

Actualitzada
novembre 2021

Publicada
maig 2013

Episiotomia i part vaginal

En els parts eutòcics no es recomana la pràctica rutinària d'episiotomia.

Resum

- En els parts eutòcics, l'episiotomia selectiva presenta millors resultats que la rutinària per a la mare, sense causar efectes adversos al nounat.
- D'acord amb l'evidència actual, no hi ha situacions específiques on l'episiotomia sigui imprescindible. La decisió de dur-la a terme s'hauria de basar en consideracions clíniques.
- En cas que l'episiotomia estigui indicada, s'ha d'explicar el motiu a la dona i demanar consentiment abans de realitzar-la.

Més informació

L'episiotomia és una ampliació quirúrgica de la part posterior de la vagina mitjançant una incisió al perineu durant la segona etapa del part (1), practicada a fi de facilitar o d'accelerar l'expulsió del nadó (2,3). Aquesta tècnica ha estat indicada de forma rutinària en el part eutòcic perquè es considerava que reduïa la severitat del trauma perineal i/o vaginal, encara que equivalgui a un trauma perineal de segon grau i requereixi sutura (4,5).

Actualment, l'evidència contradiu l'efecte preventiu de la episiotomia rutinària i demostra que l'estratègia d'episiotomia selectiva redueix el nombre de dones amb esquinçament perineal. A més, s'ha comprovat que l'episiotomia rutinària no ofereix cap benefici matern, de forma immediata o a llarg termini, en comparació amb una estratègia selectiva pel que fa a la reducció significativa de la gravetat de les laceracions (5), el dolor, la disfunció del sòl pelvià (incloses la incontinència urinària o fecal) o el prolapse dels òrgans (1).

Durant els darrers anys, les taxes d'episiotomia han disminuït progressivament. A Espanya, es descriuen un 42,14% d'episiotomies al 2010 i un 27,52% al 2018 (6). A nivell europeu, les dades de 2010 presentaven una gran variabilitat en les taxes d'episiotomia, amb països com Xipre, Portugal o Polònia amb més d'un 60% en parts eutòcics i països com Dinamarca, Suècia o Islàndia amb menys d'un 10% (7).

Les taxes de laceracions perineals i d'episiotomies són indicadors que es relacionen amb les dimensions d'efectivitat i de seguretat (6,7) en l'atenció a la dona durant el part. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) proposava en un document de 1996 que el percentatge del 10% d'episiotomies podria considerar-se un bon objectiu a assolir (8). Tanmateix, reconeixen a l'última revisió que és difícil determinar quina proporció seria acceptable (9).

Les diferents guies de pràctica clínica (GPC), junt amb institucions reconegudes internacionalment, no recomanen la pràctica rutinària d'episiotomies en els parts eutòcics i hi ha consens en que no aporta beneficis (1–3,9–12). Així mateix, una estratègia d'episiotomia selectiva presenta millors resultats per a la mare, tals com l'augment de la taxa de dones amb el perineu intacte. A més, no causa efectes adversos al nounat (13) ni suposa un augment de les lesions obstètriques de l'esfínter anal (Obstetric Anal Sphincter Injuries OASIS, per les seves sigles en anglès) (11).

D'altra banda, es desconeix la funció de prevenció d'OASIS que té l'episiotomia en dones amb antecedents d'OASI (10,14), en part de bessons, en nadons amb presentació de natges o en posició posterior (11). Per tant, no es recomanaria realitzar-la de manera profilàctica en aquests escenaris.

És important tenir en compte que la pràctica de l'episiotomia en sí ja es relaciona amb un increment del risc de patir determinats esdeveniments adversos com traumes greus perineals/vaginals, hemorràgia, infeccions perineals, dolor moderat o greu del perineu, disparèunia, incontinència urinària, prolapse dels òrgans pelvians, incontinència fecal (1,4,9) o endometriosi de la cicatriu (15).

D'acord amb l'evidència actual, no hi ha situacions específiques on l'episiotomia sigui imprescindible (1,9). La decisió de dur-la a terme s'hauria de basar en consideracions clíniques (1,9,10). En cas que es consideri adequada, cal explicar la indicació a la dona i demanar consentiment abans de realitzar-la (9,11).

Es podria avaluar la necessitat d'una episiotomia en situacions on hi hagi sospita d'una elevada probabilitat d'esquinçament greu per una distòcia dels teixits tous (16), davant d'un historial de mutilació genital femenina o quan es requereix accelerar el naixement per sospita de patiment fetal (10,16). Amb referència als parts instrumentals, no hi ha consens sobre el paper de l'episiotomia rutinària en la prevenció de esquinçaments de l'esfínter anal (2,5,9). Davant de l'absència d'evidència robusta, les GPC tenen diferents posicionaments (3,10,14,17). En general, hi ha més acord en indicar una episiotomia en parts instrumentals quan es tracta de dones nul·líparas i de parts amb fòrceps (3,14,17).

En conclusió, es recomana l'ús de l'episiotomia selectiva envers la rutinària en els parts eutòcics. Segons l'evidència actual, no hi ha cap situació específica on l'episiotomia sigui imprescindible i, per tant, la decisió de realitzar-ne s'ha de basar en consideracions clíniques.

Amb el suport de

- Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia
- Associació Catalana de Llevadores
- Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) d'Atenció Primària
- Servei de Salut Maternoinfantil, Subdirecció de Promoció de la Salut, Departament de Salut

Fonts

1. ACOG Practice Bulletin No. 198 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018 Sep;132(3):795-7.
https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/09000/ACOG_Practice_Bulletin_No__198_Summary__Prevention.59.aspx
2. Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152(2):172–81.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7898872/>
3. Lee L, Dy J, Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2016;38(9):843–65.
[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701-2163\(16\)39222-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701-2163(16)39222-2)
4. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 8;2(2):CD000081.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449575/>

5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Guía de Asistencia Práctica. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2020;63(1):48–53.
https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/10_Lesion_obstetrica_del_esfinter_anal._Otros_desgarros_perineales_2019.pdf
6. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. Madrid: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2021.
https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
7. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, et al; Euro-Peristat Scientific Committee. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 Jul;95(7):746-54.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12894>
8. WHO Reproductive Health and Research. Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 1996.
<https://www.mhft.org/document/care-in-normal-birth-a-practical-guide/>
9. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2018.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. London (United Kingdom): NICE; 2017.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
11. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019 Sep;48(7):455-60.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784718305191?via%3Dihub>
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Pediatrics. Guidelines for Perinatal Care, 8th Edition. Washington DC (USA); ACOG; 2017. 712 p.
<https://www.acog.org/store/products/clinical-resources/guidelines-for-perinatal-care>
13. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Management of the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Nov;119(2):111-6.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2012.08.002>
14. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG). Management of Third and Fourth-degree Perineal Tears. Green-top Guideline No. 29. London (United Kingdom): RCOG; June 2015.
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
15. Maillard C, Cherif Alami Z, Squifflet JL, Luyckx M, Jadoul P, Thomas V, et al. Diagnosis and Treatment of Vulvo-Perineal Endometriosis: A Systematic Review. *Front Surg.* 2021;8:1–13.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2021.637180/full>
16. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications. East Melbourne, Vic (Australia): RANZCOG; 2017;(July):1–16.
[https://ranzocg.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Provision-of-routine-intrapartum-care-in-the-absence-of-pregnancy-complications-\(C-Obs-31\)review-July-2017.pdf?ext=.pdf](https://ranzocg.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Provision-of-routine-intrapartum-care-in-the-absence-of-pregnancy-complications-(C-Obs-31)review-July-2017.pdf?ext=.pdf)
17. Harvey MA, Pierce M, Alter JE, Chou Q, Diamond P, Epp A, et al; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Dec;37(12):1131-48.
[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701-2163\(16\)30081-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701-2163(16)30081-0)

Essencial és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Si voleu rebre més informació sobre el projecte, podeu contactar amb: essencial.salut@gencat.cat o visitar el [web Essencial](#).