

Artículo original

Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas

Selective episiotomy versus routine episiotomy in nulliparous women with vaginal delivery performed by midwives

Amelia Juste-Pina¹, Raquel Luque-Carro¹, Belén Sabater-Adán¹, Encarna Sanz-de Miguel¹, Ester Viñerta-Serrano¹, Ester Cruz-Guerreiro²

¹Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Médico obstetra. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

Objetivo: Identificar las ventajas y desventajas en un grupo de mujeres a las que se ha practicado la episiotomía según un protocolo selectivo, con respecto a las que se les ha practicado episiotomía según un protocolo rutinario en los periodos de dilatación, parto, puerperio y a los tres meses del parto en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas.

Personas y método: Estudio prospectivo experimental, realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde abril de 2004 a diciembre de 2005. Se incluyeron mujeres nulíparas, con feto único, a término y parto eutócico, en el grupo control (episiotomía rutinaria) o el grupo experimental (episiotomía selectiva) de forma aleatoria. Se recogieron variables en la dilatación, parto, puerperio inmediato y puerperio hospitalario mediante observación y entrevista, y a los tres meses posparto mediante entrevista telefónica.

Resultados: Se han estudiado 402 mujeres, 202 del grupo control y 200 del grupo experimental. Se realizaron un 83,7% de episiotomías en el grupo rutinario y un 59,0% en el grupo experimental. La duración de los periodos de dilatación y expulsivo fue similar en ambos grupos. La incidencia de desgarros posteriores de I y II grado fue superior en el grupo experimental (30%), frente al grupo control (13,4%) ($p < 0,001$), pero no se presentó ningún caso de desgarros de III y IV grado. No se encontraron diferencias en los resultados perinatales, ni en el puerperio inmediato, pero en el puerperio hospitalario las mujeres del grupo control presentaron más dolor general, aunque leve, al sentarse, con la deambulación, y demandaron más analgésicos. A los tres meses del parto, destaca una mayor incidencia de dispareunia en mujeres con episiotomía ($p < 0,004$).

Conclusiones: La práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, o periné poco distensible, en mujeres nulíparas a término, es segura.

Palabras clave: episiotomía, parto normal, morbilidad materna, resultados perinatales.

Correspondencia:
Encarnación Sanz de Miguel
Correo electrónico: en_carrascosa@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: To identify the advantages and disadvantages in a group of women in whom episiotomy was performed according to a selective protocol as compared to those who underwent episiotomy according to a routine protocol, during the periods of dilatation, delivery and puerperium and three months after delivery in nulliparous women with vaginal delivery performed by midwives.

Subjects and methods: A prospective, experimental study was carried out between April 2004 and December 2005 at Miguel Servet University Hospital in Zaragoza, Spain. Nulliparous women with full-term, singleton pregnancies and uncomplicated delivery were randomly assigned to the control group (routine episiotomy) or to the experimental group (selective episiotomy). The variables were assessed during dilatation, delivery, immediate puerperium and the remainder of the hospital stay by means of observation and interviews, and three months postpartum by means of telephone interviews.

Results: A total of 402 women were studied, 202 in the control group and 200 in the experimental group. Episiotomy was performed in 83.7% of the women in the routine group and in 59.0% of those in the experimental group. The duration of first and second stage was similar in the two groups. The incidence of subsequent first and second-degree lacerations was higher in the experimental group (30%) than in the control group (13.4%) ($p < 0.001$), but there were no third or fourth-degree lacerations. There were no differences in the perinatal outcome or in the immediate puerperium, but, during the hospital stay, the women in the control group presented more general, although mild, pain when sitting down or walking, and requested greater amounts of analgesics. Three months after delivery, the incidence of dyspareunia was higher among women with episiotomy ($p < 0.004$).

Conclusions: It is safe to apply a policy of selective episiotomy in nulliparous women with a full-term pregnancy when indicated by fetal or maternal factors or when the distensibility of the perineum is limited.

Key words: episiotomy, normal delivery, maternal morbidity, perinatal outcome.

Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof.* 2007; 8 (3-4): 5-11

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental¹⁻⁵. Se propuso su uso, por primera vez, de la mano de Ould quien, en 1742¹, alabó sus beneficios, y se difundió en los países occidentales, hasta un uso rutinario, a partir de 1920 tras los trabajos de de Lee y Pomeroy^{4,5}. Se realiza, fundamentalmente, para prevenir los desgarros perineales graves, pero su uso de forma rutinaria ha sido cuestionado⁶⁻⁹, y si bien algunos autores defienden que este tipo de intervención debería emplearse libremente, y disminuir la incidencia de desgarros vaginoperineales y de complicaciones a largo plazo (incontinencia urinaria, prolapso genital...), las investigaciones más recientes defienden que su utilización debería restringirse a indicaciones fetales, basándose en que los desgarros perineales de I y II grado causan en la mujer problemas menores, que la propia episiotomía¹⁰⁻¹⁶.

En la revisión bibliográfica realizada hallamos estudios que comparan el uso o no de episiotomía. En otros, el uso es de forma rutinaria o restrictiva, y en unos y otros se concluye que los beneficios que clásicamente se han atribuido a la episiotomía no se confirman.

La evidencia científica disponible nos recomienda un uso selectivo de la episiotomía^{4, 5, 7}, pero a pesar de ello los porcentajes de utilización son muy variables según las fuentes consultadas¹⁷⁻²¹.

En Europa, se observa una importante tendencia a disminuir el uso de la episiotomía, y así se han publicado cifras de hasta un 16% de todos los nacimientos en Inglaterra^{4,5}, pero en nuestro país¹⁹⁻²⁴, así como en la mayoría de los países de habla hispana^{1,9}, las cifras de realización pueden llegar hasta el 90%.

Existen resistencias y barreras al cambio por parte de los profesionales, habiéndose diseñado múltiples estrategias, con el fin de cambiar los comportamientos de los profesionales implicados, siendo las más importantes la difusión de la información científica disponible, la capacitación del profesional actuante y hacer conocer las evidencias disponibles a las usuarias del sistema de salud⁹.

Ante estas variaciones de la práctica clínica, se ha diseñado este estudio con el fin de comprobar en nuestro medio si existen diferencias significativas entre el uso de la episiotomía de forma rutinaria o de forma selectiva.

Objetivo principal

Identificar las ventajas y desventajas, en un grupo de mujeres a las que se ha practicado la episiotomía según un protocolo selectivo, con respecto a las que se les ha practicado episiotomía según un protocolo rutinario en los periodos de dilatación, parto, puerperio y a los tres

meses del parto en mujeres nulíparas con parto vaginal realizado por matronas.

Objetivos secundarios

- Conocer si hay diferencias en la duración de la dilatación y el expulsivo, en los desgarros posteriores de periné de I, II, III y IV grado, desgarros anteriores de periné en el grupo experimental en relación con el grupo control.
- Conocer si existen diferencias en el puerperio inmediato con relación a fiebre, uso de antibióticos, edema perineal, hematoma perineal y colocación de hielo, infección local, incontinencia y tipo de lactancia en el grupo experimental respecto al grupo control.
- Conocer si hay diferencias en el puerperio inmediato en el grado de dolor con la micción, con la deposición, con la deambulación y sentada, y en la utilización de analgésicos en el grupo experimental en relación con el grupo control.
- Conocer si existen diferencias a los tres meses del parto en el dolor espontáneo con la deambulación, sedestación, micción, deposición, la existencia de incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia, el tiempo de comienzo de relaciones sexuales y/o dispareunia en el grupo experimental respecto al grupo control y en las mujeres con y sin episiotomía en ambos grupos.
- Conocer si hay diferencias significativas en el test de Apgar, peso de los recién nacidos, necesidad de ingreso en neonatología.

PERSONAS Y MÉTODO

Diseño

Estudio experimental, controlado, con asignación aleatoria de las mujeres al grupo control, a quienes se les realizó episiotomía rutinaria, o al grupo experimental, a las que se les practicó episiotomía selectiva.

Emplazamiento

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS), desde abril de 2004 a diciembre de 2005.

Sujetos

Las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión (nulípara, a término, feto único vivo, presentación cefálica, edad gestacional a término y nacionalidad española) firmaron una hoja de consentimiento informado al aceptar ser incluidas en el estudio.

Tamaño muestral. Inicialmente, se propuso una población de 400 gestantes, para ser incluidas en la investigación (200 por grupo). Se realizó el cálculo del tamaño

muestral mediante el programa informático «SAMPLES» (Versión 4.0, © JH Abramson & PM Gahlinger 1993-2001, PEPI). Se consideró la comparación de proporciones entre dos muestras independientes: grupo control (episiotomía rutinaria) y grupo experimental (episiotomía selectiva).

Se admitieron los siguientes criterios: Nivel de significación α de 0,05; poder estadístico ($1-\beta$) del 80% y riesgo relativo del grupo control, frente al experimental mayor ó igual a 2.

Variables

Intervención: Las matronas se distribuyeron en dos grupos homogéneos, según realizaran de forma habitual episiotomía rutinaria (con la finalidad de intentar prevenir desgarros) o selectiva (por indicación fetal o materna), y la mujer quedaba incluida en un grupo u otro de forma aleatoria al llegar a la zona de dilatación (con frecuencia, las matronas siguen un orden de distribución de trabajo en la recepción de las gestantes).

En todos los casos en los que se practique una episiotomía, ésta será siempre mediolateral y con una técnica predefinida para facilitar la comparación.

Las principales variables de resultado que se estudiaron fueron:

- Ganancia ponderal durante la gestación, peso materno en el momento del parto.
- Control de la gestación, educación maternal, y la edad gestacional.
- Parto: inicio de parto (espontáneo o inducido), utilización de oxitocina, analgesia epidural, duración de la dilatación y expulsivo.
- Motivos de realización o no de la episiotomía.
- Desgarros posteriores de periné de I, II, III y IV grado.
- Desgarros anteriores de periné (desgarros de labios).
- Recién nacido: test de Apgar, peso, necesidad de ingreso en neonatología y sus causas.
- Puerperio inmediato: fiebre, uso de antibióticos, uso de analgésicos, edema perineal, hematoma perineal y colocación de hielo, infección local, dehiscencia, incontinencia urinaria, y lactancia.
- Dolor en el puerperio inmediato, hospitalario y a los tres meses: dolor en general, dolor con la micción, la deposición, la deambulación, sedestación.
- Tiempo de comienzo de relaciones sexuales, dispareunia.

Recogida de datos

Los datos han sido recogidos en la dilatación y posparto inmediato por la persona encargada de asistir el parto. En el tercer día de puerperio, una matrona distinta realizó una encuesta personalizada y evaluó el periné. Por

último, y a través de una encuesta telefónica, se reevaluó a la mujer al tercer mes.

El grado de dolor se valoró al tercer día de puerperio y a los tres meses del parto, con una escala cuya puntuación iba de 1 a 5 (1 menos dolor y 5 más dolor), el dolor con la micción, con la deposición, con la deambulación y sentada, así como el edema perineal, hematoma perineal, infección local, dehiscencia, incontinencia y tipo de lactancia.

El protocolo diseñado se presentó al Comité de Ética e Investigación del Hospital, que lo aprobó.

Se diseñó específicamente para esta investigación una hoja de recogida de datos donde eran transcritos todos los informes referentes a cada una de las mujeres, obtenidos a partir de las fuentes antes mencionadas. Tras completar la recogida de datos, se rechazaron aquellas mujeres de la muestra que no cumplieron los criterios de selección.

Análisis estadístico

Toda la información obtenida fue transcrita a una base de datos informatizada, utilizando el programa SPSS 11.0 para Windows, que permitió su posterior análisis estadístico.

El test estadístico χ^2 de Pearson fue la prueba de primera elección para comparar variables cualitativas cuando todas las frecuencias esperadas eran superiores a 5. La prueba estadística exacta de Fisher se utilizó cuando en las tablas de contingencia de 2×2 (relación entre dos variables categóricas dicotómicas), alguna de las frecuencias esperadas era inferior a 5. Además, tras comprobar que la distribución de variables cuantitativas no seguía la Ley Normal se procedió a utilizar la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para la comparación de medias. En todas las pruebas estadísticas, se tomó como valor de referencia de la significación estadística una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Iniciaron el estudio 402 mujeres, 202 del grupo control (rutinario) y 200 del grupo experimental (selectivo). El perfil epidemiológico de los dos grupos fue similar (no hubo diferencias significativas en los siguientes datos): la media de edad fue de 30 años, la ganancia ponderal durante el embarazo fue de 11,37 kg, la media de peso en el parto fue de 70,68 kg, un 90% de la muestra estudiada (362 mujeres) se controló en el Centro de Especialidades Médicas, realizaron educación maternal 316 mujeres (78,6%) y la edad gestacional media en el momento del parto fue de 39,1 semanas. Daban lactancia materna en el momento del alta el 91,0% (353 madres).

La forma de comienzo del parto fue espontánea en 302 gestantes (75,1%), e inducida en 100 (24,9%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la forma de comienzo y la pertenencia a uno u otro grupo ($p= 0,95$). Se utilizó analgesia epidural en un 92,8% (373 gestantes).

Se utilizó oxitocina intravenosa en perfusión continua durante el trabajo de parto en un 92,3% (371 mujeres del total), apreciándose diferencias significativas entre ambos grupos ($p= 0,037$); recibieron oxitocina intravenosa 192 gestantes (95%) del grupo episiotomía rutinaria y 179 gestantes (89,5%) del grupo episiotomía selectiva.

Fases del parto: dilatación y expulsivo

Se encontró una relación entre la práctica de episiotomía y la pertenencia al grupo control o experimental ($p <0,001$): En el grupo rutinario se realizaron 169 episiotomías (83,7%), frente a 118 (59,0%) en el grupo selectivo. Se practicó episiotomía en el grupo selectivo por causa fetal en 56 de los casos (47,5%), y por causa materna en 62 (52,5%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en el tiempo de estancia en dilatación ($p= 0,187$), ni en el tiempo de expulsivo ($p= 0,482$). En el grupo control la mediana de duración del expulsivo fue de 55 minutos (mín.=5, máx.=220) y en el experimental fue también de 55 (mín.=10, máx.=195).

Existe una incidencia mayor de desgarro perineal posterior en el grupo experimental que en el control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p <0,001$), siempre de I o II grado. En nuestro estudio, no hubo ningún caso de traumatismo perineal grave (III o IV grado) en ninguno de los grupos, y las mujeres pertenecientes al grupo selectivo tuvieron mayores probabilidades de mantener un periné íntegro (figura 1 y tabla 1).

La diferencia de incidencias de desgarro perineal anterior (desgarro de labios) en ambos grupos no resultó estadísticamente significativa (tabla 1).

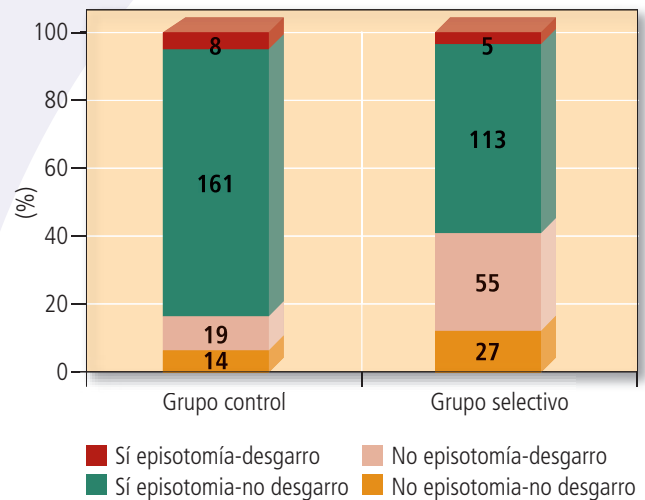


Figura 1. Mujeres que presentaron episiotomía y/o desgarro en el grupo control y en el grupo experimental (selectivo)

Se ha encontrado una incidencia superior de desgarro perineal anterior en mujeres sin episiotomía, un 24,3% (28 mujeres de 115), frente a un 3,5% (10 de 287) en mujeres con episiotomía, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p <0,001$) (tabla 2).

En el grupo rutinario, 4 de los bebés, un 2%, presentaron un test de Apgar al minuto <7 frente a 6 de los pertenecientes al grupo selectivo, un 3%, sin que esta diferencia fuese estadísticamente significativa ($p= 0,54$). No hubo ningún caso de los 402 recién nacidos con test de Apgar a los 5 minutos de vida <7 . No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupo en cuanto al ingreso del recién nacido en neonatología ($p= 0,703$), e ingresaron 31 del grupo control (15,3%) y 28 del grupo selectivo (14,0%). Tampoco se encontraron diferencias en el peso de los recién nacidos ($p= 0,268$).

Los pesos medios de los recién nacidos de gestantes en las cuales se practicó episiotomía son superiores en 105,47 g a los de los recién nacidos que nacieron en un parto sin episiotomía ($p= 0,022$; IC 95 %: 15,556-192,278).

Tabla 1. Incidencia de desgarros posteriores o anteriores en el grupo control (rutinario) y en el grupo experimental (selectivo)

Desgarro posterior	Grupo control		Grupo experimental		Total		P
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
No	175	86,6	140	70,0	315	78,4	$p <0,001$. RR = 1,552 (IC 95%: 1,287-1,872)
Sí	27	13,4	60	30,0	87	21,6	
Desgarro anterior							
No	187	92,6	177	88,5	364	90,5	$p=0,163$. RR = 1,245 (IC 95%: 0,943-1,643)
Sí	15	7,4	23	11,5	38	9,5	

Frec = Frecuencia absoluta

Tabla 2. Incidencia de desgarros anteriores en las mujeres a quienes se practicó o no episiotomía

		Desgarro anterior				Total
		Frec		%		
		No	Sí	No	Sí	
Episiotomía	No	87	75,7	28	24,3	115
	Sí	277	96,5	10	3,5	287
Total		364	90,5	38	9,5	402

Frec = Frecuencia absoluta

Puerperio inmediato

En la Sala de Despertar, 64 de las madres (16%) tuvieron fiebre coincidiendo con tiempos medios de estancia en dilatación significativamente superiores. Las mujeres que presentaron fiebre tuvieron la dilatación más larga, 291,17 minutos de media frente a los 237,07 minutos de media de mujeres sin fiebre ($p=0,016$).

En el puerperio inmediato, 45 mujeres (11,2%) presentaron edema perineal, no existiendo relación estadísticamente significativa entre éste y la pertenencia a uno u otro grupo ($p=0,902$), así como con la práctica o no de episiotomía ($p=0,457$). Tampoco tiene relación con los minutos de estancia en dilatación, pero las mujeres que presentaban edema permanecieron alrededor de 20 minutos más de media de expulsivo: 57,98 minutos frente a 79,33 en las mujeres con edema. ($p=0,001$).

En cuanto a la aparición de hematoma perineal en el puerperio inmediato, no hubo ninguna diferencia entre ambos grupos ($p=0,248$).

A 53 mujeres se les aplicó hielo perineal (13,2%) y presentaron tiempos medios de estancia en dilatación significativamente superiores a los de las gestantes que no lo recibieron, 283,21 minutos, frente a 239,99 ($p=0,012$) así como en la duración del expulsivo: 75,28 minutos de media frente a 58,11 ($p=0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la aplicación de hielo.

Necesitaron analgésicos 17 mujeres (4,2 %) y tuvieron tiempos medios de estancia en dilatación superiores significativamente a los presentados por las gestantes que no los recibieron, 337,65 minutos de media, frente a 241,62 minutos ($p=0,014$).

Recibieron antibióticos 10 mujeres (2,5%) y tuvieron tiempos medios de estancia en dilatación significativamente superiores a los presentados por las gestantes que no los recibieron, 368,5 minutos frente a 242 de media ($p=0,003$). No hubo significación estadística entre los grupos.

Puerperio hospitalario

No se pudo realizar la valoración del puerperio hospitalario a 14 mujeres que recibieron un alta precoz, la

cual impidió que se les pudiera entrevistar y evaluar el periné: 9 pertenecían al grupo episiotomía rutinaria y 5 al grupo episiotomía selectiva, por lo que los grupos se modificaron así: 193 mujeres pertenecientes al grupo episiotomía rutinaria y 195 al grupo episiotomía selectiva.

Se observa que las madres del grupo control (episiotomía rutinaria) experimentaron más dolor que las del grupo experimental (episiotomía selectiva) ($p=0,002$). En una escala progresiva de dolor de 1 a 5, de menos a más, se detectó que el 80%, aproximadamente, (163 púérperas) estaba entre los valores 1 o 2 de dicha escala, que significa dolor leve. Si tenemos en cuenta el grupo a quien se practicó episiotomía, presentaron dolor leve un 53,6 % (147 mujeres), frente al 40,4 % (46 mujeres) del grupo sin episiotomía ($p<0,017$).

Un 18,6% de las mujeres con episiotomía (51) presentaron hematomas superficiales de perineo, frente a un 2,6% (3) del grupo sin episiotomía ($p<0,001$). No se detectó ningún hematoma severo en los grupos, todos fueron superficiales.

No hubo diferencia en el dolor con la deambulación entre el grupo control con un 44% (85 púérperas), y el experimental, con un 35,9% (70 púérperas), ($p=0,102$). Sin embargo, la incidencia de dolor con la deambulación fue inferior en las que no se había practicado episiotomía 26 (22,8%), respecto a las que sí se les había practicado 129 (47,1%) ($p<0,001$). La incidencia de dolor en sedestación también fue mayor en las mujeres con episiotomía que en las que no se les practicó, 194 mujeres (70,8%), frente a 50 (43,9%) ($p<0,001$).

Todas las mujeres tenían pautados analgésicos orales a demanda. Para valorar de modo indirecto el grado de dolor perineal se evaluó su consumo. Tomaron analgésicos 70 de las mujeres que no tenían episiotomía (61,4%) y 232 mujeres de las que sí la tenían (84,7%), ($p<0,001$). Si lo evaluamos con respecto a los grupos rutinario y selectivo, demandaron analgésicos 158 mujeres, un 81,9% del control, frente a 144 mujeres, un 73,8% del restrictivo ($p=0,057$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al estudiar el dolor con la micción, con la deposición, la existencia de dehiscencia, infección y/o edema perineal, incontinencia de orina, y el tipo de lactancia al alta, entre ninguno de los grupos.

Resultados a los tres meses posparto

Del grupo inicial de 402 pacientes, se excluyeron 21 casos, 10 del grupo de episiotomía rutinaria y 11 del grupo de episiotomía restrictiva, debido a la imposibilidad de contactar con las mujeres.

A los 3 meses del parto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo selectivo y rutinario, entre las mujeres con episiotomía o sin episiotomía en las siguientes variables: dolor con la micción, con la deposición, con la deambulación, dolor sentada, pérdida de orina involuntaria e incontinencia urinaria de urgencia.

Habían mantenido relaciones sexuales a los 3 meses el 90,3% (344) de todas las mujeres: el 94,3% (181) en el grupo rutinario frente al 86,2% (163) del grupo selectivo ($p= 0,008$); aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,203$) en las mujeres con episiotomía (93,4%, 99 mujeres) o sin episiotomía (89,1%, 245 mujeres).

Las mujeres que presentaron más dispareunia sí pertenecían al grupo control, 67 mujeres (37,0%) frente a 42 (25,8%) en el grupo experimental ($p= 0,025$). Las mujeres a quienes se practicó episiotomía también presentaron con mayor frecuencia dispareunia, 89 mujeres (36,3%), que las mujeres sin episiotomía, 20 de las mujeres (20,2%) ($p= 0,004$).

A los 3 meses posparto, un 51,7% (197) de las mujeres continuaba con lactancia materna, un 14,7% (56) habían optado por lactancia mixta, y un 33,6% (128) por lactancia artificial. En el análisis por grupos, rutinario-selectivo, o episiotomía sí; episiotomía no, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

En el grupo experimental (episiotomía selectiva) de nuestro estudio con relación al grupo control (episiotomía rutinaria) no ha habido un alargamiento del tiempo del expulsivo ni del periodo de dilatación, y tampoco ha influido negativamente en el test de Apgar, ni en el ingreso en neonatología. Ha habido un aumento de los desgarros de I y II grado, pero no de los desgarros de III y IV grado, lo que coincide con otros autores^{3, 4, 6, 25}. No influye en los distintos tipos de incontinencia urinaria, como ya apuntan muchos estudios²⁶⁻³⁰.

En las mujeres a quienes se ha practicado episiotomía, frente a las que no se les realizó, presentaron menos desgarros anteriores, aumentó el dolor leve, el dolor al sentarse y el dolor al andar en el puerperio hospitalario. No hubo un menor número de mujeres con incontinencia urinaria y presentaron, con mayor frecuencia, dispareunia.

Podemos afirmar que las mujeres a las que no se les practicó episiotomía manifiestan un mayor bienestar general, el dolor con la deambulación es prácticamente inexistente, se sientan con mayor comodidad, la aparición de hematoma es menor, y necesitan menos analgésicos (con el consiguiente ahorro económico).

En la última etapa de esta primera fase del estudio de valoración a los tres meses, el interés de la investigación está centrado en las relaciones sexuales y en la incontinencia urinaria, de esfuerzo o de urgencia, coincidiendo con otros autores^{12, 26, 30}. El punto que generó mayor debate fue la dispareunia. Nos tenemos que dirigir a trabajos muy actuales para que se tome en consideración la sexualidad, y los problemas secundarios a la paridad. En este caso, nos interesa la dispareunia secundaria a traumatismos perineales (en mujeres que no la presentaban antes del parto); nuestra investigación confirma lo que ya apuntan otras publicaciones: hay menos dispareunia en las mujeres en las que no se realiza episiotomía.

Otro punto controvertido es la incontinencia urinaria. En nuestro estudio, no hay diferencias significativas entre ambos grupos, ni en las mujeres con o sin episiotomía. Están apareciendo numerosos trabajos que valoran significativamente los ejercicios del suelo pélvico tras el parto para su prevención³⁰⁻³³. Aunque en parte de la bibliografía se insiste en la mejora de la función sexual y la disminución de la incontinencia urinaria en las mujeres con episiotomía, las últimas investigaciones apuntan en la misma línea que nuestros resultados, restándole importancia a la práctica o no de episiotomía, no influyendo ésta en la incontinencia urinaria.

De cualquier manera, este proyecto de investigación continuará durante tres años después del parto y podrá dar más luz sobre la patología del suelo pélvico y la incontinencia urinaria en las primíparas con o sin episiotomía.

En nuestro estudio, no se han encontrado diferencias importantes entre el grupo de episiotomía selectiva y rutinaria, ni entre las mujeres a quienes se practicó o no la episiotomía, por lo que en el parto normal se debería actuar según un protocolo selectivo: episiotomía por indicación fetal o materna, o perineo poco distensible como ya nos muestra la evidencia científica disponible^{1,4,7,17,20,34-36} y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud³⁷.

AGRADECIMIENTOS

A todas las madres participantes en este estudio.

A la Dra. Maria Lapresta (obstetra) y al Dr. Carlos Lapresta (medicina preventiva), por su ayuda en el diseño y elaboración de la estadística de este trabajo.

A Ana Belén Subirón, matrona, por su colaboración en la utilización de herramientas informáticas y traducción de documentos.

A todas las matronas del Hospital Universitario Miguel Servet, por su participación desinteresada en este estudio y su dedicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs. selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1993; 42: 1.517-8.
2. Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? *BMJ*. 1984; 288: 1971-5.
3. Klein M, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *On Line J Curr Clin Trials*. 1992; Doc 10.
4. Sleep J, Grant AM, Garcia J, Elbourne DR, Spencer JAD, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ*. 1984; 289: 587-90.
5. Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. *BMJ* 1987; 295: 749-51.
6. Henriksen T, Beck KM, Hedegaard M, Secherd NJ. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992; 99: 950-4.
7. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. [Acceso: 23/07/07]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
8. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr; 103(4): 669-73.
9. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002 Oct; 62(2) 115-22. [Acceso: 23(07/07)]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200008&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0048-7732.
10. Cleary-Goldman J, Robinson J. The Role of Episiotomy in Current Obstetric Practice. *Semin Perinatology*. 2003; 27 (1): 3-12.
11. Visco P, Tocca A, Russo PL. Considerazioni sull'episiotomia: aspetti clinici, tecnici e psicologici. *Minerva Ginecol*. 1996; 48 (1-2): 39-43.
12. Baessler K, Schuessler B. Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations. *Urology*. 2003; 62 (4 Suppl. 1): 39-44.
13. Van den Bergh JE, Sueters M, Segaar M, Van Roosmalen J. Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(10): 966-8.
14. McLeod NL, Gilmour DT, Joseph KS, Farrel SA, Luther ER. Trends in mayor risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003; 25 (7):586-93.
15. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189 (1): 255-60.
16. Richter HE, Brumfield CG, Cliver SP, Burgio KL, Neely CL, Varner RE. Risk factors associated with anal sphincter tear: a comparison of primiparous patients, vaginal births after cesarean deliveries, and patients with previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187 (5): 1194-8.
17. Weber AM, Meyn L. Episiotomy use in the United States. *Obstet Gynecol*. 2002; 100 (6): 1177-82.
18. Marai W. A two years retrospective review of episiotomy at Jimma Teaching Hospital. *Ethiop Med J*. 2002; 40 (2): 141-8.
19. Montenegro MS, Blanco MI, Pereiro MA, Barro E, Rico B. Episiotomía en partos eutócicos en el complejo hospitalario de Pontevedra. *Matronas Prof* 2005 ; 6 (1) : 30-2.
20. Gómez N, Mozo M, Solís I. Revisión sistemática de la episiotomía. *Prog Obstet Gynecol*. 2004; 47 (7): 330-7.
21. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Gynecol*. 2004; 47(9): 414-22.
22. Romero-Martinez J, De Prado-Amian M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Prof*. 2002; (8): 33-9.
23. Borja-Jiménez A, Pulido-Maestre M. Episiotomía media y medio lateral. *Matronas Prof*. 2001; (6): 36-41.
24. Sanz-Sánchez J. Episiotomía o desgarros. *Ob Stare*. 2001; (2): 18-22.
25. Leman L, Sperman M, Rogers R. Repair of Obstetric Perineal Lacerations. *Am Fam Physician*. 2003; 68(8):1.585-90 .
26. Berkowitz LR. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 20-2004. A 46-year-old woman with pelvic-floor relaxation after a second vaginal delivery. *N Engl J Med*. 2004; 350 (26): 2.699-706.
27. Oakley D, Murray ME, Murthand T, Hayashi R, Andersen F, Mayes F, et al. Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives . *Obstet Gynecol*. 1996; 88: 823-9.
28. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Norwegian EPICONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003; 348: 900-7.
29. Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003; 25:487-98.
30. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum. *BJOG*. 2003; 110: 188-96.
31. Sampsel CM, Miller JM, Mims BL, DeLancey JO, Ashton-Miller JA, Antonakos AC. Effect of pelvic muscle exercises on transient incontinence during pregnancy and after delivery. *Obstet Gynecol*. 1998; 91: 406-12.
32. Wilson PD, Herbison GP. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998; 9: 257-64.
33. Pascual MA. Prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Estrategia en el embarazo y en el postparto. *Prog Obstet Gynecol*. 2005; 48 Supl 3: 95-101.
34. Homsí R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR. Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surv*. 1994 Dec; 49 (12): 803-8.
35. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literatura 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv*. 1983; 38: 322-38.
36. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy a systematic review. *Jama*. 2005; 293: 2.141-8.
37. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: OMS; 1999.