

# EPISIOTOMIA EN EL PARTO VAGINAL

Carroli G, Belizan J

## RESUMEN

### Antecedentes

La episiotomía se realiza para prevenir los desgarros perineales severos pero se ha cuestionado su uso rutinario. No están claros los efectos relativos de la episiotomía mediana comparados con la mediolateral.

### Objetivos

Evaluar los efectos del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria durante el parto vaginal.

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en el registro de estudios clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group).

### Criterios de selección

Estudios clínicos controlados aleatorizados que compararan el uso restrictivo de la episiotomía con la episiotomía rutinaria; el uso restrictivo de la episiotomía mediolateral versus la episiotomía mediolateral rutinaria; el uso restrictivo de la episiotomía mediana versus la episiotomía mediana rutinaria; y el uso de la episiotomía mediana versus la episiotomía mediolateral.

### Recopilación y análisis de datos

Dos revisores evaluaron la calidad de los estudios clínicos y extrajeron los datos de manera independiente.

### Resultados principales

Se incluyeron seis estudios. En el grupo episiotomía rutinaria se realizó episiotomía al 72,7% de las mujeres (1.752/2.409), mientras que la tasa en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27,6% (673/2.441). La episiotomía en comparación con el uso rutinario se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior (riesgo relativo: 0,88; intervalo de confianza del 95%: 0,84 a 0,92), de la necesidad de sutura (riesgo relativo: 0,74; intervalo de confianza del 95%: 0,71 a 0,77); y menos complicaciones en la cicatrización (riesgo relativo: 0,69; intervalo de confianza del 95%: 0,56 a 0,85). El uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior (riesgo relativo: 1,79; intervalo de confianza del 95%: 1,55 a 2,07). No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo (riesgo relativo: 1,11; intervalo de confianza del 95%: 0,83 a 1,50); dispareunia (riesgo relativo: 1,02; intervalo de confianza del 95%: 0,90 a 1,16); incontinencia urinaria (riesgo relativo: 0,98; intervalo de confianza del 95%: 0,79 a 1,20); o medidas relacionadas con dolor severo. Los resultados del uso restrictivo de la episiotomía mediolateral rutinaria versus el uso de la episiotomía mediana fueron similares a las comparaciones globales.

### Conclusiones del revisor

La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo. No obstante, con el uso restrictivo de la episiotomía, hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior.

**Esta revisión debería citarse como: Carroli G, Belizan J** Episiotomía en el parto vaginal. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.

## ANTECEDENTES

La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura (Thacker 1983).

Ya en 1741 un informe mencionaba la primera incisión del periné para prevenir el desgarro perineal severo (Ould 1741). En todo el mundo, los índices de episiotomías aumentaron de manera sustancial durante los primeros cincuenta años del siglo XX, junto con una tendencia mayor de partos en centros hospitalarios e igual participación de los médicos en el proceso de partos normales sin complicaciones. Aunque la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, se introdujo sin evidencia científica sólida de su efectividad (Lede 1996). Los índices informados sobre esta práctica en todo el mundo son de un 62,5% en los EE.UU. (Thacker 1983), un 30% en Europa (Mascarenhas 1992; Buekens 1985) y una proporción mayor en América Latina. En la Argentina la episiotomía es una intervención rutinaria que se practica en casi todos los partos de mujeres nulíparas y primíparas (Lede 1991).

Los efectos beneficiosos que parece tener la episiotomía para la madre son los siguientes: (a) reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado (Ould 1741; Thacker 1983; Cunningham 1993), (b) preservación de la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y reduce el riesgo de incontinencia fecal o urinaria (Aldridge 1935; Gainey 1955), (c) como es una incisión recta y limpia, una episiotomía es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro. Para el recién nacido, un período expulsivo prolongado durante el trabajo de parto podría causar asfixia fetal, traumatismo craneano, hemorragia cerebral y retraso mental. Durante el parto, es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de distocia de hombros en el feto.

Por otro lado, entre los hipotéticos efectos adversos derivados del uso rutinario de la episiotomía se incluyen los siguientes: (a) prolongación de la episiotomía, por corte del esfínter anal o del recto, o por medio de una prolongación inevitable de la incisión, (b) resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístulas rectovaginales y fístulas anales (Homsí 1994), (c) mayor pérdida de sangre y hematomas, (d) dolor y edema en la región de la episiotomía (e) infección y dehiscencia (Homsí 1994), (f) disfunción sexual.

Otros aspectos importantes para tener en cuenta son los costos y recursos adicionales que pueden ser necesarios para justificar una política que aliente el uso rutinario de la episiotomía.

La pregunta acerca de si la episiotomía mediana permite conseguir mejores resultados que la mediolateral no se ha respondido de manera satisfactoria. Las ventajas que sugiere la práctica de la episiotomía mediana en lugar de la episiotomía mediolateral son: una mejor función sexual y mejor cicatrización con un aspecto más satisfactorio de la cicatriz. Quienes no apoyan el uso de este método indican que se asocia con tasas más elevadas de prolongación de la episiotomía y, en consecuencia, un mayor riesgo de traumatismo perineal severo (Shiono 1990).

El objetivo de esta revisión es evaluar la evidencia disponible acerca de los posibles beneficios, riesgos y costos derivados del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria. También se evaluaron los beneficios y riesgos derivados de la episiotomía mediana en comparación con la mediolateral. Se considerarán las implicaciones para la práctica clínica y la necesidad de investigaciones adicionales en esta área.

## OBJETIVOS

Determinar los beneficios y los riesgos posibles del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria durante el parto. También se determinarán los efectos beneficiosos y perjudiciales de la episiotomía mediana en relación con la mediolateral.

Las comparaciones se estratificarán en las siguientes categorías:

- (1) La episiotomía restrictiva comparada con la episiotomía rutinaria (todas).
- (2) La episiotomía restrictiva en relación con la episiotomía rutinaria (mediolateral).
- (3) La episiotomía restrictiva comparada con la rutinaria (mediana).
- (4) La episiotomía mediana respecto de la mediolateral.

Hipótesis:

- (1) La indicación restrictiva comparada con la episiotomía rutinaria durante el parto no influirá en ninguno de los resultados citados en la sección "Tipos de medidas de resultado".
- (2) La episiotomía mediana restrictiva en relación con la episiotomía rutinaria durante el parto será similar en cualquiera de los resultados citados en la sección "Tipos de medidas de resultado".

## **CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN**

### **Tipos de estudios**

Cualquier estudio clínico controlado aleatorizado adecuado que planteara una o varias de las siguientes comparaciones:

- (1) El uso restrictivo de la episiotomía mediolateral versus el uso rutinario de la episiotomía mediolateral.
- (2) El uso restrictivo de la episiotomía mediana versus el uso rutinario de la episiotomía mediana.
- (3) El uso de la episiotomía mediana versus la episiotomía mediolateral.

### **Tipos de participantes**

Embarazadas con parto vaginal.

### **Tipos de intervención**

Comparación primaria: La comparación principal es el uso restrictivo de la episiotomía versus el uso rutinario de la episiotomía.

Comparaciones secundarias. Incluyen: El uso restrictivo de la episiotomía mediolateral versus el uso rutinario de la episiotomía mediolateral. El uso restrictivo de la episiotomía mediana versus el uso rutinario de la episiotomía mediana. El uso de la episiotomía mediana versus la episiotomía mediolateral.

### **Tipos de medidas de resultado**

Se evalúan los resultados maternos y neonatales.

Los resultados maternos evaluados en la comparación son subanalizados según la paridad (primíparas y multíparas), e incluyen: número de episiotomías, índice de partos asistidos, traumatismo vaginal/perineal severo, traumatismo perineal severo, traumatismo perineal posterior y anterior, necesidad de sutura, pérdida de sangre estimada, dolor perineal, uso de analgesia, dispareunia, hematoma perineal, complicaciones en la cicatrización, dehiscencia de la herida perineal, infección perineal e incontinencia urinaria.

Las medidas de resultado neonatal son: puntaje de Apgar menor de 7 al minuto y se requiere el ingreso a la unidad especial de cuidados neonatales.

## **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS**

Ver: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto estrategia de búsqueda

Esta revisión adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto en su totalidad. Para obtener más información ver los detalles del Grupo de Revisión (Review Group).

Los estudios relevantes se identificaron en el Registro Especializado de Estudios Clínicos Controlados (Specialised Register of Controlled Trials) del Grupo. El término usado para realizar la búsqueda fue "episiotomy". Con esta estrategia se encontraron 214 artículos correspondientes a diferentes tipos de estudios relacionados con el tema de la episiotomía. La mayoría de los estudios se relacionan con comparaciones del uso de analgésicos para el dolor postepisiotomía, la evaluación de diferentes técnicas para la reparación perineal, la comparación de partos instrumentales y la evaluación del manejo perineal antes del parto.

Sólo nueve estudios clínicos cumplieron con los objetivos establecidos para esta revisión, pero tres de ellos se excluyeron debido a su mala calidad metodológica. En resumen, seis estudios clínicos controlados aleatorizados contribuyeron a esta revisión.

## MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Los estudios clínicos seleccionados fueron evaluados por su calidad metodológica y elegibilidad, sin tener en cuenta sus resultados. Los datos incluidos se procesaron como se describe en Mulrow & Oxman 1997. En esta revisión sistemática, la calidad metodológica se evalúa según las tres dimensiones descritas por Chalmers et al 1989: principalmente control del sesgo de selección en el momento de la inclusión (la calidad de la asignación aleatoria, evaluando los métodos de generación y de ocultamiento aplicados), control del sesgo de selección después de la inclusión (en qué medida el análisis primario incluyó a cada persona incorporada en las cohortes aleatorizadas), y el control del sesgo de evaluación de los resultados (el grado en el cual quienes evalúan los resultados ignoraban el grupo al que habían sido asignados los individuos analizados).

## DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver la tabla de "Características de los estudios incluidos".

## CALIDAD METODOLÓGICA

En general, el método de asignación a los tratamientos es consistente, salvo en el estudio Harrison 1984, cuyo método de asignación a los tratamientos no se describe con claridad, lo que plantea dudas sobre un posible sesgo de selección.

Sleep 1984; House 1986; Klein 1992; Argentine 1993 y Eltorkey 1994, informaron acerca de las asignaciones aleatorias y de su ocultamiento por medio de sobres opacos cerrados, lo cual reduce el riesgo de sesgo de selección en el momento de la inclusión en el estudio.

El sesgo de selección después de la inclusión se evitó en Sleep 1984; Harrison 1984; House 1986 y Eltorkey 1994. En los mismos todas las mujeres seleccionadas al azar fueron incluidas en los análisis. Sleep 1984 incluye el seguimiento a largo plazo con un porcentaje de pérdidas durante el seguimiento de cerca del 33% de las participantes. Klein 1992, muestra una tasa de pérdidas durante el seguimiento entre el 0,71% para los resultados primarios y el 5% para los secundarios. En el estudio clínico Argentine 1993, todas las mujeres aleatorizadas fueron incluidas en el análisis de resultado primario con una pérdida de seguimiento del 5% en el momento del parto, un 11% después del alta hospitalaria y un 57% a los siete meses postparto. En todos los estudios se realizó un análisis del tipo "por intención de tratar".

En el estudio clínico Sleep 1984, el observador que medía los resultados fue cegado a las asignaciones de los grupos tratamiento. En el estudio Argentine 1993, sólo se ocultó al observador los resultados de la evaluación de la cicatrización y la morbilidad. Ninguno de los otros estudios (Harrison 1984; House 1986; Klein 1992; Eltorkey 1994) informó sobre el intento de cegar las asignaciones de los grupos tratamiento al observador.

## RESULTADO

El uso restrictivo de la episiotomía muestra un menor riesgo de morbilidad clínicamente relevante, incluidos el traumatismo perineal posterior [riesgo relativo (RR): 0,88; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,84 a 0,92], la necesidad de sutura del traumatismo perineal (RR: 0,74; IC 95%: 0,71 a 0,77) y las complicaciones en la cicatrización en un lapso de siete días (RR: 0,69; IC 95%: 0,56 a 0,85). No se evidenció ninguna diferencia en cuanto a la incidencia de los resultados principales como el traumatismo vaginal o perineal severos, el dolor, la dispareunia o la incontinencia urinaria. La única desventaja demostrada derivada de la práctica restrictiva es un riesgo mayor de traumatismo perineal anterior (RR: 1,79; IC 95%: 1,55 a 2,07). Las comparaciones secundarias, tanto para la episiotomía restrictiva versus la mediolateral rutinaria como para la episiotomía restrictiva versus la mediana, muestran resultados similares a los de la comparación global.

Ver las tablas y gráficos incluidos en esta revisión.

No se incluyó ningún estudio que comparara la episiotomía mediolateral versus la mediana, debido a la deficiente calidad metodológica.

## DISCUSIÓN

La pregunta principal es si debe practicarse o no una episiotomía de forma rutinaria. La respuesta es clara. Existe evidencia para apoyar el uso restrictivo de la episiotomía en comparación con su uso rutinario. Esto es válido tanto para la comparación global como para las comparaciones entre los subgrupos, que tienen en cuenta la paridad.

Sobre la base de la evidencia disponible se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía.

¿Qué tipo de episiotomía es más beneficiosa: la mediana o la mediolateral? Hasta el presente sólo hay dos estudios clínicos publicados disponibles y ambos fueron excluidos de esta revisión. Según se describe en la tabla "Características de los estudios excluidos" la calidad metodológica de dichos estudios clínicos es deficiente, lo que hace imposible interpretar sus resultados. Por consiguiente, no existe evidencia comprobada para recomendar una técnica de episiotomía determinada.

Basados en esta revisión sistemática, Belizán y colaboradores (comunicación personal) calcularon el dinero que se ahorra con una política de episiotomía selectiva en comparación con una política de episiotomía rutinaria en dos países de América Latina. Adoptando una postura conservadora calcularon un ahorro en el sector público de entre 6,50 y 12,50 dólares estadounidenses en cada parto vaginal sin episiotomía. Esto solamente incluye los costos de los materiales de sutura. En un país como Venezuela, con 574.000 nacimientos por año, de los cuales el 97% de los partos corresponde al sector público, el ahorro oscilaría entre 3,5 y 7 millones de dólares estadounidenses. En el caso de Brasil, la misma estimación arroja un ahorro de entre 15 y 30 millones de dólares estadounidenses.

## CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

### Implicaciones para la práctica

Existe evidencia clara para recomendar el uso restrictivo de la episiotomía. Estos resultados son evidentes en la comparación global y se mantienen luego de la estratificación según el tipo de episiotomía: medio lateral restrictiva versus medio lateral rutinaria o mediana restrictiva versus mediana rutinaria. En tanto no haya evidencia adicional disponible, la técnica de elección debe ser la que resulte más conocida para el profesional que asista el parto.

### Implicaciones para la investigación

Varias preguntas siguen sin respuesta y se necesitan estudios adicionales para abordarlas. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso restrictivo de la episiotomía en partos asistidos (fórceps o ventosa), prematuros, en presentación podálica, macrosomía diagnosticada y supuestos desgarros inminentes? Existe la necesidad imperiosa de evaluar qué técnica (mediolateral o mediana) ofrece los mejores resultados.

## AGRADECIMIENTOS

A Jean Hay-Smith, autor de las versiones anteriores de esta revisión. A Georgina Stamp, que contribuyó como corevisora en la primera versión de la revisión Cochrane.

## POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Guillermo Carroli y Jose Belizan son los autores de uno de los estudios clínicos incluidos en esta revisión.

## TABLAS

### Características de los estudios incluidos

| Estudio | Argentine 1993 |
|---------|----------------|
|---------|----------------|

|         |  |
|---------|--|
| Métodos | Aleatorización generada por computadora a partir de un programa generador de muestras aleatorias, organizadas en bloques equilibrados de 100, con estratificación según centro y paridad (nulíparas y primíparas). |
|---------|--|

Ocultamiento de las asignaciones mediante sobres opacos cerrados numerados secuencialmente, clasificados según paridad.

**Participantes** Total de 2.606 mujeres. Trabajo de parto sin complicaciones. Edad gestacional de 37 a 42 semanas. Nulíparas o primíparas. Feto único. Presentación cefálica. Sin cesárea previa ni desgarros perineales severos.

**Intervenciones** Selectivas: se intenta evitar la episiotomía en lo posible y sólo llevarla a cabo por indicación fetal o si se considerara un posible trauma perineal como inminente. Rutinaria: llevarla a cabo según la política hospitalaria previa al estudio clínico.

**Resultados** Trauma perineal severo. Desgarros vaginales medios/altos. Trauma anterior. Cualquier intervención quirúrgica posterior. Dolor perineal en el alta hospitalaria. Hematoma en el momento del alta hospitalaria. Complicaciones en la cicatrización, infección y dehiscencia a los 7 días. Puntaje de Apgar < 7 al minuto.

**Notas** EPISOTOMÍAS MEDIOLATERALES

Ocultamiento de A  
la asignación

**Estudio** **Eltorkey 1994**

**Métodos** Generación aleatoria: no se informa. Ocultamiento de la asignación: sobres opacos cerrados.

**Participantes** Total de 200 primigrávidas con feto único, vivo y en presentación cefálica, con al menos 37 semanas de embarazo y parto vaginal espontáneo. No presentaban ninguna enfermedad médica o psiquiátrica importante.

**Intervenciones** Grupo electivo: la intención fue realizar una episiotomía a menos que se considerara absolutamente innecesaria.

Grupo selectivo: la intención fue no realizar una episiotomía a menos que fuera absolutamente necesaria por razones maternas o fetales.

**Resultados** Desgarros de primer, segundo, tercer y cuarto grados, trauma anterior, necesidad de sutura, y resultados neonatales: puntaje de Apgar al primero y séptimo minutos y permanencia en las unidad de cuidados intensivos neonatales.

**Notas** EPISOTOMÍA MEDIOLATERAL

Ocultamiento de A  
la asignación

**Estudio** **Harrison 1984**

**Métodos** No se especifica cómo se genera el método de aleatorización. El ocultamiento de las asignaciones tampoco se especifica. "Asignación aleatoria".

**Participantes** Total de 181 primigrávidas con parto vaginal y de al menos 16 años de edad, con más de 38 semanas de gestación y que no padecen ninguna enfermedad médica o psiquiátrica importante o eclampsia.

**Intervenciones** A un grupo no se le practicó episiotomía a menos que se considerase esencial desde el punto de vista médico, es decir el responsable del parto evaluaba si la mujer iba a padecer un mayor daño o si el periné intacto iba a dificultar un parto normal o instrumental seguro.

Al otro grupo se le practicó la episiotomía mediolateral.

**Resultados** Trauma materno severo. Cualquier trauma perineal posterior. Necesidad de cirugía perineal.

**Notas** EPISOTOMÍAS MEDIOLATERALES

Ocultamiento de B  
la asignación

**Estudio** **House 1986**

**Métodos** No se especifica cómo se genera la aleatorización. Se oculta la asignación mediante sobres.

**Participantes** No se especifica el número de participantes. Sólo hay información sobre el seguimiento de 165 mujeres pero no se dispone de información de las mujeres cuyo seguimiento se perdió ya sea porque uno de los autores no estaba disponible o debido a un esquema de alta hospitalaria temprana. Las mujeres contaban con un mínimo de 37 semanas de edad gestacional, presentación cefálica y parto vaginal.

**Intervenciones** En un grupo la episiotomía no se llevó a cabo específicamente para prevenir el desgarro.

El otro grupo debía recibir la atención habitual en la cual se evita el dolor perineal mediante el control del descenso de la cabeza y apoyando el periné en la corona. Se practicó la episiotomía si había sufrimiento fetal o razones maternas para reducir el tiempo del período expulsivo, tales como agotamiento, incapacidad para terminar la expulsión o para seguir pujando. La episiotomía se llevó a cabo si el periné estaba muy tenso o muy rígido para permitir un parto sin laceración, o cuando la laceración parecía inminente.

**Resultados** Desgarro de segundo grado. Desgarro de tercer grado. Necesidad de cirugía perineal. Cualquier dolor perineal a los tres días. Cicatrización a los tres días. Dolor a la palpación a los 3 días. Infección perineal a los tres días. Pérdida de sangre durante el parto.

**Notas** EPISOTOMÍAS MEDIOLATERALES

Ocultamiento de A  
la asignación

**Estudio** Klein 1992

**Métodos** No se especifica cómo se genera el método de aleatorización.  
Ocultamiento de las asignaciones mediante sobres opacos numerados secuencialmente.

**Participantes** Total de 1.050 mujeres reclutadas entre las 30 y 34 semanas de gestación, de las cuales se aleatorizaron 703. Paridad 0, 1 o 2. Edades entre los 18 y los 40 años. Feto único. Mujeres de habla inglesa o francesa. Bajo riesgo médico u obstétrico determinado por el médico. La aleatorización se llevó a cabo si las mujeres se encontraban al menos en la 37ª semana de gestación, si presentaban alguna patología médica en el embarazo tardío, si había sufrimiento fetal, partos por cesárea y previsión de utilizar fórceps.

**Intervenciones** "Intentar evitar la episiotomía": instrucción de episiotomía más restringida.

"Intentar evitar un desgarro": instrucción de episiotomía liberal.

**Resultados** Trauma perineal de primer, segundo, tercer y cuarto grados y desgarros del sulcus. Dolor perineal a los 1, 2 y 10 días. Dispaurenia. Incontinencia urinaria y edema perineal. Tiempo de espera para reanudar las relaciones sexuales y dolor. Funcionamiento del suelo pélvico. Ingreso a la unidad especial de cuidados intensivos neonatales.

**Notas** EPISOTOMÍAS MEDIANAS

Ocultamiento de A  
la asignación

**Estudio** Sleep 1984

**Métodos** No se especifica cómo se genera el método de aleatorización.  
Ocultamiento de las asignaciones mediante sobres opacos cerrados.

**Participantes** Total de 1.000 mujeres aleatorizadas, con parto vaginal espontáneo, feto único, al menos 37 semanas completas de gestación y presentación cefálica.

De las 1.000 mujeres aleatorizadas en el estudio original, se pudo realizar el seguimiento de 922 y 674 de ellas respondieron a un cuestionario por correo. Estas últimas 674 son las mujeres incluidas en el análisis.

**Intervenciones** "Intentar evitar la episiotomía": se intenta evitar la episiotomía y sólo se lleva a cabo por indicaciones fetales (bradicardia fetal, taquicardia, o líquido teñido de meconio).

"Intentar evitar un desgarro". el objetivo buscado es que la episiotomía se utilice de un modo más liberal, para prevenir los desgarros.

**Resultados** Trauma materno severo: desde el esfínter anal hasta la mucosa rectal, o hasta el tercio superior de la vagina. Puntaje de Apgar < 7 al minuto. Dolor perineal moderado o severo a los 10 días postparto. Ingreso a la unidad especial de cuidados intensivos neonatales durante los primeros 10 días de vida. Molestias perineales tres meses después del parto. No se reanudaron las relaciones sexuales hasta tres meses después del parto.

Cualquier dispareunia durante 3 años. Cualquier incontinencia urinaria a los 3 años. Incontinencia urinaria severa que obliga a usar compresas a los 3 años.

**Notas** EPISOTOMÍAS MEDIOLATERALES

Ocultamiento de la asignación A

## Características de los estudios excluidos

### Estudio Motivo de la exclusión

**Coats 1980** La asignación fue cuasi aleatoria y propensa a introducir sesgo de selección. Esto puede verse en el párrafo "Las mujeres admitidas en la sala de partos fueron asignadas de manera aleatoria a los grupos mediante las dos últimas cifras de sus historias clínicas" ("Women who were admitted to the delivery suite were randomly allocated into two groups by the last digit of their hospital numbers"). Además, cuando el personal realizaba una incisión inapropiada según la asignación del tratamiento, la mujer era excluida del estudio. Esta práctica, opuesta al principio del análisis "por intención de tratar", aumenta el riesgo de sesgo de selección.

**Henriksen 1992** La asignación fue cuasi aleatoria, según se menciona en el párrafo "...los partos fueron asistidos por parteras de guardia cuando las parturientas llegaban a la sala de parto." ("...deliveries were assisted by midwives on duty when they arrive on the labour ward."). Este método de asignación es muy propenso al sesgo de selección.

**Werner 1991** No hay referencias acerca del método de aleatorización utilizado. Los efectos no se muestran en un formato cuantitativo, lo que hace imposible interpretar los datos.

## REFERENCIAS

### Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

#### Argentine 1993

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;42:1.517-18.

#### Eltorkey 1994

Eltorkey MM, Al Nuaim MA, Kurdi AM, Sabagh TO, Clarke F. Episiotomy, elective or selective: a report of a random allocation trial. *J Obstet Gynaecol* 1994;14:317-20.

#### Harrison 1984

Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary?. *BMJ* 1984;288:1.971-75.

#### House 1986

House MJ, Cario G, Jones MH. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *J Obstet Gynaecol* 1986;7:107-10.

#### Klein 1992

Klein M, Gauthier R, Jorgensen S, North B, Robbins J, Kaczorowski J et al. The McGill/University of Montreal multicentre episiotomy trial preliminary results. *Proceedings of 9th Birth Conference, San Francisco, USA 1990*;45-55. .

Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation?. *Online J Curr Clin Trials* 1992;Doc 10.

Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Robbins JM, Kaczorowski J, Johnson B et al. [Forebigger episiotomi perineal trauma och forsvagning av backenbotten?]. *Jordmodern* 1993;106:375-77. .

#### Sleep 1984

Sleep J, Grant A, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. The Reading episiotomy trial: a randomised trial comparing two policies for managing the perineum during spontaneous vaginal delivery. *Proceedings of 23rd British Congress of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham, UK: 1983*;24. .

Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. *BMJ* 1987;295:749-51.

Sleep J, Grant AM, Garcia J, Elbourne DR, Spencer JAD, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984;289:587-90.

#### Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

##### Coats 1980

Coats PM, Chan KK, Wilkins M, Beard RJ. A comparison between midline and mediolateral episiotomies. *Br J Obstet Gynaecol* 1980;87:408-12.

##### Henriksen 1992

Henriksen T, Beck KM, Hedegaard M, Secher NJ. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:950-4.

Henriksen TB, Beck KM, Hedegaard M, Secher NJ. [Episiotomi og perineale læsioner ved spontane vaginale fødsler]. *Ugeskr Laeger* 1994;156(21):3.176-9.

##### Werner 1991

Werner Ch, Schuler W, Meskendahl I. Midline episiotomy versus medio-lateral episiotomy. a randomized prospective study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics. Proceedings of 13th World Congress of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), Singapore 1991; Book 1:33.* .

#### Referencias de los estudios en espera de evaluación

##### Detlefsen 1980

Detlefsen GU, Vinther S, Larsen P, Schroeder E. Median and mediolateral episiotomy (transl.). *Ugeskr-Laeger* 1980;142(47):3.114-3.116.

#### Referencias adicionales

##### Aldridge 1935

Aldridge AN, Watson P. Analysis of end results of labor in primiparas after spontaneous versus prophylactic methods of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1935;30:554-65.

##### Buekens 1985

Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and third degree tears. *Br J Obstet Gynaecol* 1985;92:820-3.

##### Chalmers et al 1989

Chalmers I, Hetherington J, Elbourne D, Keirse MJNC, Enkin M. In: Chalmers I, Enkin MWE, Keirse MJNC, editor (s). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989:39-65.

##### Cunningham 1993

In: Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, editor(s). *Williams Obstetrics*. 19th Edition. Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1993:371-93.

##### Gainey 1955

Gainey NL. Postpartum observation of pelvis tissue damage: further studies. *Am J Obstet Gynecol* 1955;70:800-7.

##### Homsí 1994

Homsí R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR Jr. Episiotomy; risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surv* 1994;49:803-8.

##### Lede 1991

Lede R, Moreno M, Belizan JM. [Reflexiones acerca de la indicación rutinaria de la episiotomía]. *Sinopsis Obstet Ginecol* 1991;38:161-6.

##### Lede 1996

Lede R, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified?. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1.399-402.

##### Mascarenhas 1992

Mascarenhas T, Eliot BW, Mackenzie IZ. A comparison of perinatal outcome, antenatal and intrapartum care between England and Wales and France. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:955-8.

##### Mulrow & Oxman 1997

Mulrow CD, Oxman AD (eds). *Cochrane Collaboration Handbook* [updated 1 March 1997]. In: *The Cochrane Library* [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration. Oxford: Update Software; 1996-. Updated quarterly. .

##### Ould 1741

Ould F. London: J Buckland, 1741:145-6.

##### Shiono 1990

Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good?. *Obstet Gynecol* 1990;75:765-70.

##### Thacker 1983

Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:322-38.

## Referencias de otras versiones de esta revisión

### Hay-Smith 1995a

Hay-Smith J. Liberal use of episiotomy for spontaneous vaginal delivery. [revised 05 May 1994] In: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther CA (eds) Pregnancy and Childbirth Module. In: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database [database on disk and CD ROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 2, Oxford: Update Software; 1995. .

### Hay-Smith 1995b

Hay-Smith J. Midline vs mediolateral episiotomy. [revised 26 January 1994] In: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther CA (eds) Pregnancy and Childbirth Module. In: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database [database on disk and CD ROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 2, Oxford: Update Software; 1995. .