

## Tasa de episiotomías en España

### Sr. Director:

En primer lugar, quiero felicitar al Dr. Melchor<sup>1</sup> y al resto de compañeros, por la calidad de su trabajo y, además, reconocer el inmenso trabajo que han tenido que realizar para hacer la publicación.

Es muy importante que el presidente de la Junta Directiva de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia afirme: «Se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía», que recoja la afirmación de Scott<sup>2</sup>, «la era de la episiotomía de rutina ha llegado a su fin» y que además señale las posibles situaciones clínicas en las que podría estar indicada la realización de una episiotomía.

La situación en nuestro país es la siguiente: la media de episiotomía (50% sin partos instrumentales) es un 70% superior a la cifra que se postula como estándar (30%); asimismo es un 150% superior a la tasa de episiotomía en EE. UU. (20%)<sup>3</sup>.

«A pesar de la amplia evidencia disponible acerca de los beneficios de la práctica restrictiva de la episiotomía, parece que se sigue aplicando en una proporción importante de los partos y sin un criterio común (amplia variabilidad)»<sup>4</sup>, se puede leer en el documento «Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud»

Recientemente ha aparecido una publicación<sup>5</sup> donde se señala que la incidencia de desgarros de III y/o IV grado en el segundo parto es del 4,8%,

cuando en el primer parto se realizó una episiotomía, frente al 1,7% cuando no se realizó episiotomía ( $p < 0,001$ ), otro efecto secundario de la episiotomía poco estudiado. Alperin et al<sup>5</sup> aconsejan a los profesionales que realizan partos un uso restrictivo de la episiotomía. La prestigiosa revista *Obstetrics and Gynecology* considera tan importante el artículo que ha realizado un editorial sobre el tema<sup>6</sup>, con el sugestivo título «Great expense for uncertain benefit» («Un gran gasto para un beneficio dudoso»).

Volviendo a la publicación del Dr. Melchor, considero que el último párrafo de su publicación no es muy afortunado: «Independientemente de la evidencia científica, la decisión de practicarla... (y demás circunstancias) forman parte de este arte que es la tococirugía». Yo creo que actualmente la tococirugía tiene muchísimo más de ciencia que de arte, si es que tiene algo de arte. Nuestra asistencia obstétrica se debe basar en la integración del mejor conocimiento científico disponible en cada momento y la experiencia clínica del profesional. Por tanto, actualmente se debe recomendar el uso restrictivo de la episiotomía<sup>7-9</sup> y, si hay que realizarla, se recomienda que sea mediolateral<sup>10-15</sup>, ya que la medial presenta mayor riesgo de presentar un desgarro de III y/o IV grado.

**Longinos Aceituno Velasco**

Director de la UGC de Ginecología. Hospital La Inmaculada.  
Huércal-Overa. Almería. España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Prog Obstet Gynecol* 2008;51:559-63.
2. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2005;32:307-21.
3. DeFrances CJ. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD 20782, USA. National Hospital Discharge Survey: 2005 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. *Vital & Health Statistics-Series 13: Data From the National Health Survey*.
4. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Accedido Ago 2008]. Disponible en <http://www.msc.es>
5. Alperin M, Krohn M, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetrics laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111:1274-8.
6. Chescheir NC. Great expense for uncertain benefit. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1264-5.
7. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr K. Outcomes of routine episiotomy. *JAMA*. 2005;293:2141-8.

8. Burrows L, Geoffrey W, Cundiff M, Kenneth S, Witter F. Predictors of third and fourth-degree perineal lacerations. *J Pelvic Med Surg.* 2004;10:15-7.
9. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal [revisión traducida]. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
10. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ.* 2000;320:86-90.
11. Zetterstrom J, Lopez A, Anzen B, Norman M, Holmstrom B, Mellgren A. Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. *Obstet Gynecol.* 1999;94:21-8.
12. Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault J, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Can Med Assoc J.* 1997;156:797-802.
13. Jander C, Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:229-34.
14. Fenner D, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey J. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in a obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:1543-50.
15. Power D, Fitzpatrick M, OHerlihy C. Obstetric anal sphincter injury: How to avoid, how to repair: A literature review. *The Journal Family Practice.* 2006;55:193-200.

## Réplica

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Aceituno el interés y la buena acogida que hace de nuestra encuesta. En dicho trabajo, no tratamos más que de acercarnos a la realidad de nuestro país en un momento dado. Presenta una instantánea de lo que era la tasa de episiotomías en el año 2006. Y hablo en pasado, porque estoy casi seguro de que en la actualidad se hacen menos episiotomías que las que presentamos en el citado trabajo.

Estamos completamente de acuerdo en que la episiotomía se debe realizar de forma restrictiva. La medicina basada en la evidencia así lo señala. Además, existen múltiples evidencias que soportan tanto esta aseveración como las complicaciones (a corto y a largo plazo) que se pueden derivar de su realización.

En lo que no puedo estar de acuerdo es en que la tococirugía, al igual que cualquier otro tipo de cirugía, no tenga algo de arte. Cuando uno entra en el paritorio para atender un parto, nunca deja la ciencia ni la medicina basada en la evidencia, por-

que eso es un bagaje que cada profesional lleva ya adquirido. Pero cuando cierra la puerta del paritorio, los libros se quedan fuera de éste y la atención al parto se convierte en un arte. Más si tenemos en cuenta que no hay dos partos iguales. La decisión de realizar la episiotomía, el momento más adecuado para hacerla, cómo proteger el periné para evitar desgarros, etc., no se pueden explicar, ni se pueden dejar escritos en un texto. Desde este punto de vista, considero que estas actuaciones forman parte del «arte obstétrico». Curiosamente, el Dr. Aceituno se refiere en su carta a que la asistencia obstétrica se debe basar, entre otros aspectos, en la «experiencia clínica del profesional». Considero que estamos hablando de lo mismo. Por tanto, no cabe lugar para la discusión. La diferencia está entre lo prosaico y lo poético.

**Juan Carlos Melchor**

Presidente-Coordenador SEMEPE.