

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 [revision 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-Coordinador SEMEPE.