



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Mejía, María Elena; Quintero, Víctor Hugo; Tovar, María Clara

¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?

Colombia Médica, vol. 35, núm. 2, 2004, pp. 75-81

Universidad del Valle

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28335205>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?*María Elena Mejía, Enf. Mag.¹, Víctor Hugo Quintero, Enf. Mag.²,María Clara Tovar, Enf., Ph.D.³**RESUMEN**

Introducción: La episiotomía como procedimiento obstétrico tuvo sus inicios en el siglo XVIII y desde 1920 hasta hoy es usada como procedimiento de rutina en primigestantes.

Objetivo: Identificar algunas complicaciones obstétricas en mujeres nulíparas después de practicar o no la episiotomía mediolateral.

Metodología: El trabajo se realizó en el Hospital Carlos Holmes Trujillo en el suroriente de Cali. Se utilizó un diseño experimental con selección aleatoria de dos grupos de gestantes. La muestra estuvo conformada por 34 pacientes para el grupo control (quienes recibieron el manejo rutinario de realizar episiotomía) y 30 pacientes para el grupo experimental (a quienes no se les realizó episiotomía de rutina).

Resultados y discusión: La percepción dolorosa fue más intensa en el grupo control con diferencias estadísticamente significativas; el nivel del dolor se calificó con la escala visual análoga. En ninguno de los grupos se presentaron desgarros severos; sin embargo, se presentaron desgarros grado I y II en el grupo experimental ocurridos en su mayoría en los partos atendidos por el personal menos experimentado. Las molestias asociadas con la episiotomía valorada a los 10 días postparto fueron hasta cuatro veces mayores en el grupo control sobre el grupo experimental, sobre todo dificultad para sentarse y temor para reiniciar la actividad sexual, circunstancias que pueden afectar el proceso de cicatrización y la relación de pareja. Al evaluar la presencia de dispareunia en ambos grupos a los 60 días postparto se observó en el grupo control molestias como ardor, dolor y sangrado con el inicio de la actividad sexual; en el grupo experimental el inicio de la actividad sexual fue más precoz (15 días postparto). La fortaleza del presente estudio radica precisamente en estos aspectos relativos a la experiencia de la mujer a quien se le realizó episiorrafia; es de vital importancia conocer la forma de realización del procedimiento y cómo afecta su vida después del egreso hospitalario.

Conclusiones: Existe un grupo de pacientes que se benefician en forma importante de la episiotomía, motivo por el cual no se puede abolir completamente este procedimiento; pero la literatura y el presente estudio coinciden en sugerir que cuando se usa de manera selectiva con inminencia de desgarro o compromiso de la vitalidad fetal produce mayores beneficios a la gestante.

Palabras clave: Episiotomía. Episiotomía de rutina. Dolor perineal. Desgarros vaginales. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Dispareunia. Molestias asociadas con la episiotomía.

La episiotomía como procedimiento obstétrico tuvo sus inicios en el siglo XVIII cuando Stephen¹ menciona cómo Ould la realizó por primera vez para partos extremadamente difíciles. Ritgen² médico alemán, hace un recuento del origen de la episiotomía y menciona que en 1855 presentó un tra-

bajo con 4,875 parturientas a quienes les realizó el procedimiento que en esa época llamó “escarificación vaginal”, informando desgarros en 190 de ellas, de los cuales sólo uno fue grado IV. En esa época también describió la manobra de protección perineal que hoy lleva su nombre. Sólo hasta 1857 se estu-

dió y se definió el término con el que se conoce hoy. En 1878 Broomal, fue el primero en proponer la episiotomía en forma rutinaria, pero sólo hasta 1920 Pomeroy³ la protocoliza como rutinaria y desde esa fecha hasta hoy se practica en primigestantes, argumentando que minimiza el estiramiento de los tejidos perineales, disminuye el traumatismo de la cabeza fetal al acortar el segundo período del parto y previene la aparición de prolapsos genitales futuros.

1. Profesora Auxiliar, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Docente hora cátedra, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

3. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

Recibido para publicación julio 2, 2003 Aprobado para publicación marzo 12, 2004

En la bibliografía revisada se hallaron estudios que muestran la importancia de no realizar la episiotomía de rutina⁴⁻⁶. En Colombia no se encontraron investigaciones que verifiquen estos hallazgos, por esta razón se realizó este trabajo que permitiera validar el procedimiento.

El objetivo general fue comparar la presencia de algunas complicaciones obstétricas en mujeres nulíparas después de practicar o no la episiotomía medio lateral.

El proyecto de investigación se sometió a estudio por parte del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Salud, Universidad del Valle, donde se aprobó para su ejecución; asimismo se presentó a las directivas del Hospital Carlos Holmes Trujillo (HCHT) para avalar su desarrollo en la institución. La participación en el estudio requirió consentimiento informado, escrito, pleno e idóneo de la gestante, previa información clara sobre los probables riesgos o beneficios del procedimiento. Cada gestante conoció su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin perjuicio de afectar la disponibilidad de atención médica y de enfermería.

Rockner *et al.*⁷ definen la episiotomía como un corte quirúrgico del cuerpo perineal que se práctica para proteger el esfínter y el recto de laceraciones o desgarros severos durante el parto, como también para disminuir la duración de la segunda etapa del mismo y prevenir la aparición de futuros prolapso genitales. James⁸ propone una nueva técnica quirúrgica para la episiotomía, llamada episiotomía mediana modificada que consiste en realizar una incisión mediana clásica, que se extiende media pulgada lateralmente a cada lado y en forma transversal a nivel de la fascia perineal sin cortar la piel, quedando una especie de 't' invertida. Con esto se logra aumentar en 3.5 cm el

diámetro de la salida, un poco más incluso que la episiotomía mediolateral, y son escasos los desgarros severos.

Uno de los pocos estudios⁹ que se ha realizado en forma aleatoria en América Latina fue hecho por un grupo de investigadores argentinos quienes estudiaron una población de 2,600 parturientas divididas en dos grupos, uno con 82.6% de episiotomía medio lateral de rutina y otro al que se le practicó en forma selectiva en 30.1% de los casos, sólo por indicación fetal, parto intervenido o desgarro perineal severo inminente; encontraron una menor frecuencia de desgarros severos en el grupo de pacientes a las que se les realizó episiotomía selectiva. Estos autores enfatizan que debe ser abandonado el uso rutinario de este procedimiento.

Green y Soohoo¹⁰ informaron en 2,706 mujeres analizadas, un aumento de 9 veces la incidencia de desgarros severos entre pacientes con episiotomía mediana comparado con mujeres sin episiotomía. Wilcox *et al.*¹¹ describen un aumento de cuatro veces el riesgo de sufrir desgarros severos en mujeres con episiotomía mediana y mediolateral comparado con mujeres sin episiotomía. Encontraron además un riesgo relativo mayor según la complejidad de la institución donde fue atendido el parto.

METODOLOGÍA

La investigación se realizó en el HCHT ubicado en el Silos 5 de la Comuna 13, en el Distrito de Aguablanca, barrio El Poblado 2, que cubre la atención de parto de bajo riesgo en el suroriente de Cali. Se realizó un diseño experimental donde se seleccionaron aleatoriamente dos grupos de gestantes mediante la técnica de sobre cerrado. La población estuvo constituida por 420 gestantes nulíparas con embarazo a término (entre 37 y 41 semanas) que consultaron la sala de partos durante

los meses de enero, 1999 a octubre, 1999. La muestra estuvo constituida por 34 mujeres para el grupo control, quienes recibieron el manejo rutinario de episiotomía mediolateral y 30 para el grupo experimental, a quienes no se les realizó episiotomía de rutina, excepto ante la inminencia de desgarro perineal o compromiso de la vitalidad fetal; se eliminaron 4 (12%) mujeres del grupo experimental porque no asistieron al control del día 10 ni al control de los 60 días.

La muestra se calculó teniendo en cuenta un nivel de significancia de 5%, un delta de 0.50, un nivel de poder de 90% y una prueba de dos colas. Los criterios de inclusión fueron:

- Nulípara.
- Dilatación menor o igual a 8 cm al ingreso a la sala de trabajo de parto.
- Feto único cefálico en variedad de posición occípito anterior.
- Atención del parto por profesional de enfermería.
- Participación voluntaria.
- Domicilio conocido.
- Aceptación de la valoración a las 8 horas, 10 y 60 días.

Ambos grupos contaron con tres evaluaciones posteriores a la intervención como se muestra en el siguiente cronograma:

EVALUACIÓN		
1	2	3
8 horas	10 días	60 días
REEDA	EVA	Dispareunia
	REEDA	Incontinencia
	Molestias	urinaria

La primera evaluación se hizo a las ocho horas postparto; se valoró el estado de la episiorrafia según la escala de REEDA¹². Esta escala permite evaluar el proceso de cicatrización de la episiorrafia teniendo en cuenta el rubor, edema, equimosis, descarga o secreción y adherencias o aproximaciones. La segunda evaluación se realizó a los 10

días postparto midiendo la intensidad y duración del dolor perineal según escala visual análoga. En este mismo tiempo se valoró el proceso de cicatrización y la presencia de molestias asociadas con la episiorrafia como dificultad para deambular, dificultad para sentarse y temor al realizar la deposición. La tercera evaluación se efectuó a los 60 días explorando la aparición de dispareunia e incontinencia urinaria de esfuerzo de aparición posterior al parto (Cuadro 1).

1. Escala visual análoga (EVA).

Esta escala se aplicó a los 10 días postparto. Permite calificar la intensidad del dolor de acuerdo con la apreciación subjetiva de la puerpera; está compuesta de valores que oscilan entre 0 y 10 permitiendo establecer la intensidad del dolor así, 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado, 7-10 dolor severo.

Antes de iniciar la recolección de la información, el grupo de enfermeras del HCHT se capacitó en el diseño del estudio y los procedimientos para definir el grupo al que se asignaría cada gestante. Como instrumento de recolección inicial se utilizó la historia clínica perinatal simplificada (HCPS) que por norma se diligencia a todas las gestantes que ingresan a la sala de partos. Este instrumento proporciona información sociodemográfica y datos sobre el control prenatal, el parto y el puerperio.

A los diez días postparto también se aplicó un cuestionario de evaluación de complicaciones obstétricas, con información sobre 5 aspectos:

- Presencia o no de desgarros perineales
- Dolor perineal asociado con la episiorrafia
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Dispareunia
- Molestias asociadas con la episiorrafia: dificultad para deambular y sentarse, temor para realizar deposición e iniciar la actividad sexual.

Cuadro 1
Escala de REEDA

Puntos	Rubor	Edema	Equimosis	Descarga o secreción	Adherencia o aproximación
0	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Cerrada
1	>0.25 cm en ambos lados a partir de la herida	Perineal >1 cm a partir de la herida	>0.25 en ambos lados ó 0.5 cm en un lado	Serosa	Separación de la piel >3 ml
2	>0.5 cm en ambos lados de la herida	Perineal y/o vulvar entre 1 y 2 cm a partir de la herida	Entre 0.25 y 1 cm bilateral o entre 0.5 y 2 cm unilateral	Serosanguinolenta	Separación de la piel y grasa subcutánea
3	<0.5 cm en ambos lados de la herida	Perineal y/o vulvar, >2 cm a partir de la herida	<1 cm bilateral ó 2 cm unilateral	Sanguinolenta y/o purulenta	Separación de la piel, grasa subcutánea y fascia

El trabajo planteó la siguiente pregunta ¿Cuál es la diferencia entre practicar o no la episiotomía mediolateral en mujeres nulíparas en relación con la presencia de dolor, dispareunia, incontinencia urinaria, desgarros perineales III y IV y las molestias que genera esta técnica?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las variables básicas como edad materna, peso, talla, perímetro cefálico y edad gestacional, asociadas en la literatura con la aparición de complicaciones como desgarros severos, no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos permitiendo considerarlos comparables en sus características iniciales y refrendar la validez interna del estudio con respecto a la selección de la muestra.

La edad materna promedio de ambos grupos cercana a los 19 años refleja las características demográficas de la zona de cobertura del HCHT, donde 40% de las mujeres tienen su primer parto antes de los 19 años.

El peso promedio del recién nacido fue similar en ambos grupos (3,200 g), observándose bajo peso al nacer única-

mente en el grupo control (3.3%).

La talla promedio del recién nacido fue 48 cm para ambos grupos; en el grupo control 64% tenían 49 cm o más, y en el grupo experimental 47%. No se evidenció relación con la presencia de desgarros. Por otra parte, el perímetro cefálico promedio de los recién nacidos fue 32 cm, con 58.8% por encima de 33 cm en el grupo control y 63% en el grupo experimental; el perímetro cefálico no mostró relación significativa con la presencia de desgarros en ninguno de los dos grupos.

En ninguno de los dos grupos se presentaron desgarros perineales severos (grados III y IV) (Cuadro 2). En el grupo experimental 6 gestantes presentaron desgarros grado I y en otras 6 desgarros grado II; es lo esperado en cualquier parto siendo igual en ambos grupos.

Al comparar la intensidad del dolor perineal se observó que en el grupo experimental 83.3% refirieron dolor leve, y 13.3% moderado; en contraste con el grupo control donde 55.9% de las puerperas refirieron dolor moderado y 23.5% dolor severo (Cuadro 3).

Las pruebas estadísticas $\chi^2=25.4$ y el valor de $p=0.000033$ reflejan dife-

Cuadro 2
Presencia de desgarros perineales
en ambos grupos de mujeres.
HCHT, 2000

Desgarros	Grupo	
	Experimental	Control
Sí	12	0
No	18	34
Total	30	34

rencias significativas entre los dos grupos, siendo más intensa la experiencia dolorosa en el grupo control con episiotomía de rutina. En ambos grupos se evaluó la incidencia de desgarros perineales grados III y IV, la presencia, duración e intensidad del dolor perineal, la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo, las diferencias existentes en relación con la presencia de dispareunia y se evaluaron las molestias que genera la episiotomía en el grupo control. En ninguno de los grupos se presentó desgarros severos (III y IV), circunstancia que puede estar relacionada con la homogeneidad que presentaron los grupos con respecto a las variables asociadas con este factor. Sin embargo, sí se presentaron desgarros grados I y II en el grupo experimental, 80% de ellos fueron desgarros anteriores no sangrantes, ocurridos en su mayoría en los partos atendidos por el personal menos experimentado. Además, estos desgarros anteriores cicatrizaron con mayor rapidez y produjeron menos dolor y molestias que las episiorrafias del grupo control.

Al no encontrar en el presente estudio una relación directa entre la antropometría fetal, la edad gestacional y la presencia de desgarros se sugiere la existencia de otros factores o combinación de factores que pueden producir estos resultados. Entre ellos se podría mencionar la pericia de la persona que atiende el parto, considerando que a mayor expertismo y entrenamiento, menor presencia de desgarros, situa-

Cuadro 3
Intensidad del dolor a los 10 días según grupo

Intensidad del dolor	Grupo		χ^2	Valor p	Significancia estadística
	Experimental	Control			
Leve	25	7	25.1	0.0000	Sí
Moderado	4	19	12.5	0.0004	Sí
Severo	1	8	Yates 3.84	0.050	No
Total	30	34			

ción que apoya los hallazgos del presente artículo; es importante realizar otra investigación teniendo en cuenta estas variables.

La percepción dolorosa fue más intensa en el grupo control, con diferencias estadísticamente significativas; el nivel del dolor calificado de moderado a severo por 79% del grupo control, contra 16% del grupo experimental; en contraste la duración de la experiencia dolorosa en días fue mayor en el grupo con episiorrafia, situación compatible con los resultados informados por Homsí *et al.*¹³ relacionados con la incisión quirúrgica y las incomodidades que producen en la puerpera.

En ambos grupos se encontraron casos de incontinencia urinaria de esfuerzo pero ningún caso de aparición posterior al parto hasta la última evaluación realizada a los 60 días. De acuerdo con la literatura¹⁴ la incontinencia de esfuerzo relacionada con el parto se hace evidente a las 6 semanas postparto.

La percepción de molestias asociadas con la episiotomía valorada a los 10 días postparto, fue mayor en el grupo control con diferencias significativas sobre el grupo experimental, sobre todo en la dificultad para sentarse y el temor de reiniciar la actividad sexual, encontrándose frecuencias hasta cuatro veces mayores para el grupo control, circunstancias que están relacionadas con el dolor en la herida quirúrgica y el temor a afectar el proceso de cicatrización, situaciones que concuerdan con los hallazgos de Green y Soohoo¹⁵, Klein *et*

*al.*¹⁶, Henriksen *et al.*¹⁷ y Borgatta *et al.*¹⁸ (Cuadro 4).

Al evaluar la presencia de dispareunia en ambos grupos a los 60 días postparto se observó que en el grupo experimental 14.3% de las puerperas que había iniciado actividad sexual con penetración vaginal refirió molestias como ardor, dolor y sangrado (Cuadro 5).

En el grupo control, 79.2% de las puerperas que habían iniciado actividad sexual con penetración vaginal refirió molestias como ardor, dolor y sangrado. En el grupo experimental el inicio de la actividad sexual fue más precoz iniciando desde los 15 días postparto, con un promedio de 30 días, una mediana de 35 y una moda de 55. En el grupo control el inicio de la actividad sexual se presentó en promedio a los 45 días, con una mediana de 50 y una moda de 60. Se evidenciaron diferencias significativas al calcular la aparición de molestias durante la relación sexual con penetración entre los dos grupos; refirieron dolor 79.2% en el grupo control y en el experimental 14.3%.

Es importante evaluar en estudios posteriores el soporte educativo que tienen las gestantes durante su control prenatal y postparto referente a la presencia de molestias asociadas con la episiotomía, pues de manera subjetiva se aprecia un fuerte componente de temor por desconocimiento en estos aspectos que de alguna manera puede afectar el desempeño de la puerpera y el período de inicio de la actividad sexual.

Cuadro 4
Percepción de molestias postparto en mujeres con o sin episiorrafia según grupo a los 10 días postparto

Molestias	Grupo		Riesgo relativo
	Experimenta	Control	
Dificultad para deambular	16.7	64.7	0.27 IC (95%) = 0.12-0.62
Dificultad para sentarse	23.3	85.3	0.24 IC (95%) = 0.12-0.47
Temor al orinar o defecar	10.0	47.1	0.26 IC (95%) = 0.09-0.76
Temor para iniciar relaciones sexuales	50.0	91.2	0.39 IC (95%) = 0.25-0.62

Cuadro 5
Características relacionadas con dispareunia según grupo a los 60 días postparto

Características	Experimental	Control
Dato menor	15.0	20.0
Percentil 25	30.0	37.5
Promedio	30.0	45.0
Mediana	35.0	50.0
Percentil 75	33.4	43.2
Modo	55.0	60.0
Desviación estándar	10.3	9.8
Coefficiente de variación (x 100)	30.8	22.7
Molestia a la relación sexual (%)	14.3	79.2

$$\chi^2 = 18.86 \quad p = 0.00008$$

La fortaleza del presente estudio es en los aspectos relacionados con la experiencia de la mujer desde su punto de vista a la cual se le realiza episiorrafia, pues a pesar de no encontrar en la literatura referencias pertinentes, es vital conocer la forma en que la realización de la episiorrafia afecta su vida después del egreso hospitalario. Es importante realizar estudios que profundicen sobre la experiencia de la mujer con episiorrafia y poder tener una visión más detallada de la percepción de ella y su pareja.

Como consecuencia de este estudio, se observó durante los dos últimos años, una disminución de la práctica de la episiotomía entre los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en la sala de partos del HCHT llegando a niveles de 10% y 15%¹⁹.

Esta investigación debe convertirse en punto de partida para la elaboración

de protocolos de atención que consideren los temores y decisiones de la gestante, así como de nuevos estudios que permitan caracterizar la experiencia de la gestante para mejorar los planes educativos durante el control prenatal y el soporte durante la etapa postparto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se encontró literatura que cuestionaba la práctica de la episiotomía pero ninguna respaldada por investigaciones realizadas en Colombia.
- Las investigaciones encontradas se realizaron con un enfoque clínico y no desde el punto de vista de la gestante.
- Las mujeres a las que no se les realizó episiotomía y presentaron desgarros grado I o II tuvieron un período de recuperación más rápido

y experimentaron menos dolor y molestias en comparación con el grupo con episiotomía.

- La protección adecuada del periné durante la atención del parto, es un factor que contribuye a evitar los desgarros y una alternativa para aquellas mujeres sin indicaciones para una episiotomía.
- La episiorrafia genera una experiencia dolorosa más intensa y duradera que la presencia de desgarros leves (I o II) o la no realización del procedimiento.
- En relación con la dispareunia el nivel de molestias durante la penetración vaginal es un efecto a largo plazo de la práctica de la episiotomía y uno de los que genera mayor angustia a la mujer.
- Existe un grupo de pacientes que se benefician de manera importante de la episiotomía, motivo por el cual no se puede abolir completamente este procedimiento; pero la literatura y este estudio coinciden en sugerir que usada en forma selectiva, con criterios muy claros y específicos (inminencia de desgarro o compromiso de la vitalidad fetal) que normalmente no excederían 30%, produce mayores beneficios a la gestante.
- Es razonable entonces, que la persona que atiende el parto esté calificada para definir la realización o no del procedimiento de acuerdo con el beneficio real que tendrán la madre y el recién nacido.
- La valoración y la intervención de enfermería apropiada y oportuna juegan un papel importante en la prevención de complicaciones y facilitan la toma de decisiones con respecto de la práctica o no de la episiotomía.
- Disminuir la realización de episiotomías a niveles razonables, contribuye a mejorar el bienestar de la puer-

- Se debe trabajar sobre proyectos formativos de estudiantes de áreas obstétricas para no seguir difundiendo la episiotomía como un procedimiento de rutina.
- Se deben adaptar los protocolos de atención a la mujer gestante para que los prestadores de la atención conozcan los criterios, riesgos y beneficios de realizar la episiotomía.
- Es importante impulsar estudios cualitativos que permitan mostrar la experiencia de la mujer en su sentir, pensar y actuar cuando se le realiza la episiotomía.

SUMMARY

Introduction: The episiotomia as an obstetric procedure had its first roots at the start of the 18th century, when Stephen mentions how Old made for the first time the episiotomia for extremely difficult delivery. Since 1920 until today its used as a routine procedure of routine in primigestantes.

Goals: Comparing the presence of some obstetric complications in nuliparas women after practicing either or not the episiotomia mediolateral.

Methodology: The work was done in the Carlos Holmes Trujillo hospital, that covers the attention of low risk deliveries in the south eastern part of the city. An experimental design was made in the one that were selected two different groups of gestantes. The muestra was conformed by 34 patients for the group control (who received the routine management of making episiotomia) and 30 patients for the experimental group (the ones that didn't received the routine episiotomia).

Results and discussion: The harm perception was a much more intense in the control group with significantly

different status; the pain was qualified form moderated to severe. In none of the groups were presented desgarros (grade III and IV) circumstances that can be related with the homogeneity that presented the groups according to the different variables associated with this factor, no matter what were some of them presented desgarros in grade I and II in the experimental group occurred in its majority in the deliveries attended by the less experimented people. The harm associated with episiotomy valued in ten days post delivery were more in the control group against the experimental group, especially difficult to sit down and fear the restart sexual activity, finding frequencies until four times higher in the control group, circumstances that can affect the process of cicatrization in the partner relation. These findings are related with the surgical incision and the disagreement things produced in the puerperium. When evaluating the presence of dyspareunia in both groups at the sixty days postpartum it was observed: In the control group some soft harms as pain and bleeding with the start of sexual activity (15 post delivery). The strength of the present study is based precisely in relative aspects to the selective episiotomy.

Conclusions: It exists a group of patients that were benefited in an important way from the episiotomy, reason why it could not be abolished completely in this procedure; but the literature in the present study coincides in suggest that used in a selected way with much more cleared and specific concepts (imminence of laceration or compromise of fetal vitality) produce more benefits to the women.

Key words: Routine of episiotomy. Imminence of perineal damage. Elective of episiotomy. Perineum pain. Dyspareunia.

REFERENCIAS

1. Stephen B, Tacker L, David B. Benefits and risks of episiotomy. An interpretative review of the English language literature. *Rev Obstetr Gynecol Surv* 1983; 6: 322-338.
2. Ritgen G. Concerning his method for protection of the perineum. *Am J Obstetr Gynecol* 1965; 93: 421-433.
3. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Am J Obstetr Dis Women Child* 1920; 78: 211-213.
4. Belizan J, Sultan A. Routine vs. selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-1518.
5. Klein M, Gauthier R, Jorgensen S, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstetr Gynecol* 1994; 171: 591-598.
6. Homsy R, Daikoku N, Littlejohn J, Wheelless C. Episiotomy: Risks of deshealing and rectovaginal fistula. *Obstetr Gynecol Surv* 1994; 49: 803-808.
7. Rockner G, Wahlberg V, Olund A. Episiotomy and perineal trauma during childbirth. *J Adv Nurs* 1989; 14: 264-265.
8. James M. Modified median episiotomy minimizes the risk of third degree tears. *Obstetr Gynecol* 1994; 83: 156-157.
9. Belizan J, Sultan A. Routine vs. selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-1518.
10. Green J, Soohoo S. Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries. *Obstetr Gynecol* 1989; 73: 732-738.
11. Wilcox L, Srobino D, Baruffi G, Dellinger W. Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetrics service. *Am J Obstetr Gynecol* 1989; 160: 1047-1052.
12. Olds S, London M, Ladewing P. *Enfermería materno infantil*. 4^a ed. México, D.F.: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1995. p.1134.
13. Homsy R, Daikoku N, Littlejohn J, Wheelless C. Episiotomy: Risks of deshealing and rectovaginal fistula. *Obstetr Gynecol Surv* 1994; 49: 803-808.
14. Marchant D. Clinical evaluation of urinary incontinence and abnormal anatomy and pathophysiology. *Clin Obstetr Gynecol* 1984; 27: 434-484.
15. Green J, Soohoo S. Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries. *Obstetr Gynecol* 1989; 73: 732-738.
16. Klein M, Gauthier R, Jorgensen S, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstetr Gynecol* 1994; 171: 591-598.

17. Henriksen T, Bek K, Hedegaard M, Secher N. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *Br Med J* 1994; 309: 1255-1258.
18. Borgatta L, pining S, Cohen W. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160- 294.
19. Hospital Carlos Holmes Trujillo. Sección de Estadísticas. *Libro de registros de sala de partos 1999-2000*. Cali: Hospital Carlos Holmes Trujillo.