

ORIGINAL

Dolor pélvico en mujeres con episiotomía versus mujeres con desgarro perineal de segundo grado



I. Asorey Veiga ^{a,*}, I. Aparicio Rodríguez ^a y M. Macía Cortiñas ^b

^a Sección de Partos, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Provincial Universitario de Pontevedra (CHUP), SERGAS, Pontevedra, España

^b Sección de Partos, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Recibido el 8 de agosto de 2022; aceptado el 17 de enero de 2023

Disponible en Internet el 17 de febrero de 2023

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Suelo pélvico;
McGill;
Episiotomía;
Desgarro perineal;
Posparto

Resumen

Introducción: El dolor pélvico es una de las disfunciones del suelo pélvico más comunes en el posparto, influyendo el grado de lesión y el momento en el que se valora.

El grado de afección de una episiotomía medio-lateral es similar al desgarro perineal de segundo grado, por ello se decidió realizar un estudio que recogiera el grado de dolor referido mediante el Cuestionario de dolor de McGill.

Material y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico observacional, longitudinal prospectivo, de cohortes dinámicas, entre 384 mujeres, de las cuales 255 tuvieron un desgarro de segundo grado y a 129 se les practicó una episiotomía. Se realizó una valoración del suelo pélvico, junto con una recogida de datos (realización o no de masaje perineal, ejercicios musculares de suelo pélvico, presencia de Kristeller, tipo de sutura) así como el grado y tipo de dolor mediante el cuestionario de McGill, durante el puerperio inmediato, a las 6 semanas y a los 6 meses del posparto.

Resultados: En el puerperio inmediato más del 50% de las mujeres refirieron algún tipo de sensación dolorosa, sin encontrar diferencias significativas entre ambas cohortes. Mientras que, a lo largo de la evolución del estudio, se produjo una disminución progresiva del dolor en ambas cohortes. Ya a las 6 semanas de posparto, menos del 33% de las mujeres refirieron alguna sensación dolorosa, considerándose como ausencia de dolor según los criterios del cuestionario de McGill.

Conclusión: La presencia de episiotomía o desgarro perineal de segundo grado no ha tenido relación con el dolor perineal.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iriaav@gmail.com (I. Asorey Veiga).

KEYWORDS
Pain;
Pelvic floor;
McGill;
Episiotomy;
Perineal tear;
Postpartum**Pelvic pain in women with episiotomy versus women with second-degree perineal tear****Abstract**

Introduction: Pelvic pain is one of the most common pelvic floor dysfunctions in the postpartum period, depending on the degree of injury and the time at which it is assessed. The degree of involvement of a mediolateral episiotomy is similar to that of a second degree perineal tear, therefore it was decided to conduct a study to collect the degree of pain reported using the McGill Pain Questionnaire.

Material and methods: An observational, prospective longitudinal epidemiological study of dynamic cohorts was conducted among 384 women, of whom 255 had a second-degree tear and 129 had undergone an episiotomy. An assessment of the pelvic floor was carried out, together with data collection (performance or not of perineal massage, pelvic floor muscle exercises, presence of Kristeller, type of suture) as well as the degree and type of pain using the McGill Questionnaire, in the immediate puerperium, at six weeks, and six months of postpartum.

Results: In the immediate puerperium more than 50% of women reported some type of painful sensation, without finding significant differences between both cohorts. However, as the study evolved, there was a progressive decrease in pain in both cohorts. By six weeks postpartum, less than 33% of women reported a painful sensation, considered as absence of pain according to the criteria of the McGill questionnaire.

Conclusion: The presence of episiotomy or second degree perineal tear was not related to perineal pain.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El dolor perineal en el posparto es un problema clínico frecuente que puede ser incapacitante para muchas mujeres, llegando a interferir con el sueño y las actividades cotidianas propias de la maternidad.

El dolor perineal generalmente se presenta desde el período posparto inmediato y hasta las 6 semanas tras el nacimiento, definiéndose como dolor pélvico crónico el que persiste durante al menos 6 meses. El dolor pélvico agudo en el posparto se ha relacionado con el grado de laceración o trauma perineal, de forma que, a mayor tamaño de lesión, mayor percepción de sensación dolorosa, aunque también es común la presencia de dolor tras un parto vaginal con un periné intacto. Por otro lado, la percepción dolorosa también varía dependiendo del día de posparto en el que se encuentre, siendo la prevalencia mucho mayor el primer día y disminuyendo progresivamente a lo largo del tiempo¹.

Las revisiones Cochrane han demostrado que técnicas como el masaje perineal y el uso de compresas calientes en el periné durante el expulsivo son efectivos para prevenir el trauma perineal y el dolor asociado². También se revisaron las técnicas de alivio de dolor, como métodos y materiales para suturar desgarros perineales o episiotomías, ecografía terapéutica y analgesia rectal. Así, la sutura continua se asocia con menos dolor a corto plazo en comparación con el método interrumpido².

Pero sigue sin haber estudios concluyentes que asocien la episiotomía con un nivel mayor de dolor en comparación con un desgarro perineal, ni con un desgarro perineal de segundo grado, el cual es considerado el equivalente dado su grado de afectación perineal^{1,3}. Por ello se decidió llevar

a cabo un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia y severidad del dolor perineal en el puerperio inmediato y tardío en mujeres con lesiones perineales de similar grado de afectación utilizando para ello el cuestionario de dolor de la Universidad de McGill, escala validada internacionalmente⁴.

Material y métodos

Se realizó un estudio epidemiológico observacional, longitudinal prospectivo, de cohortes dinámicas, con un total de 384 mujeres, de las cuales 255 tuvieron un desgarro perineal de segundo grado y 129 mujeres a las que se les practicó una episiotomía medio lateral derecha.

Tras la aprobación del comité de ética y la autorización por parte del Hospital Provincial de Pontevedra y posterior aprobación del Hospital de Vigo, se recogió el total de la muestra en el período de tiempo que abarca desde marzo del 2017 hasta agosto del 2019. De forma que las 255 mujeres con un desgarro de segundo grado parieron en el Hospital Provincial de Pontevedra, y 90 de las mujeres con episiotomía (el 69,77%), mientras que las 39 restantes (30,23%) lo hicieron en el Hospital Álvaro Cunqueiro entre el 20 de abril de 2018 y el 31 de julio de 2019. Las participantes de Pontevedra fueron revisadas por la misma persona en ambas visitas, mientras que las 39 mujeres con episiotomía del área de Vigo fueron valoradas por sus matronas de atención primaria.

Los criterios de exclusión fueron todas aquellas mujeres menores de edad o mayores de 45 años, con gestaciones de menos de 36 semanas de gestación, multíparas o con un parto distóxico, con patologías previas diagnosticadas en el suelo pélvico, con desgarros perineales de grados I, III o IV y

con las que no pudíramos comunicarnos en español, inglés o francés.

Las variables recogidas en el puerperio inmediato, es decir, dentro de las primeras 48 h de posparto, fueron: edad materna, edad gestacional, cálculo de IMC (índice de masa corporal), realización o no de ejercicio físico (un mínimo de 2 h a la semana), realización o no de ejercicios musculares de suelo pélvico (un mínimo de 10 contracciones rápidas y 10 contracciones lentas de Kegel de forma diaria), realización o no de masaje perineal (3 veces a la semana desde la semana 36), duración del expulsivo, realización de la maniobra de Kristeller o presión fúndica durante el expulsivo, y la administración o no de la analgesia epidural.

Las variables recogidas en la revisión de las 6 semanas y de los 6 meses fueron las siguientes: cálculo del IMC, realización de ejercicio físico, realización de ejercicios musculares de suelo pélvico, valoración de la recuperación de la cicatriz perineal mediante la escala REEDA, el grado de prolapsio de los órganos pélvicos mediante la escala Baden-Walker, y presencia de dolor mediante el cuestionario de dolor de McGill.

La escala REEDA valora del 0 al 3 el grado de enrojecimiento, edema, equimosis, secreción y aproximación de los bordes de la herida, y donde una puntuación mayor indica un mayor nivel de trauma tisular ([anexo](#)).

Mediante el cuestionario de dolor de McGill se categoriza el dolor en una dimensión sensorial, que se subdivide en temporal I (a golpes o continuo), temporal II (periódico, repetitivo, insistente e interminable), localización I (impresionante, bien delimitado, extenso), localización II (repartido o propagado), punción (como un pinchazo, agujas, clavo, punzante o perforante), incisión (como si cortase, como una cuchilla), constrictión (como un pellizco, como si apretara, como agarrotado, opresivo como si exprimiera), tracción (tirantez, como un tirón, como si tirara, como si arrancara, como si desgarrara), térmico (calor, como si quemara, abrásador, como hierro candente), térmico II (frialdad o helado), sensibilidad táctil (como si rozara, como un hormigueo, como si arañara, como si raspara, como un escozor, como un picor), consistencia (pesadez), miscelánea sensorial I (como hinchado, como un peso, como un flato, como espasmos), miscelánea sensorial II (como latidos, concentrado, como si pasara corriente, calambrazos), miscelánea sensorial III (seco, como martillazos, agudo, como si fuera a explotar); afectiva o emocional, que se subdivide en tensión emocional (fastidioso, preocupante, angustiante, exasperante, que amarga la vida), signos vegetativos (nauseante), miedo (que asusta, temible, aterrador); y evaluativa o valorativa (no hay dolor, débil, soportable, intenso, terriblemente molesto) ([anexo](#)).

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables de estudio, así como análisis univariantes para la comparación de medias y proporciones entre variables. Evaluamos las diferencias en el puerperio inmediato, a las 6 semanas, y a los 6 meses mediante T-Student para muestras relacionadas para las variables numéricas o bien mediante el Test de McNemar para variables categóricas. Mediante la regresión lineal múltiple evaluamos el dolor, considerando como covariables el tipo de técnica, así como aquellas variables relacionadas en el análisis univariante. Se consideró diferencia estadísticamente significativa un valor de

$p < 0,05$. Los datos se analizaron mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 21.0.

Resultados

Resultados obtenidos en el puerperio inmediato

La edad media de las mujeres fue de 32,25 años, con un IMC medio de 28,68 kg/m². La duración media de la gestación fue de 39 semanas y 6 días (39 + 6SG), según su pertenencia a cada cohorte se observó significación estadística (40SG en mujeres de la cohorte de desgarros vs. 39 + 3SG en mujeres de la cohorte de episiotomías) ($t(382) = 3,292$; $p < 0,01$). Y con una duración media del tiempo de expulsivo de las mujeres participantes del estudio de 95,19 min, lo cual también tuvo significación estadística (87,65 min en la cohorte de desgarros vs. 110,09 min en la cohorte de episiotomías) ($X^2(1) = 11,248$; $p < 0,01$).

El porcentaje de mujeres que han realizado algún tipo de actividad física, ejercicios musculares de suelo pélvico y masaje perineal durante el embarazo no presentó diferencias significativas según su pertenencia a cada cohorte (54,5% vs. 59,8%; 51,4% vs. 54,8%, y 25,6% vs. 24,6% entre la cohorte de mujeres con desgarro vs. la cohorte de mujeres con episiotomía, respectivamente).

Se recogieron los siguientes datos respecto a la asistencia al parto: la realización de la maniobra de Kristeller (10,2% en la cohorte de desgarros vs. 46,4% en la cohorte de episiotomías) ($X^2(1) = 63,852$; $p < 0,01$) y el uso de analgesia epidural (77,3% en la cohorte desgarro vs. 86% en la cohorte episiotomía), que mostraron diferencias significativas ($X^2(1) = 4,171$; $p < 0,05$). Respecto a los tipos de sutura utilizados para la reparación de la lesión perineal se observó que las diferencias fueron significativas ($X^2(3) = 33,901$; $p < 0,01$), siendo la técnica más utilizada la sutura muscular continua con la piel intradérmica seguida de la sutura muscular continua con puntos sueltos en piel ([fig. 1](#)).

Se utilizó la escala REEDA para valorar el proceso de curación y cicatrización de la lesión del suelo pélvico (0,7059 en la cohorte de desgarro vs. 1,0620 en la cohorte de episiotomía), y se observó que las diferencias no fueron significativas ([fig. 2](#)).

Se utilizó el cuestionario de McGill para la valoración del dolor y se observó que: dentro de la categoría sensorial la cohorte de desgarro perineal de segundo grado presentó porcentajes ligeramente superiores de dolor dentro de las subcategorías de Localización, Punción, Constrictión, Térmico, Sensibilidad táctil y Consistencia. Mientras que la cohorte de episiotomía presentó porcentajes ligeramente superiores de dolor en las subcategorías de Temporal, Incisión y Tracción. Ninguna de las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ([tabla 1](#)). Respecto a la categoría miscelánea, se divide en tres subcategorías, en las cuales se observó unos mayores niveles de sensibilidad dolorosa en la cohorte de mujeres con desgarro perineal que en la cohorte de episiotomía, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Con respecto a la categoría emocional, los porcentajes fueron ligeramente superiores en la cohorte de desgarro perineal de segundo grado respecto al Miedo, mientras que en la cohorte de

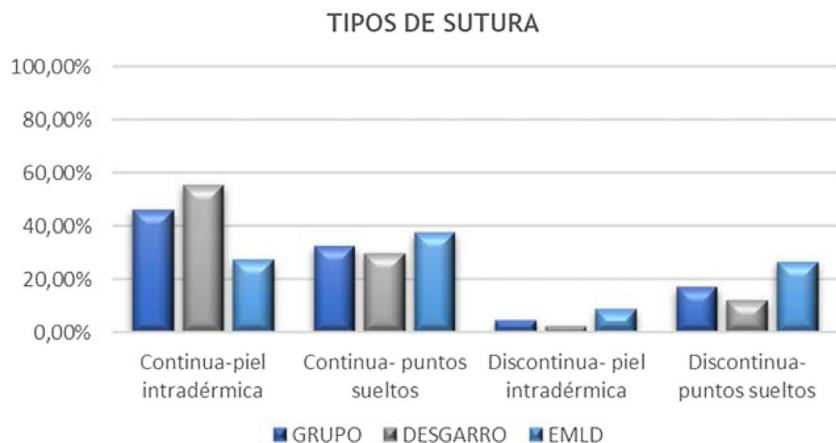


Figura 1 Porcentaje de tipos de sutura perineal. EMLD: episiotomía medio lateral derecha.

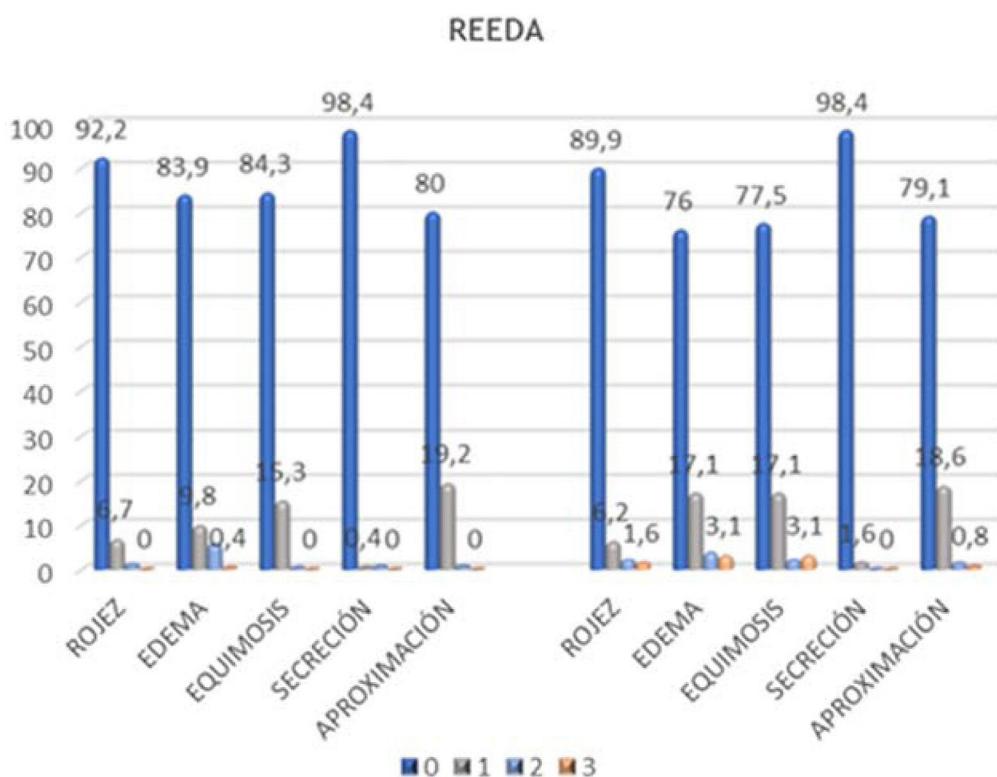


Figura 2 Resumen de datos REEDA.

episiotomía medio lateral derecha los porcentajes respecto a la Tensión emocional y los Signos vegetativos fueron superiores, pero sin obtener significación estadística. Y dentro de la categoría valorativa se recogió la percepción del dolor como débil, soportable, intenso, terriblemente molesto. Según la pertenencia a cada cohorte se observó que el porcentaje de mujeres que refirieron que «no hay dolor», que era «débil», «soportable» e «intenso» fueron superiores en la cohorte de desgarro perineal de segundo grado, mientras que el porcentaje de mujeres que refirieron dolor tipo «terriblemente molesto» fue superior en la cohorte de la episiotomía (tabla 2).

Resultados obtenidos a las 6 semanas del posparto

El IMC medio a las 6 semanas posparto fue de 25,28 kg/m². El porcentaje de mujeres que habían iniciado la realización de ejercicio físico y la realización de ejercicios musculares de suelo pélvico a las 6 semanas posparto no mostró diferencias significativas entre ambas cohortes, así como tampoco en la valoración del grado de prolapsos.

Respecto a la cicatrización de la lesión perineal, se observaron diferencias significativas respecto a la mejor aproximación de los bordes ($\chi^2(2)=148,406$; $p < 0,01$), y a la puntuación total en la escala REEDA en la cohorte

Tabla 1 Resumen de datos iniciales de la categoría sensorial en la escala McGill

McGill	Total	Desgarro	EMLD
<i>Temporal I</i>			
Nada	69,8%	72,2%	65,1%
A golpes - continuo	16,1% - 14,1%	14,5% - 13,3%	19,4% - 15,5%
<i>Temporal II</i>			
Nada	71,6%	72,5%	69,8%
Periódico - repetitivo - insistente - interminable	12,5% - 8,3% - 6,3% - 1,3%	12,9% - 8,2% - 5,5% - 0,8%	11,6% - 8,5% - 7,8% - 2,3%
<i>Localización I</i>			
Nada	51,6%	49,8%	55%
Impreciso - bien delimitado - extenso	6,5% - 37,2% - 4,7%	7,8% - 36,9% - 5,5%	3,9% - 38% - 3,1%
<i>Localización II</i>			
Nada	82,8%	82%	84,5%
Repartido - propagado	13,3% - 3,9%	13,3% - 4,7%	13,2% - 2,3%
<i>Punción</i>			
Nada	58,3%	57,6%	59,7%
Como un pinchazo - como agujas - como un clavo - punzante - perforante	16,4% - 9,4% - 0,8% - 13% - 2,1%	16,5% - 9,8% - 0,4% - 12,9% - 2,7%	16,3% - 8,5% - 1,6% - 13,2% - 0,8%
<i>Incisión</i>			
Nada	82,8%	83,9%	80,6%
Como si cortase - como una cuchilla	12,8% - 4,4%	12,9% - 3,1%	12,4% - 7%
<i>Constricción</i>			
Nada	62,8%	61,2%	65,9%
Como un pellizco - como si apretara - como agarrotado - opresivo - como si exprimiera	9,1% - 10,9% - 7% - 9,4% - /0,8%	9,4% - 11,4% - 6,7% - 10,9% - 0,4%	8,5% - 10,1% - 7,8% - 6,2% - 1,5%
<i>Tracción</i>			
Nada	34,6%	36,1%	31,8%
Tirantez - como un tirón - como si tirara - como si arrancara - como si desgarrara	41,1% - 5,5% - 12,8% - 1,8% - 4,2%	37,6% - 4,3% - 14,1% - 2,7% - 5,1%	48,1% - 7,8% - 10,1% - 0% - 2,3%
<i>Térmico I</i>			
Nada	71%	70,6%	71,9%
Calor - como si quemara - abrasador - como hierro candente	16,2% - 10,2% - 2,3% - 0,3%	14,5% - 11,8% - 2,7% - 0,4%	19,5% - 7% - 1,6% - 0%
<i>Térmico II</i>			
Nada	96,9%	96,5%	97,7%
Frialdad - helado	2,6% - 0,5%	2,7% - 0,8%	2,3% - 0%
<i>Sensibilidad táctil</i>			
Nada	45,1%	44,7%	45,7%
Como si rozara - como un hormigüeo - como si arañara - como si raspara - como un escozor - como un picor	9,6% - 1,8% - 0,8% - 3,6% - 35,9% - 3,1%	9,4% - 1,6% - 0,4% - 2,4% - 38,4% - 3,1%	10,1% - 2,3% - 1,6% - - 6,2% - 31% - 3,1%
<i>Consistencia</i>			
Nada	83,1%	82,4%	84,5%
Pesadez	16,9%	17,6%	15,5%

EMLD: episiotomía medio lateral derecha.

de mujeres con desgarro de segundo grado ($U = 6886,500$; $p < 0,01$).

Se analizaron los datos recogidos en el cuestionario de dolor de McGill, y dentro de la categoría sensorial se observó que la cohorte de desgarro perineal de segundo grado presentó porcentajes ligeramente superiores de dolor dentro de la subcategoría de Consistencia, mientras que la cohorte de mujeres con episiotomía presentó porcentajes mayores en las subcategorías: Temporal, Localización, Punción, Incisión, Constricción, Tracción, Térmico y Sensibilidad táctil. Aun así, ninguna de las diferencias encontradas fue estadísticamente significativa (tabla 3). Respecto a la categoría

miscelánea, en la primera subcategoría se observaron unos mayores niveles de sensibilidad dolorosa en la cohorte de mujeres con desgarro perineal, mientras que en la cohorte de episiotomía los porcentajes fueron mayores en la subcategoría Miscelánea II y III, pero sin ser estadísticamente significativos. Y en la categoría emocional los porcentajes fueron iguales en la subcategoría Signos vegetativos, y ligeramente superiores en la cohorte de episiotomía medio lateral derecha con respecto a la Tensión emocional y Miedo, pero sin tener significación estadística. Dentro de la categoría valorativa se observó que el porcentaje de mujeres que refirieron menor grado de dolor fueron superiores en

Tabla 2 Resumen de datos iniciales de la categoría miscelánea, emocional y categoría valorativa en la escala McGill

		McGill	Total	Desgarro	EMLD
Categoría miscelánea	Miscelánea I	Nada	53,9%	52,2%	57,4%
		Como hinchado - como un peso - como un flato - como espasmos	37% - 6,8% - 0,8% - 1,6%	36,9% - 8,6% - 0,8% - 1,6%	37,2% - 3,1% - 0,8% - 1,6%
	Miscelánea II	Nada	77%	74,8%	81,4%
		Como latidos - concentrado - como si pasara corriente - calambrazos	9,4% - 10,2% - 1% - 2,3%	10,2% - 11,8% - 0,8% - 2,4%	7,8% - 7% - 1,6% - 2,3%
	Miscelánea III	Nada	82,2%	81,1%	84,5%
		Seco - martillazos - agudo - como si va a explotar	6,8% - 2,1% - 6,3% - 2,6%	7,1% - 2,4% - 7,1% - 2,4%	6,2% - 1,6% - 4,7% - 3,1%
Categoría emocional	Tensión emocional	Nada	94%	94,5%	93%
		Fastidioso - preocupante - angustiante - exasperante - que amarga la vida	4,2% - 1,3% - 0,5% - 0% - 0%	3,9% - 0,8% - 0,8% - 0% - 0%	4,7% - 2,3% - 0% - 0% - 0%
	Signos vegetativos	Nada	98,2%	98%	98,4%
		Nauseante	1,8%	2%	1,6%
	Miedo	Nada	86,7%	85,5%	89,1%
		Que asusta - temible - aterrador	10,7% - 2,3% - 0,3%	11,4% - 2,7% - 0,4%	9,3% - 1,6% - 0%
Categoría valorativa	Dolor	No hay dolor	0,3%	0,4%	0%
		Débil	9,9%	11%	7,8%
		Soportable	23,2%	23,5%	22,7%
		Intenso	53,5%	54,1%	52,3%
		Terriblemente molesto	12,3%	9,8%	17,2%
	Valor perdido		0,8%	1,2%	0%

EMLD: episiotomía medio lateral derecha.

la cohorte de desgarro perineal de segundo grado, mientras que la mayor intensidad de dolor se registró en la cohorte de episiotomía ([tabla 4](#)).

Resultados obtenidos a los 6 meses del posparto

El IMC medio del conjunto total de mujeres del estudio a los 6 meses del parto fue de 24,69 kg/m². El porcentaje de mujeres que iniciaron la realización de ejercicio físico y ejercicios musculares de suelo pélvico a los 6 meses posparto (32,2% vs. 40,5%, y 36,5% vs. 40,5%, en la cohorte de mujeres con desgarro y cohorte de mujeres con episiotomía, respectivamente), no mostró diferencias significativas según su pertenencia a cada cohorte, así como tampoco según la presencia de prolapsos de órganos pélvicos.

Respecto a la cicatrización de la lesión perineal, de forma significativa, se observó menor presencia de equimosis ($\chi^2(1) = 31,354$; $p < 0,01$), así como una mejor puntuación total en la escala REEDA, en la cohorte de mujeres con desgarro perineal ($U = 522,500$; $p < 0,01$).

Respecto al dolor perineal percibido en la revisión realizada a los 6 meses de posparto con el cuestionario de dolor de McGill, y dentro de la categoría sensorial, se observó

que la cohorte de desgarro perineal de segundo grado presentó porcentajes ligeramente superiores de dolor dentro de la subcategoría Temporal, Localización II, Constricción y Consistencia, mientras que la cohorte de mujeres con episiotomía presentó porcentajes mayores en las subcategorías: Localización I, Incisión, Tracción, Térmico I y Sensibilidad táctil. Aun así, ninguna de las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ([tabla 5](#)). Respecto a la categoría miscelánea, se observaron unos mayores niveles de sensibilidad dolorosa en la cohorte de mujeres con desgarro perineal en la subcategoría Miscelánea I y III en la cohorte de episiotomía, mientras que en la cohorte de desgarros perineales los porcentajes fueron mayores en la subcategoría Miscelánea II, pero sin ser estadísticamente significativos. Y en la categoría emocional los porcentajes fueron iguales en la subcategoría Signos vegetativos, y ligeramente superiores en la cohorte de episiotomía medio lateral derecha con respecto a la Tensión emocional y Miedo, pero sin tener significación estadística. Dentro de la categoría valorativa se observó que el porcentaje de mujeres que refirieron menor grado de dolor fueron superiores en la cohorte de desgarro perineal de segundo grado, mientras que la mayor intensidad de dolor se registró en la cohorte de episiotomía ([tabla 6](#)).

Tabla 3 Resumen de datos a las 6 semanas de la categoría sensorial, en la escala McGill

McGill	Grupo	Desgarro	EMLD
<i>Temporal I</i>			
Nada	96,9%	97,6%	95,3%
A golpes - continuo	3,1% - 0%	2,4% - 0%	4,7% - 0%
<i>Temporal II</i>			
Nada	96,9%	97,3%	96,1%
Periódico - repetitivo - insistente - interminable	1,8% - 0,5% - 0,5% - 0,3%	2% - 0,4% - 0,4% - 0%	1,6% - 0,8% - 0,8% - 0,8%
<i>Localización I</i>			
Nada	94,5%	95,3%	93%
Impreciso - bien delimitado - extenso	0,3% - 4,7% - 0,5%	0% - 4,3% - 0,4%	0,8% - 5,5% - 0,8%
<i>Localización II</i>			
Nada	98,2%	98,8%	96,9%
Repartido - propagado	1,3% - 0,5%	0,8% - 0,4%	2,3% - 0,8%
<i>Punción</i>			
Nada	94,5%	96,9%	89,8%
Como un pinchazo - como agujas - como un clavo - punzante - perforante	3,4% - 0,5% - 0% - 1,6% - 0%	2% - 0,4% - 0% - 0,8% - 0%	6,3% - 0,8% - 0% - 3,1% - 0%
<i>Incisión</i>			
Nada	97,4%	98%	96,1%
Como si cortase - como una cuchilla	2,3% - 0,3%	1,6% - 0,4%	3,9% - 0%
<i>Constricción</i>			
Nada	93,5%	94,9%	90,6%
Como un pellizco - como si apretara - como agarrotado - opresivo - como si exprimiera	2,9% - 1,3% - 1% - 1% - 0,3%	1,2% - 1,2% - 1,2% - 1,2% - 0,4%	6,3% - 1,6% - 0,8% - 0,8% - 0%
<i>Tracción</i>			
Nada	82,5%	85,9%	75,8%
Tirantez - como un tirón - como si tirara - como si arrancara - como si desgarrara	14,6% - 0% - 1,6% - 0,3% - 1%	11,8% - 0% - 0,8% - 0,4% - 1,2%	20,3% - 0% - 3,1% - 0% - 0,8%
<i>Térmico I</i>			
Nada	98,2%	98,8%	96,9%
Calor - como si quemara - abrasador - como hierro candente	1,6% - 0% - 0,3% - 0%	1,2% - 0% - 0% - 0%	2,3% - 0% - 0,8% - 0%
<i>Térmico II</i>			
Nada	99,2%	99,6%	98,4%
Frialdad - helado	0,8% - 0%	0,4% - 0%	1,6% - 0%
<i>Sensibilidad táctil</i>			
Nada	90,6%	91,8%	88,3%
Como si rozara - como un hormigüeo - como si arañara - como si raspara - como un escozor - como un picor	2,3% - 0,8% - 0,5% - 0,5% - 3,4% - 1,8%	1,6% - 0% - 0,4% - 0,8% - 3,5% - 2%	3,9% - 2,3% - 0,8% - 0% - 3,1% - 1,6%
<i>Consistencia</i>			
Nada	97,4%	97,3%	97,7%
Pesadez	2,6%	2,7%	2,3%

EMLD: episiotomía medio lateral derecha.

Discusión

Uno de los principales efectos secundarios de las episiotomías, según la bibliografía, es la mayor presencia de dolor perineal a corto y medio plazo. Sin embargo, no existen en la literatura estudios que lo comparén con el dolor en mujeres con desgarros de afectación similar a la episiotomía.

Analizamos un grupo de mujeres similares en edad, peso, IMC, y en porcentajes de realización de ejercicio físico. Tanto los ejercicios musculares de suelo pélvico como el masaje perineal, en contra de lo revisado en la

bibliografía⁵⁻⁷, en nuestro estudio, no han mostrado tener relación con el aumento o la disminución de la sensación dolorosa.

En el puerperio inmediato la característica de dolor a «golpes» o dolor «continuo» ha sido superior en las mujeres que habrían realizado masaje perineal. Sin embargo, la sensación de «pesadez» ha sido inferior. En las revisiones realizadas a las 6 semanas y a los 6 meses, el haber realizado masaje perineal no ha influido en la percepción dolorosa, puesto que en ambos grupos es menor del 30%. Y aunque, según la Cochrane, el masaje perineal es efectivo para pre-

Tabla 4 Resumen de datos a las 6 semanas de la categoría miscelánea, la categoría emocional y la categoría valorativa en la escala McGill

		McGill	Total	Desgarro	EMLD
Categoría miscelánea	Miscelánea I	Nada	97,1%	96,9%	97,7%
		Como hinchado - como un peso - como un flato - como espasmos	1% - 1,6% - 0% - 0,3%	0,8% - 2,4% - 0% - 0%	1,6% - 0% - 0% - 0,8%
		Nada	97,4%	98,4%	95,3%
	Miscelánea II	Como latidos - concentrado - como si pasara corriente - calambrazos	0,8% - 0% - 0,3% - 1,6%	1,2% - 0% - 0% - 0,4%	0% - 0% - 0,8% - 3,9%
		Nada	97,9%	98,4%	96,9%
	Miscelánea III	Seco - como martillazos - agudo - como si fuera a explotar	1,6% - 0,5% - 0% - 0%	1,2% - 0,4% - 0% - 0%	2,3% - 0,8% - 0% - 0%
		Nada	94%	94,5%	93%
Categoría emocional	Tensión emocional	Fastidioso - preocupante - angustiante - exasperante - que amarga la vida	4,2% - 1,3% - 0,5% - 0% - 0%	3,9% - 0,8% - 0,8% - 0% - 0%	4,7% - 2,3% - 0% - 0%
		Nada	100%	100%	100%
		Nauseante	0%	0%	0%
		Nada	98,2%	98,4%	97,7%
	Miedo	Que asusta - temible - aterrador	1,6% - 0,3% - 0%	1,2% - 0,4% - 0%	2,3% - 0% - 0%
Categoría valorativa		No hay dolor	0,3%	0,4%	0%
		Débil	80,9%	84,7%	73,4%
		Soportable	12,3%	10,2%	16,4%
		Intenso	4,7%	3,1%	7,8%
		Terriblemente molesto	1,8%	1,6%	2,3%

EMLD: episiotomía medio lateral derecha.

venir el trauma perineal y el dolor asociado⁸, discreparamos ya que observamos un aumento del dolor «continuo y a golpes» en el grupo de mujeres que lo había realizado.

El uso de la maniobra de Kristeller incrementa el riesgo de lesión del músculo elevador del ano, con la morbilidad que ello ocasiona (incontinencias y prolapsos genitales)⁹. En nuestro estudio no se ha encontrado una asociación directa con la presencia o no de dolor. La mayor duración media del expulsivo y el uso de la analgesia epidural implica un aumento de la medicalización e intervencionismo en el trabajo de parto¹⁰⁻²⁰, asociándose así a mayores tasas de dolor perineal. Aunque la tasa de duración del expulsivo y el uso de la analgesia epidural han sido significativamente superiores en la cohorte de mujeres con episiotomía, a largo plazo hemos encontrado tasas similares de dolor en ambas cohortes.

Con respecto a la cicatrización de la lesión perineal con la escala REEDA, en nuestro estudio se observó que, aunque al inicio presentan un aspecto similar, a las 6 semanas y 6 meses posparto la cicatrización fue significativamente mejor en la cohorte de mujeres con desgarros perineales. El grado

de cicatrización no se relacionó con una mayor percepción dolorosa.

Al analizar los datos recogidos en el cuestionario de dolor de McGill, se observó que en la revisión realizada en el puerperio inmediato todas las mujeres participantes en el estudio refirieron alguna sensación dolorosa, siendo tan solo un pequeño porcentaje de mujeres pertenecientes a la cohorte de desgarros las que no refirieron dolor perineal. Coincidimos con los autores de distintos estudios que citan que más del 50% de las mujeres a las que se les ha practicado una episiotomía refirieron dolor en el puerperio. A diferencia de lo citado en otras publicaciones, en las que sí se asocia una mayor sensación dolorosa en las mujeres con episiotomía^{21,22}, las sensaciones percibidas por las mujeres de ambas cohortes han sido muy similares y sin diferencias significativas. Las sensaciones más frecuentemente referidas por las mujeres de ambas cohortes han sido similares a las recogidas en la bibliografía revisada²³.

A las 6 semanas de posparto la sensación de dolor ha disminuido en ambas cohortes, definiendo el dolor como «leve» una amplia mayoría de las mujeres (84,7% desgarros

Tabla 5 Resumen de datos a los 6 meses de la categoría sensorial, en la escala McGill

McGill	Grupo	Desgarro	EMLD
<i>Temporal I</i>			
Nada	99,5%	99,2%	100%
A golpes - continuo	0,5% - 0%	0,8% - 0%	0% - 0%
<i>Temporal II</i>			
Nada	99,5%	99,2%	100%
Periódico - repetitivo - insistente - interminable	0,5% - 0% - 0% - 0%	0,8% - 0% - 0% - 0%	0% - 0% - 0% - 0%
<i>Localización I</i>			
Nada	98,2%	98,4%	97,6%
Impreciso - bien delimitado - extenso	0% - 1,8% - 0%	0% - 1,6% - 0%	0% - 2,4% - 0%
<i>Localización II</i>			
Nada	99,2%	98,8%	100%
Repartido - propagado	0,5% - 0,3%	0,8% - 0,4%	0% - 0%
<i>Punción</i>			
Nada	97,6%	97,6%	97,6%
Como un pinchazo - como agujas - como un clavo - punzante - perforante	0,8% - 0,4% - 0,4% - 0,8% - 0%	0,8% - 0,4% - 0,4% - 0,8% - 0%	0,8% - 0% - 0% - 1,6% - 0%
<i>Incisión</i>			
Nada	98,4%	98,8%	97,6%
Como si cortase - como una cuchilla	1,6% - 0%	1,2% - 0%	2,4% - 0%
<i>Constricción</i>			
Nada	98,2%	98%	98,4%
Como un pellizco - como si apretara - como agarrotado - opresivo - como si exprimiera	0,5% - 0,3% - 0,8% - 0,3% - 0%	0,8% - 0,4% - 0,8% - 0% - 0%	0% - 0% - 0,8% - 0,8% - 0%
<i>Tracción</i>			
Nada	90,8%	94,1%	84,1%
Tirantez - como un tirón - como si tirara - como si arrancara - como si desgarrara	8,4% - 0% - 0,3% - 0% - 0,5%	4,7% - 0% - 0,4% - 0% - 0,8%	15,9% - 0% - 0% - 0% - 0%
<i>Térmico I</i>			
Nada	98,7%	98,8%	98,4%
Calor - como si quemara - abrasador - como hierro candente	0% - 1,1% - 0,3% - 0%	0% - 1,2% - 0% - 0%	0% - 0,8% - 0,8% - 0%
<i>Térmico II</i>			
Nada	100%	100%	100%
Frialdad - helado	0% - 0%	0% - 0%	0% - 0%
<i>Sensibilidad táctil</i>			
Nada	95,3%	96,1%	93,7%
Como si rozara - como un hormigüeo - como si arañara - como si raspara - como un escozor - como un picor	1,6% - 0% - 0,3% - 0,3% - 2,1% - 0,5%	1,2% - 0% - 0% - 0,4% - 2% - 0,4%	2,4% - 0% - 0,8% - 0% - 2,4% - 0,8%
<i>Consistencia</i>			
Nada	99,7%	99,6%	100%
Pesadez	0,3%	0,4%	0%

EMLD: episiotomía medio lateral derecha.

vs. 73,4% episiotomías). Tal y como citan otros artículos^{21,22}, a los 6 meses de posparto las sensaciones dolorosas disminuyen aún más en ambas cohortes; al recoger porcentajes inferiores al 33% en cada subcategoría, se considera en su mayoría como resuelto²³. Dentro de la categoría valorativa observamos que la mayoría de las mujeres de ambas cohortes refirieron las sensaciones dolorosas como «débiles», pero aun así observamos que la ausencia total de dolor no supera el 0,5%, mientras que la sensación de dolor «terriblemente

molesto» sigue persistiendo en un 1,6% de las mujeres con episiotomía.

El presente manuscrito presenta algunas limitaciones, como que se asume la posibilidad de sesgo por confusión en la clasificación de los desgarros de segundo grado (en un 0,4-5% podría pasar inadvertido un desgarro de tercer grado). Por otro lado, también se puede considerar algún sesgo en la información proporcionada por la paciente.

Tabla 6 Resumen de datos a los 6 meses de la categoría valorativa en la escala McGill

		McGill	Total	Desgarro	EMLD
Categoría miscelánea	Miscelánea I	Nada	98,7%	99,2%	97,6%
		Como hinchado -	0,5% - 0,5% - 0%	0% - 0,4% - 0% -	1,6% - 0,8% - 0%
		como un peso - como un flato - como espasmos	- 0,3%	0,4%	- 0%
	Miscelánea II	Nada	99,7%	99,6%	100%
		Como latidos -	0% - 0,3% - 0% -	0% - 0,4% - 0% -	0% - 0% - 0% -
		concentrado - como si pasara corriente -	0%	0%	0%
	Miscelánea III	Nada	98,7%	98,8%	98,4%
		Seco - como	0,8% - 0,3% -	0,4% - 0,4% -	1,6% - 0% - 0% -
		martillazos - agudo -	0,3% - 0%	0,4% - 0%	0%
Categoría emocional	Tensión emocional	Nada	98,7%	98,8%	98,4%
		Fastidioso -	0,8% - 0,3% -	1,2% - 0% - 0% -	0% - 0,8% - 0,8%
		preocupante -	0,3% - 0% - 0%	0% - 0%	- 0% - 0%
		angustiante -			
	Signos vegetativos	exasperante - que amarga la vida			
		Nada	100%	100%	100%
		Nauseante	0%	0%	0%
Categoría valorativa	Miedo	Nada	99,5%	99,6%	99,2%
		Que asusta - terrible -	0,5% - 0% - 0%	0,4% - 0% - 0%	0,8% - 0% - 0%
	No hay dolor	aterrador			
		No hay dolor	0,3%	0,4%	0%
		Débil	89,8%	93,7%	81,7%
	Soportable	Soportable	5,5%	3,1%	10,3%
		Intenso	3,7%	2,4%	6,3%
		Terriblemente molesto	0,8%	0,4%	1,6%

EMLD: episiotomía medio lateral derecha.

No se valora la afectación del músculo elevador del ano en los desgarros de segundo grado.

Intentamos minimizar los sesgos de seguimiento puesto que hubo pérdidas similares en ambas cohortes y, por otro lado, las mujeres que abandonaban el estudio fueron excluidas del mismo.

De cara a futuras investigaciones podría ser de interés recoger el número de tactos vaginales realizados y manipulación perineal, así como la aplicación de calor local en el periné²⁴.

Conclusiones

Aunque la cicatrización de la lesión perineal puede verse afectada por factores como la edad materna, la mala salud, la obesidad, entre otros, en este estudio se ha observado que estos no han influido en la percepción del dolor². Por otro lado, se observa una disminución de la sensación de «pesadez» en el grupo de mujeres que habrían realizado masaje perineal, y un aumento de la sensación dolorosa «continua y a golpes», indicándose que el masaje perineal mejora la elasticidad de la musculatura.

Si valoramos la presencia de mayor dolor o no en relación con la cicatrización de la herida (valorada con la escala REEDA), con respecto al material empleado y la técnica de sutura, en este estudio no se ha apreciado significación.

Analizando los datos recogidos en la escala de McGill podemos concluir que en nuestro estudio la presencia de episiotomía o desgarro perineal de segundo grado no ha tenido relación con una mayor percepción dolorosa.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Consentimiento del paciente

Los autores de este artículo declaran haber obtenido el «consentimiento informado de los pacientes» y/o sujetos referidos en el artículo.

Aprobación del CEIC y de los hospitales

Los autores de este artículo declaran haber obtenido la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), así como la aprobación de los hospitales correspondientes donde se llevó a cabo el estudio

Financiación

Esta investigación no recibió apoyo financiero externo o financiero para la realización del estudio, ni para la elaboración de dicho artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Relaciones

No hay relaciones adicionales que revelar.

Patentes y propiedad intelectual

No hay patentes que divulgar.

Otras actividades

No hay actividades adicionales que revelar.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a las enfermeras del servicio de Obstetricia Matilde Paredes Santomé, Paula Pérez Lago e Isabel Portela Ferreño, y a las matronas de atención primaria del área sanitaria de Vigo, en especial María Dolores Estévez y María José Sánchez, por su colaboración en la captación y valoración de las mujeres en el área de Vigo.

Agradecimiento a Cristina Martínez Reglero, del equipo de la Unidad de apoyo a la investigación del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia sur.

Especial mención para Catuxa Varela Castro, investigadora colaboradora en el Hospital Provincial de Pontevedra, sin la cual no hubiera sido posible este estudio, ya que contribuyó con la captación de todas las mujeres que dieron a luz en dicho hospital. A la profesora y Dra. en Psicología María Penado Abilleira y a la profesora e ilustradora Ana Seoane Suárez, grandes profesionales y amigas.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:[10.1016/j.gine.2023.100848](https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100848).

Bibliografía

1. Medina-Piedrahita PA, Borrero-Cortés C, Herrera-Gómez PJ, Ospina-Díaz JM. Caracterización del dolor perineal postparto en puérperas de Bogotá, Colombia. 2013. Rev Univ Salud. 2016;18:556–65, <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.61>.
2. Shepherd E, Grivell RM. Aspirin (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. Cochrane Database Syst Rev. 2020;7:CD012129, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012129.pub3>.
3. Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. Isr Med Assoc J. 2008;10:499–502.
4. Lázaro C, Torrubia R, Baños JE. El cuestionario de dolor de McGill. Dolor (Barc). 2007;22:69–77.
5. Mørkved S, Stafne SN, Johannessen HH. Pelvic Floor Physiotherapy for the Prevention and Management of Childbirth Trauma. En: En: Childbirth Trauma. Childbirth Trauma. London: Springer; 2017. p. 271–301, http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4471-6711-2_17.
6. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10:CD005654, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>.
7. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4:CD005123, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>.
8. Youssef A, Salsi G, Cataneo I, Pacella G, Azzarone C, Paganotto MC, et al. Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53:95–100, <http://dx.doi.org/10.1002/uog.19085>.
9. Malvasi A, Zaami S, Tinelli A, Trojano G, Montanari Vergallo G, Marinelli E. Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;32:2598–607, <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2018.1441278>.
10. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD002006, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub3>.
11. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5:CD000331, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>.
12. Hueston WJ. Factors associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. Obstet Gynecol. 1996;87:1001–5, [http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00068-3](http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844(96)00068-3).
13. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2000;96:214–8, [http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00868-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00868-1).
14. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Kaiader A, Husslein P, et al. The effect of epidural analgesia on obstetric lacerations and neonatal outcome during spontaneous vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet. 2003;267:130–3, <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-002-0294-7>.

15. Garriguet J, Ruiz-Peregrina J, Lacal JF, Gomáriz MJ, Rodríguez-Macías MI, Castellano D, et al. Analgesia epidural y resultados obstétricos. *Clín Investig Gin Obstet.* 2007;34:38–45.
16. Reyes CY, Albarín MD, Morales MD, Vílchez HS. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. *Evidencia.* 2009;6:3.
17. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery.* 2010;26:348–56, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.007>.
18. Amorim MM, França-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstetrics & Gynecology.* 2014;123:38S.
19. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA.* 2015;313:197–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.14774>.
20. Figueiredo NM. Associação entre o grau da laceração e descriptores do questionário mcgill-br no pós-parto vaginal. An Semin Iniciaç Cient IFMG. 2017;21, <http://dx.doi.org/10.13102/semic.v0j21.2589>.
21. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;137:152–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.06.005>.
22. Silva AM, Santos LM, Cerqueira EA, Carvalho ES, Xavier AS. Characterization of pain resulting from perineal trauma in women with vaginal delivery. *BrJP.* 2018;1:158–62, <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180030>.
23. Beleza AC, Ferreira CH, Sousa LD, Nakano AM. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm.* 2012;65:264–8, <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200010>.
24. Silva NL, Oliveira SM, Silva FM, Santos JO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21:216–20. Recuperado de <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7>