

Juan Carlos Melchor  
José Luis Bartha  
Jordi Bellart  
Alberto Galindo  
Mónica Miño  
Alfredo Perales

## La episiotomía en España. Datos del año 2006

559

Sección de Medicina Perinatal Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid. España.

### Correspondencia:

Sección de Medicina Perinatal Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.  
Correo electrónico: [perinatal@sego.es](mailto:perinatal@sego.es)

Recibido el: 4/-3/-2008.

Aceptado para su publicación: 13/-3/-2008.

### *Episiotomy in Spain: Data from 2006*

### RESUMEN

En una encuesta realizada por la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, se ha podido comprobar que durante el año 2006, la tasa de episiotomías en los partos eutócicos fue del 54,08% y en los partos instrumentales del 92,62%.

### ABSTRACT

A survey performed by the Perinatal Medicine Section of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology found that the rate of episiotomies was 54.08% in uneventful deliveries and was 92.62% in instrumental deliveries

### INTRODUCCIÓN

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en el mundo. Es una sencilla técnica quirúrgica ideada con el fin de ampliar la apertura vaginal durante el final del período expulsivo y evitar desgarros perineales severos.

Su realización no siempre es necesaria y su práctica varía según las condiciones individuales de cada caso.

Es un hecho que, durante los últimos años, el cambio de mentalidad en la atención al parto, ha conducido a un descenso en la realización de episiotomías. En España, se desconoce la tasa real de episiotomías por cuanto nunca se ha realizado una recogida de datos que abarcara todo el territorio nacional. Sólo en el año 2001 se presentó durante el 5.º Congreso Mundial de Medicina Perinatal los datos aportados por 6 grandes centros españoles, que en el bienio 1999-2000 habían realizado un 77% de episiotomías<sup>1</sup>.

Con el fin de conocer la realidad actual de nuestro país, desde la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se decidió realizar una encuesta que pudiera dar respuesta a este interrogante.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La encuesta se envió por correo electrónico a la base de datos de jefes de servicio que dispone la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

**560** En una segunda fase, y con el fin de aumentar el número de respuestas, se completó mediante el envío de la encuesta a obstetras implicados en la atención del área de partos y, finalmente, a través de llamadas telefónicas a algunos hospitales para recordarles la necesidad de disponer de los datos. Para facilitar la contestación de la encuesta únicamente se solicitaba el número de partos atendidos en cada centro durante el año 2006, el número de episiotomías realizadas en partos eutócicos y en partos instrumentales, así como el número de cesáreas.

Se han obtenido datos de 58 centros (46 que aportaron datos reales sobre las episiotomías, 6 que señalaron una tasa «aproximada», en 4 hospitales no se recogía este dato en sus bases informáticas y finalmente 2 centros que durante el año 2006 no habían realizado partos). Los hospitales que contestaron a la encuesta habían realizado durante el año 2006 un total de 176.478 partos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el número de partos en España durante el citado año fue de 475.635, con lo que esta encuesta cubrió el 37,10% del total de partos.

Para la tabulación, tan sólo hemos tenido en cuenta los datos aportados por los 46 centros que señalaron cifras exactas y se ha excluido los de aquellos centros que únicamente enviaron «tasas aproximadas» de episiotomías.

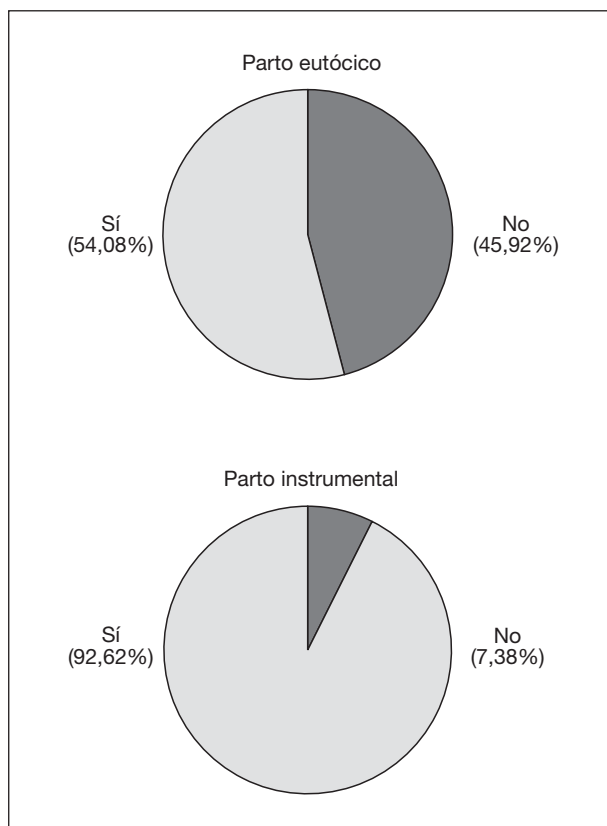
En el anexo 1 se presenta la relación de centros que contestaron a la encuesta. Salvo dos, todos eran hospitales públicos.

## RESULTADOS

El número de partos atendidos en los centros que contestaron a la encuesta con datos exactos fue de 147.085. De ellos, 94.639 fueron partos eutócicos y 22.327 partos instrumentales. Las cesáreas fueron 30.119 (20,47%).

Como se puede apreciar en la figura 1, la tasa de episiotomías en el parto eutócico fue del 54,08% (51.177 episiotomías). En los partos instrumentales, la tasa de episiotomías ascendió al 92,62% (20.679 episiotomías).

En la tabla 1 se puede observar que únicamente 5 de los centros que contestaron a la encuesta realizan una tasa de episiotomías en partos eutócicos por debajo del 30%. La tasa más baja fue del 20,21%; 15 hospitales realizan entre el 30-49% de episio-



**Figura 1.** Tasa de episiotomías en España, año 2006.

mías y algo más de la mitad de los centros tiene tasas por encima del 50%.

En los partos instrumentales, la tasa de episiotomías es mucho más elevada: está por encima del 90% en el 73,91% de los hospitales. En 11 centros se realizan entre el 75-89% de episiotomías y sólo un centro refleja tasas por debajo del 75%.

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Es un hecho que durante los últimos años, el cambio de mentalidad en la atención al parto ha conducido a un descenso en la realización de episiotomías. En nuestro país, la tasa ha ido descendiendo paulatinamente desde el 89% de los años 1995-1996 hasta el 77% del año 2001<sup>1</sup>. En el año 2006, según los datos recogidos en esta encuesta, la

**Tabla 1. Parto eutócico. Tasa de episiotomías**

Tasa episiotomías	Centros, n (%)
< 30%	5 (10,86)
30-49%	15 (32,60)
50-74%	20 (43,47)
≥ 75%	6 (13,04)

episiotomía se realizó en el 54% de los partos eutócicos y en el 92% de los partos instrumentales. De forma global (partos eutócicos e instrumentales), la tasa de episiotomías se sitúa en el 61,43%.

Si sólo se tienen en cuenta las cifras de los 6 hospitales cuyos datos se tabularon para analizar la tasa de episiotomías durante el año 2006 fue del 50,48% en los partos eutócicos y del 90,86% en los partos instrumentales; con una tasa media del 59,08% del total de partos vaginales. Se aprecia pues claramente que el descenso que se ha producido en nuestro país durante los últimos años en la tasa de episiotomías se acerca al 20%.

Pero a pesar de este descenso, las tasas de episiotomías en España están por encima de la media europea<sup>2</sup> o de EE. UU.<sup>3</sup>. Sin embargo, hay que señalar que es muy difícil indicar cuál es la tasa ideal de episiotomías. Probablemente la tasa ideal sea la más baja posible, sin que por ello se incremente la morbilidad materna o fetal derivada de su realización inoportuna o inadecuada. Se postula que la tasa de episiotomías no debiera superar el 30%<sup>4</sup>. Éste puede ser el primer objetivo e implicaría el ser más pacientes en la atención del expulsivo, permitiendo que las fuerzas naturales del parto distiendan gradualmente el periné.

Somos conscientes de que cambiar la mentalidad en la práctica médica puede ser dificultoso. De hecho, en la actualidad hay una gran variabilidad en las tasas de episiotomías en nuestro país. Mientras que algunos hospitales ya están por debajo del 30%, más de la mitad de los hospitales que contestaron la encuesta están por encima del 50%. Incluso un 13% de los centros supera el 75% de episiotomías.

Lo que está unánimemente aceptado es que la episiotomía no se debe de hacer de forma rutinaria, sino que se debe realizar de forma restrictiva. En la

base de datos Cochrane se dispone de un metaanálisis en el que se evalúa la evidencia disponible acerca de los posibles beneficios, riesgos y costos derivados del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria<sup>5</sup>. El análisis incluye 6 estudios aleatorizados. En el grupo de episiotomía rutinaria se realizó una episiotomía al 72,7% de las mujeres (1.752/2.409), mientras que en el grupo de uso restrictivo de episiotomía, la tasa fue tan sólo del 27,6% (673/2.441). Se ha podido comprobar que la episiotomía selectiva en comparación con el uso rutinario se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior (riesgo relativo [RR] = 0,88; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,84-0,92), con una menor necesidad de sutura del traumatismo perineal (RR = 0,74; IC del 95%, 0,71-0,77) y con una menor tasa de complicaciones en la cicatrización durante la primera semana (RR = 0,69; IC del 95%, 0,56-0,85). La única desventaja demostrada derivada de la práctica restrictiva fue un mayor riesgo de trauma perineal anterior (RR = 1,79; IC del 95%, 1,55-2,07). No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo (RR = 1,11; IC del 95%, 0,83-1,50), dispareunia (RR = 1,02; IC del 95%, 0,90-1,16), incontinencia urinaria (RR = 0,98; IC del 95%, 0,79-1,20) o medidas relacionadas con dolor severo<sup>5</sup>.

Los autores de este metaanálisis concluyen señalando que la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Origina menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones. Además no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo. Por el contrario, hay que señalar que con el uso restrictivo de la episiotomía, sí que hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior<sup>5</sup>.

Por tanto, sobre la base de la evidencia disponible se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía. Su práctica debiera de quedar limitada cuando a juicio de quien realiza el parto es precisa su realización. La era de la episiotomía de rutina ha llegado a su fin<sup>6</sup>. Los beneficios que supuestamente justificaban su realización no han podido comprobarse y, como hemos visto, incluso hay revisiones que demuestran que produce más efectos negativos que beneficiosos<sup>6-9</sup>.

No obstante, existe una serie de indicaciones en que el prudente juicio clínico justifica su realización: pérdida del bienestar fetal, distocia de hombros, par-

562 to de nalgas, parto instrumental, periné muy corto, presentación posterior persistente o el agotamiento materno. Sin embargo, incluso en estas situaciones, no siempre es imprescindible la práctica de una episiotomía<sup>6</sup>. En la actualidad, se debe reconocer que no hay evidencia para definir las indicaciones en que se debe realizar una episiotomía. No obstante, está claro que el beneficio materno no sería una de sus indicaciones<sup>7</sup>.

Independientemente de la evidencia científica que, como hemos visto, aboga por el uso restrictivo, la decisión de practicarla, el tipo de episiotomía y el momento justo para realizarla forman parte de ese arte que es la tococirugía y siempre dependerá del buen criterio, basado en una sólida formación obstétrica que deberá tener el profesional que asista al parto.

## AGRADECIMIENTOS

La Sección de Medicina Perinatal de la SEGO quiere agradecer a todos los centros que han participado en la recogida de datos, necesaria para la realización de esta encuesta. Aunque por diferentes razones (generalmente por no disponer del dato informatizado) no se han incluido en la encuesta y por ello no se mencionan en el anexo 1, también queremos agradecer la colaboración de los siguientes hospitales: Son Dureta (Dr. Manuel Usandizaga); General Universitario de Elche (Dr. José María Rodríguez Ingelmo); La Fe (Dr. Alfredo Perales); Carlos Haya (Dr. Juan M. Larracochea); García Orcoyen de Estella (Dra. Marta Fonseca); San Joan de Reus (Dr. Pere Cavallé); General de Segovia (Dr. Ricardo Santamaría); Juan XXIII (Dr. Ramón Miralles) y Hospital San Millán (Dra. M. Luisa Cuartero).

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel JR, González M, Jubete Y, Real de Asúa P, Cagigal JM. Episiotomy frequency rate: is it a perinatal quality indicator? En: Carrera JM, Cabero L, Baraiibar R, editors. Proceeding of the 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona: Monduzzi Editore; 2001. p. 44-48.
2. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: An Update. *Birth*. 2005;32:219-23.
3. Episiotomy. ACOG Practice Bulletin N° 71. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2006;107:957-62.
4. L'Épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2005
5. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
6. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2005;32:307-21.
7. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293:2141-8.
8. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evidence report/technology assessment N.º 112. AHRQ Publication No. 05-E009-2. Rockville: MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.
9. RCOG Green-Top Guideline n.º 29. The management of third- and fourth-degree perineal tears. March, 2007.

**Anexo 1. Lista de centros cuyos datos se han tabulado para la presente encuesta**

Materno Infantil de Canarias (Las Palmas)	Dr. José Ángel García Hernández
Hospital de la Zarzuela (Madrid)	Dr. Oscar Martínez Pérez
Cruces (Vizcaya)	Dr. Juan Carlos Melchor Marcos
General de Requena (Valencia)	Dr. Ezequiel Pérez Campos
San Jorge (Huesca)	Dr. Juan Pablo Royo Goyanes
General Universitario (Alicante)	Dr. Juan Carlos Martínez Escoriza
Dr. Peset (Valencia)	Dra. Reyes Balanzá Chancosa
Alto Deba (Guipúzcoa)	Dr. José Ramón Serrano Navarro
Móstoles (Madrid)	Dra. Emilia de Dios Montoto
Complejo Hospitalario (Albacete)	Dr. Antonio Amezcua Recover
Valdecilla (Santander)	Dr. José Ramón de Miguel Sesmero
Clínica (Barcelona)	Dr. Jordi Bellart Alfonso
Hospital Universitario de Santiago Compostela (A Coruña)	Dr. Rafael Uceda Somoza
Virgen de las Nieves (Granada)	Dr. Alberto Puertas Prieto
San Juan de Dios (Barcelona)	Dr. José María Laila Vicens
Basurto (Vizcaya)	Dr. Fernando Mozo de Rosales Fano
Instituto Dexeus (Barcelona)	Dr. Bernat Serra Zantop
Reina Sofía (Córdoba)	Dr. Javier Cerdón Scharfhausen
Baza (Granada)	Dr. José Sánchez Pérez
Arquitecto Marcide (A Coruña)	Dr. Javier Martínez Perez-Mendaña
Miguel Servet (Zaragoza)	Dr. Sergio Castán Mateo
Zumárraga (Guipúzcoa)	Dra. Carmen Álvarez Leal
Gregorio Marañón (Madrid)	Dr. Ángel Aguarón de la Cruz
Txagorritxu (Álava)	Dr. José Luis de Pablo Lozano
Mendaro (Guipúzcoa)	Dr. José Ignacio Olábarri Payueta
Complejo Donosti (Guipúzcoa)	Dr. Juan Jesús Larraz Soravilla
Valle Hebrón (Barcelona)	Dr. Luis Cabero Roura
Clínica San Carlos (Madrid)	Dr. Antonio Hernández Sánchez
Virgen del Camino (Navarra)	Dr. Carlos Larrañaga Azcárate
Juan Ramón Jiménez (Huelva)	Dr. Antonio Ruano García
La Paz (Madrid)	Dr. Antonio González González
San Juan (Alicante)	Dr. Pedro Acien Álvarez
La Plana (Villarreal, Castellón)	Dr. Manuel Fillol Crespo
Ciudad de Jaén (Jaén)	Dr. Vicente Maldonado Ezequiel
La Inmaculada (Huerca-Orvera, Almería)	Dr. Longinos Aceituno Velasco
12 Octubre (Madrid)	Dr. Alberto Galindo Izquierdo
San Cecilio (Granada)	Dra. África Caño Aguilar
Parc Taulí (Sabadell, Barcelona)	Dra. María Grimau Gallego
Complejo Hospitalario (León)	Dr. Alfonso Fernández Corona
Clínica (Zaragoza)	Dr. Ernesto Fabre González
Valme (Sevilla)	Dra. Rosa Ostos Serna
Calahorra (La Rioja)	Dra. Maite González Iglesias
Xeral Cies (Vigo, Pontevedra)	Dr. Emilio Couceiro Naveira
Complejo Hospitalario (Toledo)	Dra. M. Luisa Cañete Palomo
Costa del Sol (Marbella, Málaga)	Dr. Manuel Lozano Sánchez
Cabueñes (Gijón, Asturias)	Dr. José Luis Solís Sánchez