



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal (Revisión)

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P.
Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth
(Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081.
DOI: [10.1002/14651858.CD000081.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal (Revisión)

Copyright © 2017 The Authors. Cochrane Database of Systematic Reviews published by John Wiley & Sons, Ltd. on behalf of The Cochrane Collaboration.

WILEY

[Revisión de intervención]

Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal

Hong Jiang¹, Xu Qian¹, Guillermo Carroli², Paul Garner³

¹Department of Maternal, Child and Adolescent Health, School of Public Health, Fudan University, Shanghai, China. ²Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), Rosario, Argentina. ³Department of Clinical Sciences, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, UK

Contacto: Hong Jiang, Department of Maternal, Child and Adolescent Health, School of Public Health, Fudan University, Mailbox 175, No. 138 Yi Xue Yuan Road, Shanghai, Shanghai, 200032, China. h_jiang@fudan.edu.cn, jhjhonly@hotmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: New search for studies and content updated (conclusions changed), comment added to review, publicada en el número 2, 2017.

Referencia: Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: [10.1002/14651858.CD000081.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3).

Copyright © 2017 The Authors. Cochrane Database of Systematic Reviews published by John Wiley & Sons, Ltd. on behalf of The Cochrane Collaboration. This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-Non-Commercial](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) Licence, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

RESUMEN

Antecedentes

Algunos médicos creen que la episiotomía sistemática, un corte quirúrgico en la vagina y el perineo, previene los desgarros graves durante el parto. Por otro lado, una episiotomía se acompañará de traumatismo perineal y suturas.

Objetivos

Evaluar los efectos sobre la madre y el recién nacido de una política de episiotomía selectiva (“solo si es necesaria”) comparada con una política de episiotomía sistemática (“parte del tratamiento habitual”) para los partos vaginales.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (14 septiembre 2016) y en las listas de referencias de los estudios recuperados.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararan el uso de episiotomía selectiva versus sistemática, de forma independiente del número de partos, el contexto o el tipo quirúrgico de la episiotomía. Se incluyeron ensayos en los que se había planificado el parto vaginal no asistido o asistido. No eran aptos para la inclusión en esta revisión los ensayos controlados cuasialeatorios, los ensayos con un diseño cruzado o los publicados sólo en forma de resumen.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, examinaron los estudios, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Un tercer autor midió cuando no había un consenso claro. Se observaron las prácticas adecuadas para el análisis y la interpretación de los datos cuando los investigadores eran los autores de la revisión. Se utilizaron los modelos de efectos fijos a menos que la heterogeneidad impidiera este procedimiento, los resultados se expresaron como cocientes de riesgos (CR) e intervalos de confianza (IC) del 95% y la certidumbre de las pruebas se evaluó mediante GRADE.

Resultados principales

Esta revisión actualizada incluye 12 estudios (6177 mujeres), 11 en pacientes en trabajo de parto en las cuales se había planificado un parto vaginal, y uno en pacientes en las que se había previsto un parto asistido. Dos eran ensayos con más de 1000 mujeres (Argentina y Reino Unido), y el resto fueron más pequeños (de Canadá, Alemania, España, Irlanda, Malasia, Pakistán, Colombia y Arabia Saudita). Ocho ensayos incluyeron a pacientes primíparas solamente, y cuatro ensayos se realizaron en pacientes tanto primíparas como múltiparas. Para el riesgo de sesgo, la ocultación de la asignación se realizó de forma adecuada y se informó en nueve ensayos; la generación de la secuencia fue aleatoria y se informó adecuadamente en tres ensayos; el cegamiento de los resultados fue suficiente y se informó en un ensayo; el cegamiento de los participantes y el personal fue informado en un ensayo.

Para las pacientes en las que se previó un parto vaginal no asistido, una política de episiotomía selectiva puede dar lugar a un 30% menos de pacientes con **traumatismo perineal/vaginal grave** (CR 0,70; IC del 95%: 0,52 a 0,94; 5375 pacientes; ocho ECA; pruebas de baja confiabilidad). No se conoce si hay una diferencia para la **pérdida de sangre al momento del parto** (un promedio de 27 ml menos con la episiotomía selectiva, IC del 95% de 75 ml menos a 20 ml más; dos ensayos, 336 mujeres, pruebas muy poco confiables). Tanto la episiotomía selectiva como sistemática tiene poco o ningún efecto sobre los neonatos con una **puntuación de Apgar menor que siete a los cinco minutos** (cuatro ensayos, ningún evento; 3908 mujeres, pruebas de confiabilidad moderada); y puede haber poca o ninguna diferencia en la **infección perineal** (CR 0,90; IC del 95%: 0,45 a 1,82; tres ensayos, 1467 participantes, pruebas de baja confiabilidad).

Para el dolor, se desconoce si la episiotomía selectiva comparada con la sistemática resulta en menos mujeres con **dolor perineal moderado o grave** (medido en una escala analógica visual) a los tres días posparto (CR 0,71; IC del 95%: 0,48 a 1,05; un ensayo, 165 participantes, pruebas muy poco confiables). Probablemente haya poca o ninguna diferencia para la **dispareunia a largo plazo (seis meses o más)** (CR 1,14; IC del 95%: 0,84 a 1,53; tres ensayos, 1107 participantes, pruebas de confiabilidad moderada); y puede haber poca o ninguna diferencia para la **incontinencia urinaria a largo plazo (seis meses o más)** (CR promedio 0,98; IC del 95%: 0,67 a 1,44; tres ensayos, 1107 participantes, pruebas de baja confiabilidad). Un ensayo informó el **prolapso genital** a los tres años después del parto. No se observaron diferencias claras entre los grupos (CR 0,30; IC del 95%: 0,06 a 1,41; 365 pacientes; un ensayo, pruebas de baja confiabilidad). No se informaron otros resultados relacionados con **losefectos a largo plazo** (fístula urinaria, fístula rectal e incontinencia fecal). Los análisis de subgrupos por número de partos (primípara versus múltipara) y por método quirúrgico (episiotomía de línea media versus mediolateral) no identificaron efectos de modificación. El dolor no se evaluó de forma adecuada, y no se informaron las preferencias de las pacientes.

Un ensayo examinó la episiotomía selectiva comparada con la episiotomía sistemática en las pacientes en las que se había planificado un parto vaginal operatorio (175 mujeres) y no mostró diferencias claras en el traumatismo perineal grave entre el uso restrictivo y sistemático de la episiotomía, aunque el análisis tuvo poco poder estadístico.

Conclusiones de los autores

En las pacientes en las que no se ha planificado un parto instrumental, las políticas de episiotomía selectiva dan lugar a menos mujeres con traumatismo perineal/vaginal grave. Otros hallazgos, tanto a corto como a largo plazo, no aportan pruebas claras de que las políticas de episiotomía selectiva resulten en daños para la madre o el recién nacido.

Por lo tanto, la revisión demuestra que la creencia de que la episiotomía sistemática reduce el traumatismo perineal/vaginal no es justificada por las pruebas actuales. La investigación adicional en las pacientes en las que se ha planificado el parto instrumental puede ayudar a aclarar si la episiotomía sistemática es útil en este grupo particular. Estos ensayos deben usar mejores métodos de evaluación de los resultados estandarizados.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal

¿Cuál es el problema?

El parto normal puede causar desgarros en la vagina y el tejido circundante, generalmente cuando nace la cabeza del recién nacido, y a veces estos desgarros se extienden al recto. Los mismos se reparan quirúrgicamente, aunque su cicatrización toma tiempo. Para evitar estos desgarros graves, los médicos han recomendado hacer un corte quirúrgico en el perineo con tijeras o el bisturí para prevenir un desgarramiento grave y facilitar el parto. Esta intervención, conocida como episiotomía, se usa como una política de atención sistemática durante los partos en algunos países. Tanto un desgarramiento como una episiotomía necesitan suturas, y pueden dar lugar a dolor intenso, hemorragia, infección, dolor al momento del coito y pueden contribuir con la incontinencia urinaria a largo plazo.

¿Por qué es esto importante?

Una episiotomía requiere sutura, y se desconocen los efectos beneficiosos y perjudiciales como parte del tratamiento sistemático de los partos normales. En particular, se necesita saber si en verdad previene los desgarramientos grandes, debido a que las pacientes de otro modo pueden ser sometidas a una cirugía innecesaria, dolor y en algunos casos, problemas a largo plazo. La pregunta de si aplicar una política de episiotomía sistemática es importante para la práctica clínica y para la salud y el bienestar de las pacientes y los recién nacidos.

¿Qué pruebas se encontraron?

Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal (Revisión)

Se preparó la edición de esta revisión actualizando los métodos y buscando pruebas en la literatura médica el 14 de septiembre de 2016. La revisión ahora incluye 11 ensayos controlados aleatorios (con 5977 mujeres) que compararon la episiotomía según fuese necesario (episiotomía selectiva) con la episiotomía sistemática en cuanto a los efectos beneficiosos y perjudiciales para la madre y el recién nacido en pacientes en bajo riesgo de parto instrumental.

Los ensayos fueron de diez países diferentes. En las pacientes en que el personal sanitario sólo realizaba la episiotomía selectiva, puede haber un 30% menos con traumatismo perineal grave al momento del parto en comparación con las pacientes en que se aplicó una política de episiotomía sistemática (ocho ensayos, 5375 mujeres, pruebas de baja confiabilidad). No se sabe si hay una diferencia en la pérdida sanguínea promedio entre los grupos (dos ensayos, pruebas muy poco confiables). Probablemente no hay ninguna diferencia en la puntuación Apgar menor que siete a los cinco minutos, sin eventos en ninguno de los grupos (pruebas de confiabilidad moderada). No se sabe si hay una diferencia en el número de pacientes con dolor perineal moderado o intenso tres días después de dar a luz (un ensayo, 165 mujeres, pruebas de muy baja certidumbre) aunque la evaluación cuidadosa del dolor de las pacientes no se realizó de forma adecuada en los ensayos incluidos. Puede haber poca o ninguna diferencia en el número de pacientes que desarrollaron infección perineal (dos ensayos, pruebas de baja confiabilidad); y probablemente hay poca o ninguna diferencia en las pacientes que informaron sobre el coito doloroso seis meses o más después del parto (tres ensayos, 1107 mujeres, pruebas de confiabilidad moderada); para la incontinencia urinaria seis meses o más después del parto, puede haber poca o ninguna diferencia entre los grupos. Un estudio informó el prolapso genital tres años después del parto y no hubo diferencias claras entre los grupos (pruebas de baja confiabilidad). Otros resultados importantes en relación con los efectos a largo plazo no se informaron en estos ensayos (fístula urinaria, fístula rectal e incontinencia fecal).

Un ensayo examinó la episiotomía selectiva comparada con la episiotomía sistemática en las pacientes para las que se había planificado un parto vaginal operatorio. Los resultados no mostraron diferencias claras en el traumatismo perineal grave entre el uso restrictivo y sistemático de la episiotomía.

No se informaron los criterios de las pacientes sobre las diferentes políticas.

¿Qué quiere decir esto?

En términos generales, los resultados indican que el uso selectivo de la episiotomía en las pacientes (en las que se prevé un parto normal sin fórceps) significa que menos mujeres presenten traumatismo perineal grave. Por lo tanto, la fundamentación de la realización de las episiotomías sistemáticas para prevenir el traumatismo perineal grave no es justificada por las pruebas actuales, y no fue posible identificar ningún beneficio de la episiotomía sistemática para el recién nacido ni la madre.

Se necesita más investigación para informar la política en las pacientes en las que se planifica un parto instrumental y a menudo se recomienda la episiotomía. Los resultados podrían estandarizarse y medirse de forma más adecuada.