

Prevalencia y factores de riesgo asociados a episiotomía en mujeres primigestas atendidas en el hospital “Luis F. Martínez”, año 2016

Drs. Luis Salvador Moncayo Molina,¹ Christian Miguel Moncayo Rivera.²

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la episiotomía en mujeres primigestas atendidas en el Hospital “Luis F. Martínez”, durante el año 2016.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo transversal y de campo, la investigación se inicia con la recolección de datos de las historias clínicas, con base en los criterios de inclusión. Se elaboraron tablas y gráficos utilizando Microsoft Excel 2016 y el programa SPSS, versión 20.

Resultados: Se encontró que el número de partos eutócicos o normales en el año 2016 fue de 453, de las cuales 300 (66,2 %) son multíparas y 153 (33,8 %) son nulíparas. La prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas en el año de estudio fue de 64,1 %, valor superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud y a otros obtenidos en investigaciones regionales semejantes. El tipo de episiotomía realizada fue medio lateral en el 100 % de los casos.

Conclusiones: Se demuestra una alta prevalencia de episiotomía en el hospital Luis F. Martínez”, año 2016; los factores de riesgo asociados a la episiotomía, incluyen: perímetro cefálico, peso del neonato y edad materna cumplida. La posición vertical al momento del parto es un factor de protección.

Palabras clave: Prevalencia, Factores de riesgo, Episiotomía, Primigestas.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence and risk factors associated with episiotomy in nulliparous women treated at the Hospital “Luis F. Martínez”, during 2016.

Methods: A descriptive, retrospective, cross-sectional and field study was designed, the research begins with the collection of data from the medical records, based on the inclusion criteria. Charts and graphs were created using Microsoft Excel 2016 and the SPSS program, version 20.

Results: It was found that the number of eutocic deliveries in the year 2016 was 453, of which 300 (66.2%) are multiparous and 153 (33.8%) are nulliparous. The prevalence of episiotomy in nulliparous patients in the year of study was 64.1%, a value higher than that recommended by the World Health Organization and others obtained in similar regional investigations. The type of episiotomy performed was mid-lateral in 100% of the cases.

Conclusions: A high prevalence of episiotomy is demonstrated at the “Luis F. Martinez Hospital”, 2016; the risk factors associated with episiotomy include: cephalic perimeter, weight of the newborn y maternal age. The vertical position of the mother at the time of delivery is a protective factor.

Keywords: Prevalence, Risk factors, Episiotomy, Nulliparous.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía se define como una incisión en el periné para facilitar el parto vaginal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de un procedimiento quirúrgico menor, realizado en su mayoría, en sentido medio lateral o en la línea media del periné (1). Rodríguez (2), en su estudio comparativo de incidencia

¹Universidad Católica de Cuenca.

²Ministerio de Salud.

de episiotomía con anestesia epidural, manifiesta que la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental, no obstante, la evidencia científica actual recomienda disminuir la tasa de episiotomías, además, considera que a partir de conductas oportunas y reflexivas se puede evitar la episiotomía en gran parte de las nulíparas (3). La episiotomía restrictiva tiene varias ventajas sobre la episiotomía de rutina, entre ellas: menor trauma perineal posterior, menor sutura y menos complicaciones de cicatrización. Aunque el enfoque restrictivo estuvo asociado con un mayor riesgo de traumatismo perineal anterior, en varios estudios realizados, no hubo diferencias entre los dos enfoques en el traumatismo vaginal o perineal grave o en la mayoría de las medidas de dolor (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2018, no recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo (5). Aunque en la práctica ginecológica moderna no tiene ningún lugar la episiotomía sistemática, algunas indicaciones clínicas justifican su uso, a saber: complicaciones fetales (bradicardia terminal o distocia de hombros) o para controlar la lesión perineal en partos vaginales instrumentados, laceración grande previa, cuerpo perineal pequeño o niño grande (4).

En Ecuador, en el año 2008, el Ministerio de Sanidad, a través de la Normativa Materno Neonatal, elaboró estrategias restrictivas de atención al parto normal, cuyo propósito fue adecuar su asistencia a una práctica basada en la evidencia científica (6). Hay factores predeterminantes para llevar a cabo este tipo de procedimiento obstétrico en un parto vaginal espontáneo: nuliparidad, perímetro cefálico, peso del recién nacido superior a 3000 gramos, uso de anestesia epidural, el parto inducido, expulsivo más de una hora y el uso de fórceps. Al utilizar maniobras apropiadas de atención al parto, el tamaño de la circunferencia fetal no es un factor influyente en la producción de desgarros al no practicar la episiotomía (7, 8). Este procedimiento quirúrgico se debe realizar con anestesia local o regional y previo consentimiento verbal o escrito de la paciente (9).

Sin embargo, una de las principales razones por la cual se realiza la episiotomía como práctica de rutina es la prevención de desgarros perineales graves, de tercer

y cuarto grado, debido a las complicaciones que estas conllevan, como la incontinencia anal, laceraciones perineales mayores y la consiguiente duración de la estancia hospitalaria (10, 11).

A pesar de ello, se admite que, el procedimiento (episiotomía) a elección y no de rutina arroja algunas ventajas discutibles, entre las cuales están: minimiza el trauma del piso pélvico, aumenta la luz del canal de parto, disminuye el tiempo del periodo expulsivo y evita sufrimiento fetal. Entre las complicaciones: posibilidad de provocarse hematoma perineal, desgarro perineal severo (III-IV), reconstrucción insatisfactoria, dolor posparto en el perineo, posible infección, mala y tardía cicatrización (12). El uso de la episiotomía debe restringirse a situaciones clínicas específicas (13).

Resulta interesante y necesario analizar las causas que predisponen a los profesionales a continuar con este tipo de procedimiento, así como encontrar alternativas que eviten el uso injustificado de la episiotomía y llevar el parto a un proceso más fisiológico, conociéndose como humanización del parto (5).

En la zona de influencia del Hospital Luis F. Martínez, cantón Cañar, no se ha detectado investigaciones relacionadas, que justifiquen el uso rutinario de la episiotomía, a pesar de existir casos derivados por complicaciones posteriores. En virtud de ello, los investigadores se proponen determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la episiotomía; identificar los grupos de estudio de acuerdo a las diferentes variables socio-demográficas y los factores asociados como: peso, talla del recién nacido, perímetro cefálico fetal, edad gestacional y edad materna en la realización de episiotomía.

Con esta perspectiva se propone al mismo tiempo, comprobar la hipótesis de investigación relacionada con la aplicación de la Normativa Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública, publicada en 2008 y vigente en Ecuador (6) y la disminución de la práctica de la episiotomía en pacientes primigestas, en el Hospital Luis F. Martínez, disminución que se asocia directamente con la presencia de los factores de riesgo estudiados: perímetro cefálico fetal, peso y talla del neonato, edad gestacional de término, edad, posición al momento del parto.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, desarrollado en el servicio de Ginecología del Hospital Luis F. Martínez de la Ciudad de Cañar-Ecuador, en mujeres primigestas, que acudieron a la consulta durante el año 2016. Se inicia detectando una población de 153 mujeres primigestas con partos eutócicos y una muestra de 98 casos a las que se les realizó episiotomía. Se rechazaron historias clínicas incompletas, eligiendo aquellas que cumplan con los criterios de inclusión: pacientes primigestas con embarazo a término, parto eutócico, feto único. Usando una ficha de recolección de datos se clasificaron, ordenaron e ingresaron a una hoja de Excel y posteriormente fueron ingresados al SPSS (herramienta informática), para la obtención de la prevalencia, intervalos de confianza y chi-cuadrado de Pearson como determinante del grado de asociación entre variables; para identificar factores de riesgo y protectores se realizó un análisis de regresión logística binomial. Por último se obtienen las conclusiones mediante una contrastación discutida entre los resultados históricos similares y los datos obtenidos en el estudio.

RESULTADOS

Al caracterizar la muestra en estudio mediante el análisis de los datos sociodemográficos, se observa que el mayor porcentaje de mujeres atendidas (84,97 %) se encuentra en el rango de edad de 15 a 25 años, el 50,33 %, se consideran de etnia indígena, el 42,48 % viven en unión libre y el 85,62 % tiene formación educativa básica y bachillerato.

La tabla 1, evidencia que se ha realizado la episiotomía a 98 de las 153 mujeres atendidas, llegando a una prevalencia de episiotomía del 64,1 %.

Tabla 1. Prevalencia de episiotomía en mujeres primigestas.

Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
SI	98	64,1
NO	55	35,9

Tabla 2. Relación entre episiotomía y el perímetro cefálico fetal.

Perímetro cefálico	Episiotomía		RP*	IC**	p
	SI n (%)	NO n (%)			
> 36 cm n=32	26 (81,2)	6 (18,8)	2,95	1,13 – 1,90	0,02
32 - 36 cm n=121	72 (59,5)	49 (40,5)			

* RP Razón de prevalencia

** IC Intervalo de confianza

En la tabla 2 se observa una asociación significativa entre episiotomía y perímetro cefálico; de las 32 mujeres cuyos recién nacidos tuvieron un perímetro cefálico mayor a 36 cm, 26 (81,25 %) recibieron episiotomía. Entre los 121 niños con perímetro cefálico entre 32 y 36 cm, 72 (59,5 %) recibieron episiotomía (p=0,02; Razón de Prevalencia (RP) = 2,95; Intervalo de Confianza (IC) del 95 % 1,1 – 1,9). El perímetro cefálico representa un factor de riesgo para que se produzca un desgarro y por eso requieren una episiotomía

En la tabla 3, se observa la relación entre la episiotomía y el peso del recién nacido. De las 64 mujeres cuyos bebés pesaron más de 4000 g, 47 (73,4 %) recibieron episiotomía, constituyendo el peso del recién nacido un factor de riesgo (p=0,04; RP=2,06; IC95 1,03-4,13).

La tabla 4 evidencia la relación entre episiotomía y edad gestacional al nacimiento. Todas las pacientes

Tabla 3. Relación entre episiotomía y el peso del recién nacido

Peso del recién nacido (Gramos)	Episiotomía		RP*	IC**	p
	SI n (%)	NO n (%)			
>4000 n= 64	47 (73,4)	17 (26,6)	2,06	1,03 – 4,13	0,04
2500-4000 n= 89	51 (57,3)	38 (42,7)			

* RP Razón de prevalencia

** IC Intervalo de confianza

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EPISIOTOMÍA EN MUJERES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “LUIS F. MARTÍNEZ”, AÑO 2016

Tabla 4. Relación entre episiotomía y la edad gestacional al nacimiento.

Edad gestacional (semanas)	Episiotomía		RP*	IC**	p
	SI n (%)	NO n (%)			
37-41 n= 153	98 (64,1)	55 (35,9)	0,552	0,076 – 4,033	0,553

* RP Razón de prevalencia

** IC Intervalo de confianza

tenían entre 37 y 41 semanas; 98 (64,1 %) recibieron episiotomía (p=0,553; RP=0,552; IC95 0,076-4,033). La edad gestacional no constituye un factor de riesgo ni un factor de protección

En la tabla 5, se aprecia que de las 45 mujeres que tenían menos de 18 años o más de 35 años, 35 (77,8 %) recibieron episiotomía; 63 mujeres (58,3 %) entre 18 y 35 años de edad, recibieron episiotomía (p=0,02; RP=2,50; IC95 1,12-5,56). Se aprecia la asociación entre la episiotomía y la edad cumplida de la madre, constituyendo las edades extremas un factor de riesgo.

En la tabla 6, se aprecia la asociación entre las variables episiotomía y posición materna al momento del parto. De las 143 mujeres que parieron en posición de litotomía, 98 (68,5 %) requirieron episiotomía, mientras

Tabla 5. Relación entre episiotomía y edad de la madre al momento del parto.

Edad materna (Años)	Episiotomía		RP*	IC**	p
	SI n (%)	NO n (%)			
< 18 o > 35 n= 45	35 (77,8)	10 (22,2)	2,50	1,12 – 5,56	0,02
18 – 35 n= 108	63 (58,3)	45 (41,7)			

* RP Razón de prevalencia

** IC Intervalo de confianza

Tabla 6. Relación entre episiotomía y la posición de la madre al momento del parto.

Posición materna	Episiotomía		RP*	IC**	p
	SI n (%)	NO n (%)			
Litotómica n= 143	98 (68,5)	45 (31,5)	0,32	0,25 – -0,40	0
18 – 35 n= 108	0 (-)	10 (100)			

* RP Razón de prevalencia

** IC Intervalo de confianza

que ninguna de las que adoptaron posición vertical, la necesitó (p=0; RP=0,32; IC95 0,25-0,40). La posición vertical de la madre es un factor de protección de desgarros.

DISCUSIÓN

Los datos evidencian que el número de partos eutócicos o normales fue de 453, de los cuales 153 (33,77 %) corresponden a mujeres nulíparas y 300 (66,22 %) a mujeres múltiparas. De la muestra de 153 mujeres primigestas, 98 (64,1 %) fueron sometidas a episiotomía, valor que representa la prevalencia de esta práctica, para el año 2016. En Ecuador, en la provincia de Napo, en una investigación realizada por Zamora (4), en el año 2010, en una muestra de 123 mujeres nulíparas y 47 primigestas, se obtuvo una prevalencia de episiotomías del 38 %. En la provincia del Azuay, la prevalencia de episiotomía en mujeres que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2014, fue del 35,5 %, según estudio realizado en una muestra de 580 mujeres primigestas (3). En la provincia de Cotopaxi, según la investigación realizada en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el año 2015, en una muestra de 137 mujeres primigestas, la prevalencia de episiotomía llegó a 62 % (14).

La prevalencia encontrada en las investigaciones precedentes tiende a ser alta, datos que constituyen evidencia de que la práctica de la episiotomía no ha disminuido desde la entrada en vigencia del

componente normativo neonatal del Ministerio de Salud de Ecuador, en el año 2008 (6); sin embargo, este valor es significativamente inferior a lo reportado en el ámbito mundial. Ejemplo: Azón-López y col. (15), en 2013, reportaron una frecuencia de 93 % y Marqués-Salge y col. (16) señalan una frecuencia de 83,7 % de episiotomías rutinarias y programadas en primigestas en el año 2012.

Los hallazgos en la presente investigación muestran que el 79,1 % de neonatos poseen un perímetro cefálico que se encuentra en un rango comprendido entre 32 y 36 centímetros, con una media más frecuente de 34 centímetros. Entre aquellos con un perímetro cefálico mayor a 36 cm, el 81,2 % necesitó episiotomía, ello se refleja en una razón de prevalencia, superior a la unidad (2,95), por lo que se considera estadísticamente que el perímetro cefálico mayor a 36 es un factor de riesgo que aumenta la necesidad para el uso de esta técnica obstétrica. Karacam y col. (10), en un estudio realizado en Turquía, en primigestas, indica que el mayor tamaño en el perímetro cefálico del recién nacido aumentó la probabilidad de episiotomía (OR, 1,29; IC del 95%, 1,08-1,53).

En cuanto al peso de los recién nacidos, 51 madres (57,3 %) cuyos neonatos tuvieron peso entre 2500 y 4000 g, peso normal según la OMS (1), requirieron episiotomía, mientras que si el peso del neonato era mayor a 4000 g, 47 neonatos (73,4 %) necesitaron episiotomía y 17 (26,6 %) no la necesitaron. El peso promedio de 3201,75 gramos obtenido de los niños cuyas madres recibieron episiotomía, es levemente superior al reportado por Marques-Salge y col. (16), quienes indican que el peso promedio de los recién nacidos a cuyas madres se realizó episiotomía era de 3110,65 gramos; ello contrasta con el peso promedio de 2500 gramos de los recién nacidos con madre sin episiotomía. La mayoría de las episiotomías realizadas en el hospital están justificadas en opinión de Karaçam y col. (10), quienes afirman que los pesos medios de los recién nacidos de gestantes con episiotomía fueron significativamente mayores que los de las embarazadas sin episiotomía. Resultados que coinciden con los obtenidos por Okeke y col. (11), Wu y col. (12) y Koskas y col. (17).

La edad gestacional no parece ser un factor de riesgo

asociado a la episiotomía. En realidad, todas las pacientes cursaban embarazos a término, entre 37 y 41 semanas, por lo que no se pudo establecer esa asociación (RP=0,552). El 35,64 % de las mujeres primigestas no reciben episiotomía en la investigación realizada por Karaçam y col. (10); se justifica por la tendencia a reducir los partos postérmino y finalizar mediante instrumentación.

En relación a la edad de la madre, de las 108 mujeres entre 18 y 35 años, 58,3 % requirió episiotomía, pero de las 45 menores de 18 o mayores de 35 años, 77,8 % ameritó episiotomía. La razón de prevalencia (RP = 2,5) es mayor a la unidad lo que indica que las edades extremas constituyen un factor de riesgo para la episiotomía y que existe relación y significancia estadística entre los datos ($p = 0,02$). Los datos obtenidos por Coelho y col. (18), apoyan la existencia de 74 % de riesgo de episiotomías en adolescentes, edad que puede extenderse hasta los 19 años, según la OMS (1). Por otra parte, Melo y col. (7) en su investigación concuerdan en que el 29,4 % de las pacientes hasta los 22 años tienen un riesgo mayor a recibir episiotomía. Ballesteros, y col. (19), por su parte, concluyen que la edad de la madre superior a los 35 años se asocia con una menor incidencia de episiotomía (45,5 %) frente a edades inferiores (54,4 %). Esto contrasta con lo descrito por Molina-Reyes y col. (8) quienes indican que un menor porcentaje de las mujeres primíparas, menores de 20 años (36,9 %) recibieron episiotomía, en comparación con edades mayores (63,1 %). De la misma manera Hernández y col. (9) observaron en primigestas un incremento en los porcentajes de episiotomía a medida que aumentaba la edad materna, 52,38 % en mujeres de 15 a 19 años, y 77,27 % en mayores de 40 años. Algunos estudios revisados sugieren que el uso de la episiotomía no se ha asociado con la edad materna (9). Tal vez esta diferencia se deba a la amplitud de la edad para la maternidad, ya que los estudios comprenden una población de 14-53 años, siendo el 25 % de la muestra mayor de 35 años.

Todas las mujeres que recibieron episiotomía habían optado por la posición litotómica. Las 10 pacientes que prefirieron la posición vertical, parieron sin necesidad de episiotomía. Analizando los datos obtenidos se observa que la RP es de 0,32, menor a la unidad, determinándose que el parto en posición vertical es un factor de protección,

es decir, se asocia a no necesitar la episiotomía, datos cuyo intervalo de confianza no incluye la unidad. Estos resultados coinciden con investigaciones previas (8, 15, 16, 19) quienes evidenciaron que la posición materna durante la fase expulsiva también afecta a la realización de episiotomía y que se debería permitir a las mujeres tener la opción de parir en cualquier posición en la que se encuentren más cómodas.

Como cualquier acto quirúrgico, la episiotomía es también responsable de algunas complicaciones asociadas y sus beneficios tampoco gozan de evidencia científica que lo apoyen, razón por la cual su práctica rutinaria es controversial, a pesar de ser comúnmente aplicada en las casas de salud, nacionales, regionales y locales.

Sobre la base de los resultados obtenidos se comprueba la hipótesis de investigación: la mayor prevalencia de episiotomías en pacientes primigestas está asociada con mayor perímetro cefálico fetal, peso del neonato, edad materna y posición vertical al momento del parto, y su frecuencia en pacientes que acudieron al Hospital Luis F. Martínez de la ciudad de Cañar, no ha disminuido con la aplicación de la normativa materno neonatal del Ministerio de Salud Pública. La prevalencia de episiotomía en estas mujeres, en el año 2016, (64,1%), es mayor a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (16 % – 30 %).

La episiotomía no es un procedimiento aislado e independiente del resto de las prácticas obstétricas, sino que está asociado a la práctica de determinadas variables clínicas que influyen en el aumento de la tasa de este procedimiento.

Si se desea disminuir la tasa de episiotomía, es perentorio tener en cuenta los factores que condicionan su práctica y establecer políticas consensuadas con todos los profesionales sanitarios que asisten a la mujer en su proceso de parto, para la reducción de este procedimiento,

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS. [Internet] Ginebra: Cuidados en el parto normal: una guía práctica; 1996 [Consultado 15-12-2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
2. Rodríguez R. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. Rev. Reduca [Internet]. 2010; [Consultado 25-12-2018]; 2 (1): 15-18. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/123>
3. Gualán C, Guanoluisa O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital “Vicente Corral Moscoso” Cuenca-Ecuador 2014. [Tesis de pregrado]. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca; 2015 [Acceso 25 diciembre de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21517/1/Tesis.pdf>
4. Zamora LG. La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena. Enero-Agosto 2010. [Tesis de Pregrado]. Riobamba-Ecuador: Escuela superior politécnica de Chimborazo; 2011 [Acceso 25 diciembre de 2018]. Disponible en: <http://dspace.espech.edu.ec/bitstream/123456789/3443/1/94T00106.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud OMS. [Internet] Ginebra: Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018. [Consultado 25 diciembre de 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
6. Ministerio de Salud Pública Ecuatoriano. [Internet]. Ecuador: Componente Normativo Materno; 2008 [Consultado 25-12-2018]. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D64.pdf
7. Melo EF, Lima M, Freire S. Factores asociados con la práctica de episiotomía en un hospital universitario-Brasil. Rev. Cienc Med Campinas [Internet]. 2006 [Consultado 25 diciembre de 2018]; 15 (2): 95-101. Disponible en: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1119/1094>
8. Molina-Reyes C, Ortiz-Albarín MD, Huete-Morales MD, Strivens-Vílchez H. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. Evidentia [Internet]. 2009 [Consultado 25 de diciembre de 2018]; 6(25): [Alrededor de 6 páginas]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev6919r.php>
9. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado R, Val B, Mérida A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Enferm. glob. [Internet]. 2014 [Consultado 19 de agosto de 2016]; 13 (3): 398-411. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300022
10. Karaçam Z, Ekmen H, Çalişır H, Şeker S. Prevalence of episiotomy in primiparas, related conditions, and effects of episiotomy on suture materials used, perineal

- pain, wound healing 3 weeks postpartum, in turkey: a prospective follow-up study. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2013 [Consultado 19 de agosto de 2016]; 18 (3): 237 - 245. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3748545/>
11. Okeke T, Uqwu E, Okezie O, Enwereji J, Ezenyeaku C, Ikeako L. Trends and determinants of episiotomy at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria. *Niger J Med* [Internet]. 2012 [Consultado 19 de agosto de 2016]; 21 (3): 304-307. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/234103121_Trends_and_determinants_of_episiotomy_at_the_University_of_Nigeria_Teaching_Hospital_Unth_Enugu_Nigeria
 12. Wu L, Malhotra R, Allen J Jr, Lie D, Tan T, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2013; 288 (6):1249-1256.
 13. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán J. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2002 [Consultado 30 de marzo de 2018]; 62 (2): 115 - 121. Disponible en: <http://www.sogvzla.org/sogvzlaweb2014/saciverrevista.php>
 14. Calapaquí LN. Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga período abril - mayo 2015. [Tesis]. Ambato (Ecuador): Universidad Uniandes; 2015 [Consultado 19 de agosto de 2016] Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4020>.
 15. Azón-López E, García-Martínez M, Subirón-Valera AB. Análisis de los resultados obstétricos y neonatales de los partos inducidos en nulíparas en el Hospital Clínico de Zaragoza. *Matronas Prof* [Internet]. 2013 [Consultado 19 de agosto de 2016]; 14 (2): 52 - 59. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-resultados-obstetricos.pdf>
 16. Marqués-Salge AK, Fleury-Lobo S, Machado-Siqueira K, Rossie-Silva RC, Valadares-Guimaraes J. Práctica de la episiotomía y factores maternos y neonatales relacionados. *Rev. Eletr. Enf* [Internet]. 2012 [Consultado 25 de diciembre de 2018]; 14 (4): 779 - 785. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf
 17. Koskas M, Caillod A, Fauconnier A, Bader T. [Maternal and neonatal consequences induced by the French recommendations for episiotomy practice. Monocentric study by 5409 vaginal deliveries]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009; 37 (9): 697 - 702. Francés.
 18. Coelho de Carvalho C, Rolland-Souza AS, Barboza-Moraes O. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco-Brazil. *Rev. Assoc. Med. Bras* [Internet]. 2010 [Consultado 25 de diciembre de 2018]; 56 (3): 333 - 339. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000300020>.
 19. Ballesteros C, Martínez ME, Meseguer M, Carrillo C, Canteras M. Episiotomía en el marco de la atención al parto normal [Internet]. Murcia: AMRM. Asociación de matronas de la región de Murcia; 2013 [Consultado 25 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOM%C3%8DA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCION-AL-_PARTO_NORMAL.pdf

Recibido: 28 de enero 2019
Aprobado: 25 de febrero 2019