REVISTA ECUATORIANA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD PÚBLICA

CÓDIGO ISSN 2588-0551

DOI: https://doi.org/10.31790/inspilip.v6i3.313

Artículo Original

Influencia de la política pública y la episiotomía selectiva en el parto normal en Ecuador

Influence of public policy and selective episiotomy in normal delivery in Ecuador

Acceso abierto

Citación

Rosero M, Durán C, Salazar F. Influencia de la política pública y la episiotomía selectiva en el parto normal en Ecuador. **INSPILIP. 2022; 6 (3).**

Revista científica INSPILIP. Volumen 6, número 3; año 2022, septiembre-diciembre.

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado las autorizaciones de la institución donde se realizó el estudio, permiso para utilizar los datos, consentimientos informados y en caso de tratarse de estudio observacionales y ensayos clínicos, autorización de un CEISH, ARCSA, Medio Ambiente, entre otros, de acuerdo a la categoría. Además, la licencia para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el manuscrito. Por ello INSPILIP no se responsabiliza por cualquier afectación a terceros, tampoco el INSPI como entidad editora, ni el Editor, la responsabilidad de la publicación es de absoluta responsabilidad de los autores.

Patricio Vega Luzuriaga
EDITOR EN JEFE

Mercy Rosero [a] , mdrosero@uce.edu.ec
Carmen Durán [a] , caduran@uce.edu.ec
Fernando Salazar [a] , fmsalazar@uce.edu.ec

a. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, Ecuador.

Correspondencia: Mercy Rosero **Email:** mdrosero@uce.edu.ec

Identificación de responsabilidad y contribución de los autores: Contribución a la idea original (MR, CD), parte metodológica (Fernando Salazar), redacción del borrador (MR, CD, FS) y redacción del artículo (MR, FS).

Fecha de Ingreso: 02/04/2022. **Fecha de Aprobación:** 11/08/2022. **Fecha de Publicación:** 05/09/2022.

Resumen

Introducción: La episiotomía se consideró un procedimiento obstétrico aplicado de manera rutinaria para facilitar el período expulsivo. En la actualidad, varios estudios, normativas y protocolos indican que su uso debe restringirse y se cuestionan sus beneficios. Objetivo: Conocer la influencia de las normativas emitidas sobre el uso selectivo de la episiotomía en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública al comparar el año 2007 con el 2017.Métodos: Se efectuó un estudio epidemiológico analítico de fuente secundaria (historias clínicas de parto normal) y de fuente primaria (encuestas a profesionales). Se realizó en las unidades de salud del MSP-EC: Centro de Salud Centro Histórico, Hospital Enrique Garcés, y Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, centros de atención médica en los que se revisó el formulario 0.51 de las historias clínicas y se registró un instrumento prediseñado para el estudio. Con la información compilada se organizó la base de datos para establecer diferencias significativas, se utilizó la prueba de Chi cuadrado entre los datos afirmativos de acción de episiotomía en los dos años comparados. Resultados: La aplicación de la episiotomía presentó un cambio notable al comparar el año 2007 con un 29,2 % y 8,7 % en el 2017. Cabe destacar, que las mujeres primíparas fueron el grupo al que se realizó el mayor número de episiotomías. Conclusión: El aspecto que más influyó en la reducción del número de episiotomías fue la capacitación impartida a los profesionales graduados después de 2008, incluida en la normativa del MSP-EC para la aplicación selectiva de la episiotomía.

Palabras clave: Episiotomía. Parto Normal. Parto Obstétrico. Política Pública.

Abstract

Introduction: Episiotomy was considered an obstetric procedure applied routinely to facilitate the expulsive period. Currently, several studies, regulations and protocols indicate that its use should be restricted and its benefits are questioned. Objective: To know the influence of the regulations issued on the selective use of episiotomy in the establishments of the Ministry of Public Health when comparing the year 2007 with 2017. Methods: An analytic epidemiological study of secondary source (medical records of normal delivery) and primary source (surveys to professionals) was carried out. It was carried out in the health units of the MSP-EC: Historic Center Health Center, Enrique Garcés Hospital, and Isidro Ayora Gineco-Obstetric Hospital, medical care centers in which the 0.51 form of the medical records was reviewed and a report was recorded. instrument predesigned for the study. With the compiled information, the database was organized to establish significant differences, the Chi square test was used between the affirmative data of episiotomy action in the two years compared. Results: The application of episiotomy presented a notable change when comparing the year 2007 with 29.2% and 8.7% in 2017. It should be noted that primiparous women were the group in which the highest number of episiotomies was performed. Conclusion: The aspect that most influenced the reduction in the number of episiotomies was the training given to professionals graduated after 2008, included in the MSP-EC regulations for the selective application of episiotomy.

Keywords: Episiotomy. Natural Childbirth. Delivery, Obstetric. Public Policy.

Introducción

La episiotomía como procedimiento obstétrico inició en el siglo XVIII y desde 1920 hasta hoy se utiliza como procedimiento de rutina, su objetivo es ampliar el anillo vulvar y tejido perineal para "facilitar" y "acortar" el período expulsivo, para de esta manera prevenir desgarros perineales, prolapsos genitales, morbimortalidad perinatal y facilitar la sutura [1, 2, 3 ,4].

La aplicación de la episiotomía varía en los diferentes países, en Suecia la práctica de la episiotomía se lleva a cabo en un 10 % de los partos, mientras que en Argentina y Taiwán este porcentaje alcanza casi el 100 % de los partos [5], en Estados Unidos las cifras varían del 2,5 % al 34 % [6]. La OMS recomienda que el uso de la episiotomía no debe superar el 10 % [2]. Se necesitan protocolos y programas educativos uniformes para guiar la práctica de la episiotomía [7].

Desde la década de los 80 se realizan estudios que evidencian que "la episiotomía de rutina es un procedimiento infundado y que, por tanto, debe evitarse" [8], actualmente se recomienda el uso restringido de la episiotomía, relacionado con un menor trauma perineal y de sutura [9]. Incluso se evidencian propuestas para cambiar su aplicación selectiva a un protocolo sin episiotomía [5].

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP-ECU) es la instancia encargada de las normativas del quehacer de los profesionales de la salud. Hasta el año 2007 se encontraban vigentes las 'Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva' de 1999, las que indicaban la aplicación de la episiotomía "siempre en primíparas, secundíparas o casos especiales para evitar desgarros perineales" [10] ; es decir, se recomendaba la aplicación rutinaria.

A partir del año 2008 y hasta el momento, los protocolos mundiales y nacionales recomiendan aplicar episiotomía selectiva y dejar de lado la aplicación rutinaria [2-11-12], en los partos que se realizan en todos los establecimientos de salud, con la finalidad de obtener una disminución de la utilización de este procedimiento. En ninguna normativa se describen las indicaciones para realizar la episiotomía selectiva, queda entonces bajo la responsabilidad del profesional de la salud que atiende el parto.

En Nicaragua, Perú, Colombia, las 'Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo', señalan que "no se debe aplicar episiotomía de rutina" [13,14,15] , lo que coincide con lo que propone el MSP de nuestro país.

En Ecuador, las normativas de aplicación selectiva de la episiotomía "son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, junto con el fortalecimiento de la vigilancia y control de su

cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud" [11].

Se observan de forma clara dos factores importantes para el cambio de la episiotomía rutinaria a selectiva. El primero es la política pública, las normativas de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud públicos. El segundo factor es el seguimiento mediante estándares de atención del parto, conformación de equipos de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad [16].

Con este objetivo, cada establecimiento de salud efectuó procesos informativos y capacitación para los profesionales que atienden partos, y las universidades realizaron cambios en el diseño curricular de las carreras de salud respecto a la atención del parto [17].

La aplicación de la episiotomía, en algunas investigaciones, se relaciona con el parto prematuro, la presentación pelviana, macrosomía fetal, parto estacionado, la sospecha de pérdida de bienestar fetal, distocia de hombros, posiciones occípito posteriores persistentes, y longitud perineal marcadamente corta [9,2,18].

El objetivo de la presente investigación fue conocer la influencia de las normativas emitidas sobre el uso selectivo de la episiotomía en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública al comparar el año 2007 con el 2017.

Métodos

Se efectuó un diseño epidemiológico analítico transversal de fuente primaria (encuestas a profesionales) y de fuente secundaria (historias clínicas). Se diseñó una encuesta para establecer la capacitación del personal de salud antes de 2008 y posterior a este año, momento en el que se emite la política pública para la aplicación selectiva de la episiotomía.

Se trabajó con historias clínicas de mujeres con parto normal atendidas en las unidades del Centro de Salud Centro Histórico, Hospital Enrique Garcés y Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, se revisó el formulario 0.51 de las historias clínicas de los años 2007 y 2017.

Se compilaron los datos de las diferentes unidades y se organizó una base de datos en Excel del personal de salud y una base de datos de las historias clínicas. Se describieron las variables y se analizó en función de los objetivos, para establecer diferencias significativas de las variables categóricas, se utilizó la prueba de Chi cuadrado para establecer diferencias significativas entre los datos afirmativos de acción de episiotomía en los dos años comparados, en estricta aplicación de las normas de la prueba.

El estudio se efectuó previa autorización para el acceso a historias clínicas y aplicación de encuestas de las siguientes instituciones: Distrito 17D04 Punjgasí- Itchimbía, Hospital Enrique Garcés, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora y Centro de Salud Centro Histórico. Además, con el respectivo consentimiento informado firmado por el participante antes de realizar la encuesta y el cuestionario aprobado por el Subcomité de Investigación Ética de la Universidad Central del Ecuador.

Resultados

Se analizaron 41 encuestas aplicadas a médicos y obstetrices. Se trabajó con 1.008 historias clínicas de 2007 de mujeres que tuvieron parto vaginal sin complicaciones y con 1.112 de 2017. El 21 % de los profesionales de la salud graduados antes de 2008 y el 59% después de 2008 recibieron mayor capacitación sobre la aplicación selectiva de la episiotomía en el Ministerio de Salud Pública que aquellos que se graduaron antes de 2008.

Los profesionales de la salud graduados después de 2008 recibieron mayor capacitación sobre la aplicación selectiva de la episiotomía en la universidad que aquellos que se graduaron antes de 2008. El 17 % de los profesionales de la salud graduados antes de 2008 recibieron capacitación sobre aplicación selectiva de la episiotomía en la universidad.

El 68,3 % de los profesionales de la salud graduados después de 2008 recibieron capacitación sobre aplicación selectiva de la episiotomía en la universidad. Al relacionar la aplicación de la episiotomía con la paridad, se encontró que se realizaron más episiotomías en primíparas en el año 2007 y en el año 2017 (Tabla 1).

Tabla 1. Paridad y multiparidad en la aplicación de episiotomía

Paridad	2007		2017	
	Episiotomía		Episiotomía	
	SÍ	NO	SÍ	NO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1	37 (3,7)*	243 (24,1)	72 (6,5)*	654 (3,7)*
2	13 (1,3)*	211 (20,9)	19 (1,7)*	252 (3,7)*
3	2 (0,2)*	141 (14)	6 (0,5)*	104 (3,7)*
+3	0 (0)*	119 (11,8)	0 (0)*	5 (3,7)*
Total	52 (5,2)*	956 (94,8)	97 (8,7)*	1.015 (3,7)*

(*) X^2: 0.114 p<0.05

En cuanto a la aplicación de episiotomías de acuerdo a la edad gestacional, se observó que en embarazos a término fueron realizadas una mayor cantidad de episiotomías en comparación con embarazos postérmino (Tabla 2).

Tabla 2. Edad gestacional y aplicación de episiotomía

Parto	2007		2017	
	Episiotomía		Episiotomía	
	SÍ	NO	SÍ	NO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Término.	288 (41,3)	473 (46,9)	91 (8,2)	948 (85,3)
Postérmino.	2 (0,28)	107 (10,6)	0 (0,00)	7 (0,63)
Pretérmino.	4 (0,57)	134 (13,3)	5 (0,44)	61 (5,48)
Total	294 (29,2)	714 (70,8)	96 (8,6)	1.016 (91,4)

Se analizó también la conducción del trabajo de parto y se determinó una relación significativa entre las pacientes que recibieron la conducción y la aplicación de episiotomías (Tabla 3).

Tabla 3. Conducción y aplicación de episiotomía

2007		**2017**	
Episiotomía		Episiotomía	
SÍ	NO	SÍ	NO
N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
12 (1,2)*	289 (28,7)	27 (2,4)*	73 (6,6)
54 (5,3)*	653 (64,8)	243 (22)*	769 (69)
66 (6,5)	942 (93,5)	270 (24,4)	842 (75,6)
(*) X^2 : 0,34 p< 0,05			

En relación con el peso de los recién nacidos, se observó en aquellos partos en los que los recién nacidos tuvieron un peso entre 2.500 a 3.500 gramos, se aplicó con mayor frecuencia las episiotomías (Tabla 4).

Tabla 4. Peso del recién nacido y aplicación de episiotomía

Peso (g)	**2007**		**2017**	
	Episiotomía		Episiotomía	
	SÍ	NO	SÍ	NO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<2.500	13 (1,3)*	102 (3,45)	54 (4,9)	7 (0,63)
2.500-3.500	254 (25,2)*	402 (46,47)	79 (7,1)	849 (76,3)
3.504-3.984	27 (2,7)*	131 (7,62)	11 (1)	109 (9,8)
4.000	0 (0,0)	79 (0,14)	0 (0)	3 (0,3)
Total	294 (29,2)	714 (70,8)	144 (13)	968 (87)
(*) X^2 : 2.707	p<0.05			

En los recién nacidos de 33 a 35 cm de perímetro cefálico se aplicó en mayor porcentaje de episiotomías y en menor porcentaje en los de menos de 33 cm, sin diferencias significativas entre el 2007 y 2017 (Tabla 5).

Tabla 5. Perímetro cefálico y aplicación de episiotomía

Perímetro cefálico	2007		2017	
	Episiotomía		Episiotomía	
	SÍ	NO	SÍ	NO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<33 cm	33 (3,3)*	107 (16,8)	4 (0,4)*	96 (8,6)
33 a 35 cm	233 (23,1)*	392 (38,9)	74 (6,6)*	764 (68,7)
> 35 cm	28 (2,8)*	152 (15,1)	19 (1,7)*	155 (13,9)
Total	294 (29,2)	714 (70,8)	97 (8,7)	1.015 (91,3)
(*) X^2: 0,796	p<0.05			

Se observó en los recién nacidos de 46 a 52 cm de talla un mayor porcentaje de aplicación de episiotomía y una baja sensible y significativa en la aplicación de episiotomía al comparar el año 2007 y con el 2017 (Tabla 6).

Tabla 6. Talla del recién nacido y aplicación de episiotomía

Talla RN	2007		2017	
	Episiotomía		Episiotomía	
	SÍ	NO	SÍ	NO
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
< 46 cm	22 (2,2)*	46 (6,61)	8 (0,7)	112 (10,1)
46 a 52 cm	272 (27)*	350 (50,35)	89 (8)	896 (80,6)
> 52 cm	0 (0)	5 (0,71)	0 (0,0)	7 (0,6)
Total	294 (29,2)	714 (70,8)	97 (8,7)	1.015 (91,3)
(*) X^2: 0.0062	p<0.05			

En términos generales, se determina que el porcentaje de episiotomías aplicadas fue del 29,2 % en el 2007, y del 8,7 % en el 2017

Discusión

La publicación en el año 2008, de la política pública, normativas, guías de práctica clínica, que recomiendan la aplicación de la episiotomía selectiva, cumplimiento de estándares en la atención de parto y evaluación continua de la calidad, propicia que los establecimientos de salud públicos realicen procesos de capacitación y las universidades introduzcan cambios en la educación de los profesionales de salud. Esto determina que los profesionales reciban mayor capacitación y educación después del año 2008, en el Ministerio de Salud 59 %, y en la universidad 68,3 %. Probablemente, esto favorece la disminución del uso de la episiotomía al comparar el porcentaje de episiotomías realizadas el año 2007 con un 29,2 % y el 2017 con 8,7 % en las unidades investigadas.

Resultados parecidos se obtuvieron en la investigación 'Reducción de la tasa de episiotomías: impacto del efecto Hawthormme', realizada por Zhang Kahty, en el Texas Children's Hospital de Houston, ya que se determinó que la educación a los profesionales de la salud logra disminuir la tasa de episiotomías, pero con el efecto Hawthorne, que es la retroalimentación y seguimiento individualizado, se reportó como resultado una reducción mayor (6 al 4,9 %) y el cumplimiento de la tasa objetivo [19].

Respecto a la capacitación y educación que favorece la reducción de los porcentajes de aplicación de la episiotomía en nuestro estudio, compartimos otra investigación que apoya esta evidencia, 'Impacto de la instrucción animada en tabletas y capacitación práctica en la aplicación de soporte perineal bimanual en las tasas de episiotomía: un estudio de intervención', realizada en Palestina por Kaled Mikki Zimmo, publicada en el año 2019, igual que en nuestro trabajo remarca la importancia de la capacitación del personal de salud en la disminución de las tasas de episiotomía; afirma que a más de realizar capacitación por videoanimación, instrucciones animadas en las tabletas, se realiza capacitación práctica de protección bimanual del periné. Lo que determinó una reducción de las tasas de episiotomía del 80 % al 39,1 % [20].

En el presente estudio, al relacionar la aplicación de la episiotomía con la paridad, se revela que es más frecuente en primíparas tanto en el año 2007 como en el año 2017, este resultado coincide con otros estudios, como la investigación 'Factores de riesgo de la episiotomía durante el parto vaginal: un estudio de cohorte retrospectivo en el oeste de China', realizada por Mengqin Zhang en el 2018, en el que se cita como primer factor "significativamente asociado con la episiotomía a la primiparidad" [21].

Asimismo, otra investigación que coincide es: 'Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización', llevada a cabo por Andrés Martín Mellizo-Gaviria en Colombia el año 2016, la que señala como "único factor asociado a la necesidad de realizar episiotomía a la nuliparidad" [22].

Se considera importante también recalcar que no se evidencian consensos para señalar los factores con los que se relaciona la aplicación de la episiotomía, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), citado por MM Amorim en la investigación 'Episiotomía selectiva vs. implementación de un protocolo de no episiotomía: un ensayo clínico aleatorizado', realizada en el 2017; indica que "según la evidencia existente, no se evidencia una situación específica en la que la episiotomía se considere esencial, y la decisión de realizar una episiotomía debe basarse en consideraciones clínicas" [5].

La investigación realizada por Kassahun Fikadu en 2020 'Magnitud de la episiotomía y factores asociados entre las madres que dan a luz en el Hospital General Arba Minch', sur de Etiopía, concluyó que las indicaciones más frecuentes de episiotomía se relacionaron con: "El estado ocupacional, el estado civil, el nivel educativo, la paridad, el peso al nacer y el IMC" [23].

Guillermo Carroli en el 2008 realizó un metaanálisis del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (marzo de 2008), respecto a las indicaciones de la episiotomía: "Se plantean algunas situaciones, como parto prematuro, parto de nalgas, macrosomía, distocia de hombros, partos instrumentales (fórceps o extracción con ventosa), frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora y perineo rígido o amenaza de ruptura perineal grave" [24].

En la presente investigación la aplicación de la episiotomía resultó más frecuente en primíparas, embarazos a término, sin conducción, en recién nacidos con un peso entre 2.500 a 3.500 g, con una talla entre 46 a 52 cm, resultados que coinciden parcialmente con otras investigaciones como: 'Episiotomía selectiva: indicaciones, técnica y asociación con laceraciones perineales graves', elaborada por Mario Días en el 2016, en Brasil, que "realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed, utilizando los términos episiotomía o laceraciones perineales y el filtro ensayo clínico" y encuentra que "las indicaciones más citadas" para realizar episiotomía "fueron primiparidad, peso fetal superior a 4 kg, segunda etapa prolongada, parto operatorio y distocia de hombros" [25].

En la investigación 'Factores de riesgo de episiotomía y desgarro perineal en un grupo de 4493 mujeres', realizada por Grażyna Gebuza en 2016, "el riesgo de episiotomía se relacionó con: peso al nacer superior a 3500 gramos, parto instrumental mediante fórceps o ventosa" [26].

En la investigación realizada en por Kaled Zimmo en 2018 'Práctica de la episiotomía en seis hospitales palestinos: un estudio de cohorte basado en la población entre partos vaginales únicos', afirma que las indicaciones más comunes para la episiotomía fueron 'primiparidad' en el grupo de primer parto vaginal (69,9 %) y 'protección del perineo' en el grupo de parto (59,5 %). Las indicaciones menos comunes fueron segunda etapa prolongada (1,5 %) y sufrimiento fetal (6,9 %) [27].

En esta investigación, en el año 2007, en todos los establecimientos estudiados se aplica la episiotomía en un 29,2 % y en el año 2017 se aplica en un 8,7 %, se evidencia una disminución de 20 puntos porcentuales; este cambio se explica porque en el año 2007 no existían las normativas sobre la aplicación selectiva de la episiotomía y diez años después encontramos una sensible disminución que fue posible por la capacitación y seguimiento en los establecimientos del Ministerio de Salud y por los cambios en la formación de los nuevos profesionales.

El proceso educativo como gestor de cambios en la aplicación de destrezas se apoya en la investigación 'Prácticas de episiotomía en Francia: epidemiología y factores de riesgo en los partos vaginales no quirúrgicos', realizada por Clesse Christophe, en el 2020, cuyo objetivo fue describir la tasa de episiotomía en entre el 2013 y 2017 y los factores asociados con su uso en partos vaginales no quirúrgicos, "las tasas de episiotomía francesa cayeron del 21,6 al 14,3 % para todos los partos vaginales", "la disminución de episiotomías que probablemente esté relacionada con mejores estrategias de atención que se han transmitido por equipos hospitalarios y redes perinatales" [28], de la misma manera se destaca en la investigación 'Práctica de episiotomía en el Medio Oriente: una experiencia en un centro de atención terciaria de enseñanza libanés', realizada en el Líbano por Rima Kadoura en el año 2019, en la que se concluye que "la concienciación entre los proveedores pareció desempeñar un papel importante en la reducción de esta tasa de episiotomías" [29].

Conclusión

La publicación de normativas, la capacitación de los profesionales de salud y la reorientación de la educación de los profesionales de la salud contribuyeron a la disminución de la aplicación de la episiotomía. La primiparidad representa un factor predisponente a la utilización de este procedimiento.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de interés por parte de los autores.

Contribución de los autores

Las distintas fases de la investigación fueron realizadas por todos los autores, que contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor por correspondencia representa al colectivo de autores.

Revisión por pares

El manuscrito fue revisado por pares ciegos y fue aprobado oportunamente por el Equipo Editorial de la revista INSPILIP.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos se sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición a autor correspondiente.

Financiamiento

La investigación fue realizada con apoyo financiero de los Proyectos Semilla de la Universidad Central del Ecuador.

Agradecimiento

Los autores agradecen a la Coordinación del Área de Ciencias de la Vida y Salud de la Comisión de Investigación Formativa de la Dirección de Investigación de la Universidad Central del Ecuador.

Referencias bibliográficas

1. Ballesteros C , Carrillo C, Meseguer M, Canteras M, Martínez ME. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Revista Española de Salud Pública. 2020 vol.93 Epub 07-Sep-2020 7; vol.93.

2. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Primera edición ed. Washington, D.C: Publicaciones generales https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552; 2019.

3. Eftekhari Y, Rad M, Torkmannejad S. The midwife's labor and birth handbook. J Educ Promoción Salud. 2019 Jun 27; 8(121).

4. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche M. Episiotomía y su relación con diversas variables clínicas que influyen en su realización. Rev Lat Am Enfermagem. 2016 May; 24: e2793.

5. Amorim M, Coutinho I, Melo I, Katz L. salud reproductiva. 2017 abril 14; 14 (1): 55.

6. Goueslard K, Goueslard K, Cottenet J, Roussot A , Clesse C, SAGO. ¿Cómo cambiaron las tasas de episiotomía de 2007 a 2014? Estudio de base poblacional en Francia. BMC Embarazo Parto. 2018 junio 4; 18(208).

7. Sagi-Dain L, SAGI. Indicaciones para la realización de una episiotomía: estudio transversal y revisión de la literatura. J Obstet Gynaecol. 2016 Oct 14; 36(3):361-5.

8. Zaami S, Stark M, Beck R, Malvasi A, Marinelli E. ¿La episiotomía siempre equivale a violencia en obstetricia? Episiotomía de rutina y selectiva en la práctica obstétrica y cuestiones legales. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019 marzo 23; (5):1847-1854.

9. Garcia-Cerde R, Torres-Pereda P, Olvera-García M. Percepciones de los trabajadores de la salud sobre la episiotomía en la era del cuidado materno respetuoso: un estudio cualitativo de un programa de formación obstétrica en México. BMC Embarazo Parto. 2021 Aug 12; 21: 549.

10. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva Quito: Ministerio de Salud Pública; 1999.

11. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado Quito: Ministerio de Salud; 2008.

12. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato. Guía de práctica clínica. 1st ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP; 2015.

13. Ministerio de Salud Nicaragua. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, Managua: Ministerio de Salud de Nicaragua; 2008.

14. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinenecia intercultural Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2016.

15. Ministerio de Salud Colombia. Norma técnica para la atención del parto: Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención; 2008.

16. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Manual de Estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno - neonatal Quito: Ministerio de Salud del Ecuador; 2008.

17. Consejo de Educación Superior. Reglamento de presentación y aprobación de carreras y programas de Educación Superior. Consejo de Educación Superior ed. Quito: Consejo de Educación Superior; 2018.

18. Cunningham FG. Williams Obstetricia. Vigesimoquinta edición ed. Serrano H, editor. México: Mc Graw Hill Education; 2019.

19. Zhang K, Eppes C, Denning G, Kelly F, Dildy GA. Reducing the episiotomy rate - impact of the Hawthorne effect. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2015 Jun.

20. Zimmo K, Laine K, Fosse E, Zimmo M, Ali-Masri H. Impacto de la instrucción animada en tabletas y capacitación práctica en la aplicación de soporte perineal bimanual en las tasas de episiotomía: un estudio de intervención. Int Urogynecol J. 2019 Aug 30; 1343–1350.

21. Zhang M, Wang M, Zhao X, Ren J, Xiang J, Luo B Y. Factores de riesgo de la episiotomía durante el parto vaginal: un estudio de cohorte retrospectivo en el oeste de China. Med basado en J Evid. 2018 Nov.

22. Mellizo-Gaviria M, López-Veloza M, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez A, Gil-Walteros C. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2018 abril; 69(2).

23. Fikadu K, Boti N, Tadesse B, Mesele D, Aschenaki E. Magnitud de la episiotomía y factores asociados entre las madres que dan a luz en el Hospital General Arba Minch, en el sur de Etiopía: estudio transversal basado en la observación. Embarazo J. 2020 Sep 1.

24. Carroli G , Mignini L. Episiotomía para parto vaginal. Europa PMC Autor Manuscritos. 2009 Jan 21.

25. Corrêa J, Passini R. Episiotomía selectiva: indicaciones, técnica y asociación con laceraciones perineales severas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016 junio; 38(6):301-7.

26. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E. Episiotomía y factores de riesgo de desgarro perineal en un grupo de 4493 mujeres. Cuidado de la Salud Mujeres Int. 2018 junio.

27. Zimmo K, Laine K, Fosse E, Zimmo M, Ali-Masri H. Práctica de episiotomía en seis hospitales palestinos: un estudio de cohorte basado en la población entre partos vaginales únicos. BMJ Abierto. 2018 Jul 16; 8(7): e021629.

28. Clesse C, Cottenet J, Lighezzolo-Alnot J, Goueslar K. Prácticas de episiotomía en Francia: epidemiología y factores de riesgo en los partos vaginales no quirúrgicos. Reportes científicos. 2020 noviembre 19; 10, Article(20208.)

29. Kaddoura R, DeJong J, Zurayk H, Kabakian T, Abbyad C. Práctica de episiotomía en el Medio Oriente: una experiencia en un centro de atención terciaria de enseñanza libanés. Mujer Nacimiento. 2018 Jul; 32(2):e223-e228.