



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

IMPACTO DE LA EPISIOTOMÍA EN LA FUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumno: Javier Martínez Guirado.

Tutor: Manuel González Cabrera
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

IMPACTO DE LA EPISIOTOMÍA EN LA FUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumno: Javier Martínez Guirado

Tutor: Manuel González Cabrera
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

Firma:

Mayo, 2016

ÍNDICE

RESUMEN.....	pág. 4
1. INTRODUCCIÓN.....	pág. 5
1.1 Antecedentes de la episiotomía.....	pág. 7
1.2 Desgarros perineales.....	pág. 8
1.2.1 Factores de riesgo.....	pág. 9
1.3 Episiotomía: prevalencia y situación en España.....	pág. 9
1.4 Indicaciones clínicas.....	pág. 11
1.5 Tipos de episiotomía y consideraciones clínicas.....	pág. 12
1.5.1 Tipos de episiotomía.....	pág. 12
1.5.2 Consideraciones clínicas.....	pág. 14
1.6 Disfunción del suelo pélvico. Efectos adversos de la episiotomía...	pág. 15
1.6.1 Dolor perineal posparto.....	pág. 16
1.6.2 Dispareunia.....	pág. 17
1.6.3 Incontinencia fecal y urinaria.....	pág. 17
2. JUSTIFICACIÓN.....	pág. 18
3. OBJETIVOS.....	pág. 19
4. METODOLOGÍA.....	pág. 19
4.1 Diseño del estudio.....	pág. 19
4.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	pág. 20
4.3 Limitaciones.....	pág. 20
4.4 Manifiesto de conflicto de intereses.....	pág. 21
4.5 Estrategia de búsqueda.....	pág. 21
4.5.1 Descripción general de los resultados de búsqueda.....	pág. 25
5. RESULTADOS.....	pág. 25
6. DISCUSIÓN.....	pág. 42
6.1. Relación entre el uso de la episiotomía y el desarrollo de dolor perineal después del parto.....	pág. 42
6.2 Investigar la relación entre la episiotomía y la dispareunia posparto.....	pág. 43
6.3. Determinar la relación entre el uso de la episiotomía y el desarrollo o no de incontinencia fecal y/o urinaria después del parto.....	pág. 44
6.4 Establecer qué modalidad de episiotomía presenta mejores resultados en la protección de la función pélvica.....	pág. 46
7. CONCLUSIONES.....	pág. 47
8. AGRADECIMIENTOS.....	pág. 48
9. BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 48

RESUMEN

España se sitúa como el octavo país de la Unión Europea con mayores tasas de episiotomía (43% de los partos vaginales en año 2010), una cifra que supera las recomendaciones de la OMS a pesar de su descenso en estos últimos años, como consecuencia del establecimiento de una política de uso más restrictiva. Esta elevada tasa de intervencionismo obstétrico asociada a una mayor morbilidad materna posparto, en forma de dolor perineal, incontinencia y dispareunia, entre otros, están siendo tema de debate en la última década debido a su repercusión en la salud de la mujer. El objetivo de esta revisión bibliográfica es determinar el efecto de la episiotomía sobre la función del suelo pélvico durante el puerperio. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS, SciELO, Google Académico, Cuiden Plus y Cochrane Plus utilizando una cadena de búsqueda diferente, adaptada a cada base de datos. De todos los estudios encontrados, han sido seleccionados un total de 30 para llevar a cabo esta investigación. De acuerdo con éstos, el dolor perineal y la dispareunia posparto a corto plazo se asocian a una mayor frecuencia con el uso de la episiotomía. Sin embargo, a largo plazo no existe suficiente evidencia científica que lo corrobore. Por otro lado, las lesiones obstétricas del esfínter anal, estrechamente relacionadas con la paridad y con la episiotomía media, son el principal factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia fecal, mientras que el desarrollo de incontinencia urinaria después del parto no muestra relación con la episiotomía. No obstante, se pone de manifiesto la necesidad de reducir la tasa de episiotomía para mejorar el bienestar de la mujer durante el puerperio, y además, continuar investigando la morbilidad materna y neonatal relacionada con la episiotomía, especialmente a largo plazo, que permita aportar un mayor grado de evidencia científica acerca de esta intervención obstétrica.

Palabras clave: Episiotomía, Dispareunia, Incontinencia Fecal, Incontinencia Urinaria, Dolor Pélvico, Periodo Posparto.

ABSTRACT

Spain ranks as the eighth country in the European Union with higher rate of episiotomy, taking place in 43% of vaginal births in 2010, a quantity that exceeds WHO recommendations, despite its decline in recent years because of the establishment of a more restrictive policy. This high rate of obstetric interventions associated with higher postpartum maternal morbidity as perineal pain, incontinence and dyspareunia, among others, are being debated in the last decade as a result of its impact on women's health.

The aim of this systematic review is determine the effect of episiotomy in the pelvic floor function in the puerperal period. So, we conducted a literature search in PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS, SciELO, Google Scholar, Cuiden Plus and Cochrane Plus. We used a specific search chain to each database. Of all the items found, we have selected a total of 30 studies for this research. According to these, perineal pain and postpartum dyspareunia in short term are associated with a higher frequency with the use of episiotomy than without the use. However, At long term there is not enough scientific evidence to support that. On the other hand, obstetric anal sphincter injuries, closely related to parity and the median episiotomy, are the main risk factor for the development of fecal incontinence, while the development of urinary incontinence after childbirth shows no relation to the episiotomy. Finally, it is necessary to reduce the rate of episiotomy to improve the welfare of women during the postpartum period and also, continuing to investigate maternal and neonatal morbidity associated with episiotomy, especially at long-term, allowing provide greater degree of scientific evidence on performing this obstetric procedure.

Keywords: Episiotomy, Dyspareunia, Fecal incontinence, Urinary Incontinence, Pelvic Pain, Postpartum Period

1. INTRODUCCIÓN

La atención al parto en España representa una parte muy importante de la actividad hospitalaria. En los hospitales del SNS se atendieron en el año 2012 más de 368.000 partos (78,7% del total), lo que supuso un gran número de hospitalizaciones, por delante incluso de las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo o respiratorio.^(1,2)

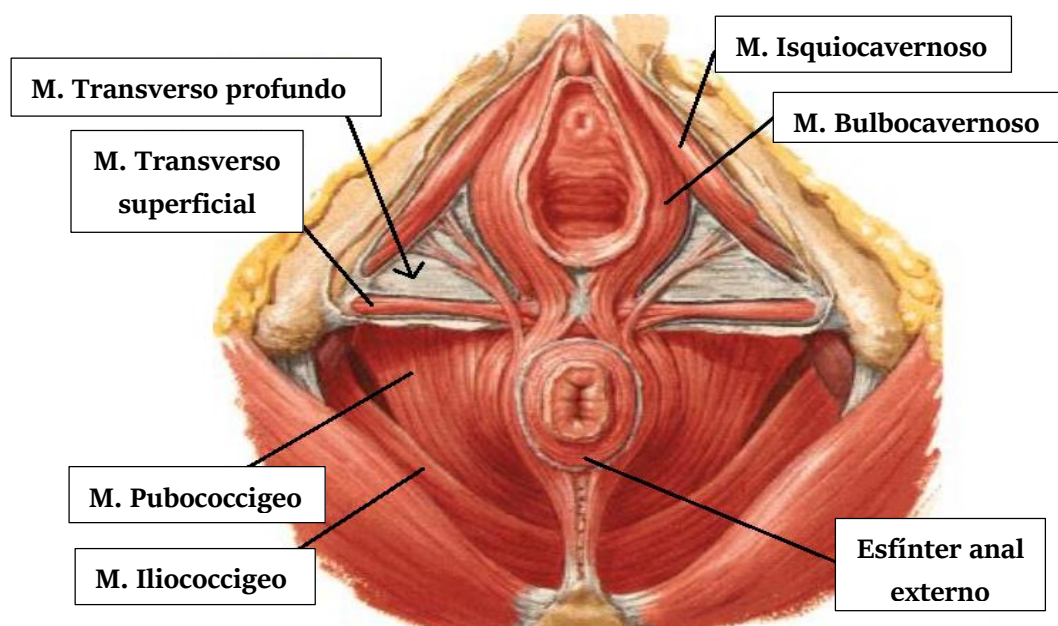
Se estima que aproximadamente 1 de cada 4 mujeres que dan a luz en un hospital de España, es sometida a una cesárea, el 15% de los partos son instrumentados (fórceps o extracción por vacío) y que con un porcentaje muy superior a las recomendaciones de la OMS, España se sitúa como el octavo país de la Unión Europea con mayores tasas de episiotomía según el informe “European Perinatal Health Report 2010”.^(3,4)

Las elevadas tasas de intervencionismo obstétrico, junto con la humanización de los cuidados han abierto debate en los últimos años sobre el parto vaginal y se ha empezado a cuestionar la utilización rutinaria de procedimientos como la episiotomía que, además de ser molesta e incómoda para la mujer, puede repercutir en su salud y en la del neonato.⁽³⁾

Cuando nos referimos al término “episiotomía” hacemos referencia a un procedimiento quirúrgico muy común en el ámbito obstétrico. La Real Academia Española de la lengua la define como “Incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el periné” ⁽⁵⁾. Etimológicamente episiotomía significa "cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto). Es realizada por matronas y obstetras por medio de tijeras o bisturí y debe repararse a través de una sutura que se conoce con el nombre de episiorrafia.⁽⁶⁾

El objetivo principal de la episiotomía es la ampliación del orificio vaginal y la prevención de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado, aunque esta técnica por sí misma implica un "desgarro de segundo grado", ya que secciona músculos superficiales y profundos del periné (figura 1): Bulbocavernoso, transverso superficial y profundo, pubococcigeo e iliococcigeo (en función del tipo, profundidad y extensión del corte).^(4,7)

Figura 1. Músculos del periné.



Fuente: Atlas del cuerpo humano, 6ª edición. ⁽⁸⁾

El objetivo secundario de la episiotomía es acortar la duración del período de expulsivo en un parto complicado, y reducir la compresión de la cabeza del bebé pretérmino a su paso por el canal del parto. ⁽⁹⁾

Los avances científicos y la especialización del personal que asiste al parto, matronas y obstetras, han contribuido a mejorar la atención al parto y al bienestar de las mujeres. Hoy en día a pesar de que prácticamente toda la evidencia científica corrobora el uso selectivo

de la episiotomía y la recomendación de no realizar episiotomía de rutina debido a que numerosos estudios la relacionan con el aumento de la morbilidad materna, esta técnica aún se sigue realizando de manera sistemática en muchos países del mundo.⁽¹⁰⁾

1.1 Antecedentes de la episiotomía.

La inquietud por los desgarros perineales y la protección del periné, se reflejaba por primera vez en los textos de Sorano a principios del siglo II, en el libro “*De morbis mulierum*”, el primer documento redactado para comadronas en el que se hacía referencia a la protección del periné.⁽¹¹⁾

Según datos históricos, parece que fue Sir Fielding Ould (1742) en Irlanda la primera persona en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal ^(6,11,12). Ould a través de “*Treatise of midwifery in three parts*” (tratado de Obstetricia en tres partes), describe la técnica de corte en la vagina, introduciendo un cuchillo entre la cabeza fetal y la vagina de la mujer en dirección al ano. Advertía que “este procedimiento debe realizarse únicamente en caso de apuro, cuando la cabeza fetal permanezca mucho tiempo en constricción en el orificio externo de la vagina”. ⁽¹¹⁾

Durante los siglos XVIII y XIX, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de la episiotomía eran durante un parto dificultoso y para proteger la vida del feto. Michaelis, Tarnier y Credé recomendaban la sección del periné en la mayoría de sus partos argumentando que “su uso prevenía el daño perineal y la relajación del suelo pélvico y protegía al feto de injurias”. En 1799, Michaelis propone su uso para la prevención de grandes desgarros perineales. ^(6,11)

En 1847, el francés Dubois fue el primero en proponer el tipo mediolateral. Una década más tarde, Carl Braun, llamó “episiotomía” por primera vez a esta incisión obstétrica, y fue el primero en reprobarla por considerar que se trataba de una técnica innecesaria.⁽¹¹⁾

A comienzos del siglo XX se produce un incremento de los partos atendidos en hospitales unido a un aumento desmedido de los índices de episiotomía a nivel mundial. En 1920, De Lee y Pomeroy instauran el uso rutinario, es decir, aplicar la técnica de manera sistemática a las parturientas durante el periodo de expulsivo. Argumentaron que esta práctica evitaba el dolor, prevenía desgarros, acortaba el parto, prevenía el prolapso uterino y preservaba la integridad del suelo pélvico ^(11,12). Debido a estos argumentos y la ausencia de estudios científicos que avalaran estas afirmaciones, la episiotomía de rutina

incrementó su reconocimiento en el ámbito de la atención al parto y su uso se elevó de forma importante.⁽¹³⁾

Sin embargo, a partir de la década de 1970, el uso sistemático de la episiotomía empezó a ser cuestionado y a partir de 1985 se llevaron a cabo numerosos estudios para intentar conocer con certeza sus riesgos y beneficios. Los resultados mostraron que el uso rutinario se asociaba a un mayor riesgo de trauma perineal y más complicaciones que un uso restrictivo o selectivo, entendiendo este como aquel que se realiza solo en casos determinados dependiendo de las características de la parturienta y del feto. Hoy en día se continúa investigando los principales problemas de salud que se derivan de la episiotomía tanto a corto como a largo plazo con el objetivo de conseguir el mayor bienestar para la puerpera.^(14,15)

1.2 Desgarros perineales.

Evitar desgarrs perineales graves es uno de los principales objetivos para la realización de una episiotomía. Actualmente, los desgarrs perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios marcados por el RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists):⁽¹⁶⁾

- Grado I: lesión pequeña y superficial que afecta a la piel perineal que por lo general suele curar de forma natural.
- Grado II: Lesión perineal más profunda que afecta a los músculos del periné, así como la piel. Generalmente requieren puntos de sutura.
- Grado III: cuando el desgarro se extiende hacia abajo desde la pared vaginal hacia el ano, implicando afectación del esfínter anal. A su vez los desgarrs de tercer grado se subdividen en función de la gravedad en:
 - o 3a: Lesión del esfínter externo <50% de su grosor.
 - o 3b: Lesión del esfínter externo >50% de su grosor.
 - o 3c: Lesión de esfínter externo e interno.
- Grado IV: afectación del esfínter anal y la mucosa rectal.

Los desgarrs de tercer y cuarto grave son considerados graves ya que ocasionan dolor perineal u otras complicaciones como la incontinencia fecal, debido a la afectación del esfínter anal y/o del recto.⁽¹⁷⁾

1.2.1 Factores de riesgo:

Los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de desgarros perineales de III y IV grado son: ⁽¹⁸⁾

- Primiparidad.
- Posición de litotomía.
- Presentación cefálica posterior o macrosomía fetal (peso mayor a 4 kg).
- Perímetro cefálico mayor de 35 cm.
- Uso del fórceps o de la episiotomía.
- Raza asiática.
- Distancia ano-vulvar menor o igual a 3 cm.

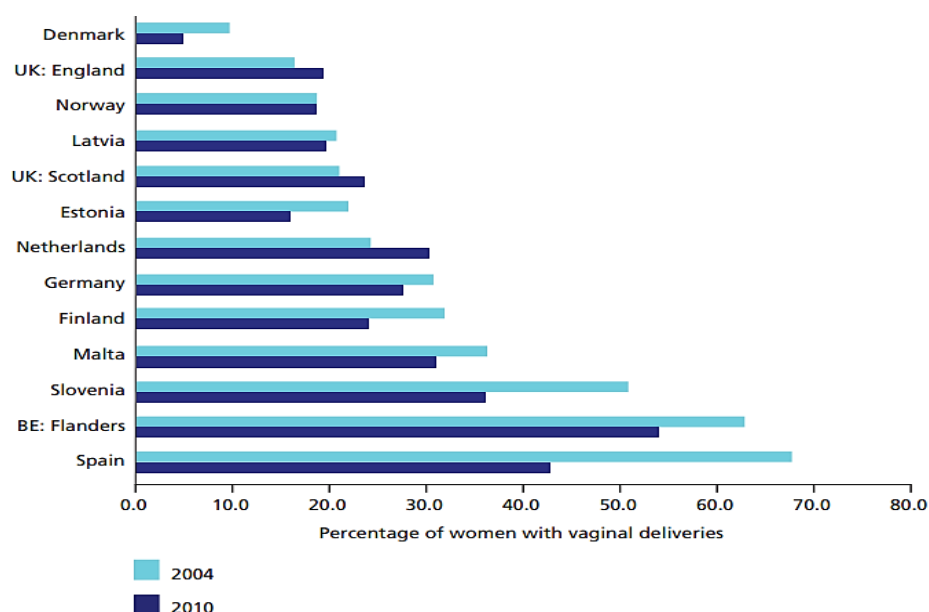
1.3 Episiotomía: prevalencia y situación en España.

Hasta finales del siglo XX, los datos recopilados informan que la episiotomía se convirtió en un procedimiento rutinario. En Argentina, por ejemplo, se realizaba prácticamente en todos los partos de mujeres nulíparas y primíparas⁽¹⁹⁾. Sin embargo, en 1996, la Organización Mundial de la salud elaboró la “Guía de Práctica Clínica”, que supuso un cambio importante en la política de episiotomía en gran parte del mundo, recomendando que su tasa no debería superar el 30% ⁽²⁰⁾. Así, Estados Unidos, entre otros, pasó de una tasa de episiotomía del 60,9% en 1979 al 24,5% en 2004, acompañado de un descenso de la tasa de desgarros del esfínter anal del 5% al 3.5%. ⁽²¹⁾

Actualmente el objetivo marcado por la OMS es bajar de ese 30% y conseguir una tasa ideal de episiotomías entre 10-20% sin que por ello aumente la morbilidad materna o fetal asociada a una práctica inadecuada o inoportuna. ⁽¹¹⁾

Los datos más recientes disponibles sobre la tasa de episiotomía en Europa son los aportados por “*European Perinatal Health Report*” de 2010, a cerca de los cambios en la tasa de episiotomía entre 2004 y 2010 en Europa. Dinamarca, Suecia e Islandia son los países con menor tasa de episiotomía en el año 2010, con 4,9%, 6,6% y 7,2%, respectivamente. Los países con mayores tasas de episiotomía son Chipre, Portugal y Rumanía con 75%, 72,9% y 68,2%, respectivamente. España, por su parte, es el octavo país de la Unión Europea que presenta mayor tasa para el uso técnica obstétrica, con un 43%. A continuación se representa un gráfico con los cambios en la tasa de episiotomía de los principales países de Europa entre 2004 y 2010 (figura 2). ⁽⁴⁾

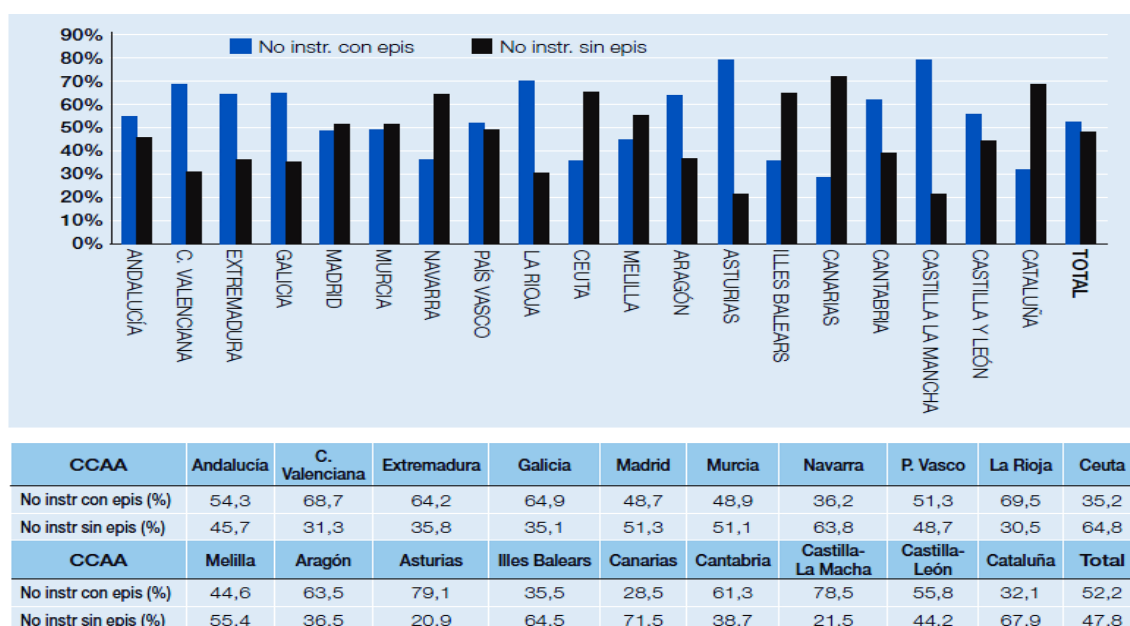
Figura 2. Cambios en las tasas de episiotomía en partos vaginales entre 2004 y 2010 en Europa.



Fuente: *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*.

Sin embargo, a pesar de este descenso progresivo, existe una gran variabilidad entre las diferentes Comunidades Autónomas de España en estos últimos años^(11,22), que se corrobora con el estudio “*La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática*” (figura 3).⁽²⁾

Figura 3. Porcentaje de partos no instrumentados con y sin episiotomía en las diferentes Comunidades Autónomas de España, año 2006.



Fuente: *La asistencia al parto de mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática*.

Destacan altas tasas de episiotomía en Asturias o Castilla-la Mancha con prácticamente un 80% de episiotomías en partos no instrumentados, mientras que en Ceuta, Cataluña o Canarias cuentan con un porcentaje considerablemente más bajo (28-36%). Los porcentajes de episiotomía de Andalucía eran similares a los de la media nacional en el año 2006 (54,3% de partos no instrumentados). En la provincia de Jaén, por su parte, se realizaron un total de 4265 episiotomías en el año 2006 (el 42,7% de los partos no instrumentados, frente a un 57,3% en los que no se practicó), unas estadísticas inversamente proporcionales a la media nacional y andaluza de ese mismo año, en los que predominaban más los partos con episiotomía que sin ella.⁽²⁾

Un ejemplo comarcal que pone de relieve este descenso del uso de la episiotomía es el estudio realizado por dos matronas en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. Según esta publicación, en 1998 se practicó la episiotomía en el 77,6% de los partos, mientras que cinco años después, en 2003, su tasa apenas llegó a alcanzar el 34,2%, una cifra muy por debajo de la media española a principios del siglo XXI.⁽²³⁾

1.4 Indicaciones clínicas

La episiotomía se ve influenciada por distintos factores como: el criterio de la matrona u obstetra, las características de la madre (nuliparidad o estado del periné), las características del feto (peso, presentación en fase de expulsivo, perímetro cefálico o bienestar fetal) y por el ambiente (recursos e instalaciones del hospital).^(11,22,24)

A pesar alto grado de variabilidad en la gestión de la episiotomía y de las circunstancias individuales que presenta cada parto, las indicaciones clínicas que suelen seguir actualmente las matronas y obstetras para realización de una episiotomía, son:

- Periné poco distensible: suele estar relacionado con la existencia de cicatrices perineales de episiotomías anteriores, gran edema y/o con operación plástica perineal anterior. Se recomienda que la episiotomía ha de hacerse cuando el periné esté en su grado de distensión máxima y se esté seguro que no es posible la salida de la cabeza sin realizar la técnica.^(6,11,25,26)
- Desproporción feto-pelvis, es decir, los diámetros de la presentación fetal y los de la pelvis materna no estén en armonía. Esto puede suceder por causa materna (diámetro pélvico reducido), causa fetal (diámetros de presentación fetal aumentados) o por

causa mixta (ambas a la vez). Sin embargo si se da esta situación se suele recurrir a la cesárea en el 20-29% de los casos. ^(11,27)

- Macrosomía (indicación relativa): peso superior al percentil 90 o peso superior a 4000 gramos. ^(6,9,11,28)
- Riesgo de lesión de tejidos blandos de la parturienta por utilización del fórceps o instrumentado. El fórceps puede ocasionar lesiones en la vagina, cérvix y útero, ya que al introducir las ramas del fórceps se ocupa un 10% más de espacio en la pelvis. ^(9,11,22,28,29)
- Necesidad de acelerar el parto por sufrimiento fetal (frecuencia cardiaca no tranquilizadora o anoxia fetal) y/o agotamiento materno. Se calcula que se suele acelerar el parto unos 9 minutos, aproximadamente en nulíparas. ^(6,9,11,22,30)
- Parto pretérmino con la finalidad de reducir la presión intracraneal y evitar una lesión neurológica por inmadurez (indicación relativa). ^(6,9,22,30)
- Parto podálico (indicación relativa). ^(6,9,22,30)
- Distocia de hombros (indicación relativa). ^(6,22,26,28)

1.5 Tipos de episiotomía y consideraciones clínicas.

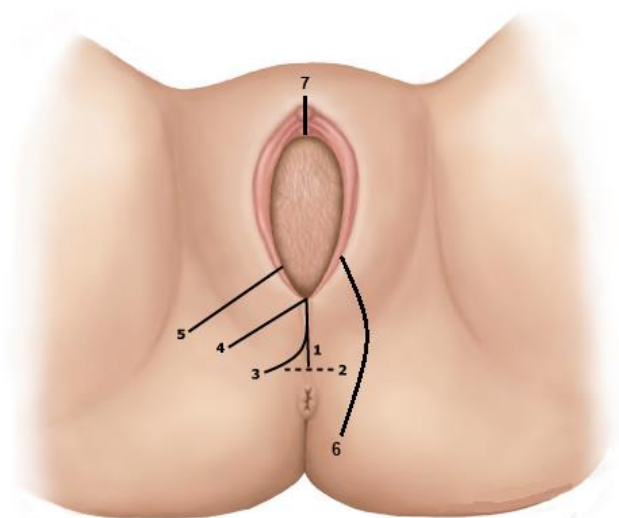
1.5.1 Tipos de episiotomía.

Aunque la mayoría de los textos obstétricos hablan de dos tipos de episiotomía fundamentalmente (mediolateral y media/mediana), en la literatura se recogen hasta siete tipos diferentes en función de la extensión, trayectoria y ángulo de corte (figura 4): ⁽³¹⁾

- **Mediolateral:** incisión de trayectoria diagonal, con ángulo de 45° aproximadamente, que se inicia desde la línea media en la horquilla vulvar y se extiende lateralmente hacia abajo alrededor de 4 cm para evitar el recto. Afecta al músculo puborrectal del elevador del ano. La pérdida hemática es mayor en comparación con la episiotomía media aunque el índice de desgarros de III y IV grado es menor. Es el tipo de episiotomía que predomina en Europa. Existe variación en el ángulo correcto de incisión entre 31° y 63° entre unos profesionales y otros. ^(9,13,31,32). Según *Vladimir Kalis* se define como: “una incisión del perineo durante la última parte de la segunda etapa del parto a partir de la línea media perineal pero dirigido lateralmente en un ángulo de al menos 60° en la dirección de la tuberosidad isquiática”. ⁽³³⁾

- **Media, medial o mediana:** comienza en la horquilla vulvar y se extiende a lo largo de la línea media a través del cuerpo perineal. Al realizarse en la línea media, la tensión sobre el periné se reduce de forma simétrica y el sangrado es escaso. La episiorrafia es sencilla de realizar causando leves molestias en los días posteriores a su realización y el resultado estético y funcional es excelente. Sin embargo, favorece los desgarros, y su extensión puede alcanzar el ano. Este tipo de episiotomía se realiza habitualmente en Estados Unidos y Canadá.^(13,31,32)
- **Media modificada:** resulta de una incisión que comienza en la horquilla vulvar y sigue su trayectoria por la línea media, al igual que la episiotomía media, pero a diferencia de ésta presenta dos cortes transversales en dirección opuesta perpendiculares a la incisión de la línea media justo por encima del ano. Las dos incisiones transversales unidas deben medir alrededor de 2,5 cm. La finalidad es aumentar el diámetro del introito u orificio vaginal en un 83%, en comparación con una incisión media estándar y permitir cierto desplazamiento posterior del ano disminuyendo así el riesgo de lesión.⁽³¹⁾
- **Lateral:** la incisión se inicia en el orificio vaginal, sobre 1 o 2 cm laterales a la línea media y sigue hacia abajo en dirección a la tuberosidad isquiática. Se cortan fibras del músculo bulbocavernoso y la pérdida hemática es importante.^(13,31)
- **Episiotomía lateral radial (incisión Schuchardt):** a veces no se considera una incisión obstétrica. Es un corte de gran extensión que llega al surco vaginal y se curva hacia abajo y lateralmente alrededor del recto. Se suele realizar muy rara vez y se utiliza para facilitar el parto complicado (perímetro cefálico fetal aumentado, parto de nalgas dificultoso o casos de distocia de hombros).
- **Episiotomía en forma de “J”:** se trata de una incisión que se inicia en la línea media y posteriormente se curva hacia un lado para evitar el ano. Cuando la incisión por la línea media se encuentra a 2,5 cm del ano, se utilizan tijeras curvas para desviar la incisión hacia un lado en dirección a la tuberosidad isquiática evitando el ano, lo que adopta una forma de “J”.
- **Episiotomía anterior:** se utiliza generalmente en aquellos partos de mujeres que han tenido una infibulación femenina con anterioridad. El objetivo es abrir los labios menores unidos mediante una cicatriz. Se realiza una incisión en la línea media hasta que sea visible el meato uretral externo, no interviniendo en los residuos de clítoris que pudieran estar presentes.⁽³¹⁾

Figura 4. Tipos de episiotomía.



- 1 = Episiotomía media
- 1+2 = Episiotomía media modificada.
- 3 = Episiotomía en forma de "J"
- 4 = Episiotomía mediolateral.
- 5 = Episiotomía lateral.
- 6 = Episiotomía lateral radial
- 7 = Episiotomía anterior

Fuente: Approach to episiotomy, Robinson JN. (34)

A pesar del énfasis en establecer unos criterios estandarizados obstétricos, especialmente con la episiotomía mediolateral, sigue habiendo importantes variaciones en la literatura actualmente. Gran parte de los libros obstétricos recomiendan un ángulo de 45° aunque otros autores recomiendan un ángulo de incisión mayor, una variación puede llegar a repercutir en el bienestar de la mujer después de que investigaciones recientes hayan establecido que el ángulo de la episiotomía es un determinante importante del riesgo de OASIS (lesiones anales de origen obstétrico).⁽³¹⁾

1.5.2 Consideraciones clínicas:

El momento para realizar una episiotomía y la posición adoptada por la parturienta durante la fase de expulsivo juegan un papel muy importante en el bienestar materno y fetal, e influyen considerablemente en el desarrollo de desgarros perineales graves.

- **Momento de realización de la episiotomía:** la episiotomía es una técnica quirúrgica simple en la que es imprescindible saber cuál es el momento adecuado para realizar la técnica ya que si se realiza en el momento equivocado puede dar lugar a complicaciones. Si se realiza de forma tardía suele provocar elongación, estiramiento y lesión musculo-nerviosa, en cambio, si se realiza precozmente aumenta el riesgo de sangrado. Según varias investigaciones el momento idóneo para realizarla es cuando aparece la cabeza fetal en la vulva con un diámetro de 3-4 cm y el periné esté en su máximo grado de distensión. Dicho momento se produce cuando aparece el periné blanco, por la falta de irrigación que causa la distensión.⁽³⁵⁾

Sin embargo, hay casos en los que el periné es poco elástico y se produce una ruptura anticipada de la mucosa que se manifiesta por la aparición de un hilo de sangre que sale por la horquilla vulvar tras una contracción expulsiva. En ese caso, es necesario practicar una episiotomía rápidamente ante un probable desgarro de tercer o cuarto grado, debido a la ruptura del anillo himeneal.⁽³⁶⁾

- **Posición materna adoptada en la fase de expulsivo:** la postura adoptada durante el expulsivo parece estar relacionada con la episiotomía y con el trauma perineal. De acuerdo con la revisión de Cochrane realizada por Gupta y Hofmeyr, las posiciones de decúbito supino, entre las que se encuentra la posición de litotomía o ginecológica, se asocian a mayores tasas de episiotomía en comparación con la posición lateral. En cambio, las posiciones de decúbito supino favorecen la práctica obstétrica, la pérdida hemática es menor y disminuye el riesgo de desgarros perineales de segundo grado.^(37,38)

Las posiciones menos traumáticas para el periné durante la fase de expulsivo son la posición lateral, que consigue alrededor de un 66% de perinés intactos, y las posiciones verticales con apoyo (taburete o silla de partos), en la que se estima que su incidencia de desgarros graves es siete veces menor que en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, de rodillas o de pie).⁽³⁹⁾

1.6 Disfunción del suelo pélvico. Efectos adversos de la episiotomía.

La episiotomía se consideró como un procedimiento fundamental y frecuente en la atención al parto durante el siglo XX que se le asociaba a numerosos beneficios tales como:⁽⁶⁾

- Disminuir del riesgo de padecer un desgarro de tercer grado.
- Favorecer la relajación muscular del periné, lo que mejora la respuesta sexual y disminuir el riesgo de padecer incontinencia urinaria y fecal.
- Mayor facilidad de sutura que un desgarro.
- Mejor cicatrización que un desgarro.
- Disminuir el riesgo de asfixia fetal, de traumatismo craneal y de hemorragia cerebral por compresión de la cabeza durante el expulsivo.

Sin embargo, a raíz de numerosas investigaciones llevadas a cabo en las últimas dos décadas, los beneficios de la episiotomía de rutina se han empezado a cuestionar debido

a su relación con numerosas complicaciones y efectos adversos. Entre sus efectos adversos destacan:

- Resultados anatómicos insatisfactorios (asimetría vulvar o reducción del orificio vaginal). ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾
- Prolapso vaginal. ⁽⁴²⁾
- Fístulas recto-vaginales. ^(41,42)
- Infección perineal asociada a la sutura. ^(40,41)
- Pérdida hemática importante, especialmente si se realiza una episiotomía mediolateral. ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾
- Desgarros perineales de 3º y 4º por una extensión de la episiotomía hasta el esfínter anal externo e interno y/o la mucosa rectal (OASIS). ⁽⁴⁰⁾
- Pérdida de fuerza de los músculos del suelo pélvico. ⁽⁴²⁾
- Repercusión en el bienestar biopsicosocial de la mujer a corto y a largo plazo. ^(40,42)
- Puede dificultar la lactancia materna. ^(43,44)
- Puede favorecer problemas como la dispareunia, el dolor perineal posparto o la incontinencia fecal y urinaria, siendo un importante foco de investigación en esta última década. ⁽⁴¹⁻⁴³⁾

1.6.1 Dolor perineal posparto.

El dolor perineal es un problema frecuente para muchas mujeres durante el posparto. Tiene un importante impacto en el bienestar y en la calidad de vida de la mujer, e interfiere tanto en el propio autocuidado como en el del recién nacido. Varios estudios indican que este dolor en el periné aparece horas después del parto y puede llegar a permanecer durante meses e incluso años⁽⁴⁵⁾. El dolor en el periné relacionado con el uso de la episiotomía podría agravarse debido a tres tipos de complicaciones: ⁽⁴⁶⁾

- Hematoma secundario a un defecto hemostático del plano profundo.
- Inflamación en la sutura con edema a nivel de la cicatriz.
- Apertura parcial o total de la cicatriz con infección.

En cualquiera de los tres mecanismos anteriores, el dolor debilita a las mujeres pudiendo ocasionar sentimientos de inquietud, ansiedad e incompetencia como madre, problemas que frecuentemente son subestimadas durante el puerperio y no reciben la atención ni los cuidados necesarios. ⁽⁴⁵⁾

1.6.2 Dispareunia.

Cuando nos referimos al término dispareunia, etimológicamente significa «coito doloroso, difícil o malo». La dispareunia se trata de un dolor persistente o recurrente en el introito vaginal, el interior de la vagina o en la región pélvica (plano profundo) ya sea al inicio, durante o después de la relación coital ⁽⁴⁷⁾. Puede ser de dos tipos: *dispareunia primaria*, cuando el dolor se produce durante la actividad sexual y no está asociado a ningún proceso o situación puntual, y *dispareunia secundaria o adquirida*, cuando aparece dolor coital después de un periodo de relaciones sexuales sin dolor, por ejemplo, a consecuencia del parto, de una enfermedad o de algún procedimiento.⁽⁴⁸⁾

La dispareunia a su vez también se puede clasificar en superficial o profunda dependiendo de la zona genital que en la que se produzca. La *dispareunia superficial* se da cuando el dolor aparece al inicio de la penetración en la zona más externa de la vagina, mientras que en la *profunda*, el dolor se experimenta en la pelvis cuando el pene se introduce hasta zonas más profundas de la vagina.⁽⁴⁹⁾

Es difícil estimar la verdadera prevalencia de dispareunia después del parto (asociada o no a la episiotomía) ya que muchas mujeres que presentan el problema no buscan atención sanitaria⁽⁴⁸⁾. No obstante, varios estudios estiman que el 62-88% de las mujeres reanudan las relaciones sexuales entre las 8-12 semanas después del parto, el 17-23% de las mujeres experimentan dispareunia superficial a los tres meses después del parto y el 10-14% de las mujeres aún continúan experimentándolo dolor a los 12 meses posparto.^(48,50,51)

El dolor coital es el trastorno físico de disfunción sexual más frecuente durante el puerperio. Varios estudios han demostrado que la presencia de dispareunia tiene relación con daños en la musculatura perineal. Por tanto, una intervención quirúrgica que conlleva traumatismo perineal con afectación de músculos y otras estructuras del periné, como es el caso de la episiotomía, podría predisponer la aparición de esta disfunción sexual.⁽⁵²⁾

1.6.3 Incontinencia fecal y urinaria.

La incontinencia urinaria y fecal son disfunciones del suelo pélvico que presentan una alta incidencia en la población femenina. Alrededor de un tercio de las mujeres presentan incontinencia urinaria y una de cada diez, desarrolla incontinencia fecal después del parto vaginal, lo que supone que el parto sea una de las principales causas para su desarrollo.
(53,54)

Podría existir una fuerte asociación entre incontinencia urinaria de esfuerzo y paridad, duración del periodo expulsivo, peso del recién nacido, perímetro cefálico fetal y el uso de la episiotomía, a pesar de que se necesite mayor investigación al respecto que avale su evidencia.⁽⁵⁵⁾

Por otro lado, la aparición de incontinencia anal posparto tiene su origen en el traumatismo obstétrico cuando hay lesión del esfínter anal, como en los desgarros de III y IV grado, que son la principal causa para su desarrollo. En cuanto a la episiotomía, existe heterogeneidad en considerarla como un factor agravante o un factor protector para su desarrollo.⁽⁵⁶⁾

2. JUSTIFICACIÓN

La atención al embarazo, parto y puerperio representa una parte muy importante en la actividad hospitalaria, con prácticamente un millón y medio de estancias hospitalarias en España (4,7% del total de estancias). Según el INE en el año 2014 se produjeron 419.209 partos en España de los cuales la mayoría de ellos se produjeron por parto vaginal (309.035 partos vaginales, el 73,71% de los partos totales)^(57,58). Por tanto, el parto vaginal supone un aspecto importante en la desarrollo de desgarros, episiotomías y demás problemas, que repercuten en la salud de las mujeres.

Por otro lado, la episiotomía aún sigue siendo una de las técnicas más realizadas en el campo de la obstetricia y la enfermería sexual-reproductiva, con una alta tasa de uso (43% en España el año 2010, por encima de la media europea y de las últimas recomendaciones de la OMS que informan de la necesidad de situarse entre el 10 y el 20%), a pesar del descenso en estos últimos años, a consecuencia del establecimiento de una política de uso más restrictiva aunque aún insuficiente.⁽⁴⁾

Además, la episiotomía supone un elevado coste sanitario. Se estima que cada episiotomía cuesta alrededor de 17,70 euros si solamente se cuenta el material necesario. De acuerdo al estudio realizado por *Agency for Health Care Policy Research*, la episiotomía supone un gasto de 351 millones de dólares cada año en EEUU. Por ello, una reducción de las tasas de episiotomía de acuerdo con las recomendaciones de la OMS supondría un ahorro bastante importante a nivel mundial y en el territorio español.^(59,60)

En los últimos años, la episiotomía se ha relacionado con disfunciones del suelo pélvico tales como el dolor perineal posparto, la incontinencia tanto fecal como urinaria o

trastornos sexuales. Dichos problemas pueden ocasionar malestar general, frustración, inseguridad o incluso depresión, repercutiendo gravemente a las actividades básicas de la vida diaria, en llevar una vida sexual satisfactoria y en definitiva, afectando al bienestar biopsicosocial de la mujer.

Debido a estos argumentos se justifica la realización de esta revisión bibliográfica que pretende analizar los problemas más frecuentes asociados a la episiotomía que repercuten en la salud y en el bienestar de la mujer durante el periodo puerperal.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal: conocer, de acuerdo a la evidencia científica contrastada, los efectos de la episiotomía sobre la función pélvica y su repercusión en la salud de la mujer.

Objetivos específicos:

- Conocer si existe relación entre el uso de la episiotomía y el desarrollo de dolor perineal posparto.
- Investigar la relación entre la episiotomía y la dispareunia durante el puerperio.
- Determinar la relación entre el uso de la episiotomía y el desarrollo de incontinencia fecal y/o urinaria después del parto.
- Establecer qué modalidad de episiotomía presenta mejores resultados en la protección de la función pélvica.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio.

Este estudio consiste en una revisión bibliográfica que trata de determinar la relación de la episiotomía con los problemas del suelo pélvico para así responder a los objetivos anteriormente planteados. La recopilación de datos ha sido llevada a cabo entre Diciembre de 2015 y Mayo de 2016, en diferentes bases de datos utilizando los siguientes tesauros y palabras clave:

- En bases de datos internacionales (PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS, SciELO y Google académico): Episiotomy, mediolateral, midline, media, Delivery of Health Care, Delivery, Obstetric, dyspareunia, Pelvic Floor Disorders, sexual dysfunction,

coital pain, Fecal Incontinence, anal incontinence, Urinary Incontinence, sphincter, injur*, anal, Pelvic Pain, perineal laceration, perineal trauma y perineal pain.

- En bases de datos nacionales (Cuiden Plus, Cochrane): episiotomía, episiotomy, dyspareunia, dispareunia, “disfunción sexual”, incontinenc*, dolor, pain, fecal, anal, urinar* y delivery.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Estudios en los que se les haya practicado la episiotomía en mujeres, independientemente de la paridad.
- Estudios que valoren el impacto de la episiotomía sobre la morbilidad materna y tengan un tamaño de muestra mayor o igual a 50 participantes.
- Estudios en los que se compare a mujeres con periné intacto en relación con mujeres a las que se realiza la episiotomía o en aquellos en los que se compara la episiotomía de rutina con la restrictiva. También aquellos que evalúan los resultados de diferentes tipos episiotomía o ángulos de incisión.
- Estudios publicados desde el año 2005 (intervalo de tiempo 2005-2016), exceptuando a aquellos que por su relevancia deban ser incluidos en esta revisión bibliográfica.
- Idioma: español, inglés, francés y portugués.
- Artículos a texto completo de acceso gratuito.

Criterios de exclusión:

- Estudios realizados en animales.
- Estudios cuyo título o resumen no contengan información pertinente al tema en cuestión.
- Estudios publicados fuera del intervalo de tiempo marcado o sean de pago.
- Idioma diferente al español, inglés, portugués o francés.
- Estudios con una muestra menor a 50 participantes.

4.3 Limitaciones.

A causa del gran número de artículos encontrados sobre la episiotomía en las diferentes bases de datos, se ha procedido a revisar solo aquellos cuyo título y/o resumen contengan información pertinente al tema en cuestión. Para la realización de esta revisión solo se

han tenido en cuenta artículos a texto completo de carácter gratuito debido a la falta de recursos económicos de manera que se ha limitado el número de artículos que se ajustan a esta investigación.

Por otro lado, aunque a través de los criterios de inclusión se ha tratado de establecer unos criterios mínimos de calidad, no se ha aplicado ningún instrumento que determine la calidad de los estudios. Por tanto, se ha confiado en la aptitud de cada uno de ellos como consecuencia de haber sido aprobados por un Comité de Calidad antes de su publicación.

4.4 Manifiesto de conflicto de intereses.

Yo Javier Martínez Guirado, estudiante de 4º curso de Grado de Enfermería, declaro no pertenecer a ninguna asociación ni tener algún tipo de interés económico o personal en la realización de este trabajo de investigación, únicamente el objetivo es incrementar el conocimiento científico sobre este tema.

4.5 Estrategia de búsqueda.

Se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda utilizando tesauros y etiquetas específicas de cada base de datos, tratando de conseguir un equilibrio entre sensibilidad (búsqueda amplia) y especificidad para poder obtener los resultados (Tabla I–Tabla VIII):

Tabla I. Estrategia de búsqueda de la base de datos **PubMed**.

PUBMED						
Cadena de búsqueda: (episiotomy[mh] OR episiotomy[tiab] OR mediolateral[tiab] OR midline[tiab] OR media[tiab]) and (Delivery of Health Care[mh] OR Delivery of Health Care[tiab] OR Delivery, Obstetric[mh] OR Delivery, Obstetric[tiab]) and (dyspareunia*[tiab] OR sexual dysfunction OR coital pain OR perineal laceration[tiab] OR Fecal Incontinence[mh] OR Fecal Incontinence[tiab] OR Urinary Incontinence[mh] OR Urinary Incontinence[tiab] OR sphincter[tiab] OR injur*[tiab] OR anal[tiab] OR Pelvic Pain[mh] OR Pelvic Pain[tiab] OR perineal pain[tiab] OR Pelvic Floor Disorders[mh] OR Pelvic Floor Disorders[tiab])						
Artículos encontrados	Filtros	Criterios de exclusión	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
880	A texto completo gratuito: 166 + Desde 2005: 128	Por título y resumen: 76	52	10	- Meta-análisis: 2 - ECA: 2 - Cuasialeatorio comparativo: 1 - Revisión sistemática: 1 - Coh. Prospectivo: 2 - Coh. Retrospectivo: 1 - Casos y controles: 1	Inglés: 9 Francés: 1
Mh (tesauro del Mesh): permite una búsqueda amplia mediante términos relacionados. / Tiab: limita la búsqueda al título y/o al resumen.						

Fuente: Elaboración propia.

Tabla II. Estrategia de búsqueda de la base de datos Cinahl.

CINAHL						
Cadena de búsqueda: ((AB episiotomy) or (AB mediolateral) or (AB midline) or (AB media)) and ((AB dyspareunia*) or (AB sexual dysfunction*) or (coital pain) or (MH Fecal Incontinence) or (AB Fecal Incontinence) or (MH Urinary Incontinence) or (AB Urinary Incontinence) or (AB sphincter) or (AB injur*) or (MH Pelvic Pain) or (AB Pelvic Pain) or (AB perineal pain) or (AB perineal trauma) or (MH Pelvic Floor Disorders) or (AB Pelvic Floor Disorders))						
Artículos encontrados	Filtros	Criterios de exclusión	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
929	<i>A texto completo:</i> 157 + Desde 2005: 130	Por título y resumen: 62 No acceso gratuito: 21 Total: 83	47	4 (+1 artículo duplicado ya seleccionado)	- Descriptivo: 3 - Cohortes prospectivo: 1	Inglés: 4
MH (tesauro de Cinahl Headings): permite una búsqueda amplia mediante términos relacionados. / AB: limita la búsqueda al resumen.						

Fuente: Elaboración propia

Tabla III. Búsqueda en la base de datos Scopus.

SCOPUS						
Cadena de búsqueda: (TITLE(episiotom*)) AND (INDEXTERMS(Delivery of Health Care) OR INDEXTERMS(Delivery, Obstetric)) AND (ABS(dyspareunia) OR INDEXTERMS(Fecal Incontinence) OR (sexual disorder*) OR ABS(Fecal Incontinence) OR INDEXTERMS(Urinary Incontinence) OR ABS(Urinary Incontinence) OR ABS(sphincter) OR ABS(anal) OR ABS(injur*) OR INDEXTERMS(Pelvic Pain) OR ABS(Pelvic Pain) OR ABS(perineal pain))						
Artículos encontrados	Filtro	Criterios de exclusión	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
69	<i>Desde 2005:</i> 57	Por título y resumen: 23 No acceso gratuito: 15 Total: 38	19	4 (+3 artículos duplicados ya seleccionados)	- ECA: 1 - Coh. Retrospectivo: 1 - Estudio de registro poblacional retrospectivo: 1 - Casos y controles: 1	Inglés: 4
INDEXTERMS (tesauro del Mesh en Scopus): permite una búsqueda amplia mediante términos relacionados / TITLE: limita la búsqueda al título / ABS: limita la búsqueda al resumen.						

Fuente: Elaboración propia.

Tabla IV. Estrategia de búsqueda de la base de datos Lilacs.

LILACS*							
Cadena de búsqueda	Art. Encontrados	Filtro	Criterios de exclusión	Revisados	Seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
Episiotomía and dispareunia	6	<i>A texto completo:</i> 3	<i>Por título y resumen:</i> 0	3	2	- Coh. prospectivo: 1 - Casos y controles: 1	Portugués: 1 Español: 1
Episiotomía and disfunción sexual	1	<i>A texto completo:</i> 1	<i>Por título y resumen:</i> 1	0	0 (+ 1 artículo duplicado ya seleccionado)	-	-

Episiotomía and Dolor	15	A texto completo: 15	Por título y resumen: 12	3	0 (+2 artículos duplicados ya seleccionados)	-	-
Episiotom* and incontinen*	13	A texto completo: 13	Por título y resumen: 11	2	0	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla V. Estrategia de búsqueda de la base de datos SciELO.

SciELO*						
Cadena de búsqueda	Art. Encontrados	Criterios de Exclusión	Revisados	Seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
(Episiotomy OR episiotomía) AND (dyspareunia OR dispareunia OR sexual dysfunction OR disfunción sexual).	2	Por título y resumen: 1	1	0	-	-
(Episiotomy OR episiotomía) AND (pain OR dolor)	17	Por título y resumen: 9	8	3 (+ 1 artículo duplicado ya seleccionado)	Descriptivo transversal: 3	Inglés: 2 Portugués: 1
(Episiotomy OR episiotomía) AND (incontinence OR incontinen\$ OR urin\$ OR fecal)	11	Por título y resumen: 8	3	0	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VI. Estrategia de búsqueda en la base de datos Google Académico.

GOOGLE ACADÉMICO*							
Cadena de búsqueda	Art. Encontrados	Filtros	Criterios de exclusión	Revisados	Artículos seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
Episiotomy AND (dyspareunia OR "sexual dysfunction" OR sexual OR delivery)	22600	En el título: 95 + Desde 2005: 57	Por título y resumen: 33 No acceso gratuito: 9 Total: 42	15	2 (+ 1 artículo duplicado ya seleccionado)	Ensayo controlado aleatorio: 1 Cohortes Prospectivo:1	Inglés: 2
Episiotomy AND pain	16200	En el título: 124 + Desde 2005: 60	Por título y resumen: 29 No acceso gratuito: 8 Total: 37	23	0 (+ 3 artículos duplicados ya seleccionados)	-	-
Episiotomy AND (incontinence OR urinary OR fecal OR anal)	11500	En el título: 57 + Desde 2005: 34	Por título y resumen: 18 No acceso gratuito: 4 Total: 22	12	0 (+ 3 artículos duplicados ya seleccionados)	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VII. Estrategia de búsqueda de la base de datos Cuiden Plus.

CUIDEN PLUS*						
Cadena de búsqueda	Encontrados	Criterios de exclusión	Revisados	Art. Seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
Episiotomía AND (dispareunia OR "disfunción sexual" OR sexual)	21	Por título y resumen: 12	9	2 (+ 2 artículos duplicados ya seleccionados)	- Revisión sistemática: 1 - Prospectivo experimental: 1	Español: 2
Episiotomía AND dolor	43	Por título y resumen: 28 No a texto completo: 2 Total: 30	13	0 (+ 2 artículos duplicados ya seleccionados)	-	-
Episiotomía AND (incontinencia OR urinaria OR fecal OR anal)	93	Por título y resumen: 65 No a texto completo: 9 Total: 74	19	0 (+ 4 artículos duplicados ya seleccionados)	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VIII. Estrategia de búsqueda de la base de datos Cochrane Plus.

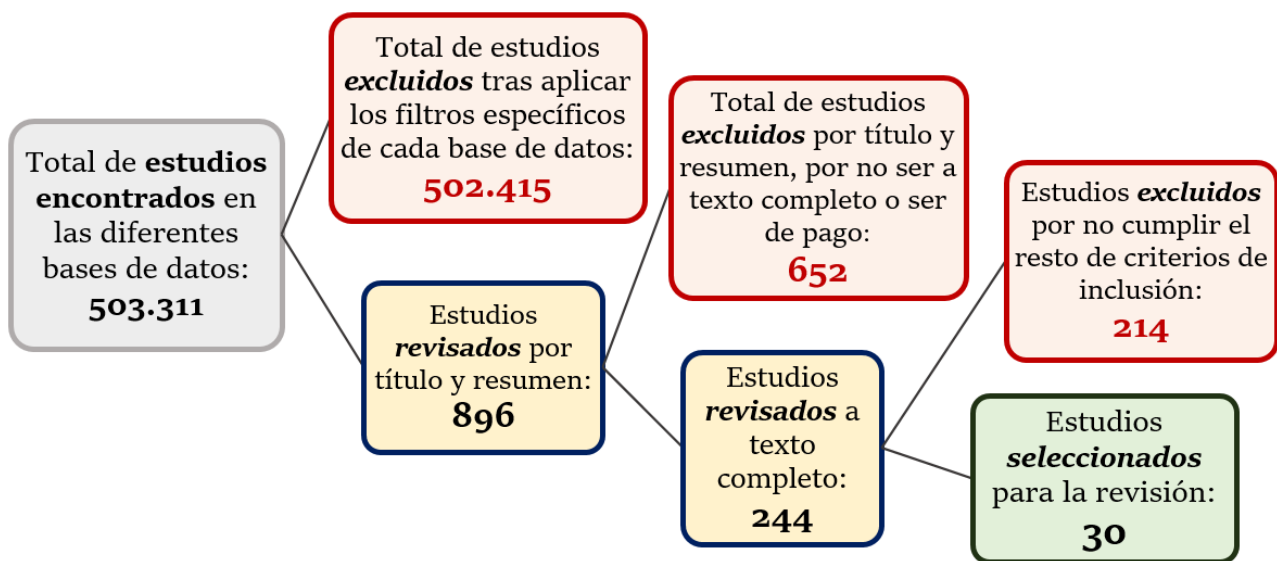
COCHRANE PLUS*						
Cadena de búsqueda	Encontrados	Criterios de exclusión	Revisados	Seleccionados	Tipo de estudio	Idioma
Episiotomía AND (dispareunia OR "disfunción sexual" OR sexual)	5	Por título y resumen: 2 No a texto completo: 2 Total: 4	1	0 (+ 1 artículo duplicado ya seleccionado)	-	-
Episiotomy AND (dyspareunia OR "sexual dysfunction" OR sexual)	32	Por título y resumen: 15 No a texto completo: 9 Total: 24	8	1 (+ 2 artículos duplicados ya seleccionados)	- Estudio piloto: 1	Inglés: 1
(Episiotomía OR episiotomy) AND (incontinenc* OR urinar* OR fecal OR anal))	49	Por título y resumen: 17 No a texto completo: 10 Total: 27	22	2 (+ 4 artículos anteriormente seleccionados)	- ECA: 1 - Estudio prospectivo aleatorizado: 1	Inglés: 2
(Episiotomía OR episiotomy) AND (dolor OR pain) AND (delivery OR postpartum)	125	Por título y resumen: 91 No a texto completo: 16 Total: 107	18	0 (+ 2 artículos anteriormente seleccionados)	-	-

Fuente: Elaboración propia.

* En las bases de datos Lilacs, SciELO, Google académico, Cochrane Plus y Cuiden Plus se ha reducido el número de condiciones de las cadenas de búsqueda debido a que, con las condiciones utilizadas en las anteriores bases de datos, no se obtuvo ningún resultado.

4.5.1 Descripción general de la búsqueda:

Figura 5. Descripción general de la búsqueda.



Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

Como resultado de esta revisión bibliográfica se han obtenido un total de 30 estudios: cinco ensayos controlados aleatorios, dos meta-análisis, dos revisiones sistemáticas, un estudio cuasialeatorio comparativo, seis estudios de cohortes prospectivo, dos estudios de cohortes retrospectivo, tres estudios de casos y controles, seis estudios descriptivos transversales, un estudio de registro poblacional retrospectivo, un estudio prospectivo experimental y un estudio piloto prospectivo.

El idioma predominante de los artículos seleccionados es el inglés, presente en 24 estudios (9 de PubMed, 4 de CINAHL, 4 de Scopus, 2 en SciELO, 2 de Google Académico y 3 de Cochrane Plus); también se han seleccionado 3 estudios en español (1 de Lilacs y 2 de Cuiden Plus), 2 en portugués (1 de Lilacs y 1 de SciELO) y 1 en francés (de PubMed).

Cada uno de los estudios ha sido representado mediante una tabla en la que se muestra de forma detallada el autor/es, el año de publicación, la base de datos utilizada, el tipo de estudio, los criterios de inclusión y de exclusión, el tamaño de muestra, el objetivo, el diseño, los resultados y las conclusiones, con el objetivo de estructurar los datos. Las tablas que se presentan a continuación están ordenadas en función de la base de datos donde se hayan encontrado los estudios, de acuerdo al mismo orden seguido en la metodología.

1.- Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women - A comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury / La incontinencia anal y urinaria y los problemas sexuales en mujeres primíparas - Comparación entre mujeres que presentan una episiotomía y mujeres que presentan una episiotomía más una lesión obstétrica del esfínter anal. ⁽⁶¹⁾	
Autor/es: M Stedenfeldt, J Pirhonen, E Blix ,T Wilsgaard, B Vonen y P Øian Año: 2014, Noruega	Objetivo: Evaluar si las características de la episiotomía están asociadas a OASIS y la presencia de incontinencia anal (IA), incontinencia urinaria (IU) y problemas sexuales. Resultados: - La incontinencia anal fue significativamente más frecuente en las mujeres con OASIS en comparación con mujeres sin OASIS, catorce (38%) frente a tres (8%), $p = 0,05$ (OR 4,66; IC del 95% 1,34 a 16,33). - En mujeres con OASIS, ocho (22%) informaron de leve IA y seis (16%) de moderada/grave. En el grupo sin OASIS, 2 mujeres informaron de leve IA y una de moderada/grave. - Las mujeres con OASIS informaron de menor deseo sexual en comparación con las mujeres sin OASIS ($p = 0,02$). Conclusiones: Los daños obstétricos del esfínter anal asociados al uso de la episiotomía son el principal factor de riesgo para la incontinencia anal y los problemas sexuales en mujeres primíparas.
Base de datos: PUBMED	
Tipo de estudio: Casos y controles	
Criterios de inclusión: - Mujeres primíparas sometidas a una episiotomía Muestra: 74 participantes	

2.- Morbidity from episiotomy / Morbilidad de la episiotomía. ⁽⁶²⁾	
Autor/es: A Islam, A Hanif, A Ehsan, S Arif, SK Niazi, AK Niazi. Año: 2013	Objetivo: evaluar la morbilidad de la episiotomía: el daño perineal por desgarro, la evaluación subjetiva del dolor en el perineo, la dispareunia, la sensación de presión perineal, la incontinencia y la evaluación objetiva del prolapso durante el puerperio (se evaluó durante la primera semana posparto). Resultados: - El 69% de las mujeres que recibieron episiotomía informaron de dolor perineal y dispareunia en comparación con el 12% de las mujeres que no recibieron episiotomía. - La incontinencia urinaria o fecal estuvo presente en el 26% de las mujeres del grupo de episiotomía, frente al 24% del grupo que no la recibió. No hubo diferencia significativa entre mujeres que recibieron una episiotomía y aquellas que no la recibieron en cuanto a desgarros, sensación de presión perineal y prolapso en la primera semana después del parto. Conclusiones: No se observan ventajas en las mujeres que reciben una episiotomía en comparación con las mujeres que dieron a luz sin necesitar uso de ella. Sin embargo, la morbilidad en el Grupo I (grupo episiotomía), en forma de dolor y dispareunia fue significativamente mayor.
Base de datos: PUBMED	
Tipo de estudio: ECA	
Criterios de inclusión: - Primíparas de feto único a término con presentación de vértice (occipucio). - Parto espontáneo. Criterios de exclusión: - Partos complicados, sufrimiento fetal, uso de fórceps, feto con peso mayor a 4,5kg. Muestra: 200 mujeres (grupo 1: 100 mujeres que recibieron episiotomía mediolateral; grupo 2: 100 mujeres que no la recibieron)	

3.- Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy / Morbilidad experimentada por las mujeres antes y después del parto vaginal instrumental: estudio de cohorte prospectivo anidado dentro de un ensayo controlado aleatorio entre el uso restrictivo versus rutinario de la episiotomía. ⁽⁶³⁾	
Autor/es: M Macleod, K Goyder, L Howarth, R Bahl, B Strachan, DJ Murphy Año: 2013	Objetivo: estudiar la morbilidad prenatal y postnatal que experimentan las mujeres con parto vaginal instrumentado asociado a la episiotomía (restrictiva o rutinaria). Diseño: las mujeres fueron asignadas al azar en el grupo de episiotomía restrictiva o en el grupo de episiotomía rutinaria. Los datos de referencia sobre la morbilidad materna se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado en el tercer trimestre del embarazo y se valoró la morbilidad materna antes del alta hospitalaria (exploración visual y entrevista), a las 6 semanas y al año después del parto (ambos periodos a través de un cuestionario postal).
Base de datos: PUBMED	Resultados: en el grupo de episiotomía restrictiva se realizó la técnica en el 46% de los casos y en el grupo de rutina se realizó la episiotomía en el 80%: - El uso restrictivo de la episiotomía se asoció con una mayor incidencia de dolor perineal en el período inmediatamente posterior al parto (98,9% uso restrictivo frente al 87,8% del uso rutinario, RR 1,10; IC del 95% 1.1 a 1.21). - El uso restrictivo se asoció a un mayor índice de incontinencia urinaria de esfuerzo/estrés a las 6 semanas después del parto (42,2% en el grupo de uso restrictivo frente a 27,2% del rutinario, RR 1,55, IC del 95% 1,00 a 2,40), sin embargo estos problemas de incontinencia se habían resuelto antes del año posparto.
Tipo de estudio: estudio de cohortes prospectivo longitudinal en mujeres que participaron en un ECA en 2008	
Criterios de inclusión: - Parto vaginal instrumentado. - Feto único	
Muestra: 200 participantes	Conclusiones: el enfoque restrictivo de la episiotomía en el parto vaginal instrumentado puede aumentar la tasa de incontinencia urinaria de esfuerzo y de dolor perineal en el periodo inmediatamente posterior al parto.

4.- Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study / Impacto de la episiotomía en la disfunción del suelo pélvico y su influencia en el bienestar de la mujer después del sexto mes posparto: estudio retrospectivo. ⁽⁶⁴⁾	
Autor/es: S Bertozzi, AP Londero, A Fruscalzo, L Driul, C Delneri. Año: 2011	Objetivo: determinar el papel que desempeña la episiotomía en los trastornos del suelo pélvico y en el bienestar físico y mental de las mujeres después del sexto mes posparto. Diseño: Para medir los resultados se realizó una entrevista a cada púérpera al superar los 6 meses posparto.
Base de datos: PUBMED	Resultados: La media de edad al momento del parto fue 35,26 ($\pm$ 4,68) años y la episiotomía se realizó en el 59,2% de las mujeres (mediolateral en todos los casos, ángulo de 45°). El 6,6% de las mujeres tuvo un perineo intacto. El 20,4% de los casos presentaron desgarro de primer grado, el 15,9% de segundo grado y el 1,3% de tercer grado. En los 12, 79 ($\pm$ 3,3) meses posparto se informó que: - En el grupo de mujeres con episiotomía la prevalencia de dispareunia fue menor que en el grupo sin episiotomía (19% frente a 14%), no se considera que haya diferencias significativas ($p < 0,2$) - La episiotomía provoca una reducción de los síntomas del tracto urinario inferior en las siguientes dimensiones de salud: síntomas urinarios de gravedad; limitaciones físicas, sociales y de rol; y afecta a las relaciones personales ($p < 0,05$).
Tipo de estudio: cohortes retrospectivo	
Criterios de exclusión: - paridad ≥ 2 , prematuridad, los embarazos múltiples, la falta de confirmación de ecográfica antes de 20ª semana gestacional, las mujeres de raza no caucásica y cesárea.	
Muestra: 377 mujeres (primíparas y secundíparas) que dieron a luz en 2006.	Conclusiones: las mujeres que recibieron episiotomías en los 12,79($\pm$ 3,3) meses de seguimiento posparto tienen una mejor calidad de vida y por tanto la episiotomía puede considerarse como factor protector.

5.- <i>Episiotomy for vaginal Birth</i> / Episiotomía en el parto vaginal. ⁽⁶⁾	
Autor/es: G Carroli, L Mignini Año: 2009	Objetivo: evaluar los beneficios, riesgos y costes del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria en el parto vaginal. Evaluar los resultados del tipo de episiotomía (media y mediolateral).
Base de datos: PUBMED	Resultados:
Tipo de estudio: meta-análisis	En el grupo de episiotomía de rutina, 75,15% (2035/2708) de las mujeres recibieron una episiotomía, mientras que la tasa en el grupo de episiotomía restrictiva fue 28,40% (776/2733).
Criterios de inclusión: Ensayos aleatorios que comparan: - El uso restrictivo de la episiotomía con el uso rutinario; - El uso restrictivo de la episiotomía mediolateral (EML) versus la EML rutinaria. - El uso restrictivo de la episiotomía mediana (EM) versus la EM rutinaria. - El uso de la EM versus la EML	El uso restrictivo de la episiotomía muestra un menor riesgo de sufrir un traumatismo perineal grave (riesgo relativo (RR) 0,67, 95% (IC) 0,49 a 0,91), menor traumatismo perineal posterior, es decir, cualquier lesión de la pared vaginal posterior, músculos perineales o del esfínter anal (RR 0,88, 95%: 0,84 a 0,92), menor necesidad de suturar (RR 0,71; IC del 95%: 0,61 a 0,81), y menos complicaciones en la cicatrización en siete días (RR 0,69; IC del 95%: 0,56 a 0,85). No se muestra diferencia en la incidencia de dolor perineal, dispareunia (RR = 1,02; IC del 95%, 0,90-1,16) e incontinencia urinaria (RR = 0,98; IC del 95%, 0,79-1,20) entre el uso restrictivo y el rutinario. La única diferencia se muestra en que el uso restrictivo de la episiotomía presenta mayor riesgo de traumatismo perineal anterior (afectación de labios, vagina anterior, uretra y/o clítoris) (RR 1,84; IC del 95% 1.61 a la 2.10). La comparación entre el uso restrictivo de la EML y la EM de rutina y viceversa, muestra resultados similares en la comparación global y los ensayos aleatorios existentes no son de buena calidad.
Muestra: 8 ensayos aleatorios (4768 mujeres).	Conclusiones: la episiotomía restrictiva se asocia a un menor trauma perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones. No se han encontrado diferencias en cuanto al dolor, dispareunia, incontinencia entre una política y otra. Sin embargo, con episiotomía restrictiva se incrementa el riesgo de traumatismo perineal anterior.

6.- <i>A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery</i> / Ensayo controlado aleatorio sobre el uso rutinario versus restrictivo de la episiotomía en el parto vaginal instrumental. ⁽⁶⁵⁾	
Autor/es: DJ Murphy, M Macleod, R Bahl, K Goyder, L Howarth y B Strachan. Año: 2008	Objetivo: comparar los resultados maternos y neonatales en el parto vaginal instrumental con el uso de la episiotomía. Se evaluaron los desgarros del esfínter anal, hemorragia posparto, incontinencia urinaria e infección perineal. Diseño: las mujeres fueron elegidas al azar para formar parte del grupo de episiotomía restrictiva o de rutinaria.
Base de datos: PUBMED	Resultados:
Tipo de estudio: ECA	El uso rutinario de la episiotomía no se asoció, con una diferencia estadísticamente significativa, con los desgarros del esfínter anal, aunque la incidencia fue ligeramente menor que en el grupo restrictivo (8 de 99 [8,1%] frente a 11 de 101 [10,9%], OR 0.72, 95% CI 0,28 a 1,87) en el momento del parto.
Criterios de inclusión: mujeres nulíparas que dieron a luz con ≥ 37 semanas de gestación y que no presentaran ninguna contraindicación para el parto vaginal. Criterios de exclusión: mujeres <16 años, incapacidad para entender el idioma inglés.	El uso rutinario de la episiotomía se asoció con una incidencia ligeramente superior de hemorragia posparto que con el grupo de uso restrictivo (OR 1,57; IC del 95%: 0,86 a 2,86). La incontinencia urinaria, incontinencia fecal, infección perineal y la estancia hospitalaria fueron similares entre los dos grupos a los 10 días posparto.
Muestra: 200 participantes: grupo episiotomía restrictiva (n: 101); grupo episiotomía rutinaria (n: 99)	Conclusiones: no hay pruebas concluyentes de que una política de episiotomía de rutina sea mejor o peor que una política restrictiva. El uso restrictivo se asocia a menor riesgo de lesión del esfínter anal aunque con poca diferencia con respecto a la política rutinaria.

7.- Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy / Disfunción del suelo pélvico 4 años después del primer parto: un estudio comparativo de la episiotomía restrictiva en comparación con la sistemática. ⁽⁶⁶⁾	
Autor/es: X Fritel, JP Schaal, A Fauconnier, V Bertrand, C Levet, A Pigné Año: 2008	Objetivo: comparar los trastornos del suelo pélvico de dos políticas diferentes de episiotomía (de rutina o sistemática) a los 4 años del primer parto. Diseño: para medir los resultados se utilizó un cuestionario enviado por correo a las parturientas a los 4 años del primer parto. Las principales medidas de resultado fueron incontinencia urinaria, incontinencia anal, dolor perineal y dispareunia.
Base de datos: PUBMED	Resultados: De las 774 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión, se obtuvo respuesta de 627 de ellas (81%): 320 mujeres con política restrictiva de episiotomía y 307 con política de rutina. En el grupo de política restrictiva se practicó una episiotomía mediolateral en el 49% de las mujeres y en el grupo de rutina el 88%. No hubo diferencia en la prevalencia de la incontinencia urinaria (26% frente a 32%; p=0,07), dolor perineal (6 frente a 8%), o dolor durante las relaciones sexuales (18 frente a 21%) entre los dos grupos. Sin embargo la prevalencia de la incontinencia fecal fue del 10% en el grupo restrictivo y 17% en el grupo de rutina (p=0,01).
Tipo de estudio: estudio cuasialeatorio comparativo	
Criterios de inclusión: - Nulíparas con parto de 37-41 semanas de gestación. - Feto único con presentación cefálica durante el expulsivo.	
Muestra: 627 participantes	Conclusiones: una política de episiotomía de rutina no protege contra la incontinencia urinaria o fecal 4 años después del primer parto. Concretamente la episiotomía de rutina casi duplica el riesgo de sufrir incontinencia fecal. Por otra parte, la episiotomía no se relaciona con un mayor riesgo el dolor perineal o dispareunia a los 4 años del primer parto.

8.- L'épisiotomie - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie / La episiotomía - Complicaciones inmediatas y a largo plazo. ⁽⁴⁶⁾	
Autor/es: B Langer, A Minetti. Año: 2006, Francia.	Objetivo: describir las complicaciones inmediatas y a largo plazo de la episiotomía: hemorragia, dolor perineal, dispareunia u otras complicaciones.
Base de datos: PUBMED	Resultados: Las mujeres que reciben una episiotomía refieren mayor dolor perineal que las mujeres con periné intacto o con desgarros de segundo y tercer grado durante el periodo inmediato al parto. Sin embargo, 3 meses después del parto no se aprecia diferencia. La episiotomía se asocia a una mayor dispareunia en las primeras semanas posparto en comparación con los desgarros espontáneos. Solamente dos artículos refieren que las mujeres con episiotomía presentan mayor dispareunia a los tres meses posparto en comparación con mujeres que sufren desgarros. En general, la mayoría de los artículos afirman que después de las primeras semanas después del parto no se aprecia diferencia en cuanto a dispareunia entre las mujeres.
Tipo de estudio: meta-análisis.	
Criterios de inclusión: - Estudios que midieran la morbilidad materna en el periodo posparto. - Idioma inglés o francés.	
Criterios de exclusión: - Estudios referentes a la incontinencia y al prolapso. - Comentarios, opiniones y revisiones sistemáticas.	Conclusiones: la episiotomía podría causar mayor dolor perineal y dispareunia en las primeras semanas después del parto en comparación con los desgarros espontáneos.

9.- <i>The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review</i> / El uso de la episiotomía en la atención obstétrica: una revisión sistemática. ⁽⁶⁷⁾	
Autor/es: M Viswanathan, K Hartmann, R Palmieri, L Lux, T Swinson, et al. Año: 2005	Objetivo: Evaluar la morbilidad materna a corto plazo (en el momento posterior al parto) y a largo plazo asociada al uso de la episiotomía. Las principales medidas de resultado fueron: dolor, necesidad de sutura, pérdida hemática, infecciones, la satisfacción con la experiencia del parto, incontinencia y problemas de disfunción sexual.
Base de datos: PUBMED	Resultados: - Los grupos de uso restrictivo de la episiotomía presentaron un traumatismo perineal posterior menos grave, y un trauma perineal anterior no más grave aunque con mayor frecuencia, en comparación con el grupo de episiotomía de rutina. Además, el grupo restrictivo presenta mayor probabilidad de tener un perineo intacto, menor necesidad de sutura, menor dolor a corto plazo y más predisposición a iniciar las relaciones sexuales antes que en el grupo rutinario. - Las mujeres que tenían una episiotomía media presentaron una tasa significativamente mayor de lesiones del esfínter anal en comparación con las mujeres que recibieron una episiotomía mediolateral. - Algunos estudios (5/15) informaron de presencia de incontinencia urinaria y trastornos del suelo pélvico un año o más después del parto. En general, los estudios no identificaron diferencias en la continencia o en la función muscular del suelo entre mujeres que recibieron episiotomía y mujeres que no la recibieron. - No se encontraron diferencias sustanciales en la presencia de disfunción sexual a largo plazo entre las mujeres que habían recibido una episiotomía y las que no lo había recibido.
Tipo de estudio: revisión sistemática	
Criterios de inclusión: - Mujeres que dieron a luz en cualquier entorno. - Artículos en inglés. Criterios de exclusión: - Estudios con menos de 40 participantes	
Muestra: 29152 mujeres (30 ECA y 15 estudios de cohortes prospectivos)	Conclusiones: La evidencia disponible indica que la episiotomía no reduce las tasas de incontinencia fecal y urinaria, la relajación del suelo pélvico o la alteración de la función sexual después de varios meses o años tras el parto.

10.- <i>Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: A cohort study of primiparous women</i> / Estado perineal y el riesgo de disfunción del suelo pélvico: Estudio de cohortes con mujeres primíparas. ⁽⁶⁸⁾	
Autor/es: J Rikard-Bell, J Iyer, A Rane. Año: 2014, Australia.	Objetivo: evaluar la relación entre el estado perineal posparto y la presencia de disfunción del suelo pélvico. Diseño: para evaluar los resultados se envió un cuestionario por correo después de 6 meses del parto a todas las mujeres primíparas con parto vaginal en el Hospital Townsville de Australia entre 2011 y 2012.
Base de datos: PUBMED	Resultados: las 766 mujeres reclutadas se dividieron en 3 grupos: mujeres con periné intacto, con desgarro o con episiotomía. Alrededor del 79% tenían lesiones perineales, el 60% tuvo un desgarro espontáneo y el 19% recibió una episiotomía (prácticamente todas fueron de tipo mediolateral). Un total de 196 mujeres enviaron el cuestionario completado de tal forma que el 97% de ellas refirieron síntomas de disfunción del suelo pélvico de algún tipo. En general, las mujeres que recibieron una episiotomía informaron de menor presencia de síntomas urinarios, mientras que aquellas mujeres que presentaron un periné intacto o sufrieron un desgarro espontáneo refirieron más molestias, ($p = 0,01$). Sin embargo no se encontraron diferencias entre los grupos para problemas de colon, prolapso o disfunción sexual.
Tipo de estudio: cohortes prospectivo.	
Criterios de inclusión: - Primíparas. - Parto no instrumental entre 2011-2012. Criterios de exclusión: - Mujeres cuyo bebé murió durante el período peripato.	
Muestra: 196 participantes	Conclusiones: la episiotomía es un factor protector contra las disfunciones del suelo pélvico y mejora la calidad de vida de las primíparas. La episiotomía mediolateral se asocia a una menor presencia de síntomas de incontinencia por urinaria. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela, sabiendo que la tasa de respuesta fue del 26%.

11.- <i>The Relationship Between Obstetric Perineal Trauma, Risk Factors and Postpartum Outcomes Immediately After Childbirth</i> / La relación entre el traumatismo perineal obstétrico, los factores de riesgo y los resultados inmediatamente después del parto. ⁽⁴⁴⁾	
Autor/es: H.J. Al-Zein, S. Jarrah, M. Al-Jaghibir Año: 2013, Jordania	Objetivo: Los objetivos del estudio fueron determinar la frecuencia de traumatismo perineal obstétrico, la frecuencia de problemas posparto y su asociación con los factores de riesgo inmediatamente después del parto. Diseño: los datos fueron recogidos mediante entrevista personal utilizando dos cuestionarios propios estructurados. El primero sobre el estado previo del periné y sobre el desarrollo del parto, y el segundo a cerca de los resultados obtenidos en cuanto a dolor, sangrado, incontinencia urinaria, dificultad para la eliminación fecal, incontinencia de flatos (gases) e incontinencia fecal.
Base de datos: CINAHL Tipo de estudio: descriptivo transversal	Resultados: El 71% de las mujeres que participaron en el estudio presentaron trauma perineal (n=142), de las cuales 57 recibieron una episiotomía, 9 presentaron desgarros perineales extensos después de la episiotomía, 75 presentaron desgarros de primer grado y 1 mujeres presentó un desgarró de segundo grado. Las mujeres que recibieron una episiotomía presentaron 3,154 veces más probabilidad de desarrollar una incontinencia de gases (o de flatos) después del parto en comparación con mujeres que sufrieron desgarros perineales. El trauma perineal asociado al uso de la episiotomía favorece el dolor perineal (p = 0,001), dificulta la lactancia materna (p = 0,025) y la incontinencia de gases (p = 0,015). El resto de problemas posparto no se relacionaron significativamente con el uso de la episiotomía.
Criterios de exclusión: - Mujeres con problemas obstétricos previos.	
Muestra: 200 participantes	Conclusiones: existe una estrecha relación entre trauma perineal por episiotomía o desgarros perineales, y dolor perineal posparto, incontinencia de gases y dificultad para la lactancia materna en el momento inmediato al parto.

12.- <i>Relationship between episiotomy and prevalence of urinary incontinence in women 2-5 years after childbirth</i> / Relación entre la episiotomía y la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres después de 2-5 años del parto. ⁽⁶⁹⁾	
Autor/es: P. Langrová, Y. Vrublová Año: 2014, República Checa	Objetivo: determinar el impacto de la episiotomía en el desarrollo de incontinencia urinaria. Diseño: los resultados obtenidos a los 2-5 años del parto con el uso de la episiotomía se compararon con los resultados de mujeres con desgarros perineales espontáneos y con periné intacto. Se estudiaron los factores que podrían influir en los resultados (edad, paridad, incontinencia urinaria previa al parto, IMC).
Base de datos: CINALH Tipo de estudio: descriptivo	Resultados: Se compararon 4 grupos de mujeres: las que recibieron episiotomía (n=112), las que presentaron periné intacto (n=43), las que presentaron desgarró de primer grado (n=32) y las que presentaron desgarró de segundo grado (n=21). No hubo diferencias en la presencia o en la gravedad de incontinencia urinaria entre los diferentes grupos. Las mujeres primíparas eran menos propensas a tener incontinencia urinaria que aquellas que dieron a luz dos o tres veces (p = 0,022). Las mujeres con fugas de orina antes del parto tenían un impacto muy significativo en el desarrollo de incontinencia urinaria a los 2-5 años del parto, ya sea con el uso o no de episiotomía (p <0,0001).
Criterios de inclusión: - Parto a término. - Edad de 21-48 años de las participantes en el momento de la recogida de datos (2-5 años posparto)	
Muestra: 211 participantes	Conclusiones: el estudio determina que la episiotomía no incrementa o disminuye la prevalencia de incontinencia urinaria. Por lo tanto, la realización de la episiotomía como prevención para proteger la función del suelo pélvico no está justificada. Sin embargo, se ha encontrado relación entre la presencia de incontinencia urinaria a los 2-5 años posparto con la prevalencia de problemas de pérdida de orina previos al parto.

13.- <i>Effects of perineal trauma on postpartum sexual function</i> / Efectos del trauma perineal sobre la función sexual después del parto. ⁽⁷⁰⁾	
Autor/es: G Rathfisch, BK Dikencik, NK Beji, N Comert et al. Año: 2010, Turquía	Objetivo: determinar el alcance de la disfunción sexual posparto asociada al traumatismo perineal. Diseño: para medir los resultados se procedió a realizar una exploración ginecológica en el hospital y a entregar un cuestionario propio a las participantes a los 3 meses posparto. Las mujeres fueron divididas en 3 grupos: mujeres con periné intacto (n=9), mujeres que recibieron episiotomía (n=31) y mujeres que tenían episiotomía y desgarro perineal de segundo grado (n= 15).
Base de datos: CINALH	Resultados: En el grupo de mujeres con periné intacto, las relaciones sexuales se iniciaron a los 28,5 días ($\pm 2,1$) posparto, en el grupo de mujeres que recibieron episiotomía fue de 32,2 días ($\pm 3,2$) posparto y en el grupo de episiotomía y desgarro de segundo grado fue de 30,6 días ($\pm 1,5$) posparto. En el grupo de episiotomía, solo 3 mujeres informaron de falta de deseo sexual antes del embarazo. Sin embargo la cifra aumentó a 14 mujeres después de 3 meses posparto. Entre esas 14 mujeres, dos tenían bajo deseo sexual antes del embarazo. En el grupo de episiotomía y desgarros perineales, 2 mujeres informaron de bajo deseo sexual antes del embarazo, mientras que después de 3 meses del parto se informó una disminución del deseo sexual en 6 mujeres. Entre esas 6 mujeres una ya presentaba el problema antes del embarazo. En el grupo con periné intacto, el 33,3% presentaba dispareunia antes del embarazo, mientras que a los 3 meses posparto la cifra descendió a un 22,2%. Justo al contrario que en el grupo de episiotomía, en el que el 25,8% de las mujeres presentaba dispareunia antes del embarazo, mientras que a los 3 meses del parto la cifra ascendió hasta el 48,3% (es decir, un aumento prácticamente de un 25%). Lo mismo ocurre con el tercer grupo en el que antes era del 26,5% y después del 53,3%.
Tipo de estudio: descriptivo transversal	
Criterios de inclusión: - Mujeres con embarazo de bajo riesgo (parto vaginal). - 38 o más semanas de gestación. - Feto único. - Posición de vértice.	
Muestra: 55 participantes	Conclusiones: Evitar el trauma perineal y mantener el periné intacto después del parto es importante para reanudar las relaciones sexuales cuanto antes. El uso de la episiotomía debe limitarse para prevenir el traumatismo perineal. Se recomienda seguir la investigación con una muestra mayor que permitiría dar un mayor grado de evidencia científica.

14.- <i>Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up</i> / Desgarros de vagina, periné, esfínter anal y recto y la primera relación sexual después del parto: estudio de seguimiento. ⁽⁷¹⁾	
Autor/es: I. Rådestad, A. Olsson, E. Nissen, C. Rubertsson. Año: 2008, Suecia.	Objetivo: investigar si los desgarros con afectación de vagina, periné, esfínter anal o recto repercuten en las relaciones sexuales de la mujer durante el año siguiente al parto. Diseño: los resultados se recogieron en tres momentos: durante el embarazo, a los dos/tres meses posparto y al año posparto.
Base de datos: CINALH	Resultados: a los 3 meses: El 30,7% de las mujeres que recibieron episiotomía iniciaron las relaciones sexuales sin dolor coital después de 3 meses posparto. Por su parte, el 23,1% de las mujeres que no recibieron episiotomía iniciaron las relaciones sexuales sin dolor después de 3 meses posparto (RR 1.3, 95% CI 1.1-1.6; $p=0,008$). Una de cada cuatro mujeres con desgarros en el esfínter anal o recto no reanudaron las relaciones sexuales dentro de los 3 primeros meses posparto a consecuencia del dolor coital. A los 6 meses: El 8,6% de las mujeres que recibieron una episiotomía iniciaron las relaciones sexuales sin dolor coital después de 6 meses tras el parto. Por otro lado, el 7,6% de mujeres que no recibieron una episiotomía iniciaron las relaciones sexuales sin coito después de 6 meses tras el parto, (RR 1.0-1.1, 95% CI 0.7-1.7; $p=0,618$). Los desgarros en la vagina, periné, esfínter o recto están relacionados con retraso en la reanudación de las relaciones sexuales 6 meses después del parto.
Tipo de estudio: cohortes prospectivo	
Criterios de exclusión: - Mujeres sin capacidad de entender el idioma sueco.	
Muestra: 2490 participantes	Conclusiones: la reducción del número de desgarros a consecuencia del uso innecesario de fórceps, ventosa o episiotomía favorecería las relaciones sexuales de la mujer tras el parto. Se debe abandonar cualquier política rutinaria de episiotomía que se practique.

15.- <i>A randomised control trial evaluating the prevalence of obstetrical anal sphincter injuries in primigravida in routine versus selective mediolateral episiotomy</i> / Ensayo controlado aleatorio sobre prevalencia de lesiones obstétricas del esfínter anal en primíparas con política rutinaria VS restrictiva de episiotomía mediolateral. ⁽⁵⁶⁾	
Autor/es: AS Sulaiman, S Ahmad, NA Ismail, AR Rahman, MA Jamil, AZ Mohd. Año: 2013, Malasia.	Objetivo: evaluar la prevalencia de OASIS con el uso de la episiotomía mediolateral de rutina frente a la selectiva en mujeres primíparas. Diseño: Se llevó a cabo un aleatorización de las participantes en dos grupos: episiotomía de rutina y episiotomía selectiva. La valoración de la necesidad de episiotomía fue realizada por matronas con al menos 5 años de experiencia o por alumnos de Obstetricia y Ginecología de tercer y cuarto curso. Las indicaciones clínicas para la realización de la episiotomía en el grupo restrictivo fueron distress fetal o desgarro perineal grave inminente.
Base de datos: SCOPUS	Resultados: grupo de episiotomía selectiva (n = 89) y grupo de episiotomía de rutina (n = 82). El 46,9% del grupo de episiotomía restrictiva recibió una episiotomía (76% de estas mujeres por desgarro perineal inminente) mientras que el 100% de las mujeres del grupo de rutina se sometió al procedimiento. El grupo de episiotomía de rutina mostró mayor incidencia de desgarros de tercer grado (que implica afectación del esfínter anal) en comparación con el grupo de episiotomía selectiva (3,7% versus 1,1%) favoreciendo la incontinencia fecal. Sin embargo, las diferencias fueron mínimas. Por otro lado, el uso de la episiotomía muestra tener mayor asociación con traumatismo perineal anterior en el que se incluye lesiones periuretrales, del clítoris y desgarros labiales, lo que afecta a la presencia de dispareunia (4,5% frente a 0%).
Tipo de estudio: ECA	
Criterios de inclusión: - Primíparas de >37 semanas de gestación. - Sin antecedentes de lesión perineal grave. - Parto vaginal, feto único y presentación cefálica. Criterios de exclusión: - Embarazo múltiple o mala presentación fetal - Partos en casa o realizados por matronas jóvenes.	
Muestra: 171 participantes	Conclusiones: la episiotomía mediolateral de rutina en mujeres primíparas se asocia a mayor incidencia OASIS. Debido a que estas lesiones del esfínter anal causan morbilidad materna, se recomienda el uso de la episiotomía mediolateral restrictiva y la necesidad de reducir de las tasas de episiotomía para mejorar la salud de las parturientas.

16.- <i>The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries</i> / El efecto de la episiotomía mediolateral durante el parto vaginal instrumental en el desarrollo de lesiones obstétricas del esfínter anal. ⁽⁷²⁾	
Autor/es: J De Vogel, A Van der Leeuw-van Beek, D Gietelink, M Vujkovic, et al. Año: 2012, Holanda.	Objetivo: evaluar la frecuencia de OASIS en mujeres sometidas a un parto vaginal instrumentado (OVD) y evaluar si la episiotomía mediolateral (EML) tiene un efecto protector para su desarrollo. Para evaluar los resultados se examinó visualmente el perine inmediatamente después del parto y un examen rectal.
Base de datos: SCOPUS	Diseño: las características maternas y obstétricas de las mujeres que dieron a luz por un OVD durante los años 2001-2009 fueron extraídos de una base de datos de obstetricia clínica local y se analizaron mediante un modelo de regresión logística. Resultados: La frecuencia global de OASIS fue del 5,7%. La presencia de OASIS en el grupo de episiotomía mediolateral fue del 3,3% mientras que en el grupo sin episiotomía mediolateral fue de un 15,6% (OR, 0,19; IC del 95%, 0,14-0,26; p<0,001). La EML muestra un efecto protector en el desarrollo de OASIS. Dicho efecto protector es mayor en mujeres con EML que dieron a luz mediante extracción con fórceps en comparación que con una extracción por vacío (RR: 0,23, RR: 0,05, respectivamente).
Tipo de estudio: Cohortes retrospectivo	
Criterios de inclusión: - Mujeres con parto vaginal instrumentado. - Parto vaginal a término. - Recién nacido vivo. Criterios de exclusión: - Embarazo múltiple o de nalgas - Parto con episiotomía media.	

Muestra: 2861 participantes	Conclusiones: existe 6 veces menos probabilidad de desarrollar OASIS cuando una EML se lleve a cabo durante un parto vaginal instrumentado. Por lo tanto, se recomienda el uso de una EML en todos los partos vaginales instrumentados para reducir la incidencia de OASIS.
---------------------------------------	--

17.- Hospital-based lateral episiotomy and obstetric anal sphincter injury rates: a retrospective population-based register study / Episiotomía lateral y la incidencia de lesiones obstétricas del esfínter anal: estudio de registro retrospectivo basado en la población. ⁽⁷³⁾	
Autor/es: S Räisänen, K Vehviläinen-Julkunen, M Gissler, S Heinonen. Año: 2012, Finlandia	Objetivo: determinar la tasa óptima de episiotomía lateral evaluando la relación entre la tasa de episiotomía y las OASIS. Diseño: la fuente de datos utilizada en este estudio fue el Registro Médico de Nacimientos (MBR), una recopilación de las historias clínicas de todas las unidades de atención obstétrica de 19 hospitales en Finlandia.
Base de datos: SCOPUS	Resultados: Se analizaron a primíparas y múltiparas por separado debido a que la evaluación preliminar mostró que la nuliparidad estaba presentaba el riesgo de OASIS 7,1 veces mayor que la multiparidad (IC del 95%; 6,3 a 7,9). De las 154.175 primíparas un total de 1275 mujeres (0,8%) experimentaron OASIS, mientras que de las 234.236 múltiparas que participaron en el estudio, un total de 384 mujeres (0,2%) presentaron OASIS. En el grupo de las mujeres primiparas la episiotomía se llevó a cabo en el 62% de las mujeres, mientras que en el grupo de las múltiparas la tasa fue del 15%. La presencia de OASIS en mujeres primiparas fue significativamente menor en hospitales con mayores tasas de episiotomía lateral (IC del 95%; p= 0,02). Los resultados muestran una relación inversamente proporcional: al disminuir la tasa de episiotomía de un 80% a un 40%, aumenta la tasa de OASIS de un 0,5% a 1%. Sin embargo, en el grupo de mujeres múltiparas los resultados no fueron estadísticamente significativos (IC del 95%; p= 0,12).
Tipo de estudio: estudio de registro poblacional retrospectivo	
Criterios de inclusión: - Parto vaginal. - Feto único. Criterios de exclusión: - Hospitales que cerraron sus Unidades de Partos durante la realización del estudio.	
Muestra: 388.411 participantes (154.175 primiparas y 234.236 múltiparas)	Conclusiones: Restringir el uso de la episiotomía lateral puede aumentar la tasa de OASIS. Por tanto la episiotomía lateral puede ser un factor protector para el desarrollo de incontinencia fecal, sobre todo en primíparas..

18.- Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? / ¿Afecta el ángulo de episiotomía a la incidencia de lesiones del esfínter anal? ⁽⁷⁴⁾	
Autor/es: M Eogan, L Daly, PR O'Connell, C O'Herlihya Año: 2006, Irlanda	Objetivo: Determinar la relación existente entre el ángulo de episiotomía óptimo y el riesgo de desgarro de III grado. Diseño: Se compararon dos grupos de mujeres primíparas. El primer grupo (casos; n= 54) agrupaba a mujeres que sufrieron una lesión del esfínter anal (desgarro de 3º grado) mientras que las del segundo grupo (controles; n= 46) no la sufrieron. Se midió el ángulo de la episiotomía sobre la línea media utilizando un instrumento tipo transportador.
Base de datos: SCOPUS	Resultados: Las puntuaciones de incontinencia a los 3 meses posparto no fueron significativamente mayores para los casos que en los controles, con una puntuación media de 1,04 y 0,67, respectivamente (p = 0,3). El ángulo medio de la episiotomía mediolateral en el grupo de casos fue de 30º (IC 95%; 28-32), un resultado significativamente menor que en los controles con un ángulo de 38º (IC 95%; 35-41, p<0,001). El análisis de los resultados mostró una reducción del 50% del riesgo de desgarros de 3º por cada 6º de amplitud sobre la línea media.
Tipo de estudio: casos y controles Criterios de inclusión: - Primiparas que recibieron una episiotomía mediolateral derecha 3 meses antes del estudio.	

Muestra: 100 participantes	Conclusiones: un ángulo mayor de la episiotomía se asocia a menor riesgo de sufrir desgarros perineales graves. Por tanto, se debe practicar la episiotomía mediolateral con un ángulo tan grande como sea posible para minimizar el riesgo de lesión anal y en consecuencia, el riesgo de incontinencia fecal.
-----------------------------------	--

19.- Dispareunia, dor perineal e cicatriza��o após episiotomia / Dispareunia, dolor perineal y cicatrización después de la episiotom��. ⁽⁷⁵⁾	
Autor/es: NLS Silva, SMJV Oliveira, FMB Santos. Año: 2013, Brasil	Objetivo: evaluar la presencia de dispareunia, dolor perineal y los cambios en la curación del periné en mujeres sometidas a una episiotom��. Diseño: para este estudio se ha realizado un seguimiento de mujeres que participaron en un ECA de episiotom�� mediolateral derecha. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario a los 2 y 6 meses. La intensidad del dolor perineal y la dispareunia se clasificó en las siguientes categorías: no dolor (0), leve (1 a 3), moderada (4-6), fuerte (7-9) e insoportable (10).
Base de datos: LILACS	Resultados: De las 114 mujeres participantes, 85 (74,6%) aceptaron cumplimentar el cuestionario a los dos meses posparto, mientras que a los seis meses posparto se recibió información de 79 mujeres (n=69,3%). A los dos meses posparto el 16,5% de las mujeres (14 de 85) refirieron dolor perineal en forma de: dolor leve 8 mujeres, dolor moderado 5 mujeres y 1 refirió dolor fuerte. Sin embargo a los 6 meses posparto (n=79), se redujo el número de casos con dolor perineal (93,7% no presentaron molestias): dolor leve: 1 mujer, dolor moderado: 2 mujeres, dolor fuerte: 1 mujer y dolor insoportable: 1 mujer. Por otro lado el 65,9% de las mujeres reanudaron las relaciones sexuales antes de los dos meses posparto, mientras el 91,1% las reanudó antes de los seis meses posparto. La dispareunia estuvo presente en el 69,7% de las mujeres a los 2 meses posparto, mientras que a los seis meses la tasa descendí hasta el 29,2%. A los 6 meses posparto algunas mujeres refirieron cambios en la cicatrización, sensibilidad y coloración.
Tipo de estudio: cohortes prospectivo	
Criterios de inclusión: - Mujeres mayores de 18 años. - Feto ��nico a término. - Presentación cefálica. Criterios de exclusión: - Mujeres que reciben masaje perineal durante el embarazo. - Mujeres con problemas de infección, hemorroides, hematomas graves o varices en la región vulvar u otras complicaciones clínicas u obstétricas - Mujeres que consuman drogas.	
Muestra: 114 participantes	Conclusiones: problemas como el dolor perineal y la dispareunia son frecuentes con el uso de la episiotom��. En este estudio se observa que incluso 6 meses después de realizar la episiotom��, el 29,2% presentó dispareunia y un 6,3% presentó dolor perineal posparto por lo que repercuten considerablemente a largo plazo en la salud de la mujer.

20.- Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. ⁽⁷⁶⁾	
Autor/es: E Solana, A Villegas, J Legorreta, M Cárdenas, J Enzaldo, N Andersson. Año: 2008, México.	Objetivo: identificar los factores asociados con la dispareunia entre 60 y 180 días después del parto en mujeres con antecedentes de uno o dos partos. Diseño: Se repartió un cuestionario a cerca de la situación socioeconómica de las mujeres y sobre sus antecedentes obstétricos. Los casos fueron el grupo de mujeres que manifestaron dolor, escozor o pérdida hemática durante el transcurso de las relaciones vaginales coitales posparto. Se aplicó un modelo de regresión logística con IC al 95%.

Base de datos: LILACS	Resultados: Un total de 152 mujeres, de 368 mujeres que habían comenzado las relaciones sexuales coitales, presentaron dispareunia y se les clasificó como casos. Otras 152 mujeres fueron incorporadas al grupo control, con similar edad y número de partos. Se mostró asociación entre la dispareunia y la infección de la episiorrafia, la dehiscencia de la episiorrafia y la infección con o sin episiorrafia ($p < 0,05$). También se encontró relación con la sensación de estrechamiento del introito vaginal, cicatriz queloide, vaginitis, uso del DIU y lactancia materna exclusiva.
Tipo de estudio: casos y controles	
Criterios de exclusión: - Mujeres con diabetes o antecedentes de dispareunia en su último parto cuyos síntomas desaparecieron antes de aplicar las encuestas. - Mujeres con parto atendido con fórceps.	
Muestra: 304 participantes	Conclusiones: de las 152 mujeres con dispareunia, 126 (82,9%) manifestaron mediante el cuestionario que tenían una idea acerca de cuál podría ser la causa de su dispareunia: - El 53,9% lo atribuyó a la episiotomía que le realizaron durante el parto. - El 46,1% restante lo atribuyó a otras causas: un 20,6% al DIU, un 8,7% al trabajo de parto, un 8,7% a la resequeidad vaginal y un 6,3% al flujo vaginal abundante.

21.- Association between perineal trauma and pain in primiparous women / asociación entre traumatismo perineal y dolor en mujeres primíparas. ⁽⁷⁷⁾	
Autor/es: A Amorim, M Hiromi, C De Souza Bosco, R. Luana, E Batista, SM Junqueira. Año: 2014, Brasil	Objetivo: identificar la asociación entre el traumatismo perineal y el dolor después del parto. Diseño: los datos fueron recogidos por medio de entrevistas y mediante un formulario estructurado que contiene información sobre las características sociodemográficas, del parto, y la frecuencia e intensidad del dolor.
Base de datos: SciELO	Resultados: La prevalencia e intensidad media del dolor fueron 33,0% y 4,7 puntos en la escala verbal del dolor, respectivamente. La episiotomía fue el trauma perineal más frecuente (46,7%), seguido de desgarros de primer grado (32,4%) y de segundo grado (5,1%). Además, 71 mujeres (15,0%) tuvieron un periné intacto. El porcentaje de mujeres sin dolor perineal fue mayor en mujeres con periné intacto (12,3% frente a 2,7%). Por otro lado aquellas mujeres con mayor dolor perineal presentaban uno o dos traumas perineales (episiotomía y/o desgarro). El dolor perineal estuvo más presente entre las mujeres con episiotomía que con desgarros de primer grado. La intensidad del dolor perineal también se relacionó con el número de traumas ($p = 0,027$) y el tiempo después del parto ($p < 0,001$). Las mujeres con un traumatismo perineal (por episiotomía) tuvieron casi cuatro veces más prevalencia de dolor moderado que en aquellas con un perineo intacto (5,6% frente a 20,7%). Por otro lado, presentar un traumatismo perineal triplica la probabilidad de tener dolor ya sea leve, moderado o intenso. Cada hora transcurrida después del parto reduce la posibilidad de dolor perineal en un 4,8% aproximadamente durante el primer día posparto.
Tipo de estudio: Descriptivo transversal Criterios de inclusión: - Mujeres sin parto vaginal anterior. - Parto sin complicaciones de feto único. - Presentación de vértice. - Sin analgesia/anestesia durante el parto. - Mujeres sin dificultades en la comunicación o comprensión del portugués. - RN sin problemas de salud en el momento de inclusión en el estudio.	
Muestra: 473 participantes	
	Conclusiones: las primíparas son susceptibles de presentar altas tasas de traumatismo perineal, especialmente de episiotomía lo que se relaciona con un alto índice de dolor perineal en cuanto a prevalencia tras el parto (1 de cada 3 primíparas).

22.- Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades / Medición y características del dolor después de la episiotomía y su relación con la limitación de actividades. ⁽⁷⁸⁾	
Autor/es: A.C. Beza, C.H. Ferreira, L. de Sousa, A.M. Nakano. Año: 2012, Brasil	Objetivo: medir y caracterizar el dolor perineal en mujeres primíparas sometidas a una episiotomía y determinar qué actividades están limitadas por el dolor perineal durante las primeras 24h. Diseño: los objetivos se evaluaron utilizando la escala verbal del dolor (0 = sin presencia de dolor → 10 = máximo dolor imaginable). Se midió el dolor en reposo y en movimiento y se les preguntó a las mujeres qué actividades presentaban más limitaciones: sentarse, caminar, orinar, la higiene íntima, defecación, micción y la alimentación.
Base de datos: SciELO	Resultados: La edad media fue de 22,7 años, con una desviación estándar de 3,9 años. Al nacer, la edad gestacional media fue de 39 semanas y desviación estándar de 1,5 semanas. El 80% de las mujeres recibieron analgesia (intradural, epidural y combinada). El dolor de la episiotomía fue caracterizado como: palpitante (29-58% de las mujeres), de esfuerzo (32-64%), que calienta (24-48%), quema (23-46%), duele (26-52%), mantenido (24-48%), incómodo (27-54%), y que ejerce tensión (25-50%). La intensidad del dolor en el parto normal con episiotomía fue de intensidad media de 4 puntos en la escala verbal del dolor con una desviación $\pm$ 2,07 puntos. El 52% de las mujeres informaron de tener dolor perineal en reposo mientras que el 100% de las mujeres afirmaron presentar dolor durante el movimiento. Las actividades diarias con limitaciones por dolor perineal con el uso de la episiotomía fueron: al sentarse (98%, n=49), al tumbarse (90%, n=45), al deambular (82%, n=41), durante la micción (40%, n=20) al defecar (4%, n=2), la higiene personal (44%, n=22) y durante el sueño (36%, n=18).
Tipo de estudio: descriptivo transversal	
Criterios de inclusión: - Parto vaginal con episiotomía. - Primíparas con embarazos de bajo riesgo. - Mujeres de más de 18 años de edad que sepan leer y escribir. - No uso de analgésicos o antiinflamatorios para el dolor.	
Muestra: 50 participantes	Conclusiones: la presencia de dolor y las limitaciones causadas por este problema durante el puerperio a menudo no son tenidas en cuenta entre los profesionales de la salud. Tal situación puede afectar a la calidad de vida de la puérpera ya que las limitaciones del dolor interfieren en su movilidad, en su autocuidado y en el del recién nacido. A partir del conocimiento del impacto que tiene el dolor en la vida diaria durante el puerperio, se puede investigar en el uso de recursos no farmacológicos para el alivio de este problema.

23.- Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period / Medición del dolor perineal en el período inmediatamente posterior al parto. ⁽⁷⁹⁾	
Autor/es: AER Mathias, ACR Pitangui, AMA Vasconcelos, SS Silva, PD Rodríguez, TG Dias. Año: 2015, Brasil.	Objetivo: medir el dolor perineal en el período posparto inmediato y la posible asociación con factores de riesgo. Diseño: Los objetivos se evaluaron utilizando las características sociodemográficas y clínicas de las participantes,
Base de datos: SciELO	Resultados: Entre las mujeres analizadas, se observó que 76 (51,7%) presentaron dolor en el período inmediatamente posterior al parto. Entre las mujeres con dolor, 51 (67,1%) eran primíparas, 71 (93,4%) habían sufrido algún traumatismo perineal, 55 (72,3%) tuvieron neonatos que pesaban más de 3 kg, y 41 (53,9%) estaban por encima de los 21 años de edad. Los resultados en cuanto a traumatismo perineal fueron los siguientes: - De 39 mujeres que tuvieron el periné intacto después del parto, 4 (10,2%) presentó dolor en el momento posterior al parto ($p = 0,001$). - Por otro lado, de las 74 mujeres que sufrieron un desgarro, 45 (60,8%) presentó dolor en el momento posterior al parto. o presentaron un desgarro perineal ($p = 0,039$).
Tipo de estudio: Descriptivo transversal	
Criterios de inclusión: - Parto vaginal. - Embarazo de bajo riesgo. - Multíparas y primíparas. Criterios de exclusión: - Presencia de infección en el tracto urinario. - Embarazo gemelar o antecedentes de aborto recurrente.	

- Mujer víctima de abuso sexual o diagnosticada de depresión anterior o actual. - No hablar o entender el portugués.	- El dolor se relacionó estrechamente con el uso de la episiotomía de modo que, de 34 mujeres que la recibieron, 26 (76,4%) manifestaron dolor en el momento posterior al parto ($p = 0,002$).
Muestra: 147 participantes.	Conclusiones: el dolor perineal ha sido asociado con distintas variables como la paridad o el traumatismo perineal. El uso de la episiotomía y la presencia de desgarros perineales se asociaron a un aumento del porcentaje de dolor. Sin embargo, no fue posible asociar el dolor perineal y las variables de peso o la edad. Existe la necesidad de una intervención multidisciplinaria dirigida a la salud de las mujeres teniendo en cuenta su opinión, sobre todo en el alivio del dolor durante el período inmediatamente posterior al parto.

24.- A comparative study of perineal morbidity in vaginal delivery with and without episiotomy / Estudio comparativo de la morbilidad perineal en el parto vaginal con o sin episiotomía. ⁽⁸⁰⁾

Autor/es: P Roy, MS Sujatha, B Biswas, A Chatterjee. Año: 2015	Objetivo: Determinar la incidencia de la morbilidad perineal en mujeres con parto vaginal con episiotomía en comparación con mujeres no sometidas a una episiotomía.
Base de datos: Google académico.	Diseño: las mujeres fueron incluidas al azar en cualquiera de los dos grupos: grupo de estudio (no recibieron episiotomía) o grupo control (parto con episiotomía mediolateral derecha). Todos los partos se controlaron cuidadosamente mediante auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. Se administró oxitocina solo en aquellos casos que fueron necesarios. Posteriormente se examinó el periné y en caso de laceraciones se suturaron, si fue necesario. Resultados: En el grupo de estudio, el 22,0% ($n = 33$) de las mujeres no presentaron lesiones en el periné mientras que el 7,34% ($n=11$) presentaron un desgarro del esfínter anal. A pesar de recibir una episiotomía, en el grupo de control, el 15,34% de las mujeres ($n = 23$) presentó desgarras perineales (traumatismo perineal anterior y posterior), y el 4,67% ($n=7$) sufrió un desgarro del esfínter anal. Se dieron un total de 9 casos de desgarro perineal de tercer grado (tipo 3B= lesión de más del 50% del esfínter anal externo). Sin embargo ninguna de estas mujeres presentó incontinencia durante el seguimiento. El 68,37% ($n= 80$) de las mujeres del grupo control presentaron dolor perineal persistente de más de una semana de duración en comparación con un 19,42% de mujeres del grupo de estudio ($n=20$). En este grupo de estudio ninguno de las mujeres (0%) informaron de dolor después de 2 meses del parto mientras que en el grupo control en 5 mujeres (4,27%) el dolor seguía persistiendo.
Tipo de estudio: ECA.	
Criterios de inclusión: - Primíparas con ≥ 37 semanas de gestación. - Feto único (presentación de vértice) Criterios de exclusión: - Multíparas - RN pretérmino. - Embarazo múltiple. - Parto vaginal instrumentado. - Presentación fetal anormal. - Sufrimiento fetal. - Pobre esfuerzo materno.	
Muestra: 300 participantes (150 en el grupo de estudio y 150 en el grupo control).	Conclusiones: la morbilidad perineal en mujeres con parto vaginal sin episiotomía es, sin lugar a dudas, menor que en mujeres con parto vaginal con episiotomía, lo que indica que el dolor perineal se asocia con mayor traumatismo perineal en cuanto a frecuencia y gravedad. A corto plazo la morbilidad perineal es significativamente menor en las parturientas no sometidas a una episiotomía, de manera que, la episiotomía no ofrece protección frente a lesiones perineales graves. Por lo tanto, se debe hacer un intento de conseguir que la incidencia de episiotomías sea la más baja posible.

25.- Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum / Episiotomía mediolateral versus lateral y su efecto en la actividad sexual y dispareunia a los 3 y 6 meses posparto. ⁽⁸¹⁾	
Autor/es: P Necesalova, J Karbanova, Z Rusavy, Z Pastor, M Jansova, V Kalis. Año: 2016, República Checa.	Objetivo: comparar los efectos de la episiotomía mediolateral y lateral en la actividad sexual, dispareunia y satisfacción general después del parto.
Base de datos: Google académico.	Diseño: Un estudio de seguimiento prospectivo de un ensayo controlado aleatorio que evaluó los resultados posparto después de un parto vaginal con EML o EL. Durante este estudio de seguimiento se recabó información sobre la actividad sexual, dispareunia, dolor perineal, aspecto estético y satisfacción general a los 3 y a los 6 meses posparto de las mujeres. La inclusión de cada mujer en el grupo de EML o en el grupo de EL fue aleatoriamente. Resultados: Los grupos MLE y LE no difirieron en el momento de reanudación de las relaciones sexuales tanto a los 3 como a los 6 meses. Tampoco hubo diferencias significantes en cuanto a la regularidad de las relaciones sexuales, la frecuencia y la intensidad de la dispareunia, de dolor perineal, de la apariencia estética o en la satisfacción general a los 3 o los 6 meses. A los 6 meses posparto el 15,6% de las mujeres con EML y el 16,1% con EL sufría de dispareunia considerable, es decir, dolor de intensidad media o alta.
Tipo de estudio: cohortes prospectivo.	
Criterios de inclusión: - Primíparas con parto vaginal y episiotomía. - Embarazo de al menos 37 semanas de gestación. Criterios de exclusión: - Edad materna <16 años. - Antecedentes de cirugía perineal anterior. - Muerte fetal o feto con anomalías congénitas. - Presencia de condilomas graves o varices vulvares. - Datos incompletos aportados por las participantes. - Incapacidad para entender el checo o inglés.	
Muestra: 648 participantes (306 con EML y 342 con EL).	Conclusiones: la calidad de la vida sexual y la percepción del dolor perineal después de una episiotomía mediolateral son equivalentes a una episiotomía lateral.

26.- Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. ⁽⁸²⁾	
Autor/es: MI Sánchez, JM Luna. Año: 2013, España.	Objetivo: conocer la morbilidad materno-fetal a medio y largo plazo asociada al parto vaginal después de recibir una episiotomía o después de sufrir un desgarro perineal.
Base de datos: Cuiden Plus	Resultados: Se analizaron un total de 38 estudios pertinentes a los efectos a largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales durante el puerperio. Varios artículos afirman que la episiotomía no protege los desgarros de tercer y cuarto grado, más bien lo favorece, lo cual repercute en el desarrollo de incontinencia urinaria y fecal. Por otro lado las mujeres con periné intacto o con desgarros perineales espontáneos iniciaron las relaciones sexuales antes de tres meses posparto y se mostraron más satisfechas sexualmente que las mujeres a las que se les practicó una episiotomía. La mayoría de los artículos coinciden en que la episiotomía presenta más molestias y más dolor que un desgarro. Además, la episiotomía mediolateral y lateral se asocian a mayor dolor y dispareunia en comparación con la episiotomía media. Conclusiones: el uso sistemático de la episiotomía incrementa el riesgo de desgarros de III y IV grado, sobre todo si incisión se realiza en la línea media, lo que favorece la lesión del esfínter anal con síntomas de incontinencia persistentes a largo plazo. La protección del suelo pélvico debe empezar con la prevención y debe ser llevado a cabo de forma interdisciplinar por aquellos profesionales que están en contacto con la mujer desde el embarazo hasta el parto.
Tipo de estudio: revisión sistemática	
Criterios de inclusión: - Artículos en inglés y en español. - Mujeres con parto vaginal eutócico que dieron a luz en el hospital. - Feto único con presentación de vértice. Criterios de exclusión: - Parto vaginal instrumental - Embarazo múltiple o feto con presentación diferente a la de vértice. - Mujeres con patología previa de suelo pélvico.	

27.- Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. ⁽²⁵⁾	
Autor/es: A Juste, R Luque, B Sabater, E Sanz, E Viñerta, E Cruz. Año: 2007, España.	Objetivo: identificar las ventajas y desventajas de la episiotomía selectiva versus rutinaria en los periodos de: dilatación, alumbramiento, puerperio y a los 3 meses del parto vaginal. Diseño: Estudio experimental, controlado y aleatorizado de las mujeres que se incluyeron a un grupo control, a quienes se les realizó episiotomía de rutina, o a un grupo experimental, quienes recibieron episiotomía de rutina. Los datos sobre el periodo de dilatación, parto y puerperio (a los 3 días) fueron recogidos por el profesional que asistió al parto, mientras que los datos a los 3 meses del parto se recogieron mediante entrevista telefónica.
Base de datos: Cuiden Plus. Tipo de estudio: prospectivo experimental.	Resultados: en el grupo de control (rutinario) se practicó una episiotomía en el 83,7% de las mujeres, mientras que en el grupo experimental (selectivo) fue un 59%. La duración del periodo de dilatación y de expulsivo fue parecido en los dos grupos. Se presentó una mayor incidencia de desgarros de I y II grado en el grupo experimental (30% frente a 13,4%), $p < 0,001$. Sin embargo no se presentaron desgarros de III y IV grado en ningún grupo. Durante el puerperio hospitalario (hasta los 3 días posparto) las mujeres del grupo control presentaron mayor incidencia de dolor, aunque de intensidad leve, tanto al sentarse, como en la deambulación, y solicitaron más analgésicos. A los tres meses del parto, destacó una mayor presencia de dispareunia en las mujeres que recibieron una episiotomía frente a las que no (36,3% frente a 20,2%; $p < 0,004$).
Criterios de inclusión: - Nulíparas. - Feto único, a término. - Parto sin complicaciones.	
Muestra: 402 participantes: 202 del grupo control y 200 del grupo experimental.	Conclusiones: La práctica de una episiotomía por indicación fetal o materna, o por presencia de un periné poco distensible, en mujeres nulíparas a término, es segura.

28.- Anal incontinence and sexuality after mediolateral and lateral episiotomy: A randomized controlled trial / La incontinencia anal y la sexualidad después de la episiotomía mediolateral y lateral: Ensayo controlado aleatorio. ⁽⁸³⁾	
Autor/es: Z Rusavy, J Karbanova, M Jansova, V. Kalis Año: 2015, República Checa.	Objetivo: comparar la tasa de incontinencia anal en mujeres a los 3 y 6 meses después del primer parto vaginal y evaluar la frecuencia de síntomas de urgencia fecal e incontinencia de gases (flatos) Diseño: Los participantes fueron asignados al azar al grupo de EML o al grupo de EL. La EML se realizó con un ángulo mínimo de 60° con respecto a la línea media. La EL se realizó con 1-2 cm lateralmente desde la horquilla vulvar en dirección a la tuberosidad isquiática. Los datos fueron recogidos mediante exploración, entrevista y mediante cuestionarios a los 3 y 6 meses del primer parto.
Base de datos: Cochrane Plus. Tipo de estudio: ECA	Resultados: La incidencia de lesiones obstétricas del esfínter anal no difirieron entre la EML y la EL (1,67% frente a 1,09%, respectivamente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la escala St Mark's score, tanto a los 3 como a los 6 meses. Sin embargo si hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la urgencia fecal. En el grupo de EML la incidencia fue del 2,62% frente a 7,45% del grupo de EL ($p < 0,02$) y sobre todo fue mayor la incidencia de urgencia fecal a los 6 meses posparto, en aquellos partos en los que se hizo necesario la restauración del esfínter anal a consecuencia del traumatismo perineal (1,83 vs 7,02%, $p < 0,01$)
Criterios de inclusión: - nulíparas con parto vaginal a término. - Ausencia de cirugía perineal anterior. - Feto sin anomalías congénitas graves. - Madre sin hepatitis o VIH. - Ausencia de venas varicosas vulvares.	
Muestra: 666 participantes (300 EML, 366 EL)	Conclusiones: Se confirma la hipótesis de que la EML y la EL incrementan las tasas de incontinencia fecal, sobre todo, la presencia de incontinencia fecal de urgencia con la episiotomía lateral.

29.- <i>Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy</i> / Evaluación clínica del dolor posparto y la curación del periné entre la episiotomía mediolateral y la lateral. ⁽⁸⁴⁾	
Autor/es: J Karbanova, Z Rusavy, L Betincova, M Jansova, P Necesalova, V Kalis Año: 2014, República Checa	Objetivo: evaluar el dolor perineal a corto plazo en mujeres primíparas después una episiotomía mediolateral (ángulo de al menos 60°) y una episiotomía lateral. Diseño: las mujeres fueron asignadas aleatoriamente a someterse a una EML o EL sin ser conscientes del tipo de episiotomía que se les iba a realizar. Los resultados a evaluar fueron el dolor a las 24 horas, 72 horas y 10 días después del parto.
Base de datos: Cochrane Plus.	Resultados: Las características maternas y neonatales no difirieron significativamente entre los dos grupos, excepto que la distancia entre la incisión de la episiotomía y el ano fue más corta en el grupo de EL. Se observó que 6 mujeres (2,3%) del grupo de EML (n= 266) no presentaban ningún dolor a las 24h del parto, que 21 mujeres (8,0%) no presentaban dolor alguno a las 72h y que 77 mujeres (29,1%) no presentaron dolor alguno después de 10 días posparto. En el grupo de EL (n=297) los resultados fueron respectivamente: 11 mujeres (3,9%) a las 24h, 23 mujeres (7,7%) a las 72h y 78 mujeres (26,4%) a los 10 días posparto. No hubo diferencias significativas en cuanto a infección, hematomas o en la intensidad del dolor (escalas del dolor) ni en la cantidad de analgésicos utilizados entre los dos grupos.
Tipo de estudio: estudio prospectivo aleatorizado.	
Criterios de inclusión: - Parto vaginal de 37 o más semanas de gestación con indicaciones para realizar la episiotomía. Criterios de exclusión: - Mujeres menores de 16 años o con aborto anterior. - Mujeres sin capacidad para entender el inglés o el checo. - Mujeres sometidas a una cirugía perineal anterior. - Presencia de condilomas o venas varicosas vulvares graves.	
Muestra: 563 participantes (266 en el grupo de EML y 297 en el grupo de EL)	Conclusiones: los resultados muestran que no existe prácticamente diferencia en cuanto a incidencia y grado de dolor entre el grupo de EML y el grupo de EL en los primeros 10 días tras el parto.

30.- <i>Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees</i> / Evaluación de un ángulo de incisión de 60° de episiotomía mediolateral. ⁽³³⁾	
Autor/es: V Kalis, J Landsmanova, B Bednarova, J Karbanova, K Laine, Z Rokyta. Año: 2011, República Checa.	Objetivo: Estudiar el ángulo de la episiotomía mediolateral en el momento de corte, después de la sutura (reparación primaria) y 6 meses después del parto y evaluar la incidencia y la gravedad de dolor perineal y de incontinencia fecal 6 meses después del parto.
Base de datos: Cochrane Plus.	Diseño: Se realizó la incisión de la episiotomía con un ángulo de 60° sobre la línea media. Dicho ángulo se midió antes de cortar, después de la sutura y a los 6 meses posparto. El ángulo de la incisión de la episiotomía (definida como 60 °) se midió antes de cortar, después de la reparación primaria, y después de 6 meses. Durante el seguimiento, el dolor perineal se evaluó mediante la escala verbal del dolor. Resultados: La media de ángulos difirieron significativamente entre la incisión (60 °), la reparación (45°) y el ángulo de la cicatriz perineal a los 6 meses posparto (48 °), p <0,001. No se presentó ningún desgarramiento perineal en toda la muestra. A los 6 meses después del parto, solo 1 mujer presentó síntomas leves de incontinencia fecal tras la episiorrafia, mientras que 7 mujeres presentaron dolor perineal relacionado con la episiotomía.
Tipo de estudio: estudio piloto	
Criterios de inclusión: - Primíparas con parto espontáneo. Criterios de exclusión: - Multiparidad. - Parto instrumental, de nalgas, gemelar o pretérmino.	
Muestra: 60 participantes.	Conclusiones: Este estudio muestra que el ángulo de la incisión de la episiotomía de 60° parece ser el más adecuado (grado óptimo). La incidencia de la incontinencia anal a los 5-9 meses después del primer parto vaginal se encuentra entre 8-26%. En este estudio solamente el 2% mostró síntomas leves de incontinencia.

6. DISCUSIÓN

Según se recoge en la literatura consultada, el uso de una política de episiotomía restrictiva supone una mejora en la calidad de vida de la mujer durante el periodo puerperal, en comparación con una política de episiotomía rutinaria, a la que se le asocia un mayor impacto sobre la función del suelo pélvico y mayor número de complicaciones (6,25,44,46,56,66,67,69-71,75,77,80,82,85). Algunos autores afirman que no hay evidencia de que el uso restrictivo sea mejor o peor que el rutinario⁽⁶⁵⁾, mientras que otros afirman que la episiotomía se trata de un factor protector frente a las complicaciones que se derivan del parto vaginal normal⁽⁶⁸⁾ o del parto vaginal instrumentado.^(63,72)

Sin embargo existe controversia con respecto a los efectos a corto y a largo plazo de la episiotomía como es el caso del dolor perineal, la disfunción sexual (principalmente dispareunia) e incontinencia tanto urinaria como fecal. A continuación se responderá a cada uno de los objetivos planteados para esta revisión sistemática:

6.1. Relación entre el uso de la episiotomía y el desarrollo de dolor perineal posparto.

De acuerdo con los resultados obtenidos, existen ciertas discrepancias entre los diferentes estudios con respecto al desarrollo de dolor perineal posparto asociado al uso de la episiotomía. Varios autores coinciden en que el **dolor perineal a corto plazo** (< 3 meses posparto) es mayor en mujeres sometidas a una episiotomía en comparación con aquellas que no la reciben y que pueden presentar un periné íntegro o un desgarro perineal leve (I y II grado)^(25,44,46,62,63,67,75,77,79,80,82). Asimismo, un autor informa que el dolor ocasionado por la episiotomía en las primeras semanas después del parto es incluso mayor que el dolor causado por un desgarro perineal de III grado.⁽⁴⁶⁾

La mayoría de los autores coinciden en que el traumatismo perineal podría ser el principal determinante del parto en el desarrollo de dolor perineal, tanto en frecuencia como en intensidad^(44,75,77,79,80). De hecho, según *Amorim et al*, las mujeres con traumatismo perineal asociado a una episiotomía presentan casi 4 veces más probabilidad de presentar dolor perineal, independientemente de la intensidad, que en aquellas mujeres con periné intacto.⁽⁷⁷⁾

Para valorar realmente la relación entre el **dolor perineal posparto a largo plazo** (>3 meses posparto) con el uso de la episiotomía es necesario una mayor investigación científica para obtener resultados concluyentes. No obstante, según los datos recogidos,

el dolor perineal presenta una baja prevalencia a largo plazo entre las parturientas y no tendría relación con la episiotomía tras varios meses o años después del parto. ^(6,46,66)

Sin embargo, según *Silva et al*, la episiotomía sí tiene relación con el dolor perineal a largo plazo e informa que incluso después de 6 meses del parto el dolor sigue presente en el 6% de las mujeres lo que repercute su salud. ⁽⁷⁵⁾

En cuanto a las **características del dolor**, según el estudio realizado por *Beleza et al*, el dolor perineal manifestado por las mujeres sometidas a una episiotomía durante las primeras 24h suele ser caracterizado por ellas mismas como: mantenido, que aumenta al realizar esfuerzos (prácticamente en todas las mujeres) volviéndose punzante, dando sensación de presión e incomodidad en la mayoría de las mujeres. ⁽⁷⁸⁾

Aunque la intensidad del dolor es de carácter subjetivo y suele ser difícil de valorar, durante las primeras 24h después del parto el dolor suele ser de intensidad moderada (puntuación media de 4 puntos en la Escala Verbal del Dolor) ⁽⁷⁸⁾ y a los 3 días posparto es el momento de mayor demanda de analgésicos ⁽⁸⁶⁾. La intensidad del dolor perineal también parece relacionarse directamente con el número de traumas perineales ⁽⁷⁷⁾. Otro estudio que evalúa en dolor a largo plazo indica que entre los 2 y los 6 meses posparto el dolor es de intensidad moderada-leve y que a partir de los 6 meses el dolor es generalmente leve, aunque se han encontrado casos de dolor intenso (puntuación 7-8) durante este periodo de tiempo. ⁽⁷⁵⁾

6.2 Investigar la relación entre la episiotomía y la dispareunia durante el puerperio.

Los datos recogidos sobre la relación de la episiotomía con la función sexual parecen ser homogéneos. La mayoría de los artículos coinciden en que la episiotomía se debe considerar como un factor desencadenante de **disfunción sexual** ^(25,46,56,62,67,70,71,75,76,82). En cambio, otros estudios alegan que la episiotomía ha de considerarse como un factor protector de la función sexual ^(64,68), mientras que solamente un estudio afirma que no existe relación ⁽⁶⁶⁾. Casi todos los estudios relacionan la episiotomía con la **dispareunia a corto plazo** (< 3 meses posparto) ^(25,46,56,62,70,71,75,82). De acuerdo con *Rathfisch et al*, la episiotomía aumenta la prevalencia de dispareunia considerablemente con respecto a la presencia de un periné intacto, especialmente si a la episiotomía se le suma un desgarro perineal ⁽⁷⁰⁾. De hecho, el estudio de *Rådestad et al*, también lo corrobora, añadiendo que una de cada cuatro mujeres con desgarro perineal asociado a una episiotomía (lo que

supone una lesión del esfínter anal en la mayoría de los casos), no mantiene relaciones sexuales por presencia de dispareunia dentro de los tres primeros meses posparto.⁽⁷¹⁾

La presencia de dispareunia asociada a la episiotomía tiene su origen en que ésta aumenta el traumatismo perineal anterior (incluye lesiones periuretrales, del clítoris y desgarros labiales), de acuerdo con el ensayo realizado por *Sulaiman et al*⁽⁵⁶⁾. Por otro lado, otro autor plantea que el origen de la dispareunia en mujeres primíparas se produce, principalmente, por una lesión obstétrica del esfínter anal.⁽⁶¹⁾

Varios autores discrepan sobre la relación entre la episiotomía y la **dispareunia a largo plazo** (> 3 meses posparto). Tres estudios indican que la episiotomía favorece su desarrollo^(71,75,76), otros tres indican que no influye^(46,66,67), mientras que o dos señalan que la episiotomía ha de considerarse como un factor protector frente a la dispareunia.^(64,68)

Según *Silva et al*, incluso 6 meses después de realizar la episiotomía, casi el 30% de las mujeres presentan dispareunia, lo que repercute considerablemente vida sexual de las mujeres sometidas a una episiotomía⁽⁷⁵⁾. Así mismo, *Solana et al* atribuye la presencia de dispareunia a los 6 meses posparto a la una dehiscencia o infección de la episiorrafia⁽⁷⁶⁾, mientras que otro autor informa que el uso rutinario de la episiotomía en comparación con el restrictivo no repercute en la prevalencia de dispareunia a los 4 años posparto, por lo que no debe considerarse como factor de riesgo a largo plazo.⁽⁶⁶⁾

6.3. Determinar la relación entre el uso de la episiotomía y el desarrollo o no de incontinencia fecal y/o urinaria después del parto.

La mayoría de los artículos coinciden en que episiotomía, independientemente del tipo que sea, favorece la **incontinencia fecal a corto plazo** (< 3 meses posparto)^(44,56,61,65,83). En cambio dos artículos informan de que la episiotomía protege frente a la incontinencia fecal^(72,87), y dos artículos dicen que no hay diferencias entre una política de episiotomía restrictiva y rutinaria (o entre el uso o no de la episiotomía) en su desarrollo.^(62,67)

La mayor parte de los estudios coinciden en que el principal factor de riesgo para la aparición de incontinencia fecal es el traumatismo perineal grave o una lesión obstétrica del esfínter anal^(44,56,61,65,67,72,73), que está estrechamente relacionada con la paridad, de tal manera que tanto nulíparas como primíparas presentan mayor riesgo de OASIS que la multiparidad^(56,61,65,73). Concretamente, *Räisänen et al* indica que la nuliparidad presenta un riesgo de OASIS 7,1 veces mayor que la multiparidad⁽⁷³⁾. Según *Stedenfeldt et al*, los

daños obstétricos del esfínter anal asociados al uso de la episiotomía aumentan 4 veces el riesgo de sufrir incontinencia fecal y de mayor magnitud si se compara con un parto sin OASIS ⁽⁶¹⁾. Otros autores indican que aumenta especialmente el riesgo de incontinencia fecal si se realiza una episiotomía en la línea media del periné (episiotomía media). ^(67,82)

La episiotomía también se relaciona con la presencia de incontinencia de gases (flatos). El estudio llevado a cabo por *Al-Zein et al*, indica que las mujeres sometidas a una episiotomía presentan 3 veces más probabilidad de desarrollar este problema en comparación con aquellas mujeres que sufren un desgarro perineal. ⁽⁴⁴⁾

Sin embargo otros autores informan de que la episiotomía tiene un efecto protector frente a la incontinencia fecal. De acuerdo con *De Vogel et al*, disminuye 6 veces la probabilidad de desarrollar OASIS cuando se realiza una episiotomía mediolateral durante un parto vaginal instrumentado, de manera que no realizar una episiotomía supone elevar la tasa de OASIS hasta un 15% ⁽⁷²⁾. Resultados similares muestra el estudio otro estudio, en el que se indica que al disminuir la tasa de episiotomía lateral en mujeres primíparas, aumenta proporcionalmente la tasa de OASIS. ⁽⁷³⁾

Debido a los pocos estudios identificados que evaluar la relación de la episiotomía con la **incontinencia fecal a largo plazo**, no es posible obtener conclusiones significativas a cerca de esta cuestión. No obstante, los tres artículos seleccionados informan que la episiotomía favorece el desarrollo de incontinencia fecal, aunque en uno de ellos habla de que las diferencias son mínimas entre un parto con y sin episiotomía. De acuerdo con *Fritel et al*, el uso rutinario de la episiotomía se relaciona con casi el doble de prevalencia de incontinencia fecal, en relación al uso restrictivo, a los 4 años del primer parto (17% frente a 10%) ⁽⁶⁶⁾. Los otros autores indican que la episiotomía media tiende a incrementar especialmente su frecuencia. ^(67,82)

En cuanto a la relación que tiene la episiotomía con la **incontinencia urinaria**, los resultados son bastante homogéneos y no difieren en cuanto a corto y a largo plazo. La mayoría de los estudios coinciden en que la episiotomía no influye en su desarrollo ya sea como un factor predisponente o como un factor protector ^(6,62,65-67,69). Por otro lado, tres estudios afirman que la episiotomía protege frente a la incontinencia urinaria ^(63,64,68), mientras que solamente un estudio muestra que la episiotomía favorece su desarrollo. ⁽⁸²⁾

Por otro lado, las primíparas podrían ser menos propensas a desarrollar incontinencia urinaria en comparación con las multíparas según el estudio realizado por *Langrová et al*,

en el que también se añade que las de pérdidas de orina durante el embarazo tiene un efecto predisponente en el desarrollo de incontinencia urinaria a los 2-5 años del parto.⁽⁶⁹⁾

En el parto instrumentado, limitar el uso de la episiotomía aumenta la tasa de incontinencia urinaria de esfuerzo considerablemente hasta la sexta semana después del parto. Sin embargo, los signos de incontinencia desaparecen después de un año posparto, de acuerdo con *Macleod et al* ⁽⁶³⁾. En el parto vaginal no instrumentado, *Bertozzi et al*, también coincide en su efecto protector añadiendo que la episiotomía reduce los signos urinarios de gravedad, las limitaciones físicas, sociales y del rol, y aumenta la calidad de vida de la mujer hasta los 6 meses posteriores al parto. ⁽⁶⁴⁾

6.4 Establecer qué modalidad de episiotomía presenta mejores resultados en la protección de la función pélvica.

Los estudios que tratan de comparar la diferencia entre la **episiotomía mediolateral (EML)** y la **episiotomía media (EM)** son heterogéneos. La EML de carácter restrictivo podría reducir las probabilidades de desarrollar una OASIS (relacionada estrechamente con la incontinencia fecal)^(33,56,67), especialmente en el parto vaginal instrumentado (disminuye en 6 veces la probabilidad de desarrollarla)⁽⁷²⁾, además de reducir el número de desgarros perineales. ^(73,74)

Realizar una episiotomía con un amplio grado sobre la línea media amplio (45°-60°) reduce el número de complicaciones posparto. De acuerdo con *Eogan et al*, por cada 6° de amplitud sobre la línea media de una episiotomía se reduce el riesgo de desgarro perineal de III grado en un 50% ⁽⁷⁴⁾. Concretamente el ángulo de 60° ocasiona el menor daño obstétrico posible, considerándose como el ángulo óptimo para realizar una EML, con tasas muy bajas de incontinencia fecal. ^(33,83)

Otros estudios indican que tanto la EML o la EL aumentan el riesgo de sufrir dolor perineal y dispareunia incluso a largo plazo en comparación con la EM^(75,82), y únicamente el meta-análisis realizado por *Carroli y Mignini* muestra que no hay diferencia entre estos dos tipos de episiotomía en cuanto a la calidad de vida de las parturientas.⁽⁶⁾

Por otro lado no se dispone de suficientes datos que nos permitan determinar realmente la diferencia entre **la EML y la episiotomía lateral (EL)**. Un estudio indica que la EL es el tipo que reduce en mayor medida el riesgo de OASIS⁽⁷³⁾. Por otro lado, dos estudios informan de que no hay diferencia entre ambos tipos en cuanto a dolor perineal y

dispareunia a los 10 días, a los 3 y a los 6 meses del parto^(81,84), mientras que según *Rusavy et al*, la EML y la EL incrementan las tasas de incontinencia anal, especialmente la EL que aumenta considerablemente el riesgo de incontinencia fecal de urgencia a los 6 meses posparto.⁽⁸³⁾

7. CONCLUSIONES

Para finalizar esta revisión bibliográfica y de acuerdo a los resultados obtenidos, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- Una política de episiotomía restrictiva mejora el bienestar y la calidad de vida de las mujeres durante el puerperio.
- El dolor perineal y la dispareunia posparto a corto plazo, sobre todo durante las primeras semanas del parto, es más frecuente en mujeres sometidas a una episiotomía en comparación con las que presentan un periné intacto o un desgarro de I o II grado.
- El traumatismo perineal parece ser el principal determinante en el desarrollo de dolor perineal posparto.
- La episiotomía favorece la presencia de disfunción sexual, ya sea en forma de dispareunia o en el retraso en la reanudación de las relaciones sexuales.
- Existen resultados heterogéneos en cuanto a la relación de la dispareunia a largo plazo y la episiotomía. Algunos estudios indican que pueden aparecer casos de dispareunia incluso después de 6 meses posparto.
- Las lesiones obstétricas del esfínter anal se consideran el principal factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia fecal, especialmente si se realiza una EM.
- La paridad está estrechamente relacionada con una OASIS, siendo evidentemente más habitual en mujeres nulíparas y primíparas que en multíparas.
- La incontinencia urinaria no se relaciona directamente con la episiotomía, aunque se necesita más investigación al respecto, dado que los resultados muestran cierta heterogeneidad. Por su parte, la incontinencia urinaria posparto a largo plazo suele asociarse a pérdidas de orina durante el embarazo.
- La EML disminuye el riesgo de desgarros perineales y de OASIS. La EML y la EL podrían aumentar el riesgo de dolor perineal y dispareunia en comparación con la EM. No obstante, se necesitan más evidencia al respecto.

- Aumentar el grado de amplitud de una EML (ángulo entre 45-60°) reduce el número de disfunciones del suelo pélvico. El grado óptimo para una EML podría ser aquel cuyo ángulo se aproxime a 60° sobre la línea media.
- El abordaje de la protección del suelo pélvico debe comenzar con la prevención y debe ser realizado por un equipo multidisciplinar en el que se impliquen todos los profesionales que están en contacto con la mujer desde su embarazo.
- Se pone de manifiesto la necesidad de reducir la tasa de episiotomía tanto como sea posible siempre que no suponga un mayor riesgo para la salud materno-filial. Por otro lado, se necesita mayor investigación acerca de los problemas de la episiotomía sobre la función pélvica, especialmente a largo plazo, que permita aumentar la evidencia científica de este habitual procedimiento obstétrico.

8. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado durante estos cuatro años dedicados a la enfermería y que han hecho posible la realización de este trabajo, tanto familiares, amigos como compañeros de facultad. Especialmente quiero dar las gracias a mi tutor, Manuel González Cabrera, por su tiempo, dedicación y profesionalidad, además de su magnífico trato personal. Gracias a todos, sin vuestro apoyo nada de esto hubiese sido posible.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Accedido 02/15, 2016. Disponible en: www.msssi.gob.es
- (2) Rozas-Maceira MC, Barreira-Salgado A, Merino-Atienza G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
- (3) Alcaide AR. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata 2015(18):13-26.
- (4) Zeitlin J, Mohangoo AD, Delnord M, Cuttini M. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Paris: EUROPERISTAT Scientific Committee; 2013.
- (5) Real Academia Española. Episiotomía. Accedido 02/15, 2016. Disponible en: www.rae.es.
- (6) Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2009 Jan 21(1):CD000081.
- (7) Lede RL, Belizán JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? Obstet Gynecol 1996 5;174(5):1399-1402.

- (8) Netter FH. Atlas of Human Anatomy, Professional Edition. Elsevier Health Sciences; 2014.
- (9) Vergara Sagbini G. Episiotomía. E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. . Agosto 2009:1-18.
- (10) Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health* 2014;11(66):607-616.
- (11) Ballesteros C, Martínez M. E, Meseguer de Pedro M, Carrillo C, Canteras M. La episiotomía en el marco de la atención al parto normal. *Asociación de Matronas de la Región de Murcia*. 2014:978-84-697-1369-3.
- (12) Martínez JR, de Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Profesión* 2002;8(8):33-39.
- (13) Sánchez Casal M. Episiotomía versus desgarró. Revisión de las evidencias científicas. *Enfermería Docente* 2012;97:27-32.
- (14) Ho JJ, Pattanittum P, Japaraj RP, Turner T, Swadpanich U, Crowther CA, et al. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010;111(1):13-18.
- (15) Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamadilok J, Seekorn K, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health* 2007;4(10).
- (16) Fernando R, Williams A, Adams E. The management of third and fourth degree perineal tears. *RCOG green top guidelines* 2007;1(29).
- (17) Cruz Maroto E. Incidencia y prevalencia del dolor perineal tras el parto vaginal. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2009;1(2).
- (18) de Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006 Feb;35:1S24-1S31.
- (19) Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library* 1999.
- (20) Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Pérez JCS, Ortiz-Albarín MD, Barragán IJ, Ruiz MÁA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2011;54(3):101-108.
- (21) Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol* 2009 May;200(5):e1-573.
- (22) Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Progresos de obstetricia y ginecología* 2008;51(9):559-563.
- (23) Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2004;47(9):414-422.
- (24) Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E. Factors affecting the performance of a selective episiotomy in nulliparous women. *Enfermería Global* 2014(35):412.
- (25) 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.
- (26) La Atención Prenatal, Parto. Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo, 2009. Disponible en: www.paho.org.

- (27) Gaspar-Vallecillo M, Niz-Ramos J, Alvarado-Duran A. Parto distócico por desproporción feto-pelvica. *Rev Med Honduras* 1975;43(4).
- (28) Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet* 2012 Dec;286(6):1369-1373.
- (29) Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Mayerhofer K. Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. *J Reprod Med* 2003 Apr;48(4):239-242.
- (30) Rubio Romero JA. Indicaciones actuales de la episiotomía. *Revista de la Facultad de Medicina* 2004;52(2): 132-139 2357-3848 0120-0011 .
- (31) Kalis V, Laine K, De Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119(5):522-526.
- (32) Rodríguez B, Carmen M, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica* 2014;17(2):53-57.
- (33) Kalis V, Landsmanova J, Bednarova B, Karbanova J, Laine K, Rokyta Z. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011;112(3):220-224.
- (34) Robinson JN. Approach to episiotomy. Waltham, MA: UpToDate; 2012.
- (35) Scetti MR, Serracani GS, Zalazar LA. Uso selectivo de la episiotomía. *Rev Post VI Cat Med* 2005;6-9.
- (36) Rábago J. Cirugía en el parto vaginal. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:678-682.
- (37) De Jonge A, Teunissen T, Lagro-Janssen A. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2004;25(1):35-45.
- (38) Gupta J, Hofmeyr G. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008;1(2).
- (39) Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso, 2007. Disponible en: www.federacion-matronas.org
- (40) Lorenzana-Cruz J, Espinal-Rodríguez J. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del Hospital Escuela Universitario: Tegucigalpa; 2001.
- (41) Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2005;56(2):116-126.
- (42) Sánchez FA. Uso Rutinario De La Episiotomía Y Complicaciones Asociadas, En Mujeres Nulíparas Atendidas De Parto Vaginal En El Hospital De Apoyo De Sullana: Sullana; 2005.
- (43) Arango F, Gómez JG, Zuleta JJ. Uso de prácticas clínicas durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, en hospitales públicos de Manizales-Colombia, 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005;56(4):271-281.
- (44) Al-Zein HJ, Jarrah S, Al-Jaghbir M. The Relationship Between Obstetric Perineal Trauma, Risk Factors and Postpartum Outcomes Immediately After Childbirth. *International Journal of Childbirth Education* 2013;28(4).
- (45) Amorim Francisco A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Sonia María, Barbosa da Silva, Flora María, Oliveira Santos Jd, Leister N, Gonzalez Riesco ML. Efecto del dolor

perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. *Index de Enfermería* 2012;21(3):150-154.

(46) Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2006;35:59-67.

(47) Valls SLA, Blanco C, García-Giralda L. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales: atención primaria de calidad; 2004.

(48) Kettle C, Ismail K, O'Mahony F. Dyspareunia following childbirth. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2005;7:245-249.

(49) Brauer M. Dyspareunia in women: a painful affair. The role of fear of pain and sexual arousal, 2008.

(50) Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000;107(2):186-195.

(51) Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A, Ayers S. The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology* 2001;108(1):34-40.

(52) Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2009;145(2):133-137.

(53) Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother K, Herbison G. Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008;4.

(54) Azcúe JA, Morales AF, De La Quintana, C Lillo, Llosa MS, Llosa LS. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. *Revista Médica de la Universidad de Navarra* 2004;48:18-31.

(55) Gorbea-Chávez V, Hernández-Contreras R, Rodríguez-Colorado S, Velázquez-Sánchez M, Kunhardt-Rasch I. Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico. *Perinatología y Reproducción Humana* 2011;25(1):23-28.

(56) Sulaiman AS, Ahmad S, Ismail NA, Rahman RA, Jamil MA, Mohd Dali AZ. A randomized control trial evaluating the prevalence of obstetrical anal sphincter injuries in primigravida in routine versus selective mediolateral episiotomy. *Saudi Med J* 2013 Aug;34(8):819-823.

(57) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria Año 2014, Notas de Prensa. INE. 2015 Nov 23(1):2-6.

(58) Instituto Nacional de Estadística. INEbase. Partos año 2014. Accedido 01/16, 2016. Disponible en: www.ine.es

(59) Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Obstet Gynecol* 2002;186(2):221-228.

(60) Gómez N, Mozo M, Villamarzo IS. Revisión sistemática de la episiotomía. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* 2004;47(7):330-337.

- (61) Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P. Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women—a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Womens Health* 2014;14(1):1.
- (62) Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc* 2013;63(6):696-701.
- (63) Macleod M, Goyder K, Howarth L, Bahl R, Strachan B, Murphy D. Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2013;120(8):1020-1027.
- (64) Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Calcagno A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Womens Health* 2011;11(1):1.
- (65) Murphy D, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008;115(13):1695-1703.
- (66) Fritel X, Schaal J, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008;115(2):247-252.
- (67) Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review: Summary 2005.
- (68) Rikard-Bell J, Iyer J, Rane A. Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: a cohort study of primiparous women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2014;54(4):371-376.
- (69) Langrová P, Vrublová Y. Relationship between Episiotomy and Prevalence of Urinary Incontinence in Women 2-5 Years After Childbirth. *CENT EUR J NURS MIDWIFERY* 2014 07;5(3):94-98.
- (70) 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(12):2640-2649.
- (71) Rådestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. *Birth* 2008;35(2):98-106.
- (72) de Vogel J, Van Der Leeuw-Van Beek, Anneke, Gietelink D, Vujkovic M, de Leeuw JW, van Bavel J, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol* 2012;206(5):404. e1-404.
- (73) Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Hospital-based lateral episiotomy and obstetric anal sphincter injury rates: a retrospective population-based register study. *Obstet Gynecol* 2012;206(4):e1-347

- (74) Eogan M, Daly L, O'Connell P, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006;113(2):190-194.
- (75) Silva NLS, Oliveira, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de, Silva, Flora Maria Barbosa da, Santos JdO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev.enferm.UERJ* 2013;21(2):216-220.
- (76) Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, de la Cruz, José Enzaldo, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2008;23(1):44-51.
- (77) Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CdS, Silva RLd, Mendes, Edilaine de Paula Batista, Oliveira, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos. Association between perineal trauma and pain in primiparous women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2014;48:39-44.
- (78) Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa Ld, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm* 2012;65(2):264-268.
- (79) Mathias, Ana Eliza Rios de Araújo, Pitangui ACR, Vasconcelos AMA, Silva SS, Rodrigues PdS, Dias TG. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Revista Dor* 2015;16(4):267-271.
- (80) Roy P, Sujatha M, Biswas B, Chatterjee A, Roy P. A comparative study of perineal morbidity in vaginal delivery with and without episiotomy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2015;4(5):1442-1445.
- (81) Necesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2016.
- (82) Sánchez MI, Luna J. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. *Rev Paraninfo Digital*; 2013;1(18).
- (83) Rusavy Z, Karbanova J, Jansova M, Kalis, V. Anal incontinence and sexuality after mediolateral and lateral episiotomy: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal* 2015, 1:39-40.
- (84) Karbanova J, Rusavy Z, Betincova L, Jansova M, Necesalova P, Kalis V. Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014;127(2):152-156.
- (85) Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc* 2013 Jun;63(6):696-701.
- (86) 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.
- (87) Räisänen S, Selander T, Cartwright R, Gissler M, Kramer MR, Laine K, et al. The association of episiotomy with obstetric anal sphincter injury—a population based matched cohort study. *PloS one* 2014;9(9):e107053.