

Jorge Victoriano Mejía Chicaiza (1), Cristian Andrés Gualán Cartuche (2), Adrián Marcelo Mejía Calle (2),

(1) Profesor de la cátedra de ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca

(2) Médicos rurales.

Correspondencia: jorje.mejia@ucuenca.edu.ec

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso y perímetro cefálico del recién nacido; en pacientes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso, del cantón Cuenca, provincia del Azuay durante el año 2014; y evaluar si existe disminución de esta intervención obstétrica, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de prevalencia analítico en un universo de 3 798 parturientas, la muestra lo componen 580 primigestas que acudieron al centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información; los datos obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 21 y Microsoft Excel 14.4.8.

RESULTADOS: La prevalencia de episiotomía fue del 35.5%. Se encontró significancia estadística en la edad menor de 19 años, el peso del recién nacido mayor a 3000 gramos y el perímetro cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; no se encontró significancia estadística entre talla materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue del 35.5%, valor inferior a los datos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito (42.6%) y a otros estudios a nivel mundial. Es mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%).

Palabras clave: PRIMIGESTA, PARTO, EPISIOTOMÍA, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, AZUAY.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of episiotomy in primigravida patients and their relation to factors such as maternal age, maternal size, newborn weight, cephalic perimeter of the newborn, in patients who attend at Hospital Vicente Corral Moscoso Hospital in Cuenca, Province of Azuay during the year 2014; and evaluate if there is a decrease in this obstetric intervention after the implementation of the Ministry of Public Health regulations to restrict episiotomy.

METHODOLOGY: An analytical prevalence study was carried out in a universe of 3,798 parturient women. The sample consisted of 580 primigravida patients who came to the obstetrical center of the Vicente Corral Moscoso Hospital, data collection forms were used to collect the information. The obtained data were analyzed in the statistical package SPSS 21 and Microsoft Excel 14.4.8.

RESULTS: The prevalence of episiotomy was 35.5%. A statistical significance was found in the age less than 19 years, the newborn weight superior than 3000 grams and the cephalic perimeter of the newborn is greater than 33 centimeters; no statistical significance was found between maternal size, which is less than 145 centimeters, and the performance of episiotomy.

CONCLUSION: The prevalence of episiotomy at the Vicente Corral Moscoso Hospital was 35.5%, lower than the data at the Isidro Ayora Gynecological-Obstetric Hospital in Quito (42.6%) and other studies worldwide; it is higher than recommended by the World Health Organization (20%).

Keywords: primipara, childbirth, episiotomy, prevalence, risk factors, azuay.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto, su reparación se denomina Episiorrafia (1). Es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental durante la atención de partos y es practicado en ocasiones de manera extensa; pero también es uno de los actos más cuestionados en la actualidad (2).

No está justificado su uso rutinario, ya que no se demuestra el factor protector que se le atribuye frente a los desgarros de III y IV grados y, sin embargo, tiene una influencia negativa en los demás factores (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (4), el uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. No existe diferencia en cuanto al riesgo de traumatismo vaginal o perineal severos, dolor, dispareunia o incontinencia urinaria. Sin embargo, hay un riesgo aumentado en el traumatismo perineal.

La episiotomía, debe ser reparada mediante episiorrafia; la cual no está exenta de consecuencias como el dolor durante los primeros días tras el parto; el uso de analgesia, además podría generarse dispareunia, en ocasiones la re sutura es necesaria, el sangrado también podría atribuirse a este procedimiento, complicaciones infecciosas, hematomas, dehiscencia, al igual que granulomas, por último se pueden esperar también complicaciones tardías como fibrosis y fistulas; por lo tanto la episiotomía es un proceso que debe ser utilizado selectivamente pues acarrea complicaciones y su reparación no está libre de consecuencias inmediatas, mediatas y tardías (3,5).

No se dispone de estudio locales sobre la episiotomía, las indicaciones que llevaron a este procedimiento y tampoco una valoración del cumplimiento de la normativa materna establecida por el Ministerio de Salud Pública (6), donde se menciona que no existe evidencia que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria; a la luz de lo mencionado es clara la necesidad de establecer estos indicadores en nuestra población.

Campoverde M. en un estudio realizado en el 2014, en el hospital Vicente Corral Moscoso, evalúa la hemoglobina pre y posparto, cita 22.8 % de

presencia de episiotomía, sin precisar si son pacientes con un solo parto o tienen 2 o más partos. Zamora L, en el 2011 cita una prevalencia de 38% de episiotomía en un estudio realizado en el hospital de Tena.

En el presente estudio, con el objetivo de cumplir con los principios éticos enunciado en la Ley 23 de 1981 o código de ética médica, se solicitó la aceptación del protocolo de investigación por el comité de docencia e investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso. Tras la aprobación a cada paciente se le informó en qué consiste, los beneficios y riesgos. Para constancia de la misma todo paciente firmó el consentimiento informado.

METODOLOGÍA

Es un estudio de prevalencia, analítico que se realizó en las mujeres primigestas que acudieron al Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca.

El universo lo constituyeron 3798 mujeres; para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epidat para estudios de prevalencia en base a: Prevalencia de episiotomía, un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5%, una potencia estadística del 80%, se estableció un total de 580 mujeres que formaron la muestra de este estudio.

Criterios de Inclusión: Pacientes primigestas que acudieron en labor de parto al Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron pacientes que no desearon participar en la investigación y pacientes cuyos partos terminaron en cesárea.

Una vez definidos los parámetros del estudio se procedió a la firma del consentimiento informado y recolección de los datos mediante la entrevista y llenado del formulario elaborado para el estudio, además de la revisión de la historia clínica.

Tras la recolección y validación de los formularios, la información fue introducida en una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 21 en español para OSX y Microsoft Excel 14.4.8.

Para el contraste de la hipótesis se utilizó el estadístico Chi cuadrado de Pearson, para encontrar los factores de riesgo y su asociación con la realización de episiotomía, la razón de prevalencia (RP) y el valor de p para la significancia estadística, todos calculados con un 95% de nivel de confianza.

RESULTADOS

TABLA No. 1

Prevalencia de episiotomía en 580 pacientes primigestas, del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014.

EPISIOTOMÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	206	35.5
No	374	64.5
Total	580	100.0

Fuente: Base de datos.
Elaborado por: Los autores

La Prevalencia de episiotomía encontrada fue de 35.5%, correspondiente a 206 pacientes del total de 580 mujeres primíparas en las cuales se realizó episiotomía.

TABLA No. 2

Distribución de 580 pacientes primigestas, Según: LA EDAD EN RELACIÓN CON EPISIOTOMÍA.

EDAD	EPISIOTOMIA						RP	IC	Valor de p
	SI		NO		TOTAL				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<19	122	59.2%	165	44.2%	287	49.5	1.483	(1.184-1.857)	0.0005
>20	84	40.8%	209	55.8%	293	50.5			
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%			

Fuente: Base de datos.
Elaborado por: Los autores

De las 206 pacientes que se realizaron episiotomía, 59.2% tuvieron una edad menor a 19 años, y 40.8% son mayores a 20 años; la Razón de Prevalencia (RP) es de 1.483, con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (1.184-1.857); y un valor de p

de 0.0005, siendo estadísticamente significativo. Lo que expresa que una mujer menor de 19 años tiene 1.4 veces más la posibilidad de ser realizada episiotomía, que una mayor de 20 años.

TABLA No. 3

Distribución de 580 pacientes primigestas Según: LA TALLA EN RELACIÓN CON EPISIOTOMÍA. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2014.

TALLA MATERNA	EPISIOTOMIA						RP	IC	Valor de p
	SI		NO		TOTAL				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<=145	10	4.9%	28	7.5%	38	6.6	0.728	(0.423-1.253)	0.293
>146	196	95.1%	346	92.5%	542	93.4			
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%			

Fuente: Base de datos.
Elaborado por: Los autores

De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, el 4.9% tienen una talla menor o igual a 145 centímetros, mientras que el 95.1% tienen más de 146 centímetros de alto; la Razón de Prevalencia (RP)

es de 0.728 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0.423-1.253); y un valor de p de 0.293 que no tienen significancia estadística.

TABLA No. 4

Distribución de 580 pacientes primigestas,
en RELACIÓN EPISIOTOMÍA CON PESO DEL RECIÉN NACIDO.
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2014.

PESO DEL (RN)	EPISIOTOMIA						RP	IC	Valor de p
	SI		NO		TOTAL				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<3000	68	33%	192	51,3%	260	44.8	0.606	(0.477-0.771)	0.000
>3001	138	67%	182	48.7%	320	55.2			
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%			

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Los autores

De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 67% de recién nacidos (RN) tienen peso mayor a 3001 gramos, 33% tienen un peso menor a 3000 gramos; la Razón de Prevalencia (RP) es de 0.606 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0.477-

0.771); y un valor de p de 0.000, datos que son estadísticamente significativos.

Por lo tanto, el peso del RN mayor a 3001 gr, si influye en la realización de episiotomía.

TABLA No. 5

Distribución de 580 primigestas
en RELACIÓN EPISIOTOMÍA CON PERÍMETRO CEFÁLICO DEL NEONATO.
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2014.

PERIMETRO CEFALICO DEL (RN)	EPISIOTOMIA						RP	IC	Valor de p
	SI		NO		TOTAL				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<33.0 cm	36	17.5%	106	28.3%	142	24.5	0.653	(0.481-0.887)	0.003
>33.1 cm	170	82.5%	268	71.7%	438	75.5			
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%			

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Los autores

De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 82.5% de recién nacidos, tienen un perímetro cefálico mayor a 33.1 centímetros, y el 17.5% menor o igual a 33 centímetros; la Razón de Prevalencia

(RP) es de 0.653 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0.481-0.887); y un valor de p de 0.003 siendo estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico cuyo uso tiene controversia y muy comúnmente realizado en distintas casas de salud, sin tener la mayor evidencia científica de sus beneficios.

En un estudio a nivel de Latinoamérica (7), que evaluó 105 hospitales de 14 países la frecuencia de episiotomía fue del 92.3%.

De acuerdo con el Colegio Estadounidense de Ginecólogos y Obstetras entre los años 1983 y 2000, la tasa de episiotomías durante partos vaginales bajó del 70 al 20% (8).

Los países de Europa hace aproximadamente una década ya presentaban una tendencia a disminuir sus porcentajes de episiotomías (9). Un estudio del año 2004 revela que la tasa de episiotomías

en partos vaginales eutócicos era de un 24.5% (10). El último estudio realizado por la Sección Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia tras la aportación de encuestas de 46 centros españoles comprobó que la tasa de episiotomía en partos eutócicos fue de 54.1% en el año 2006 y 92.3% en partos instrumentales (11). Según Medeiros de Carvalho y Colaboradores, en un estudio realizado en Pernambuco, Brasil en el año 2010, indica que esta cifra ha disminuido del 94% al 29.1% (12).

En Ecuador, según las estadísticas del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito, en el año 2007 se atendieron un total de 7459 partos vaginales, con un porcentaje de episiotomías de 42.6% (13).

Campoverde M. en un estudio realizado en el 2014, en el hospital Vicente Corral Moscoso, don-

de evalúa la hemoglobina pre y posparto, cita 22.8 % de presencia de episiotomía, sin precisar si son pacientes con un solo parto o tienen 2 o más partos.

Zamora L, en el 2011 cita una prevalencia de 38% de episiotomía en un estudio realizado en el hospital de Tena.

En el presente estudio la prevalencia de la episiotomía fue de 35.5%, valor ligeramente superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud, quien indica que no debe ser mayor al 20% (4).

Los datos obtenidos en este estudio son significativamente menor a otros estudios realizados en primigestas, 93%, Azón L, 2013 (14); 83.7%, Marques S, 2012 (15); 62%, Hernández P, 2014 (16).

Estos datos nos indican que se está aplicando la norma del Ministerio de Salud Pública en lo relacionado al uso no rutinario de la episiotomía en pacientes primigestas.

Se determinó que el peso de los recién nacidos mayor a 3001 gramos fue un factor de riesgo en la realización de episiotomía; lo que concuerda con Marques et al (15), quienes indicaron que el peso promedio de los recién nacidos a cuyas madres se realizó episiotomía era de 3 110.65 gramos; además Karaçam et al (17), afirman que los pesos medios de los recién nacidos, de gestantes con episiotomía fueron significativamente mayores que en embarazadas sin episiotomía. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Pina A. et al. (18), Okeke TC, et al (19), Gossett DR, et al (20), Wu L, et al (21), y Koskas M, et al (22), al relacionar peso fetal con el incremento de episiotomía. Sin embargo, en estudios como el de Molina-Reyes. C, et al (11), y Shahraki et al (23), Carvalho CC, et al (12), Herrera B, et al (24). Figueira L, et al (25), y Trinh A, et al (26), no encontraron relación estadísticamente significativa entre el peso del recién nacido y la realización de episiotomía.

En el presente estudio se observa que el perímetro cefálico mayor a 33.1 centímetros, aumenta la probabilidad de realizar episiotomía; Karaçam et al, en un estudio en primigestas en Turquía (17), indica que el mayor tamaño en el perímetro cefá-

lico del bebé aumentó la probabilidad de episiotomía (OR, 1.29; IC del 95%, 1.08-1.53).

Además, en el hospital Vicente Corral Moscoso, las mujeres con edad menor a 19 años tienen un riesgo mayor de episiotomía 59.2%; de igual manera Medeiros de Carvalho (12), indica la existencia de 74% de riesgo de episiotomías en adolescentes. Melo Júnior et al (25), concuerdan en su estudio que el 29.4% de las pacientes hasta los 22 años mostraron un riesgo mayor de recibir episiotomía. Contrastando con Molina et al (11), 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 et al (16), 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.

Un estudio realizado en Perú en el 2001 (26), sobre la talla materna y su implicancia para cesárea concluye que la talla materna menor de 146 cm está asociada a mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulíparas como en múltiparas, lo cual podría verse relacionado a riesgo de desgarros perineales; no se han realizado estudios que relacionen la talla materna y la realización de episiotomía; sin embargo en nuestro estudio encontramos que la baja talla materna no presenta significancia estadística por lo cual no sería considerado como un factor de riesgo para el uso de episiotomía.

CONCLUSIÓN

- La episiotomía de rutina debe ser abandonada y debe evitarse en todo lo posible, ya que no hay indicaciones absolutas ni específicas para su uso. La decisión de realizar una episiotomía debe basarse en la interacción de múltiples factores de riesgo y sus efectos a corto y largo plazo, siempre valorando la balanza riesgo versus beneficio.
- La prevalencia de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue del 35.5%, valor inferior a los datos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito (42.6%) y a otros estudios a nivel mundial. Es mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Episiotomía. Colombia. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EPISIOTOMIA.pdf>
2. Rodríguez R. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), Vol 2, No 1 (2010). Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/123>
3. Romero J, Prado M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. España. *Matronas Profesión* 2002; junio n.º 8. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.federacion-matronas.org%2Frs%2F457%2Fd112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868%2Fa07%2Frglang%2Fes-ES%2Ffd%2F1%2Ffilename%2Fvol3n8pag33-39.pdf&ei=TVhRU-PfC-qWxsASa6YHwDw&usg=AFQjCNGNUtqV336mmWol42_BXtBfgh4lWg&bvm=bv.65058239,d.cWc
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/
5. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. Universidad de Cantabria. 2013. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>
6. Ministerio de Salud Pública Ecuatoriano. MSP. Componente Normativo Materno. 2010. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conasa.gob.ec%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D87%3Acomponente-normativo-materno-2008%26id%3D13%3Aprestaciones%26Itemid%3D95&ei=81dRU5zsMYrgsASrICwBA&usg=AFQjCNFxm5LuEXLakjtU6luOuYZRy0mCg&bvm=bv.65058239,d.cWc
7. Althabe F, Belizán J, et al. Tasas de Episiotomía en Mujeres Primíparas en América Latina: Estudio Descriptivo Basado en Datos Hospitalarios. *British Medical Journal* 324:945-946, Abr 2002. Disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/gineco191web.htm>
8. University of Maryland Medical Center. Episiotomía. 2012. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y-parto/episiotomia>
9. Montenegro A, Blanco N, Pereiro B, Barro R, Rico P. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Revista Matronas Profesión*. 2005; 6(1): 30-2.
10. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, et al. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(5): 573.
11. Molina C, Ortiz M, Huete M, et al. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. *Evidentia*. 2009 ene-mar; 6(25). España. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&ved=0CGoQFjAJAO&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F27500701%2F1805998118%2Fname%2FAn%25C3%25A1lisis%2Bde%2Bla%2Bimplantaci%25C3%25B3n%2Bde%2Buna%2Bpol%25C3%25ADtica%2Bde%2Bepisiotom%25C3%25ADa%2Bselectiva%2Ben%2Bun%2Bhospital%2Bcomarcal.doc&ei=dthRU87PMujLsQS-x4C4Dw&usg=AFQjCNFiNvVPNRT1sJts0gHY48M3jhb3Ew&bvm=bv.65058239,d.cWc>
12. Carvalho CC, Rolland S, Morales F. Prevalencia y factores asociados con la práctica de episiotomía en una escuela de maternidad, Pernambuco, Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010; 56(3): 333-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a20.pdf>
13. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Página Web. 2013. Disponible en: <http://www.hgoia.gob.ec/documentos/pdf/estadisticas/informe2007/CIRUGIAS%20POR%20SERVICIOS.pdf>
14. Azon L, Garcia M, Subiron V. Análisis de los resultados obstétricos y neonatales de los partos inducidos en nulíparas en el Hospital Clínico de Zaragoza. *Matronas Prof*. 2013; 14(2): 52-59. Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQ-FjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.federacion-matronas.org%2Frs%2F1043%2Fd112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868%2F69a%2Ffd%2F1%2Ffilename%2Foriginal-resultados-obstetricos.pdf&ei=COvQVPGrJcX_gwS1koLY-Cw&usg=AFQjCNFKoqRgeJmleNHfyWvvanqaZykonQ
15. Marques S, Fleury L, Machado S, et al. Práctica de la episiotomía y factores maternos y neonatales relacionados. 2012 oct/dec;14(4):779-85. Brasil. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf
16. Hernández J, Azón E, Mir E, et al. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *Revista electrónica Trimestral de enfermería-Nº35-Julio 2014*. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.3.196531>
17. Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H, Şeker S. Prevalencia de la episiotomía en primíparas, relacionando condiciones y efectos de la episiotomía en los materiales de sutura usado, dolor perineal, la cicatrización de heridas 3 semanas después del parto, en Turquía: Un estudio de seguimiento prospectivo. *Diario iraní de Enfermería y Obstetricia de Investigación*. Mayo-Junio 2013. Vol. 18. Número 3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748545/>
18. Pina A, Carro R, Adán B, Miguel E, Serrano E, Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía de rutina en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof*. 2007; 8 (3-4): 5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/172/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a4b/rglang/es-ES/fd/1/filename/05-11-art-orig-episio-indd.pdf>
19. 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, Ni-

- geria. Niger J Med. 2012 Jul-Sep;21(3):304-7. Pubmed PMID:23304925. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23304925>
20. Gossett D, Dunsmoor Su R. Episiotomy practice in a community hospital setting. J Reprod Med. 2008 Oct; 53:803-8. Pubmed PMID:19004409. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19004409>
21. 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 Dic; 288(6):1249-56. doi:10.1007/s00404-013-2897-6. Epub 2013 May 26. Pubmed PMID: 23708390. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23708390>
22. 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 Sep;37(9):697-702. doi:10.1016/j.gyobfe.2009.06.003. Epub 2009 Aug 13. French. Pub PMID:19682940. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682940>
23. Shahraki D, Aram S, Pourkabirian S, Khodaei S, Choupannejad S. Una comparación entre las complicaciones maternas y neonatales precoces de la episiotomía restrictiva y la episiotomía de rutina en el parto vaginal en primigestas. J Res Med Sci. 2011 Dec; 16(12): 1583-1589. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434900>.
24. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet Ginecol. España. 2004; 47(9):414-22. Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/articulos/Epis.selectiva.pdf>
25. Melo J, De Carvalho L, Freire S. Factores asociados con la practica de episiotomía en un hospital universitario. Brasil. Rev. Cien. Med. Campinas. 15(2):95-101, mar./abr., 2006. Disponible en: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1119/1094>
26. Guzmán V, García P, Liu H. Talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. Gineco Obstet Perú 2001; 47: 117-20. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/talla_mater.htm