



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

LA EPISIOTOMÍA:
RELACIÓN CON LA DISpareunia, INCONTINENCIAS Y EL
DOLOR POSTPARTO

Autora: Paula Ondiviela Garcés

Tutora: Ana Isabel Martínez Cuñado

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

RESUMEN Pág. 3

INTRODUCCIÓN Pág. 4

OBJETIVOS Pág. 8

METODOLOGÍA Pág. 9

DESARROLLO Y DISCUSIÓN Pág. 11

CONCLUSIONES Pág. 16

BIBLIOGRAFÍA Pág. 19

RESUMEN

Hace más de dos siglos que la episiotomía comenzó a utilizarse y desde ese preciso instante ya había personas que se oponían a ella. Con el paso de los años, la tecnificación del parto la hizo fundamental y rutinaria, pero multitud de estudios científicos han evidenciado que su uso masivo no supone beneficio ni para la madre ni para el recién nacido. De hecho, en la última década han sido publicados trabajos que ponían de manifiesto cierta relación entre la episiotomía y la dispareunia, el dolor postparto y la incontinencia mixta.

1. INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española de la lengua define la episiotomía como: "La incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el periné."¹

Etimológicamente deriva de dos palabras griegas, episeion que significa pubis y tome que significa incisión o corte.²

Parece ser que la primera episiotomía data de 1742 en Irlanda y fue realizada por Sir Fielding Ould, quien en su tratado de partería describió: «Sucedе, a veces, que la cabeza del niño ha pasado a través de los huesos de la pelvis y no puede progresar más por la extraordinaria constricción del orificio externo de la vagina..., debe hacerse una incisión hacia el ano, con tijera curva, introduciendo una hoja entre la cabeza y la vagina tanto como sea necesario».³

Las indicaciones que se le atribuyen por entonces son dos: una profiláctica, para salvar un perineo rígido y/o evitar un desgarro perineal, y otra para acortar el trabajo de parto por asfixia fetal o como ayuda al expulsivo.

Dos siglos después, en 1920, De Lee y Pomeroy instauran su uso rutinario, idea que se extiende por la mayor tecnificación en la asistencia al parto.²

A mediados del siglo XIX Carl Braun fue el primero en considerarla inadmisible e innecesaria, lo cual no frenó su práctica, de hecho, la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental. Pese a que su uso de forma rutinaria ha sido muy cuestionado⁴ y desde hace varios años se promueve la episiotomía restrictiva, los datos demuestran que se abusa de esta técnica.

Los siguientes parámetros demuestran la verdadera magnitud del problema. En 2006, se realizó en el 54% de los partos eutócicos y en el 92% de los partos instrumentales (fórceps, ventosas o espátulas). La tasa de episiotomía global se sitúa en este año en el 61,43%, frente a un 77% en el 2001 o a un 89% en el 1995-96 a pesar de este descenso la tasa de episiotomía en España sigue situándose por encima de la media europea y de Estados Unidos. Se postula que dicha tasa no debería superar el 30%.^{5 6}

En cuanto a la realización de la técnica, hay tres formas de realizar una episiotomía: mediana, medio-lateral y lateral, aunque la última algunos autores la excluyen dada su baja incidencia.

1. La episiotomía mediana corresponde a un corte entre la vagina y el ano, en la actualidad se utiliza en Estados Unidos principalmente. Puede llevar a complicaciones anales si es que se agranda durante la salida de la cabeza del bebé.
2. La episiotomía medio-lateral o diagonal es la más utilizada en Europa, va desde la vagina hacia afuera y abajo alejándose del ano hacia la izquierda o derecha según las preferencias del profesional que la realice.
3. La episiotomía lateral es la que más se aleja de la fisiología y no se utiliza prácticamente, ya que es la que más problemas acarrea, sin mayores beneficios que las demás.^{7 8}

Actualmente el uso de esta técnica se reduce a evitar los desgarros perineales, éstos son clasificados según Williams en cuatro grados, en función de las estructuras afectadas:

- Grado I. Cuando afecta a vagina.
- Grado II. Abarca hasta la musculatura perineal.
- Grado III. Un desgarro perineal de tercer grado se define como una rotura parcial o total de uno o de los dos músculos del esfínter anal, el EAE y el EAI (esfínter anal externo e interno).
- Grado IV. Se define como una rotura de los músculos del esfínter anal con desgarro de la mucosa anal.

Los desgarros de los grados I y II no tienen relevancia clínica, son los desgarros de 3º y 4º grado los que se tratan de limitar mediante el uso de la episiotomía.^{3,9}

Tras el parto, es común sufrir dolor y dispareunia, incluso incontinencia urinaria o fecal. Hay estudios que los relacionan con la episiotomía, por lo que centraremos la revisión bibliográfica en actualizar este tema.

DISPAREUNIA

Las relaciones sexuales dolorosas se conocen como disparesunia.

Tras el parto es relativamente frecuente padecer este síntoma, debemos tener en cuenta que durante el embarazo existe una sobrecarga sobre el suelo pélvico de forma creciente hasta el final de la gestación; si además, le añadimos el daño que ocasionan los desgarros o la episiotomía producidos en el momento final del expulsivo, nos podemos encontrar un elevado porcentaje de mujeres que refieren dolor durante las relaciones sexuales en las que hay penetración.

Poseemos datos que indican que las relaciones sexuales se inician generalmente a la quinta semana, y se practican sin dolor a la sexta. Los desgarros o episiotomía producidos en el período expulsivo del parto pueden ocasionar este tipo de problemas que influyen de forma negativa en la calidad de vida de las mujeres.

Encontramos autores que afirman que se pueden encontrar casos de disparesunia relacionada directamente con la episiotomía hasta seis meses después del parto.^{10 11}

DOLOR

El dolor depende de muchos factores y es difícil de objetivar. Hay estudios, como el realizado por las matronas del Hospital Universitario Miguel Servet que ponen de manifiesto que las mujeres a las que se les ha realizado episiotomía selectiva han tenido menos dolor durante todo el posparto que las que han sufrido una rutinaria. También se extrae a la deambulación y a la sedestación, aunque estos dos últimos datos no muestran diferencias significativas. ^{12 5}

Además, hay estudios que demuestran que a los tres meses, pueden persistir las molestias en el 42% de las mujeres que tienen el perineo intacto, en el 50% de las que recibe episiotomía mediolateral y en el 79% de las que sufren desgarros de grado III y IV. Por lo que la episiotomía mediolateral provoca más dolor que los desgarros de grado I y II. ^{12 5}

Otros estudios demuestran que:

- Una sutura continua puede reducir el dolor mientras que una discontinua aumentarlo.
- La episiotomía mediolateral es más dolorosa que los desgarros de I y II grado.
- El autocuidado y la higiene influye en una mejor evolución de la episiotomía.^{12 5}

INCONTINENCIA URINARIA Y/O FECAL

Por último, en cuanto a la incontinencia, se encuentran datos contradictorios. Existen referencias que afirman la relación entre los partos instrumentales, la episiotomía y los desgarros con la incontinencia.

Fonseca Morales realiza un estudio en primigestas a las que se les realiza episiotomía media y de las 130, un 33.3% presentó lesión del esfínter anal, de éstas, un 80% (o lo que es lo mismo 34 mujeres) tuvo problemas de incontinencia.^{5 13}

La búsqueda bibliográfica ha demostrado que en España, este tema no ha sido objeto de investigación ya que la mayoría de los artículos son muy recientes y hay muy pocos datos de nuestro país.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Estudiar la idoneidad de la realización de la episiotomía.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la relación entre la episiotomía y la incontinencia mixta, la dispareunia y el dolor postparto.
- Técnicas para evitar desgarros y el posible uso de la episiotomía.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica para descubrir la idoneidad del uso de la episiotomía y de su posible relación con la dispareunia, el dolor postparto y la incontinencia tanto fecal como urinaria.

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica, se han revisado las bases de datos siguientes:

1. Pubmed
2. Cuiden
3. Scielo
4. Cochrane
5. Elsevier
6. Cuidatge

También se ha examinado el fondo de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza y las revistas Rol de enfermería, Matronas profesión y la revista de obstetricia y ginecología.

Las palabras clave en dicha búsqueda han sido: Episiotomía, dispareunia, incontinencia postparto, dolor, desgarro perineal, traumatismo perineal, complicaciones parto, etc.

La revisión bibliográfica se ha apoyado, además, en tesis doctorales, en la Guía clínica de cirugía y en organizaciones para la defensa del parto natural.

Se han desecharo artículos por no tener relevancia con el tema que abarca el trabajo, por su antigüedad ya que el requerimiento era que no sobrepasasen los diez años. Esta regla se ha seguido minuciosamente a excepción de un caso, usado por la importancia del estudio.

La población a la que está destinada el trabajo son todas aquellas mujeres que puedan tener descendencia y deseen ser tratadas con mayor naturalidad y prescindir de los partos instrumentales en la medida de lo posible, así como sus parejas y los profesionales de la salud de los que depende que esta práctica se reduzca o amplíe depende de su criterio.

La importancia de este trabajo radica en el conflicto moral que supone esta técnica, en ocasiones realizada por mujeres que aunque sean contrarias a ella, por miedo a un posible desgarro y ante la duda, terminan por ceder y hacer la episiotomía.

Esto se debe al arraigamiento en el ámbito sanitario de esta técnica que algunos llegan a tachar de "mutilación". Sea como fuere, la episiotomía está en mente de los profesionales del medio, que detractores o no, no siguen doctrina alguna lo que provoca un cierto desorden y un libre albedrío que tiene difícil solución.

Palabras clave: Episiotomía, dispareunia, incontinencia, postparto, dolor.

4. DESARROLLO Y RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica ha demostrado que en España, este tema no ha sido objeto de investigación ya que la mayoría de los artículos son muy recientes y hay muy pocos datos de nuestro país.

En Europa y América se le ha dado mayor importancia a este tema, y es posible que por este motivo España esté todavía muy por detrás de los demás países de UE en cuanto a altas cifras de episiotomía se refiere.

Dado que el abordaje del tema a estudio se hace desde muy diferentes ámbitos, se va a realizar desglosándolo punto por punto.

EPISIOTOMÍA

Para comenzar, la episiotomía como técnica rutinaria es criticada en la gran mayoría de los artículos.

Hartmann et al indican que la episiotomía comenzó a ser rutinaria mucho antes de que se probasen científicamente sus beneficios y que es una técnica que elimina cualquier posibilidad de que la mujer quede con un perineo intacto tras dar a luz. Afirman que, en muchas ocasiones, se realiza la incisión de manera sistemática ya que ésta es más fácil de reparar que las laceraciones que se pueden producir si no se hace.¹⁴

En el artículo “Uso selectivo de la episiotomía”, se hace referencia a que el uso rutinario de la episiotomía estaba basado en creencias personales, pero que no tiene beneficio alguno ni para el recién nacido ni para la madre, en cambio el uso selectivo tiene base científica.⁷

En un hospital de Neuquén, Argentina, se realizó un estudio para conocer las indicaciones de la episiotomía y sorprendió conocer que en muchas ocasiones depende de las creencias del profesional al cargo.¹⁵

Así pues, y pese a que se ha demostrado que la episiotomía rutinaria no tiene base científica, se ha visto que se deja a elección del profesional el hacer la incisión o no.

Creo que sería necesario un protocolo en cada hospital que marcará en qué momento hay que realizar una episiotomía y cuándo el parto debe seguir su curso normal para unificar criterios.

Hay que tener en cuenta que cada miembro del equipo sanitario tiene unas creencias y ha sido enseñado en distintos momentos y en distintas escuelas, si alguien ha aprendido durante sus años de estudiante que la episiotomía rutinaria es la mejor opción, será muy difícil refutárselo y es ahí donde entra el protocolo de cada hospital que debe estar basado en hechos científicos para no dejar lugar a dudas.

RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMÍA Y DISpareunia

El dolor durante el coito es después del parto es frecuente, el problema afecta a la calidad de vida de las mujeres que ya no disfrutan plenamente de su vida sexual.⁸

Un artículo publicado en Portugal denuncia la episiotomía a través de varias entrevistas a mujeres que la han padecido, ellas afirman el miedo y la ansiedad que les provocaba el momento del parto por la episiotomía que consideran dolorosa e innecesaria. Dicen que cambió su vida sexual por sentir molestias y dejaron de verlo como algo bonito para tomarlo como un castigo.¹⁶

Esta práctica se encuentra dentro de las causas orgánicas de dispareunia, junto con diversas patologías. Cabe destacar que no solo la incisión en sí puede provocar dolor, sino que la cicatriz también lo hace, lo que significa que puede que el dolor perdure.¹⁷

González Darias afirma que la infección de la episiotomía dará como resultado la dispareunia.¹⁸

Es cierto que las episiotomías grandes (entendiéndose por grande como mayor de cuatro centímetros) implican una demora en el comienzo de las relaciones sexuales que es estadísticamente significativa. Además, las mujeres con periné intacto tienen relaciones sexuales más satisfactorias que las que han sufrido desgarros o se les ha practicado episiotomía.⁴

Sin embargo, un estudio realizado en Zaragoza demuestra que pasados tres años, la calidad de vida de las mujeres sometidas al seguimiento no había variado significativamente, por lo que se entiende que la episiotomía no influye en las relaciones sexuales, al menos a largo plazo.⁴

RESULTADOS:

La episiotomía selectiva puede afectar a la calidad de vida de la mujer en el periodo inmediato al parto, pero será muy difícil que lo haga a largo plazo. Podría ser un problema si se infectase o si cicatrizase mal.

RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMÍA E INCONTINENCIA URINARIA Y/O FECAL

Un estudio de cohortes realizado en 2000 trató de encontrar relación entre la episiotomía y la incontinencia fecal. Compararon a las pacientes que no habían sido sometidas a episiotomía, pero que habían presentado laceraciones de segundo grado espontáneas, con pacientes con episiotomía sin prolongación. Una episiotomía no extendida triplicó el riesgo de incontinencia fecal a los 3 meses del posparto en comparación con un desgarro de segundo grado. Es posible que la episiotomía permita a la cabeza o al hombro aplicar una mayor fuerza cercana al esfínter, lo que ocasiona la disrupción oculta.¹⁹ Lo que se podría traducir en que la presión producida por la cabeza o el hombro del niño cerca del esfínter anal contribuyera a la ruptura brusca de las estructuras de éste, perjudicándolo más que un desgarro de grado número II.

Muñoz-Duyos et al afirman que existe un alto riesgo de padecer incontinencia fecal a los tres meses del parto si ha habido episiotomía, y apuntan que la episiotomía media es la más peligrosa ya que puede producir un defecto esfinteriano en su parte más débil, y la disrupción de la circularidad del esfínter.²⁰

En algunos estudios se indica que la duración del periodo expulsivo, el peso del recién nacido, la circunferenciacefálica fetal y la práctica de episiotomía se asociaron con mayor incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo,

pero la relación no es significativa en el caso de la episiotomía. Aún con todo, ésta se considera un factor de riesgo.²¹

RESULTADOS:

Los resultados en este tema parecen claros, la incontinencia fecal puede aparecer tras un parto con episiotomía y no ser pasajera, sino que puede permanecer meses según los estudios revisados.

La probabilidad de sufrir incontinencia fecal es mayor si la episiotomía es medial.

En cuanto a la incontinencia urinaria, estadísticamente no se puede relacionar con la episiotomía pero se propone como factor de riesgo.

RELACIÓN ENTRE LA EPISIOTOMÍA Y EL DOLOR EN EL POSPARTO

Röckner en su estudio se percató de que en las tres semanas posteriores al parto las mujeres que presentaban episiotomía mediolateral tenían más dolor al sentarse, defecar, caminar y miccionar que aquellas que sufrieron desgarros espontáneos de segundo grado. Hasta seis semanas después del parto, el diez por ciento de las mujeres siguieron teniendo dolor, mientras que ninguna de las mujeres con desgarros de segundo grado refirió queja alguna.

Además, Chang et al indican que dos de tres estudios informan de altas tasas de infección de cicatrices de episiotomías, sobre todo en las mediolaterales, en comparación con la baja incidencia de infección en desgarros espontáneos.²²

Un artículo español corrobora la tesis anterior, aportando que las mujeres con periné intacto carecen de dolor, la episiotomía media y los desgarros de

grado I y II aumentan el dolor y en la episiotomía mediolateral el dolor es aún más fuerte.

En los desgarros de grado III y IV el dolor puede persistir de forma crónica.³

A la vista de los resultados, la mejor práctica sería la prevención, para no tener que realizar la episiotomía y evitar los posibles desgarros. Esto es posible, pero pasa porque la matrona se preste a ayudar a la mujer durante el embarazo.

5. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, proponemos los siguientes consejos para evitar la episiotomía.

EVITAR LA EPISIOTOMÍA

Los siguientes consejos ayudarán a la prevención tanto de los desgarros como del posible uso de la episiotomía.

1. Masaje perineal

Es una técnica que la propia mujer embarazada debería hacer a partir de la semana 34. Sus beneficios son muchos:

- Aumenta elasticidad de los músculos del periné.
- Favorece la circulación sanguínea de la zona , por lo que favorece la disminución de incidencia de episiotomía / dolor postparto .
- Ayuda a la relajación de la zona en el momento del parto.
- Promoción del autocuidado y conocimiento del propio cuerpo.
- Actitud positiva de la mujer ante el tema.
- Recursos materiales necesarios económicos.
- Ahorro sanitario en material de sutura, anestésicos locales, analgesia.
- Técnica fácil de realizar.
- No tiene efectos perjudiciales.

Técnica

Colocarse en un lugar íntimo y cómodo.

Visualizar el periné con un espejo, familiarizarnos con nuestra anatomía.

Poner lubricante abundante en los dedos y en la vagina.

Se puede aplicar compresas calientes en el periné para ablandar los tejidos.

Introducir los pulgares en la vagina como unos 3-4 cm, y hacerlos deslizar hacia los lados suavemente (sin llegar al meato urinario), durante 3-4

minutos, cuando se nota sensación de calor en la zona, hacer presión con los pulgares en la orquilla del periné hacia abajo durante 3-4 minutos.

Estos ejercicios se realizarán todos los días, aunque tiene la misma efectividad realizándolo correctamente 2 veces por semana, desde 6 semanas antes de la fecha probable de parto.^{22, 23}

2. Buena nutrición.
3. Intimidad y privacidad. Durante el momento del parto, se dice que la posición en cuclillas es la más segura.
4. Parto bajo el agua.
5. Jadeo. Suaviza el pujo y endentece el parto.
6. Ejercicios de Kejel. Contraer los músculos del periné durante cinco segundos y relajarlos. Hacer todas las repeticiones posibles durante el día ya que esto permite tener el tono adecuado en el momento del parto y prevenir desgarros.²²

Por último, las conclusiones de este trabajo son las siguientes:

- Tanto ginecólogos como matronas siguen abusando de esta técnica en nuestro país, aunque se haya demostrado los pocos beneficios que reporta realizarla de manera rutinaria.
- La episiotomía rutinaria no tiene base científica y debe ser erradicada por sus nulos beneficios y sus más que demostradas complicaciones. Se recomienda la elaboración de protocolos a seguir en los diversos hospitales ayudarían a que esta técnica se dejase de lado para siempre, ya que la tasa de episiotomía en España es superior a la recomendada por la OMS.
- La dispareunia puede tener relación con la episiotomía en el periodo posparto inmediato, pero no se ha demostrado estadísticamente que

la tenga a largo plazo. Sin embargo, una infección o una mala cicatrización pueden dar lugar al dolor en el coito y a una mala calidad de vida para la mujer.

- En cuanto a la incontinencia fecal, se ha demostrado que la episiotomía media aumenta el riesgo de padecerla y puede perdurar en el tiempo.
- La incontinencia urinaria se reconoce como factor de riesgo.
- El dolor posparto aumenta en la episiotomía mediolateral, siendo el dolor en la medial mayor que en los desgarros de grado I y II.
- Existen métodos que tratan de evitar desgarros y, como consecuencia, la episiotomía, como el masaje perineal durante el embarazo. Éstos no son promovidos en España y se desconoce su uso, sería aconsejable que el masaje perineal fuera enseñado por las matronas en las clases de preparación al parto.

Se pretende que, gracias a los resultados obtenidos, los profesionales sigan las recomendaciones propuestas.

Lo idóneo sería la creación de los citados protocolos y la disminución de la tasa de episiotomía.

Asimismo, se recomienda que las matronas incluyan en las clases de preparación para el parto la enseñanza del masaje perineal. Es probable que algunas mujeres sean reticentes ya que pueden no estar familiarizadas con sus genitales, pero tienen que ser conocedoras de sus beneficios.

Por último, añadir la importancia de la colaboración del personal implicado ya que sin su ayuda no será posible la implantación de la episiotomía restrictiva, y esperamos esta revisión sirva para su orientación.

-
- ¹ Academia Española. Diccionario de la lengua española (2001). Vigésima segunda edición. Madrid. Real Academia Española.
- ² Montenegro Alonso, MS., Blanco Nieves, MI., Pereiro Banqueses MA., Barro Rochela, E., Rico Padín, B. Episiotomía en partos eutópicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Rev Matronas Prof, 2005;6(1): 30-32.
- ³ Romero Martínez, J., De Prado Amián, M. Episiotomía: Ventajas e inconvenientes de su uso. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. Rev Matronas Prof. 2002;6(8): 33-39.
- ⁴ Luque-Carro, R, et al. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008) Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Matronas Prof. 2011; 12(2) 41-48
- ⁵ Rodríguez Ferrer, RM. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de hodge frente a conducta activa. Serie de trabajos fin de master. Reduca. 2010; 2(1) 12-32
- ⁶ Morlans Lanau, M. El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante Miriam Morláns. Serie Matronas. Reduca. 2011; 3(3) 17-206
- ⁷ Scetti, MR., Serracani, GS., Zalazar, LA. Uso selectivo de la episiotomía, Hospital JR Vidal, Corrientes, Argentina. Rev posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2005:146(6): 6-9
- ⁸ Rábago J., Cirugía en el parto vaginal. Universidad Nacional de México. Ginecol Obstet Mex. 2006; 74: 678-682
- ⁹ Folch, M., Paré, D., Castillo, M., Carreras, R Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital del Mar, Barcelona, España. Cir Esp. 2009; 85(6) 341-347
- ¹⁰ Martínez Galiano, JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal severo sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. NURE Inv. (Revista en Internet) 2009 nov-dic (jun 2012); 6(43) Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/provepiversusdes43.pdf.
- ¹¹ S. Diniz, A. Chacham. Temas de Salud Reproductiva 2006; (3): 71-82
- ¹² Tomasso, Giselle et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?. Rev Obstet Ginecol Venez [online]. 2002, vol.62, n.2 [citado 2012-06-18], pp. 115-122 . Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0048-7732.
- ¹³ Fonseca Morales, JV. Determinación de incontinencia fecal por lesiones ocultas del esfínter anal durante el parto vaginal con episiotomía media en primigestas. Rev sanit. nov-dic. 1998;52(6):355-8,
- ¹⁴ Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review. JAMA. 2005;293(17):2141-2148.
- ¹⁵ Cravchik amuel, Muñoz Delia M. E., Bortman Marcelo. Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén, Argentina. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 1998 July [cited 2012 June 16]

-
- ; 4(1): 26-31. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000700005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891998000700005>.
- ¹⁶ Márcia Progianti, J., Marques de Araújo, L., Oliveira Mouta, RJ. REPERCUSSÕES DA EPISIOTOMIA SOBRE A SEXUALIDADE. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 mar; 12 (1): 45 - 49.
- ¹⁷ Caballero Peregrín, P., Moreno García, A., Núñez Calonge, R. Disfunciones sexuales femeninas y su relación con la reproducción. Unidad de Reproducción. Clínica Tambre. Rev Int Androl. 2007;5(3):263-9
- ¹⁸ González Darias, A. Prevalencia de dispareunia tras un parto normal. Reduca Serie Matronas. 2011; 3(3): 125-152.
- ¹⁹ Scott, J. Episiotomía y traumatismo vaginal. Medical Universiy of South California. Obstet Gynecol Clin N Am 32 (2005) 307–321.
- ²⁰ Muñoz-Duyos, A., Navarro-Luna, A., Marco-Molina, C. Propuesta de una nueva clasificación de consenso para la incontinencia fecal. Cir Esp. 2008;83(5):235-41
- ²¹ Gorbea-Chávez, V., Hernández-Contreras, RC., Rodríguez-Colorado, S., Velázquez-Sánchez, MP., Kunhardt-Rasch, J. Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico. Perinatol Reprod Hum 2011; 25 (1): 23-28
- ²² Mey Lin, C., Zafra, L. Valor de la hemoglobina en la gestante y su relación con el parto pretérmino y peso del recién nacido en pacientes atendidas en el hospital de Santa Rosa durante el periodo abril-octubre 2001.
- ²³ Gómez de Enterría Cuesta, ME. Masaje perineal durante el embarazo. Rev. enferm. CyL. 2009 1(2) 40-43