

Artículo original

Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos

Factors affecting the performance of an episiotomy in spontaneous vaginal deliveries

Francisca Camacho-Morell^{1,2}, Inés García-Barba¹, Alba López-Simó¹, Ada Belda-Pérez¹

¹Matronas. Servicio de Partitorio. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira (Valencia).

²Doctoranda del Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universidad de Valencia

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores que condicionan la realización de episiotomía en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera (HULR).

Material y método: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se recogieron datos de los partos eutócicos atendidos durante el año 2015. Se tabularon en una hoja de cálculo Excel y se analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: El número total de partos atendidos en el HULR durante 2015 fue de 1.814. De ellos, 1.116 fueron partos eutócicos (62%), de los cuales un 83% no precisó episiotomía. Por tanto, la tasa de episiotomías en partos eutócicos fue del 17%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la realización de episiotomía y las variables primiparidad, uso de analgesia epidural, parto estimulado/inducido y posición de parto en litotomía. No se encontró relación estadísticamente significativa con la edad materna, el peso del recién nacido, el profesional que atendió el parto o la aparición de desgarros.

Conclusiones: Conocer los factores que se asocian con la realización de episiotomías en el HULR puede ser determinante para restringir su uso a las situaciones estrictamente necesarias. Se proponen ciertas medidas al respecto, como el uso de posiciones alternativas durante el expulsivo, el inicio del parto espontáneo cuando sea posible, el respeto a los tiempos de expulsivo en los casos de analgesia epidural y la elaboración de un documento de consenso sobre las indicaciones de la episiotomía.

Palabras clave: Episiotomía, parto normal, matronas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors that condition the performance of an episiotomy in spontaneous vaginal deliveries at La Ribera University Hospital (HULR).

Material and method: A descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out. Data about spontaneous vaginal deliveries attended during 2015 were collected. Data were tabulated in Excel spreadsheet and analyzed with SPSS 17.0 statistical package.

Results: Data from 1,116 spontaneous vaginal deliveries were analyzed (62% of the total). In 83% of these cases no episiotomy was performed. A statistically significant relationship was found between the performance of episiotomy and the variables: primiparity, use of epidural analgesia, stimulated/induced labour and lithotomy position. There was no statistically significant relationship to maternal age, weight of the new-born, health care professional, or perineal trauma appearance.

Conclusions: Knowing the factors that are associated with the performance of episiotomy in our delivery room is determinant to restrict its use to those situations strictly necessary. The following measures have been proposed: the use of alternative positions during the second stage of labour, spontaneous onset of labour when possible, to respect the duration of second stage of labour in cases of epidural analgesia, and the elaboration of a consensus document on episiotomy indications.

Keywords: Episiotomy, natural childbirth, nurse midwives.

Fecha de recepción: 9/12/16. Fecha de aceptación: 5/05/17.

Correspondencia: F. Camacho Morell.
Servicio de Partitorio. Hospital Universitario de La Ribera. Ctra. Corbera, s/n.
46600 Alzira (Valencia). Correo electrónico: francisca.camacho@uv.es

Los resultados preliminares del presente estudio se han presentado en formato póster en el IV Congreso de la Associació Catalana de Llevadores (ACL), XV Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y 2nd Conference of the Southern European Region of International Confederation of Midwives (ICM), celebrado en la ciudad de Tarragona los días 26, 27 y 28 de mayo de 2016, con el título «Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera: análisis del año 2015».

Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 98-104.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía apareció a finales del siglo XVIII, utilizándose de forma exclusiva para partos dificultosos, hasta que a finales del siglo XIX se introdujo la idea de la episiotomía profiláctica para prevenir el daño perineal¹. A partir de 1920 se generalizó su uso para aliviar el dolor, prevenir desgarros, disminuir la duración del parto y, con ello, la morbilidad perinatal². A pesar de los limitados datos sobre sus indicaciones, se convirtió en un procedimiento habitual, subestimándose los potenciales efectos adversos³.

Hace aproximadamente 20 años comenzó a extenderse la evidencia que apoyaba el uso restrictivo de la episiotomía⁴, y a partir de ese momento, comienzan a publicarse guías de práctica clínica y recomendaciones por parte de diversos organismos internacionales. En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ publicó un documento en el que se afirmaba que no existía ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tuviera efectos beneficiosos, pero sí la había en lo referente a que ésta podía producir daños. Ya en el presente siglo, Carroli y Mignini² publicaron una revisión con una gran repercusión, en la que afirmaban que el uso restrictivo de la episiotomía producía un traumatismo perineal menos grave, un menor traumatismo perineal posterior, menos suturas y menos complicaciones de cicatrización a los 7 días. Asimismo, no presenta diferencias en la aparición de dolor, incontinencia urinaria, dispareunia o traumatismo vaginal/perineal grave.

En la actualidad se recomienda su uso restrictivo, pero no existe un criterio común para su realización³, que es variable en función de los diferentes países, pero también dentro de un mismo país de un mismo grupo profesional². Distintas organizaciones aconsejan realizarla cuando el periné es el responsable de la falta de progreso del periodo expulsivo del parto, en casos de distrés materno o fetal, en partos instrumentados, o directamente en función del criterio del profesional que atiende el parto⁶⁻⁸.

Esta falta de consenso conlleva una gran variabilidad en la tasa de episiotomías, tanto en el ámbito internacional (entre un 90 y un 9%)⁴ como nacional (desde un 88,2%⁹ hasta un 10,65%¹⁰ de episiotomías en partos eutócicos en diferentes estudios realizados en 2005). La tasa media en España en partos totales fue de un 43% en 2009¹¹. En el Hospital Universitario de La Ribera (HULR) se ha producido un descenso en la tasa de episiotomías, desde un 33% en 2011 a un 17% en 2015¹².

En la actualidad aún no se ha llegado a un consenso sobre la tasa ideal de episiotomías que debería establecerse como objetivo¹³. Algunos autores afirman que

una tasa del 20% podría ser apropiada, mientras que otros sugieren que podría llegar hasta un 10% en gestantes primíparas y un 5% en múltiparas⁴.

Entre los factores que condicionan la realización de una episiotomía se han estudiado los siguientes: edad materna, paridad, patología materna, edad gestacional, peso del recién nacido (RN), analgesia, profesional que atiende el parto, posición de parto, pH y test de Apgar.

Si tenemos en cuenta la recomendación generalizada de realizar episiotomías restrictivas y el descenso que se ha producido de éstas en el HULR hasta el 17% en partos eutócicos, el interés del estudio se centra en conocer los factores que actualmente condicionan su realización. Su conocimiento podría permitir incidir en ellos para continuar reduciendo la tasa de episiotomías hasta alcanzar el 10% (objetivo recomendado por la OMS)⁵ y ofrecer una atención basada en la evidencia científica. Por tanto, el objetivo del presente estudio es analizar los factores que condicionaron la realización de una episiotomía en partos eutócicos en el HULR durante 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio, con un diseño descriptivo, transversal y retrospectivo, se llevó a cabo en el HULR (Alzira, Valencia), sobre los partos atendidos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2015. Los criterios de exclusión fueron los partos instrumentados, las cesáreas, la muerte fetal y la gestación múltiple. Se decidió no practicar un muestreo entre los casos que cumplían los criterios de inclusión, ya que se consideró prioritario analizar la información de todos los partos incluidos en el periodo de estudio.

Variables

- Realización de episiotomía: cualitativa dicotómica (sí/no).
- Profesional que atiende el parto: cualitativa con tres valores (matrona, residente de matrona y ginecólogo/residente de ginecología).
- Uso de analgesia epidural: cualitativa dicotómica (sí/no).
- Paridad: cualitativa dicotómica (primípara, que no ha tenido ningún parto por vía vaginal, y múltipara, que ha tenido al menos un parto por vía vaginal).
- Forma de inicio del parto: cualitativa dicotómica (espontáneo o estimulado/inducido).
- Posición de parto. Variable cualitativa con tres valores: 1) litotomía; 2) posiciones alternativas (lateral, semisentada, cuclillas, de pie, apoyo de pies), y 3) posición desconocida, cuando no se ha registrado en la hoja informatizada de fin de parto.

- Edad materna: variable cuantitativa discreta expresada en años. Posteriormente se agrupó en tres intervalos (<17, 17-38 y >38 años), y la variable edad expresada en intervalos se consideró una variable cualitativa.
- Peso del RN: variable cuantitativa expresada en gramos. Posteriormente se agrupó en tres intervalos (<2.500, 2.500-4.500 y >4.500 g), y la variable peso del RN expresada en intervalos se consideró una variable cualitativa.
- Desgarros: cualitativa ordinal con tres valores (ausencia de desgarro, desgarro de grado I o II, y desgarro de grado III o IV).

Recogida de datos

Se efectuó una revisión de historias clínicas informatizadas del HULR. Los datos se recogieron de la hoja de fin de parto por parte de las matronas responsables del estudio. Se transcribieron a una hoja de cálculo Excel para su posterior análisis.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del HULR y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Análisis estadístico

Los datos recogidos se introdujeron en una matriz numérica para realizar el análisis estadístico con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 17.0). En el análisis univariante, respecto a las variables cualitativas, el análisis numérico se realizó mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas se emplearon la media y la desviación estándar (DE). En el análisis bivariante se procedió a confeccionar la correspondiente tabla de contingencia y realizar la prueba de la χ^2 con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$). Si no existía el número de casos necesario para aplicar la prueba de la χ^2 , se usó el test exacto de Fisher con simulación de Montecarlo del valor de p (que se emplea cuando la tabla de contingencia es mayor de 2×2).

RESULTADOS

El número total de partos atendidos en el HULR durante 2015 fue de 1.814. De ellos, 1.116 fueron partos eutócicos (62%), de los cuales un 83% no precisó episiotomía. Por tanto, la tasa de episiotomías en partos eutócicos fue del 17%.

La media de edad de las gestantes fue de 30,66 años (DE= 5,91). La edad mínima fue de 14 años y la máxima de 49 años. El peso medio de los RN fue de 3.291,44 g (DE= 449,86). El peso mínimo fue de 1.800 g y el máxi-

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de las variables de estudio

Variables	Valor	Frecuencia	%
Edad (años)	<17	18	1,6
	17-38	1.020	91,4
	>38	78	7
Paridad	Primípara	469	42
	Múltipara	647	58
Profesional que atiende el parto	Matrona	582	52,2
	Residente matrona	410	36,7
	Ginecólogo/residente de ginecología	124	11,1
Posición de parto	Desconocida	900	80,6
	Alternativas	127	11,4
	Litotomía	89	8
Inicio de parto	Espontáneo	848	75,9
	Estimulado/inducido	268	24,1
Analgesia	Con epidural	775	69,4
	Sin epidural	341	30,6
Episiotomía	No	922	82,6
	Sí	194	17,4
Peso del recién nacido (g)	<2.500	51	4,6
	2.500-4.500	1.061	95
	>4.500	4	0,4
Desgarro	No desgarro	502	45
	Desgarro I-II	609	54,6
	Desgarro III-IV	5	0,4

Tabla 2. Variables de estudio estadísticamente significativas, con especificación de los valores de χ^2 , p y V de Cramer

Variable	χ^2	p	V de Cramer
Epidural	8,778	0,003	0,089
Paridad	73,219	<0,001	0,025
Inicio de parto	5,047	0,015	0,073
Posición de parto	104	<0,001	0,694

mo de 4.855 g. Los datos referidos a las variables de la muestra se recogen en la tabla 1.

Las variables que obtuvieron significación estadística con la realización de episiotomía fueron las siguientes: paridad, tipo de inicio de parto, posición de parto y administración de analgesia epidural. En la tabla 2 se presentan los valores de la χ^2 , p y V de Cramer. En el caso de la variable posición de parto no se encontró en todos los casos la información respectiva en la hoja informatizada de fin de parto, ya que no era un ítem de obligado cumplimiento. Por tanto, los resultados estadísticos se extrajeron únicamente de la comparación de la variable episiotomía con los valores «litotomía» y «posiciones alternativas» de la variable posición de parto. Cabe señalar que no hubo ningún desgarro de grado III o IV en

Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable episiotomía en relación con la variable peso del recién nacido

		Peso del recién nacido (g)		
		<2.500	2.500-4.500	>4.500
Episiotomía sí	Frecuencia	10	184	0
	%	0,9	16,5	0
Episiotomía no	Frecuencia	41	877	4
	%	3,7	78,5	0,4

las gestantes que usaron posiciones alternativas de parto.

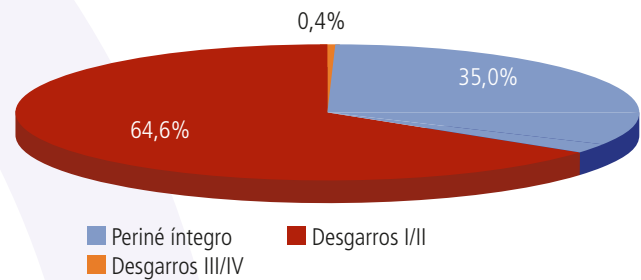
El resto de las variables no obtuvieron significación estadística (edad materna, profesional que atiende el parto y peso del RN). Ningún RN con un peso >4.500 g precisó la realización de episiotomía durante el periodo de estudio (tabla 3).

Respecto a la variable desgarro, debido al escaso número de desgarros de grado III y IV durante el periodo de estudio, se aplicó el test exacto de Fisher con simulación de Montecarlo, sin obtener significación estadística. Cabe destacar que tampoco hubo ningún desgarro de grado III o IV en los RN con un peso >4.500 g (tabla 4). En la misma tabla 4 se puede observar que todos los desgarros de grado III y IV se produjeron en gestantes a las que se les administró analgesia epidural.

Finalmente, respecto a los partos eutócicos sin episiotomía, hubo un 64,1% de desgarros de grado I y II, un 0,4% de desgarros de grado III y IV y un 35,5% de perinés íntegros (figura 1).

DISCUSIÓN

Tras la reducción en la tasa de episiotomías llevadas a cabo en el HULR en los últimos años, el propósito del presente trabajo fue analizar qué factores se asocian a la realización de una episiotomía. Según los resultados del estudio, esos factores son la primiparidad, el uso de

**Figura 1.** Porcentaje de perinés íntegros, desgarros de grado I/II y desgarros de grado III/IV en partos eutócicos sin episiotomía

analgesia epidural, el inicio de parto estimulado o inducido y la posición de parto en litotomía.

La primiparidad es un factor ampliamente estudiado, y se ha encontrado una relación con la realización de episiotomías en multitud de estudios^{9,14-19}. En otros casos, la primiparidad se relaciona fuertemente con la existencia de un trauma perineal²⁰, e incluso ha llegado a sugerirse que realizar una episiotomía en un primer parto es un factor que condiciona la aparición de desgarros o la necesidad de episiotomía en los siguientes^{21,22}. Sería interesante documentar cuáles son las indicaciones para realizarla en el HULR mediante la creación de un protocolo o guía de práctica clínica¹⁸. Tomar conciencia de que la primiparidad no es una de estas indicaciones ayudará a evitar episiotomías innecesarias, protegiendo con ello el periné de estas mujeres de cara a sus futuros partos.

Respecto a la relación del uso de analgesia epidural y la realización de una episiotomía, los resultados del presente estudio coinciden con los de otras investigaciones^{14,15,19,23}, mientras que en la investigación llevada a cabo por Hernández-Pérez et al.²⁴ no se encuentra ninguna relación estadísticamente significativa entre estas variables. También se ha relacionado en la bibliografía el uso de analgesia epidural y la aparición de desgarros de grado III y IV^{25,26}. En nuestro caso, todos los desgarros de grado III y IV se produjeron en gestantes con analgesia epidural. Sin embargo, en otros estudios no se ha encontrado relación entre estos factores^{27,28}.

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable desgarro en comparación con otras variables de estudio (administración de analgesia epidural y peso del recién nacido)

		Epidural		Peso del recién nacido (g)		
		Sí	No	<2.500	2.500-4.500	>4.500
No desgarro	Frecuencia	338	164	32	467	2
	%	30,3	14,7	2,8	41,9	0,2
Desgarro I/II	Frecuencia	432	177	19	589	2
	%	38,7	15,9	1,7	52,8	0,2
Desgarro III/IV	Frecuencia	5	0	0	5	0
	%	0,4	0	0	0,4	0

El inicio de parto estimulado o inducido es uno de los factores menos estudiados. A pesar de ello, la bibliografía consultada coincide en señalar una relación entre el parto inducido y la realización de episiotomía^{14,19}, como en el presente caso. En el periodo de estudio, el 24% de los partos se iniciaron en forma de inducción, superior al 19,4% de media en España en 2012 y del 10% de inducciones recomendado²⁹.

Por último, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la realización de episiotomía y la posición de parto, variable estudiada solo en un 20% de la muestra, y el parto en posición de litotomía es el que condiciona la realización de mayor número de episiotomías, como sucede en otros casos^{14,15,19,30}. Se ha llegado incluso a relacionar la posición de litotomía con la aparición de desgarros de grado III y IV. En el presente estudio no hubo ningún caso de episiotomía ni desgarro de grado III o IV cuando se usaron posiciones alternativas. Entre ellas, la bibliografía hace referencia específicamente a la posición lateral como la mejor para reducir el trauma perineal, evitar la realización de una episiotomía y conseguir un periné íntegro^{14,20,30,31}, incluso en el caso de las primíparas¹⁴. Sin embargo, diversas revisiones sistemáticas coinciden en que la evidencia actual no es concluyente al respecto y animan a las mujeres a parir en la posición que prefieran^{32,33}.

En cuanto a los factores que no se han podido relacionar con la realización de episiotomías, destacan el peso del RN, el profesional que atiende el parto y la edad materna. Este último es un aspecto controvertido, ya que la bibliografía muestra tanto la existencia de relación entre ambos factores^{16,18} como lo contrario^{15,23,24,34}, aunque esto último es lo más habitual, como en el presente estudio.

La variable respectiva a los diferentes profesionales que atendieron el parto no obtuvo significación estadística, al igual que en el estudio realizado por Hernández-Pérez et al.²⁴. En la investigación realizada por Robinson et al.²³ tampoco se encontró ninguna relación con la categoría del profesional que atiende el parto. Sin embargo, este último estudio sí observa una clara relación entre episiotomía y el/la profesional concreto que atiende el parto, aspecto que no se ha analizado en el presente estudio y constituye una limitación del mismo. Por el contrario, en el estudio realizado por Meyvis et al.³⁰ en partos eutócicos se encuentra una relación entre la categoría profesional y la realización de episiotomías (las matronas realizaron un 2% de episiotomías, frente al 30% realizado por los ginecólogos). En ese mismo estudio, además, se concluye que la probabilidad de conseguir un periné íntegro aumenta cuando el parto es asistido por una matrona.

Finalmente, el peso del RN tampoco se relaciona con la realización de episiotomías en multitud de trabajos^{15,16,30,35,36}, cuyos resultados coinciden con el nuestro, si bien es un factor que condiciona la realización de episiotomía en otros estudios^{18,23}, llegando incluso a ser el factor principal²⁴. Otras investigaciones hallan también una relación entre el peso fetal y los desgarros de grado III y IV^{15,27,37-39}. En el presente trabajo todos los desgarros de grado III y IV se produjeron en RN con un peso <4.500 g (el mayor de todos ellos fue de 3.700 g), lo que no coincide con los resultados de dichos estudios.

Por último, la elevada tasa de episiotomías que se registra en diferentes estudios puede deberse, entre otros factores, a la posible falta de actualización de algunos profesionales con determinadas resistencias a aplicar cambios⁹. Es posible encontrar un retraso entre la difusión de la evidencia y el cambio en la práctica clínica. Pasar de una política de episiotomía sistemática a otra restrictiva requiere que los profesionales venzan sus temores y se impliquen en aplicar cuidados eficaces, además de un aprendizaje y una mayor confianza en el propio cuerpo de las mujeres^{2,36}. La bibliografía revela que las actitudes y las prácticas de los profesionales sanitarios han empezado a cambiar para reflejar las recomendaciones basadas en la evidencia¹³. Como perspectiva de futuro se contempla aumentar tanto la seguridad como el bienestar materno durante el parto, favorecer posiciones alternativas durante el expulsivo y establecer un documento de consenso en nuestro paritorio sobre las indicaciones de la episiotomía. Se debe seguir trabajando para disminuir el número de partos inducidos y respetar los tiempos del expulsivo en caso de analgesia epidural, junto con la generalización del uso de la *walking-epidural* (que aumenta la movilidad durante el expulsivo y permite el uso de posiciones alternativas durante el parto), elemento recientemente introducido en nuestro paritorio. La reducción de la tasa de episiotomías no sólo disminuye el trauma perineal y optimiza la recuperación posparto, sino que además aumenta la satisfacción tanto de la mujer como de la matrona por la estrecha colaboración que precisa la consecución de un periné íntegro.

El estudio realizado presenta limitaciones y fortalezas. Entre las primeras, podríamos citar no haber estudiado las posibles diferencias en cuanto a la realización de episiotomías entre cada una de las matronas que componen la plantilla del paritorio, así como no haber tenido en cuenta los factores que aparecen en otras investigaciones (edad gestacional, patología materna, protección perineal, pH al nacimiento o test de Apgar). Además, se considera una limitación la falta de registro de la posi-

ción del parto en la hoja informatizada de fin de parto en algunos casos. Respecto a las fortalezas, la principal de ellas es haber recibido una formación previa sobre los posibles desgarros para poder clasificarlos de forma correcta, aspecto que supone una limitación en otros estudios^{16,24}.

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha reducido considerablemente la tasa de episiotomías en el HULR gracias al esfuerzo de las profesionales (principalmente matronas), ya que en la actualidad se realizan sólo en un 17% de los partos eutócicos. En este momento, el esfuerzo se dirige a conocer los factores que influyen en dicha tasa de episiotomías, y se ha encontrado una relación estadísticamente significativa en el caso de la primiparidad, el uso de analgesia epidural, la inducción del parto y la posición de litotomía. Por el contrario, no se ha observado relación estadísticamente significativa entre la realización de una episiotomía y el peso del RN, la edad materna o la categoría profesional de la persona que asiste el parto.

Tomar conciencia de los factores que influyen en la realización de una episiotomía en un parto eutócico nos ayudará a centrar nuestros esfuerzos en aquellos factores que podamos modificar, para continuar disminuyendo la tasa de episiotomías. Entre ellos se incluyen el inicio espontáneo del parto siempre que sea posible, el uso de posiciones alternativas a la de litotomía y el respeto de los tiempos de expulsivo en caso de administrar analgesia epidural. Además, nos deberemos centrar en otros factores no estudiados hasta ahora, como la protección perineal, para lograr el máximo confort de la parturienta y el mayor número posible de perinés íntegros, sin menoscabo de la seguridad que se debe ofrecer tanto a la madre como al feto durante la atención en el expulsivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Schoon PG. Episiotomy: yea or nay. *Obstet Gynecol Surv.* 2001; 56: 667-9.
- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1): CD000081.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
- Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005; 32(3): 219-23.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS, 1996.
- American College of Nurse-Midwives [internet]. Midwife. 2004. Unnecessary episiotomies: the nurse-midwifery solution [consultado el 27 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.midwife.org/prof/display.cfm?id=87>
- National Institute for Health and Clinical Excellence [internet]. Londres: NICE, 2014. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline [CG190] [consultado el 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [internet]. Madrid: SEGO, 2008. Recomendaciones sobre la asistencia al parto [consultado el 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
- Montenegro MS, Blanco MI, Pereiro MA, Barro E, Rico B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Matronas Prof.* 2005; 6(1): 30-2.
- Vidal-Bermejo M. Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital «Ciudad de Coria» entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. *Matronas Prof.* 2009; 10(1): 5-9.
- Euro-Peristat [internet]. European Perinatal Health Report 2010. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 [consultado el 10 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
- Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Abarca-Cañada E. Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia). *Matronas Hoy.* 2016; 4(1): 11-6.
- Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200(5): 573.
- Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery.* 2010; 26(3): 348-56.
- Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez JC, Ortiz-Albarín MD, Jiménez I, Aguilera MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(3): 101-8.
- Rodríguez-Martínez F, Juliá-Gisbert A, Celda-Moret M, Muñoz-Izquierdo A, Martínez-Molina A. Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el Consorcio Hospital General de Valencia (año 2013). *Matronas Hoy.* 2015; 3(1): 15-21.
- Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, Van Diem MT, Klomp T, Lagro-Janssen AL, et al. The use of episiotomy in a low-risk population in the Netherlands: a secondary analysis. *Birth.* 2013; 40(4): 247-55.
- Wu LC, Malhotra R, Allen JC Jr, Lie D, Tan TC, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288(6): 1.249-56.
- Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer de Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24: e2793.
- Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth.* 2005; 32(3): 164-9.
- Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 287(2): 201-4.
- Manzanares S, Cobo D, Moreno-Martínez MD, Sánchez-Gila M, Pineda A. Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth.* 2013; 40(4): 307-11.
- Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(2): 214-8.
- Hernández-Pérez J, Azón-López E, Mir-Ramos E, Peinado-Berzosa R, Val-Lechuz B, Mérida-Donoso A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *Enferm Global.* 2014; 35: 398-411.
- Vale de Castro-Monteiro M, Pereira GM, Aguiar RA, Azevedo RL, Correia-Junior MD, Reis ZS. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(1): 61-7.
- Carroll TG, Engelken M, Mosier MC, Nazir N. Epidural analgesia and severe perineal laceration in a community-based obstetric practice. *J Am Board Fam Pract.* 2003; 16(1): 1-6.

27. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth*. 2015; 28(1): 16-20.
28. Loewenberg-Weisband Y, Grisaru-Granovsky S, Ioscovich A, Samueloff A, Calderon-Margalit R. Epidural analgesia and severe perineal tears: a literature review and large cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014; 27(18): 1.864-9.
29. Informe del estado de situación de la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
30. Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*. 2012; 39(2): 115-20.
31. Da Silva F, De Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012; 21(15-16): 2.209-18.
32. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (5): CD002006.
33. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; (2): CD008070.
34. 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*. 2013; 14(2): 52-9.
35. Carvalho CC, Souza AS, Moraes-Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(3): 333-9.
36. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol*. 2004; 47(9): 414-22.
37. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 286(6): 1.369-73.
38. Twidale E, Cornell K, Litzow N, Hotchin A. Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013; 53(1): 17-20.
39. Shmueli A, Gabbay-Benziv R, Hirsch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy: risk factors and outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(3): 251-6.