuo son factores de riesgo para padecer una incontinencia urinaria de estrés tras el primer parto.

### **Coste sanitario**

Los costes económicos se están convirtiendo en un importante factor a tener en cuenta en un país como España, que cuenta con una sanidad pública universal. El estudio de Hueston<sup>4</sup> concluye que las mujeres que recibieron episiotomía permanecían hospitalizadas, como media, 0,2 días más que aquellas que no la recibieron. En EE.UU., la hospitalización de una mujer cuesta 700 dólares/día y la del recién nacido, 200 dólares/día. Por lo tanto, un ingreso prolongado 0,2 días supone 390 dólares extras por parto con episiotomía. En un país como EE.UU., con 3 millones de partos al año y en el que el 65% de las mujeres recibe episiotomía, supone un gasto extra de 351 millones de dólares/año, unos 216 millones de euros.

### **DISCUSIÓN**

Existen muy pocos estudios españoles directamente relacionados con la episiotomía en fuentes bibliográficas internacionales. La mayoría de los estudios en castellano son realizados por profesionales de la enfermería, fundamentalmente matronas, y se encuentran en revistas del colectivo de enfermería.

Casi todos los autores coinciden en que la EM aumenta el riesgo de D III y D IV, tanto en nulíparas como en multíparas. En cuanto a la EML, no existe uniformidad de criterios; en multíparas los resultados son contradictorios y en nulíparas parece tener cierto factor protector. Hay varios estudios en los que se concluye que la episiotomía favorece los D III y D IV; sin embargo, no se diferencia entre los distintos tipos y, por tanto, no conocemos qué cantidad de responsabilidad compete a cada una de ellas.

Parece que las estrías gravídicas pueden ser un indicador predictivo de desgarros.

El dolor posparto es mínimo en mujeres con perineo intacto y aumenta con la EM y desgarros espontáneos de I-II grados. Si se realiza una EML, el dolor es mayor. Los D III y D IV son los más dolorosos y el dolor puede persistir de forma crónica.

Son útiles para aliviar el dolor las diferentes formas de baño y aseo, el frío local con hielo y la aplicación de lidocaína al 5% en base acuosa; los fármacos más empleados son paracetamol e ibuprofeno.

En el suelo pélvico, las mujeres que presentaban EML tenían peor recuperación que aquellas que manifestaban EM o desgarros espontáneos de I y II grados. La lesión se produce por la denervación de los nervios pudendos durante el parto vaginal con independencia de la episiotomía. Se requerirían estudios específicos para determinar si el acortamiento del expulsivo derivado del uso de la episiotomía es suficiente para minimizar la lesión de los pudendos.

La dispareunia se da con mayor frecuencia en mujeres que recibieron fórceps, EML y en los D III y D IV grados, que en las mujeres que presentan perineo intacto. La vuelta

**Tabla 2.**  
**Factores relacionados con los distintos tipos de episiotomía y su no realización**

	Episiotomía mediolateral	Episiotomía media	No episiotomía
Riesgo de desgarro	Protege D III-IV	D III-IV	D I-II y lesiones en perineo anterior
Dolor y dispareunia	+++	++	+
Incontinencia urinaria	Independiente	Independiente	Independiente
Suelo pélvico	Independiente	Independiente	Recuperación más rápida
Coste sanitario	++	++	No

a la actividad sexual se demora más en estas situaciones.

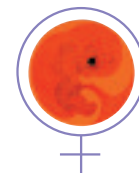
La episiotomía no previene ni favorece el riesgo de incontinencia urinaria en el posparto inmediato ni tardío. Las mujeres que presentan episiotomía permanecen de media más tiempo en el hospital y acarrearán un mayor gasto al sistema sanitario.

En la tabla 2 se presenta un resumen de los factores de riesgo relacionados con los distintos tipos de episiotomía y su no realización.

A la vista de los resultados, no está justificado el uso rutinario de la episiotomía, ya que no se demuestra el factor protector que se le atribuye frente a los desgarros de III y IV grados y, sin embargo, tiene una influencia negativa en los demás factores. También se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de investigación en nuestro medio para conocer la realidad cotidiana y poder establecer comparaciones con la existente en otros países.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bedoya JM. Episiotomías. *Toko-gin Pract* 1984; 43(1): 31-44.
2. Acien P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Alicante: Molloy, 1998.
3. González J, Del Sol JR. Obstetricia. Barcelona: Científicas y Técnicas, S.A., 1994.
4. Hueston WJ. Factors associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. *Obstetric & Gynecologic* 1996; 87(6): 1.001-1.005.
5. Eberhad J, Geissbuhle V. Influence of alternative birth methods on traditional birth management. *Fetal Diagn Ther* 2000 sep.; 15(5): 283-290.
6. Pisa L, Idígoras J, Ruiz JM. Influencia de la educación maternal en la incidencia de las lesiones en el suelo pélvico. *Metas Enferm* 1999; 11(19): 39-42.
7. Martínez E, Rey Mj, Bouzan ML. La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante: descripción y evaluación crítica de su utilización. *Enferm Clin* 1988; 8(1): 1-6.
8. Borja A y cols. Episiotomía media y mediolateral. *Matronas Prof* 2001 dic.; (6): 36-41.
9. Gálvez A, Fernández M, Sánchez M. Prevalencia de la episiotomía en los hospitales Materno-infantil y Clínico de Granada. *Enferm Cientif* 2000 sep.-oct.; 222-223: 53-58.
10. Gámez D, Acuña M, Sánchez I, Torre D. Episiotomía, valoración y cuidados. *Index Enferm* 1999; 27: 76-77.
11. Wilcox S. Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. *Am J Obstet Gynecol* 1989 mayo; 160: 1.047-1.052.
12. Newman MG, Lindsay MK, Graves W. The effect of epidural analgesia on rates of episiotomy use and episiotomy extension in an inner-city hospital. *J Matern Fetal Med* 2001; 10(2): 97-101.
13. Williams JW. Obstetricia (3.ª ed.). Barcelona: Salvat, 1986.
14. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(5): 563-566.
15. Klein C. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994 sept.; 171: 591-598.
16. Hirsch HA. Episiotomy and its complications. *Z Geburtshilfe Neonatol* 1997; 201 (supl.): 1(4): 55-62.
17. Jander C, Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 mar.; 80(3): 229-234.
18. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Review*. The Cochrane Library, issue 3, 2000; 1464-780X.
19. Ciolli P, Visco P, Orsini AM, Russo P. Episiotomy: can its habitual use be defended? A study of 100 puerperae and a group of gynecologists and midwives. *Minerva Ginecol* 1997 mayo; 49(5): 187-191.
20. Qian X, Smith H, Zhou L, Liang J, Garner P. Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: An observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. *BMC Pregnancy Childbirth* 2001; 1(1): 1.
21. Shiono P, Klebanof MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good? *Obstet Gynecol* 1990 mayo; 75(5): 765-770.
22. De Leeuw JW y cols. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001 abr.; 108(4): 383-387.
23. Henriksen TB. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries *Br J Obstet Gynecol* 1992 dic.; 99: 950-954.



24. Walker MP, Farine D, Rolbin SH, Ritchie JW. Epidural anesthesia, episiotomy, and obstetric laceration. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 668-671.
25. Albers L, Garcia J, Renfrew M, Mccandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 1999 mar.; 26(1): 11-17.
26. Thorp JM, Bowes WA. Episiotomy: Can its routine use be defended. *Am J Obstet Gynecol* 1989 mayo; 160: 1.027-1.030.
27. Wahman AJ, Finan MA, Emerson SC. Striae gravidarum as a predictor of vaginal lacerations at delivery. *South Med J* 2000 sep.; 93(9): 873-876.
28. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *Br Med J* 1984; 289: 587-590.
29. Harrison Rf, Devitt M. Indomethacin and ethamsylate alone and in combination for the relief of postepisiotomy pain. *Ir J Med Sci* 1992 ag.; 161(8): 493-497.
30. Fleming N. Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain? *J Nurse Midwifery* 1990 ene.-feb.; 35(1): 19-25.
31. Copony L, Werner C. A comparative study on early and late results following transcutaneous and intracutaneous suture in mediolateral episiotomy (author's transl). *Z Geburtshilfe Perinatol* 1980 jun.; 184(3): 223-226.
32. Ruiz C, López A. Episiotomía, elección de una sutura. *Enferm Cientif* 1996 mayo-jun.; 170-171, 63-65.
33. López A, Mateos D. Episiotomía: estudio comparativo entre dos hilos de sutura en relación con la aparición de complicaciones. *Enferm Cientif* 1994 ene.-feb.; 142-143, 26-28.
34. Arrazola M; Estrella A. Estudio comparativo de dos protocolos de actuación en la episiotomía: con bencidamida y con povidona. *Enferm Cientif* 2000 ene.-feb.; 214-215: 50-52.
35. Arena J, Emparanza JI. Los antisépticos yodados no son inocuos. *An Esp Pediatr* 2000 jul.; 53(1): 25-29.
36. Martín E y cols. Evolución de la episiotomía siguiendo dos tipos de cuidados. *Rev Rol Enf* 2001; 24(11): 801-804.
37. Sleep J, Grant A. Routine addition of saalt or savlon bath concentrate during bathing in the immediate postpartum period: a randomized controlled trial. *Nursing Times* 1988; 84(21): 55-57.
38. Greenshields W, Hulme H. The perineum in childbirth: a survey of women's experiences and midwives' practices. Londres: National Childbirth Trust, 1993.
39. Sleep J, Grant A. The relief of perineal pain following childbirth: a survey of midwifery practice. *Midwifery* 1988; 4: 118-122.
40. Harrison RF, Brennan M. Evaluation of two local anesthetic sprays for the relief of post-episiotomy pain. *Current Medical Research Opinion* 1987; 10: 364-369.
41. Harrison RF, Brennan M. A comparison of alcoholic and aqueous formulation of local anesthetic as a spray for the relief of postepisiotomy pain. *Current Medical Research Opinion* 1987; 10: 370-374.
42. Harrison RF, Brennan M. Comparisons of two formulation of lignocaine spray with mafanamic acid in the relief of postepisiotomy pain: a placebo controlled study. *Current Medical Research Opinion* 1987; 10: 375-379.
43. Hutchings CJ, Ferreira CJ, Norman JQ. A comparison of local agents in the relief of discomfort after episiotomy. *J Obstet Gynaecol* 1985; 6: 45-46.
44. Allen RE, Hosker GL, Smith AR, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 770-779.
45. Snooks SJ, Swash M, Setchell M, Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984; 2: 546-550.
46. Kegel AH. Early genital relaxation: new techniques of diagnosis and non-surgical treatment. *Obstet Gynecol* 1956; 8: 545-550.
47. Gordon H, Logue M. Perineal muscle function after childbirth. *Lancet* 1985; 2: 123-125.
48. Samples JT, Dougerthy MC, Abrams RM, Batich CD. The dynamic characteristics of the circumvaginal muscles. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988; 17: 194-201.
49. Cots I y cols. Episiotomía y puerperio domiciliario. *Rev Rol Enf* 2001; 24(6): 461-463.
50. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallrsten G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest* 1991; 31: 213-216.
51. Bex PJ, Hofmeyr GJ. Perineal management during childbirth and subsequent dyspareunia. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1987; 14: 97-100.
52. House MJ, Cario G, Jones MH. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *J Obstet Gynecol* 1986; 7: 107-110.
53. Röckner G, Henningson A, Wahlberg V, Ölund A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. *Scand J Caring Sci* 1988; 2: 19-24.
54. Aznar G, Ganzalo V, Polo I, Peris AC. Factores obstétricos que influyen en la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. *Enferm Integral* 1998 ene.-marz.; 44: 6-9.
55. McArthur C y cols. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2001 jul.; 108(7): 678-683.
56. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three years follow up. *Brit Med J* 1987; 295: 749-751.
57. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am J Public Health* 1999 feb.; 89(2): 209-212.
58. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Urinary incontinence and pregnancy, vaginal childbirth and obstetric interventions. *Ugeskr Laeger* 2000 mayo 22; 162(21): 3.034-3.037.
59. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2001 jul.; 185(1): 82-87.

#### Correspondencia

Manuel Jorge Romero Martínez  
C/ Manzanilla, 9 Edif. Siroco 5.º D  
41013 Sevilla  
e-mail: inmabetis@supercable.es