

330 **M.L. Mozo**
I. Solís
N. Gómez

Revisión sistemática de la episiotomía

Unidad de Paritorio y Urgencias. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.

Systematic review of episiotomy

Correspondencia:

Dr. M.L. Mozo
Hospital Universitario de Getafe.
Carretera de Toledo, km 12,500.
Getafe. Madrid. España.
Correo electrónico: m_mozo@yahoo.es

Fecha de recepción: 23/04/03

Aceptado para su publicación: 25/05/04

RESUMEN

Situación: La episiotomía es la cirugía más frecuente en todo el mundo. Tradicionalmente se le han atribuido numerosas ventajas que han sido ampliamente discutidas desde los años setenta. Aun así, los profesionales de la obstetricia siguen aplicándola de manera sistemática.

En un esfuerzo más por reducir el daño perineal durante el nacimiento, que puede ser causa de morbilidad del suelo pélvico a corto y largo plazo, se analizan punto por punto las consecuencias de la realización de dicha técnica.

Metodología: Se realizó una búsqueda sistemática de la bibliografía en lengua inglesa. Los estudios aleatorizados se identificaron de las distintas bases de datos y fuentes primarias. Se consultaron las siguientes bases de datos: Medline, CINHALL y Cochrane.

Objetivos: Analizar las ventajas, desventajas y consecuencias de la episiotomía; aumentar el conocimiento actual con relación a una técnica tan extendida en obstetricia, y disminuir el daño perineal durante el nacimiento, así como sus consecuencias a largo y corto plazo.

Conclusión: La conclusión fue determinante. Toda la bibliografía recomienda un uso restrictivo de la episiotomía. Hay situaciones muy concretas, como

el sufrimiento fetal agudo o la sospecha de distocia de hombros, en las que su uso es recomendado. Deberíamos abogar por un uso más moderado de una técnica, que no parece presentar ninguna de las ventajas por las que se extendió su uso.

PALABRAS CLAVE

Ventajas y desventajas de la episiotomía.
Sufrimiento fetal. Daño perineal.

ABSTRACT

Background: Episiotomy is the most frequent surgical intervention throughout the world. The technique has traditionally been thought to present numerous advantages, which have been widely debated since the 1970s. Nevertheless, the procedure is still systematically applied by obstetricians.

In an attempt to reduce perineal damage during delivery, which may cause short- and long-term pelvic floor disorders, we performed a step-by-step analysis of the effects of this technique.

Methodology: We performed a systematic search of the literature published in English. Randomized studies were identified from the various databases and primary sources.

The following databases were consulted: MedLine, CINHALL and Cochrane.

Objectives: To analyze the advantages, disadvantages and effects of episiotomy. To increase current knowledge of this widespread technique in obstetrics. To reduce perineal damage during delivery as well as its short- and long-term consequences.

Conclusion: The conclusion was clear. All studies recommend restrictive use of episiotomy. The technique is recommended in highly specific situations such as acute fetal distress or suspected shoulder dystocia. The use of this technique should be curtailed as it does not seem to present any of the advantages which led to its widespread use.

KEY WORDS

Advantages versus disadvantages of episiotomy. Fetal injury. Perineal damage.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una incisión en los genitales externos y la perineotomía es una incisión en el periné. Con el paso del tiempo, los 2 términos se han convertido en sinónimos, y es así como los vamos a considerar. Esta intervención quirúrgica tiene por objeto ensanchar la parte inferior de la vagina, anillo vulvar y tejido perineal¹. Las primeras referencias históricas de la episiotomía datan de 1742. Fue una matrona irlandesa, F. Ould, quien en su tratado sobre partería (*Teatrise of midwifery in three parts*), recomendó una incisión desde la vagina hacia el ano en partos extremadamente complicados^{2,3}.

Dubois, en 1847, fue el primero en hablar de lo que hoy conocemos como episiotomía mediolateral².

Sin embargo, la episiotomía tuvo poca aceptación hasta entrado el siglo xx, debido probablemente a la falta de anestesia y al riesgo de infección. Hasta 1920 no se extendió su uso cuando 2 obstetras, Pomeroy y DeLee, comenzaron a cambiar la concepción del nacimiento^{2,3}. Éste, se convirtió paulatinamente en un acto médico hospitalario donde la

tecnología pasó a ser indispensable; gracias a ella y a la asepsia, se favoreció la utilización de la episiotomía. Nacer pasó a convertirse en un proceso patológico que requería intervenciones para prevenir complicaciones⁴.

La episiotomía se sustenta en escasa evidencia científica; no obstante, su uso se extendió de manera sorprendente en el siglo xx. Las tasas de episiotomía varían entre un 30-80%⁵. Un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el hospital para mujeres de Boston y Brigham, en 1.576 mujeres con partos eutócicos a término y gestación única, muestra una incidencia de 40,6%⁶.

La tasa media de episiotomía en Hispanoamérica es de 92,3%; esto quiere decir que en más de 9 de cada 10 mujeres se realiza una episiotomía. Encontramos tasas de un 62% en México, de un 85,7% en Panamá y Argentina, de un 94,4% en Perú⁷. Hay autores que afirman que más de un 30% es una utilización excesiva de la técnica⁵.

En el hospital universitario de Thomas Jefferson, en 1983, la tasa de episiotomía era de un 69,6%. Políticas restrictivas la redujeron al 19,4% en el año 2000⁸.

Varios autores analizaron los factores de riesgo que predisponían a la realización de la técnica. Hueston analizó 6.500 partos en 5 centros norteamericanos entre 1991 y 1992, y vio que tenían más probabilidades de recibir una episiotomía, mujeres primíparas, partos instrumentales, fetos macrosómicos, analgesia epidural, que la paciente disponga de un seguro privado y cuando el parto era atendido por un médico. En el hospital para mujeres de Boston y Brigham identificaron como factores de riesgo, además de los citados por Hueston, si el parto era estimulado e inducido⁶.

Durante la década de los setenta, floreció un movimiento naturista que comenzó a cuestionarse el uso sistemático de la episiotomía². Desde entonces, ha surgido en la bibliografía gran cantidad de estudios con objeto de analizar la utilidad y los beneficios de la episiotomía.

Lo que pretende esta revisión, es analizar la evidencia científica existente al respecto, pues parece ser que, si bien es una técnica habitual, tiene poca base científica.

Sultan et al, afirmaron lo siguiente: "La operación más frecuente en obstetricia es irónicamente la mayor causa de daño perineal"⁹.

Las supuestas ventajas atribuidas a la episiotomía son las siguientes: prevención de la relajación del suelo pélvico y, por tanto, de la incontinencia urinaria, incontinencia de gases y contenido fecal; prevención de los desgarros de tercer y cuarto grados, así como daño perineal anterior; prevención de daño fetal: asfixia perinatal, distrés respiratorio y distocia de hombros^{2,3,10-12}. Iremos analizando la evidencia científica en cada uno de estos puntos.

PREVENCIÓN DE LOS DESGARROS DE TERCER Y CUARTO GRADOS Y DAÑO PERINEAL

Ésta es sin duda una de las creencias más aceptadas por los profesionales de la obstetricia; sin embargo, hay estudios recientes que la cuestionan. En la bibliografía encontramos muchos documentos que analizan esta cuestión. De alta fiabilidad estadística podemos citar entre otros a Sleep et al, que en su estudio aleatorizado de 1984, comparaban las políticas de episiotomía mediolateral restrictiva y episiotomía mediolateral sistemática en un total de 1.000 mujeres con embarazos de bajo riesgo. Obtuvieron los siguientes datos: para el grupo de episiotomía restrictiva la tasa de episiotomía era de un 10%, la tasa de periné intacto de un 33,9% y la de desgarros perineales graves de un 4%, para el grupo de episiotomía sistemática la tasa de episiotomía era de un 51%, de periné intacto un 24% y de desgarros perineales de un 1%. Los autores concluyeron que las diferencias no eran significativas, la episiotomía sistemática no parece estar justificada¹³. Harrison et al, en 1984 en Irlanda, compararon la episiotomía restrictiva y la episiotomía sistemática en 181 mujeres con embarazos de bajo riesgo. La tasa de episiotomía en el grupo restrictivo fue de un 8 frente a un 100% del grupo sistemático, los desgarros de primer grado en el grupo restrictivo fueron de un 25%, de segundo grado un 47%, la tasa de periné intacto de un 21% y de desgarro perineal severo de un 0% frente al 6% en el grupo sistemático. Los autores se cuestionaron el uso de la episiotomía sistemática¹⁴. Klein et al, en 1992 en Canadá, aleatorizaron a 703 mujeres con embarazos de bajo riesgo. Analizaron el uso de la episiotomía central y vieron que de los 53 desgarros perineales severos, 52 eran prolongación de la episiotomía. En nulíparas, la tasa de traumatismo perineal era parecida; en multíparas la tasa de periné intacto era sig-

nificativamente mayor en el grupo de episiotomía restrictiva¹⁵. El Argentina Episiotomy Trial Collaborative Group, en 1993 aleatorizó a 2.606 mujeres con embarazos de bajo riesgo y estudió resultados para la episiotomía mediolateral. En el grupo de episiotomía restrictiva, la tasa de episiotomía era de un 30%, de desgarros anteriores de un 19,2%, de desgarros de tercer y cuarto grados un 1,5%. Para el grupo de episiotomía sistemática, la tasa de episiotomía era de un 82,6%, de desgarros anteriores de un 8,1% y desgarros perineales graves de un 1,2%. Los autores concluyeron que no hay evidencia científica que demuestre que el uso sistemático de la episiotomía disminuya el trauma perineal¹⁶. Eltorkey et al, en 1994 en Arabia Saudí, aleatorizaron a 200 mujeres con gestaciones de bajo riesgo y estudiaron la episiotomía mediolateral. Para el grupo de episiotomía restrictiva, la tasa de episiotomía fue del 53%, el periné intacto un 28% y los desgarros de tercer grado un 0%. Para el grupo de episiotomía sistemática, la tasa de episiotomía fue del 83%, de periné intacto del 7% y los desgarros de tercer grado del 0%. Llegaron a las mismas conclusiones¹⁷.

En la bibliografía se identifican muchos documentos que abordan esta cuestión; Charles et al, en un estudio observacional prospectivo, pretenden determinar los factores clínicos que contribuyen a aumentar el desgarro perineal posterior. Este estudio demostró que la episiotomía no prevenía los desgarros sino que añadía casi 3 cm al desgarro perineal posterior. La episiotomía fue la única de las variables estudiadas que predecía el desgarro. Este efecto persistía excluyendo partos instrumentales. Las pacientes con desgarros del esfínter presentaban episiotomías. Con la episiotomía central, el riesgo relativo de desgarro perineal grave era de 4,58 en comparación con las pacientes sin episiotomía. Sí que observaban en estas pacientes un aumento del desgarro anterior, pero éste no revestía consecuencias clínicas de importancia¹⁸.

Houston, en su estudio retrospectivo de 1992 ya citado, afirmó que había un mayor daño perineal cuando la episiotomía era rutinaria que cuando era restrictiva. Evitando la episiotomía, por cada 4,4 mujeres se evitaría un caso de daño perineal¹⁹. Otro estudio retrospectivo multicéntrico, realizado en Viena, analizó los factores de riesgo para los desgarros de tercer grado. Concluyó que el factor de riesgo por excelencia era la episiotomía central. Otros eran el parto instrumental, la primiparidad, el tamaño de la

cabeza fetal y el expulsivo prolongado²⁰. Robinson et al, en un estudio retrospectivo realizado en Boston, también asocian la episiotomía como factor de riesgo para los desgarros de tercer y cuarto grados⁶.

Carroli, analizó estadísticamente 6 estudios aleatorizados y concluyó que el uso restrictivo de la episiotomía presentaba un menor riesgo de traumatismo posterior. No encontró diferencias para el traumatismo severo, pero sí que encontró aumento del traumatismo anterior¹².

Fabian Timoth afirma que políticas restrictivas en el uso de la episiotomía parecen tener beneficios como la reducción del daño perineal posterior y, por tanto, menor sutura, pero aumenta el daño perineal anterior²¹. Renfrew, llegó a la conclusión de que los desgarros perineales graves se asocian más frecuentemente a la episiotomía, sobre todo si ésta es central. Con políticas restrictivas en el uso de esta técnica, la tasa de episiotomía podría caer entre un 8 y un 30%²².

Concluimos pues, a la luz de las investigaciones recientes, que políticas restrictivas parecen reducir globalmente el daño perineal posterior. El uso sistemático de la episiotomía no previene desgarros posteriores, sino que puede agravarlos. Si bien es cierto que hay un aumento de los desgarros perineales anteriores, éstos no parecen tener consecuencias clínicas de importancia. La ética profesional bajo el principio de no maleficencia, nos dicta ser conservadores en el uso de la episiotomía, y la evidencia científica nos demuestra que el daño es mayor que el beneficio. A los profesionales de la obstetricia, nos preocupa que por no realizar una episiotomía se produzcan desgarros más complicados de reparar; sin embargo, el uso de la episiotomía aumenta el tiempo empleado en las suturas y la cantidad de material utilizado¹³. Es cierto que la experiencia profesional nos condiciona en nuestras actuaciones. Cuando nos ocurre un hecho adverso, podemos pensar que éste es más frecuente de lo que realmente es, y marcar nuestra actitud ante un acto determinado¹⁰. El estudio de las investigaciones actuales debe ser una herramienta para poder ser críticos con nuestras actitudes profesionales y mejorar en el ejercicio de nuestra profesión.

RELAJACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

Uno de los supuestos beneficios atribuidos a la episiotomía, es la prevención de la relajación del

suelo pélvico. Se sugirió que la episiotomía prevenía el daño en el suelo pélvico acortando el expulsivo. Esta creencia se basaba en un estudio pobremente controlado, realizado en 1935. Recientes estudios controlados no han apoyado esta hipótesis³.

Sleep et al, realizaron un estudio aleatorizado para valorar el impacto de la episiotomía mediolateral en el daño perineal. Aleatorizaron a las pacientes en 2 grupos: episiotomía liberal y episiotomía restrictiva, y encontraron que el 19% de las mujeres en ambos grupos se quejaban de incontinencia urinaria 3 meses después del parto, de las cuales, el 6% necesitaban llevar un pañal protector. No encontraron diferencias significativas en ambos grupos. Vieron que era más frecuente en multiparas, pero la diferencia tampoco era significativa. Los autores concluyeron que la episiotomía no protegía de la incontinencia urinaria^{13,23}. Rockner et al, en un estudio prospectivo, analizaron el impacto de la episiotomía mediolateral en la fuerza del suelo pélvico en 87 mujeres, usando conos vaginales. Encontraron que el grupo con episiotomía, en comparación con el grupo con periné intacto y desgarros espontáneos, tenía menos fuerza muscular de manera significativa²⁴. Klein et al, en 1992, realizaron un estudio aleatorizado que examinaba 703 mujeres con embarazos de bajo riesgo. Aleatorizaron a las pacientes en 2 grupos: episiotomía liberal y episiotomía restrictiva. Pretendían determinar si la episiotomía prevenía el traumatismo perineal y la relajación del suelo pélvico y no encontraron aumentos significativos de incontinencia urinaria para el grupo de episiotomía restrictiva¹⁵.

En un estudio de cohortes retrospectivo, realizado por Signorello et al en 1996-1997, evaluaron el impacto de la episiotomía central en el periné. Observaron que las mujeres con episiotomía tenían más riesgo de incontinencia fecal a los 3 y 6 meses posparto, comparado con mujeres con el periné intacto. Si las comparaban con mujeres con laceraciones espontáneas, la episiotomía triplicaba el riesgo de incontinencia fecal a los 3 y 6 meses posparto²⁵. Carroli, en su revisión sistemática en The Cochrane Library, analizó estadísticamente los resultados de 6 estudios aleatorizados. Comparó los efectos del uso restrictivo de la episiotomía con el uso sistemático y no encontró diferencias significativas para la incontinencia urinaria¹².

Viktrup et al, tras un estudio que analizaba la prevalencia de incontinencia urinaria a los 5 años

334 del primer parto, identificaron a la episiotomía como factor de riesgo²⁶.

En la bibliografía hay muchos autores que llegan a las mismas conclusiones. Myers-Helfgott, en su revisión sistemática identifica entre otros a Viktrup et al, Gordon and Logue y Allen et al².

En conclusión, podemos decir que no hay evidencia científica que apoye que la episiotomía tenga efecto protector sobre el suelo pélvico. La episiotomía sistemática no parece estar justificada con objeto de prevenir la incontinencia urinaria ni la relajación del suelo pélvico.

DAÑO FETAL

Evitar el daño fetal como el distrés respiratorio, la asfixia perinatal, la distocia de hombros, etc., ha sido otro motivo por el cual se extendió el uso de la episiotomía. Sin embargo, la evidencia científica vuelve a cuestionarnos la verdad de esta afirmación. Eltorkey et al analizaron los resultados perinatales en su estudio aleatorizado de 1994, y no encontraron diferencias significativas para el grupo de episiotomía restrictiva y el grupo de episiotomía sistemática¹⁷. Sleep et al, estudiaron el test de Apgar al nacimiento y la admisión en las unidades de cuidados perinatales en las primeras 24 h de vida, y concluyeron que los resultados eran semejantes en ambos grupos¹³. Harrison tampoco encontró diferencias en los resultados del test de Apgar¹⁴.

Myers-Helfgott, en su revisión sistemática, identificó varios artículos que examinaban el impacto del test de Apgar: Larsson et al, Thranov et al, Chambliss et al, Borgatta et al, así como Harrison y Sleep, ya citados más arriba. Y concluye que ninguno encontró diferencias significativas en el resultado del test de Apgar en los grupos con políticas restrictivas y liberales².

Algunos estudios han sugerido que la episiotomía acorta la fase del expulsivo; sin embargo, Harrison no encontró diferencias significativas¹⁴. Por otro lado, Sleep encuentra que la paciente con episiotomía tiene segundas fases más largas¹³. Klein vio que en nulíparas la episiotomía tendía a acortar el expulsivo¹⁵; sin embargo, estas diferencias no eran estadísticamente significativas. Ahora bien, esto podría tener importancia si realmente, acortando el expulsivo, mejorasen los resultados perinatales, pero

ésta es una cuestión que habría que estudiar. En cualquier caso, la investigación parece indicarnos que la episiotomía tiene poco que ver en la duración del expulsivo.

En cuanto a la distocia de hombros, la realización de la episiotomía tiene su importancia en facilitar el acceso a la vagina para la realización de maniobras obstétricas que pudieran finalmente liberar al feto, mas no en la prevención de la distocia. Parece lógico pensar que ésta es una consecuencia de una desproporción ósea entre la cintura escapular fetal y la pelvis materna y no del canal blando. De todas formas, esta cuestión está poco estudiada, y nos encontramos con problemas éticos a la hora de abordarla. Por tanto, ante la sospecha de macrosomía fetal, la realización de la episiotomía será a criterio del profesional¹¹.

COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

En el estudio aleatorizado realizado en Argentina en 1993, se estudiaron las complicaciones posparto, tales como dolor, dehiscencias, infección, etc., en 2 grupos aleatorizados (episiotomía restrictiva y episiotomía rutinaria), y vieron que el grupo de la episiotomía restrictiva presentaba menos dolor y menos complicaciones que el de la episiotomía rutinaria¹⁶. Harrison et al, encontraron que al cuarto día presentaban menos dolor las mujeres con periné intactos y desgarros de primer grado, pero que no había diferencias significativas para los desgarros de segundo grado y las episiotomías¹⁴. Sleep et al, tampoco encontraron diferencias de dolor significativas entre ambos grupos, pero sí observaron que las pacientes del grupo restrictivo reiniciaban antes las relaciones sexuales^{13,23}. Myers y Helfgott concluyeron en su revisión sistemática, que las episiotomías parecen causar más dolor que los desgarros espontáneos, y parecen ser más incómodas en el posparto inmediato². A largo plazo no parece haber datos que confirmen que causen más dolor. El uso restrictivo de la episiotomía sí parece tener un pequeño impacto en la reducción de la dispareunia^{2,27}.

En cuanto a la infección y la dehiscencia, si bien son complicaciones no muy frecuentes, lo son más con la presencia de episiotomía^{2,11}.

También se observa en la bibliografía, que la mayoría de los autores coinciden en que la pérdida

sanguínea es mayor con episiotomía que sin ella. Hay autores que le otorgan un incremento de pérdida de sangre entre unos 300-600 ml^{2,3,11,22}.

Podemos concluir que la episiotomía es, en general, más molesta en comparación con los desgarros espontáneos. Al menos, la bibliografía estudiada es determinante en este sentido: hay una tendencia clara a presentar más dolor, dispareunia, dehiscencia e infección, en las pacientes con episiotomías. En cualquier caso, está claro que la episiotomía no es protectora de estas complicaciones y, por tanto, no parece tener sentido su uso sistemático con objeto de evitarlas.

COSTE SANITARIO

Otra desventaja de la episiotomía es el coste sanitario que acarrea.

Según un estudio realizado por la Agency for Health Care Policy Research, el gasto sanitario extra a expensas de la episiotomía es de 351 millones de dólares cada año en Estados Unidos¹⁹. Borghi et al, realizaron un estudio en Argentina con objeto de estimar el coste sanitario de la episiotomía y determinaron que sin ella habría un ahorro aproximado de unos 20 dólares por parto²⁸. Carroli estimó un ahorro entre 6,5 y 12 dólares por parto, sólo estimando el gasto de material de sutura. Si hacemos números, es impresionante el ahorro que podríamos obtener en un país como Venezuela, con 574.000 nacimientos al año y con tasas de episiotomías que superan el 80%¹².

CÓMO REDUCIR SU FRECUENCIA

En la bibliografía encontramos sugerencias que pueden llevarnos a reducir el uso de la episiotomía. Entre éstas encontramos la realización de partos en el agua. En un estudio realizado en Viena por Bodner et al, que analizaba los beneficios del parto en el agua, encontraron que el traumatismo perineal y la tasa de episiotomía eran significativamente menores en este tipo de partos²⁹.

Adoptar posturas sedentes o de cuclillas también reduce el empleo de la técnica, lo cual parece lógico debido a que dificultamos el acceso al periné. En este caso, se observa que la pérdida de sangre es

mayor que en los partos tradicionales, realizados en postura de litotomía.

En una revisión sistemática realizada por Eason et al, en la que pretendían analizar las distintas técnicas que pueden prevenir el daño perineal, examinaron 5 estudios aleatorizados con un tamaño muestral total de 4.650 mujeres. Observaron que el masaje perineal llevado a cabo en las semanas previas al nacimiento, protegía el periné. Se evitaría un caso de daño perineal por cada 13 mujeres³⁰.

Sin embargo, parece ser que el masaje perineal realizado en el período de expulsivo no tiene ningún efecto en el periné; Stamp et al, realizaron un estudio aleatorizado que analizaba esta cuestión. La intervención consistía en un masaje con estiramientos del periné en un masaje con estiramientos del periné con la ayuda de un lubricante soluble en agua. No encontraron diferencias con el grupo control³¹.

También se ha sugerido que el empleo de pujos espontáneos durante el expulsivo, disminuye el daño perineal y aporta beneficios fetales, debido a que son pujos más cortos y ejercen menos presión, sin que sean éstos la causa de los expulsivos prolongados. No son los pujos espontáneos la causa de los expulsivos prolongados; además, con los pujos dirigidos, los fetos presentan más desaceleraciones e hipoxia (Caldeyro-Barcia, 1979).

Otras formas de disminuir el empleo de la episiotomía, según Sharp son las siguientes³:

- Animar a las mujeres a adoptar distintas posiciones durante el parto.
- Animar a los pujos espontáneos durante el expulsivo.
- Educar a la mujeres sobre las ventajas y desventajas de la episiotomía y hacerlas partícipes de su proceso, con la toma de decisiones informadas.
- Educar al personal sanitario acerca de la actual investigación en la episiotomía.

CONCLUSIÓN

La episiotomía sigue siendo una técnica muy utilizada, pese a que la documentación sobre ella publicada en el último siglo es determinante.

Ha quedado patente que ninguna de las supuestas ventajas atribuidas es tal. Hay investigación abundante y estadísticamente fiable que nos aconseja reducir su uso. Esto no implica ser radical en el

336 “no uso” de la episiotomía, pero sí invita a políticas mucho más restrictivas de las que hoy día se están empleando. ¿Qué más necesitamos saber para reducir su uso? Parecía que la práctica restrictiva se hu-

biera convertido en una cuestión de fe y fueran pocos los que la tuvieran. Si la ciencia nos indica claramente que hacemos más mal que bien, pregunto otra vez ¿qué más necesitamos saber?

BIBLIOGRAFÍA

- Cunningham FG, Macdonald PC, et al. Williams Obstetrica. Ed. Panamericana. Manejo del trabajo de parto y del parto normales. 20.^a ed. Os Aires. 1999 p.315.
- Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;26:305-25.
- Maier JS, Maloni JA. Nurse advocacy for selective versus routine episiotomy. *J Obstet GyNecol Neonatal Nurs* 1997;26:155-61.
- Way S. Social construccion of episiotomy. *Journal Clinical Nursing* 1998;19987:113-17.
- Kane Low L, Seng LS, Murtland TL, Oakley D. Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. *J Midwifery Women's Health* 2000;45:87-93.
- Robinson JN, Norwitz, ER, Cohen AP, Liberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics And Gynaecology* 2000;96:214-7.
- Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in latin america: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002;324:945-6.
- Goldberg J, Holz D, Hyslop T, Tolosa JE. Has use of episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. *Obstet Gynecol* 2002;99:395-400.
- Sultan AH, Kamm M, Bartram C, Hundson C. Perineal management and delivery. *Obstet Gyneacol* 1994;6:18-23.
- Barwise C. Episiotomy decision making. *BRJ Midwifery* 1998;6:787-90.
- Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the english language literature since 1980. Part II. *Obstet Gynecol* 1998;50:821-35.
- Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002: Oxford: Update Software.
- Sleep J, Grant A, García J, Eldelbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire Perineal Management Trial. *Br Med J (Clin Res ed.)* 1984;8,289:587-90.
- Harrison RB, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine use of episiotomy necessary? *BMJ* 1984;288:1471-5.
- Klein MC, Gauthier RJ, Jorgesen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Jordemodern* 1993;106:375-7.
- Argentina Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine use versus selective episiotomy: A randomized control trial. *Lancet* 1993;324:1517-8.
- Eltorkey MM, Al Hualm MA, Kurdi AM, Sabagh TO, Clarke F. Episiotomy, elective or selective: a report of random allocation trial. *J Obstet Gynecol* 1994;14:317-20.
- Charles W, Nager MD, Heliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration lenth in primiparous women. *Am J Obstet Gyneacol* 2001;185:444-50.
- Hueston DR. Factors associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. *Obstetrics and Gyneacology* 1996;87:1001-5.
- Bodner-Adler B, Bodner K, Kaider A, Wagenbichler P, Leodolter S, Hussein P, et al. Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery and analysis of episiotomy tipos. *J Reprod Med* 2001;46:752-6.
- Imoh-Ita F, Fowler A. Are delayed and misdirected episiotomies predisposing factors for pelvic floor disfunction and third degree tears?. *Medscape Women's Health e-Journal* 2002;7(4).
- Renfrew M J, Hannah W, Albers L, Floid E. Practices that minimize trauma to genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *Birth* 1998;25:143-60.
- Sleep J, Grant A. West Berkshire Perineal Management Trial: three years follow up. *Br Med J (Cin Res Ed)* 1987;26,295(6601):745-51.
- Rockner G, Jonasson A, Ohund A. The effect of mediolateral episiotomyon pelvic floor muscle strenght evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:51-4.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence retrospective cohort study. *BMJ* 2000;320:86-90.

26. Viktrup L. The Risk Of Lower Urinary Tract Symptoms Five Years After The First Delivery. *Neuro Urology* 2002;21:2-29.
27. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:881-8.
28. Borghi J, Fox Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in argentina. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:221-8.
29. Bodner K, Bodner-Adle B, Wierrani F, Mayerhofer K, Fousek C, Niedermay A, Grunberger W. Effects of water birth on maternal and neonatal outcomes. *Wien Klin Wochenschr* 2002;114:391-5.
30. Eason E, Labreque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet And Gynecol* 2000;95:464-71.
31. Stamp G, Kruzins C, Crowthe C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1277-80.