

Rev. Latino-Am. Enfermagem  
2016;24:e2793  
DOI: 10.1590/1518-8345.0334.2686  
[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)



Artículo Original

## La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización

Carmen Ballesteros-Meseguer<sup>1</sup>  
César Carrillo-García<sup>2</sup>  
Mariano Meseguer-de-Pedro<sup>3</sup>  
Manuel Canteras-Jordana<sup>4</sup>  
M<sup>a</sup> Emilia Martínez-Roche<sup>5</sup>

**Objetivo:** conocer la tasa de episiotomía y su relación con distintas variables clínicas. **Método:** estudio descriptivo, transversal y analítico, de 12.093 partos en un hospital de tercer nivel. Las variables fueron: paridad, edad gestacional, inicio del parto, uso de analgesia epidural, uso de oxitocina, posición durante la expulsión fetal, peso del recién nacido y finalización del parto. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 19.0. **Resultados:** el porcentaje global de episiotomías fue de 50%. Las variables clínicas que presentaron una asociación significativa fueron: primiparidad (RR=2,98), edad gestacional > 41 semanas (RR=1,2), inicio del parto estimulado o inducido (RR= 1,33), uso de analgesia epidural (RR=1,95), uso de oxitocina (RR=1,58), posición de litotomía durante la expulsión fetal (RR=6,4) e instrumentación (RR=1,84). Por otra parte, la edad materna fue  $\geq 35$  años (RR=0,85) y el peso del recién nacido < 2500g. (RR=0,8), se asociaron con una menor incidencia de episiotomía. **Conclusiones:** la episiotomía estuvo condicionada por las intervenciones obstétricas que se realizaron durante el desarrollo del parto. Si deseamos reducir la tasa de episiotomía será necesario tener en cuenta los factores de riesgo para establecer políticas de reducción de este procedimiento.

**Descriptores:** Episiotomía; Parto Normal; Enfermería Obstétrica; Procedimientos Quirúrgicos Obstétricos; Trabajo de Parto.

<sup>1</sup> PhD, Profesor Asociado Clínico, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España. Matrona, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca del Servicio Murciano de Salud, Murcia, España.





<sup>2</sup> PhD, Profesor Asociado Académico, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España. Jefe de Sección, Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, Murcia, España.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Contratado Doctor, Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia, España.

<sup>4</sup> MD, PhD, Profesor Titular, Departamento de Bioestadística, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España. Jefa de Estudios de la Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Murcia, España.

### Cómo citar este artículo

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. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2793. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>.  
mes día año URL

## Introducción

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico para ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase de expulsión fetal en el parto<sup>(1)</sup>.

En España, según datos hasta 2005, existe una amplia variabilidad sobre el porcentaje de episiotomías, desde un 33% hasta un 73%, según Comunidades Autónomas<sup>(2)</sup>. En el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, la tasa se encuentra en torno al 50% del total de partos. Esta cifra se aleja de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que establece un máximo de un 15%<sup>(3)</sup>. Las causas de la variabilidad en las tasas de este procedimiento no fueron establecidas; por esta razón en el Ministerio de Sanidad se elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (2008), con el propósito, entre otros, de adecuar la asistencia al parto a una práctica basada en la evidencia científica. Varias revisiones sistemáticas concluyeron que el uso sistemático de este procedimiento no aportaba más beneficios que el uso restrictivo<sup>(4)</sup>.

Las variaciones en las tasas de este procedimiento podrían estar relacionadas con las variaciones en la práctica clínica frente a situaciones obstétricas frecuentes como pueden ser la episiotomía, la primiparidad, la instrumentación del parto y el uso de epidural<sup>(5-6)</sup>.

Sería de gran interés realizar el análisis de las variables obstétricas a partir de la base de datos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, lo que resultaría en una herramienta útil en la determinación de factores relacionados con la variabilidad.

El objetivo del presente estudio es conocer la tasa de la episiotomía y su relación con distintas variables clínicas.

## Método

Se planteó un estudio descriptivo, transversal y analítico con recolección de datos retrospectiva. La muestra inicial estuvo compuesta por 15.074 mujeres, cuyos registros clínicos de los partos ocurrieron entre el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2012, las que fueron atendidas en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, España. Los datos fueron recolectados de la base de datos clínicos del hospital (SELENE). Los criterios de inclusión comprendieron partos producidos en el ámbito hospitalario y que se hubiese recolectado los datos del estudio. Se excluyeron episodios incompletos, partos extrahospitalarios, cesáreas y datos erróneos durante el registro de los mismos. Finalmente, se analizaron 12.093 episodios de parto. El estudio fue revisado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital. Las variables obstétricas recolectadas de los datos clínicos se muestran en la Figura 1.

VARIABLES OBSTÉTRICAS	MODALIDADES
Tipo de episiotomía	Esta variable contiene tres modalidades: Sin episiotomía cuando no presenta la realización de este procedimiento, mediolateral y central, dependiendo del ángulo de corte elegido por el profesional que lo realiza.
Inicio del parto	Espontáneo, inducido y estimulado.
Tipo de parto	Se consideró parto vaginal diferenciando entre eutócico e instrumentado (cuando precisa la ayuda de tubo de vacío, fórceps o espátulas para la extracción fetal) y cesárea.
Uso de Oxitocina	Se consideró la administración de este fármaco durante el desarrollo del parto.
Tipo de analgesia	Los ítems valorados fueron: sin anestesia, local, epidural, raquídea y general.
Edad gestacional	Para un mejor tratamiento estadístico, se agrupó por semanas de gestación en: inmaduro (hasta la 24 sem.), prematuro (desde la 24+1 hasta la 36+6), a término (desde la 37 a la 41) y postérmino (>41 sem.).
Peso del Recién Nacido	Agrupados en: < 2500 gr., entre 2500-4000 gr y > 4000 gr.
Posición en el parto	Durante la etapa de expulsión fetal, se pueden adoptar las siguientes posturas: cuadrupedia, cuclillas, de pie, decúbito lateral, decúbito supino, litotomía y sentada.

Figura 1 - Variables obstétricas recolectadas de los datos clínicos para el estudio. Murcia, España, 2012-2013

Se efectuó la transformación y codificación de los datos mediante el programa estadístico SPSS 19.0 y el programa Excel. Se realizó un análisis descriptivo de las variables obstétricas (inicio del parto, episiotomía, finalización del parto, uso de oxitocina, posición en el parto, peso del recién nacido (RN), edad gestacional y tipo de analgesia), seguidamente se analizaron las asociaciones bivariadas entre la episiotomía y las variables clínicas anteriormente mencionadas, aplicando el test chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para estudiar la relación entre las variables cualitativas. En un tercer nivel, se

realizó el análisis trivariado de aquellas que resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) con las que pudieran constituir un factor de confusión, como son la primiparidad, el uso de epidural y el peso del recién nacido. Para corregir el efecto del tamaño muestral ( $n = 12.093$ ), se añadió la estimación del Tamaño del Efecto mediante la V de Cramer. También se realizó el cálculo del riesgo relativo (RR) para cada par de variables cualitativas como medida relativa del efecto, para determinar la magnitud o fuerza de la asociación entre las variables.

## Resultados

La tasa de episiotomías en el total de partos vaginales en el hospital de estudio durante el año 2011 fue de un 50,4% y de 49,4% en 2012. En partos eutócicos la tasa fue de 40,8% en 2011 y en el 36,5% en 2012. En los partos instrumentados superó el 90% en todas las modalidades (espátulas, ventosa y fórceps) (Tabla 1).

Tabla 1 - Descripción del total de partos atendidos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante los años 2011-12, y el porcentaje de episiotomías. Murcia, España, 2012-2013

Procedimientos	2011	2012
Partos totales (Vaginales + Cesáreas)	7.566	7.508
Partos vaginales (Eutócicos + Instrumentados)	6.075	6.018
Episiotomías en partos vaginales (%)	50,4	49,4
Partos eutócicos	4.649	4.531
Episiotomías en partos eutócicos (%)	40,8	36,5
Partos instrumentados	1.426	1.487
Episiotomías en partos instrumentados (%)	92,7	93

Durante la asistencia al parto, existen determinadas variables, que podrían influir en la necesidad de realizar una episiotomía. Las variables estudiadas fueron: la paridad, la edad gestacional, el inicio del parto (espontáneo, inducido o estimulado), el uso de analgesia epidural, el uso de oxitocina, la posición durante la etapa de expulsión fetal, el peso del recién nacido y la finalización del parto (eutócico o instrumentado).

Para el estudio de la *paridad de la mujer* se dividieron los datos, según este ítem, calculando las cifras de episiotomías en mujeres primíparas, que en 2011 fueron 2.450 (68,3%) y 2.388 (70,3%) en 2012; y entre las mujeres que presentaron uno o más partos anteriores (múltiparas), el número de episiotomías fue de 783 (27,1%) en 2011 y 653 (31%) en 2012. La tendencia en mujeres primíparas fue de realizar episiotomía y en mujeres múltiparas la de no realizarla (RR=2,98).

El análisis de la *edad gestacional* en relación al uso de la episiotomía, mostró una tendencia a realizar episiotomía en fetos posttérmino, mientras que en el resto la tendencia fue la de no realizarla. La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2=52,810$ ,  $p=0,0005$ ) pero con un bajo efecto en la relación ( $V=0,033$ ). El riesgo relativo de presentar una episiotomía en gestaciones posttérmino (>41 semanas) fue de 1,2 en relación a las gestaciones a término (37-41 semanas).

En el análisis del *inicio del parto* en relación a la episiotomía, se observó que en los 7.061 partos que se iniciaron de forma espontánea, al 45,5% se les realizó la episiotomía, frente al 61,5% de los 2.852

partos inducidos y al 59,2% de los 2.170 estimulados. Un análisis entre estos tres grupos reveló una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=270,911$ ,  $p>0,000$ ), aunque la prueba del tamaño del efecto V de Cramer, mostró que esta relación tiene un efecto bajo ( $V=0,140$ ). El riesgo relativo de episiotomía en los partos intervenidos (inducidos o estimulados) fue de 1,33 en relación a los partos espontáneos.

En relación *al tipo de analgesia*, los datos mostraron una tendencia a la episiotomía en aquellos partos con analgesia epidural frente a los que no utilizaron analgesia o la utilizaron de forma local (perineal). La prueba estadística utilizada resultó significativa ( $\chi^2=1150,339$ ;  $p<0,0005$ ), con un efecto medio entre ambas variables ( $V=0,307$ ). El cálculo del riesgo relativo de presentar episiotomía en mujeres que utilizan la analgesia epidural fue de 1,95.

El análisis de la *administración de oxitocina*, durante el parto, indicó una relación estadísticamente significativa en la realización de episiotomía en partos en los que se administró oxitocina ( $\chi^2=237,527$ ,  $p<0,0005$ ), aunque esta relación la podemos considerar como baja ( $V=0,138$ ). El riesgo relativo de presentar episiotomía cuando se administró oxitocina durante el parto fue de 1,58, frente a no usarla.

El *tipo de postura durante la etapa de expulsión fetal* en relación a la episiotomía mostró una tendencia a realizar episiotomía en posición de litotomía. En el resto de posiciones la tendencia fue de no realizarla. La prueba estadística utilizada resultó significativa ( $\chi^2=236,515$ ,  $p<0,0005$ ). El riesgo relativo de presentar episiotomía en la posición de litotomía fue de 6,4 respecto al resto de posiciones.

El *peso del recién nacido* en relación a la episiotomía mostró una tendencia a no realizar episiotomía en los recién nacidos de bajo peso <2.500, mientras que con un peso entre 2.500-4.000 gr. y >4.000gr., la tendencia fue de realizarla. La prueba estadística utilizada resultó significativa ( $\chi^2=84,157$ ,  $p<0,0005$ ) pero con un bajo efecto en la relación ( $V=0,024$ ). El riesgo relativo de presentar una episiotomía con fetos de <2.500 gr de peso fue de 0,8 respecto a un peso mayor.

El análisis estadístico de los datos relativos a *la instrumentación del parto* mostró una tendencia a utilizar la episiotomía en partos instrumentales (92,92%), mientras que en partos eutócicos, la tendencia fue de no utilizarla la episiotomía. En concreto, la prueba estadística utilizada fue estadísticamente significativa ( $\chi^2=2644,06$ ;  $p=0,0005$ ), y la relación entre las variables la podemos considerar media-alta ( $V=0,464$ ). El riesgo relativo de presentar una episiotomía en un parto instrumentado fue de 1,84 frente al parto eutócico.

Con la finalidad de eliminar los posibles sesgos de confusión, se procedió al análisis trivariado de la episiotomía con los factores que anteriormente resultaron estadísticamente significativos y con una prueba del tamaño del efecto media-alta (tipo de finalización del parto y uso de analgesia epidural), con aquellas variables que podrían constituir un factor de confusión, como son la primiparidad, el uso de epidural y el peso del recién nacido.

Así, el análisis de la *variable paridad con relación a la finalización del parto y al uso de episiotomía* mostró una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2=1043,44$ ;  $p<0,0005$ ) en primíparas y en múltiparas ( $\chi^2=665,06$ ;  $p<0,0005$ ); indicando una tendencia a realizar episiotomía mediolateral en partos instrumentados, con independencia de la paridad, y a no realizar episiotomía en partos eutócicos.

De igual forma, el análisis estadístico de la *variable tipo de finalización del parto en relación al uso de epidural y a la episiotomía* mostró una relación estadísticamente significativa; el tipo de finalización de parto en aquellas mujeres que no utilizan analgesia epidural, muestra una tendencia a no realizar episiotomía en partos eutócicos y a realizarla en los partos instrumentados. La prueba estadística utilizada resultó significativa ( $\chi^2=263,664$ ;  $p=0,000$ ) con un efecto medio en la relación ( $V=0,306$ ); y, de igual manera ocurrió entre aquellas mujeres que utilizaron la epidural. La prueba estadística utilizada resultó significativa ( $\chi^2=159,256$ ;  $p=0,000$ ) con un efecto medio en la relación ( $V=0,461$ ).

También, el análisis estadístico entre las variables *tipo de finalización del parto, peso del recién nacido y episiotomía*, resultó estadísticamente significativo para aquellos partos en los que se realizó la episiotomía ( $\chi^2=22,224$ ;  $p=0,000$ ) con un efecto bajo en la relación  $V=0,065$ ; observándose una tendencia a realizarla en partos eutócicos de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr. y en partos instrumentados de recién nacidos con peso superior a 4.000 gr.

Por otra parte, y respecto a la variable *uso de analgesia epidural en relación a la paridad y a la episiotomía*, el análisis estadístico mostró una relación estadísticamente significativa en primíparas ( $\chi^2=51,37$ ,  $p<0,0005$ ) y en múltiparas ( $\chi^2=46,86$ ,  $p<0,0005$ ) en 2011 y también en 2012 (primíparas  $\chi^2=5,57$ ;  $p<0,0005$  y múltiparas  $\chi^2=62,07$ ;  $p<0,0005$ ). La tendencia en primíparas fue de realizar episiotomía en mujeres con epidural y no realizarla en mujeres sin epidural; en múltiparas también se observó esta tendencia.

De igual manera, la relación estadística - entre las variables *uso de epidural, peso del recién nacido y uso de episiotomía* - fue estadísticamente significativa para el uso de analgesia epidural ( $\chi^2=8,321$ ;  $p=0,016$ ), aunque

con un efecto bajo en la relación,  $V=0,032$ . La tendencia observada fue de realizar episiotomía en madres cuyos recién nacidos presentaron un peso superior a 4.000 gr. en mujeres con epidural.

## Discusión

Nuestros resultados señalan que la *primiparidad* es uno de los principales factores de riesgo asociados a la episiotomía; estos hallazgos coinciden con los de otros autores<sup>(5-7)</sup>. Tal es así que esta variable ha sido considerada una variable de confusión por lo que en los ensayos clínicos que se realizan con parturientas, se debe controlar. Además, la episiotomía en primíparas presenta otra repercusión, pues aumenta significativamente y de forma independiente el riesgo de episiotomía y desgarros en el siguiente parto<sup>(8)</sup>.

La *edad gestacional* mayor de 41 semanas constituye otro factor de riesgo asociado a la episiotomía ( $RR=1,2$ ), las gestaciones postérmino comprenden el 12% de los partos estudiados, y en éstas, el 60% reciben una episiotomía frente al 44,5% de los partos pretérmino y al 49,6% de los partos a término. Este dato se explica por la tendencia a inducir los partos postérmino ( $\chi^2=18,085$ ,  $p>0,005$ ) y por la tendencia a finalizarlos mediante instrumentación ( $\chi^2=36,315$ ;  $p=0,02$ ). Es interesante el dato detectado, ya que confirma la existencia de una "cascada de intervenciones", cuando se interfiere en el desarrollo normal del parto; hallazgo también confirmado en una revisión de Cochrane sobre el cuidado perineal, que concluye que el uso de analgesia epidural aumenta la instrumentalización del parto y el uso de episiotomía, aumentando el riesgo de traumatismo perineal<sup>(9)</sup>.

En el análisis del *inicio del parto* en relación a la episiotomía, observamos que los partos que se inician de forma espontánea presentan menor riesgo de episiotomía que los que son estimulados o inducidos. Nuestros resultados coinciden con los de otros autores, aunque éstos los asociaron a la primiparidad<sup>(6)</sup>. La forma de inducir o estimular los partos, se puede realizar con oxitocina; nuestros resultados muestran una tendencia a realizar episiotomía en los partos en los que se administra este fármaco frente a los partos que se dejan evolucionar de forma natural (54,4% vs 34,4%).

En relación al *tipo de finalización del parto vaginal*, la instrumentación se puede considerar un factor de riesgo de episiotomía frente al parto eutócico (93% vs 38,7%) ( $RR=1,84$ ). Este dato coincide con numerosos autores<sup>(6,10-11)</sup>. El número de episiotomías y de partos instrumentados aumenta conforme aumenta la complejidad del hospital. Al igual que para otras especialidades, esto se debe a la derivación de los procedimientos complejos a los centros con mayor

dotación tecnológica y humana<sup>(12)</sup>. El hospital de estudio presentó un 23,4% de partos instrumentados en 2011 y 24,7% en 2012. El papel de la episiotomía rutinaria en el parto instrumentado ha sido poco evaluado y requiere de más investigación. Parece ser que su uso estaría justificado por la disminución de desgarros perineales, especialmente con el uso de fórceps<sup>(13)</sup>.

Otra variable que influye en el uso de la episiotomía es el *tipo de analgesia* utilizada en el parto, concretamente el uso de analgesia epidural. Así, observamos que en los partos en los que la mujer elige como método de alivio del dolor la epidural, se realizan más episiotomías que en aquellos en los que no se utiliza ninguna analgesia, o ésta es local (58,4% vs 30%). Estos resultados coinciden con los de otros autores<sup>(6-7,11,14-16)</sup>. Además esta tendencia se observa independientemente de la paridad de la mujer y de la finalización del parto. Respecto al peso fetal > 4000 gr. observamos una asociación entre el uso de la epidural y la realización de episiotomía, incrementando el riesgo de ésta frente a los partos sin epidural para el mismo peso fetal (65,8% vs 26,3%)<sup>(17-18)</sup>.

La *posición materna* durante la fase expulsiva también afecta a la realización de episiotomía, estando la posición de litotomía claramente asociada a ésta, en contraposición con otras posturas adoptadas en la fase mencionada (52,2% vs 30%). Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores, que también concluyen que las posiciones alternativas (supino, sentada, lateral, de pie, en cuclillas y en cuadrupedia) se asociaron con el uso menos frecuente de la episiotomía, concluyendo que se debería permitir a las mujeres tener la opción de dar a luz en cualquier posición que se encuentren más cómodas<sup>(6,11)</sup>.

También los resultados mostraron factores protectores en relación al uso de la episiotomía cuando se considera la edad materna y el peso fetal.

La *edad de la madre* superior a 35 años se asocia con una menor incidencia de episiotomía (45,5%) frente a edades inferiores (54,4%). Los estudios revisados sugieren que el uso de la episiotomía no se ha asociado con la edad materna<sup>(10,19-20)</sup>. Tal vez esta diferencia se deba a la amplitud de la edad para la maternidad, ya que los estudios antes mencionados evaluaron la edad materna hasta los 35 años y los resultados de este estudio comprenden una población de 14-53 años, siendo el 25% de la muestra mayor de 35 años.

En relación al *peso fetal*, los resultados de este estudio muestran una disminución del porcentaje de episiotomía en fetos cuyo peso es < 2.500gr. (43%) frente al peso normal (53,4%) y al peso superior a 4.000 gr. (57,2%). Otros autores no encontraron asociación del peso del recién nacido con la realización de episiotomía<sup>(11)</sup>. Por el contrario, para fetos macrosómicos (peso >4.000gr.),

los resultados mostraron un incremento del riesgo de episiotomía asociado a la instrumentación del parto o al uso de analgesia epidural<sup>(21)</sup>.

En cuanto a las limitaciones del estudio, nuestra investigación presenta algunas que precisan ser matizadas, mencionamos el posible infraregistro de datos clínicos y que un mayor tamaño muestral de hospitales, de distinto nivel, habría permitido una mayor generalización de los resultados obtenidos.

## Conclusión

La tasa de episiotomía se encuentra por encima de las recomendadas por la OMS; se ha constatado que 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. Estas variables son: la primiparidad (RR=2,97), la posición de litotomía durante la fase expulsiva (RR=6,4), el uso de analgesia epidural (RR=1,95), el parto instrumentado (RR= 1,84), el uso de oxitocina intraparto (RR=1,58), la inducción del parto (RR=1,33) y los partos postérmino >41 semanas de gestación (RR=1,2).

Asimismo, son factores protectores de la realización de la episiotomía: el peso fetal <2500 (RR=0,8) y la edad materna >35 años (RR=0,8). El peso fetal >4000 gr., por sí solo no es un factor de riesgo de presentar episiotomía, pero asociado al uso de epidural o a la instrumentación del parto, incrementa el riesgo.

Sobre la base de los resultados obtenidos y como consecuencia práctica del estudio, si deseamos disminuir la tasa de episiotomía, será necesario tener en cuenta los factores que condicionan su práctica y establecer políticas de reducción del este procedimiento consensuado con todos los profesionales sanitarios que asisten a la mujer en su proceso de parto.

## Agradecimientos

Agradecemos al Director Gerente del Área I Murcia Oeste del Servicio Murciano de Salud, al que pertenece el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, ya que sin su autorización no habría sido posible la realización de este trabajo.

## Referencias

1. Sánchez MI. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente*. 2012;97:27-32.
2. Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez-Perez JC, Ortiz-Albarin MD, Jimenez-Barragan I, Aguilera-Ruiz

- MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstetr Ginecol.* 2011; 54:101-8.
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. Informe técnico del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. [Acesso 13 dez 2013]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf)
4. Hernandez A, Pascual AI, Baño AB, Melero MR y Molina M. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. *Enferm Clin.* 2014;24(5):269-75.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. 115 p.
6. Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery.* 2010;26:348-56. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.007
7. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol.* 2014 May;123 Suppl 1:38S. doi: 10.1097/01.AOG.0000447314.51968.54.
8. Lurie S, Kedar D, Moaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287:201-4. doi: 10.1007/s00404-012-2551-8
9. Kettle C, Tohill S. Perineal Care. *Clin Evid.* [Internet]. 2011 [Acesso 29 nov 2013]; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275301>
10. Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. *Obstet Gynecol* 2014, 123(Suppl 1):63S-4S.
11. 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.* [Internet]. 2015 [Acesso 11 julho 2015];28(1):16-20. Disponível em: [www.scopus.com](http://www.scopus.com)
12. Salgado A, Maceira M, López M, Atienza G. Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Prog Obstetr Ginecol.* 2010;53:215-22. doi: 10.1016/j.pog.2010.01.003
13. Chia CC, Huang SC. Third- and fourth-degree perineal laceration in vaginal delivery. *Taiwanese J Obstetr Gynecol.* 2012; 51(1):148-52. doi: 10.1016 / j.tjog.2012.01.035
14. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and Factors Associated With Use of Episiotomy. *JAMA.* 2015;313(2):197-9. DOI: 10.1001 / jama.2014.14774
15. Selo-Ojeme D, Pathak S, Joshi V. The knowledge, practice and opinion of midwives' in the UK on their training in obstetric perineal repair. *Arch Gynecol Obstet.* [Internet]. 2015 Jun [Acesso 29 jun 2015];291(6):1265-70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25501836>
16. Lacross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: A systematic review and meta-analysis. *J Midwifery Women's Health.* 2015;60(1):37-47.
17. Funai EF, Norwitz ER. Management of normal labor and delivery. *UpToDate* [Internet]. 2012. [Acesso 13 dez 2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery>.
18. Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J.* 2014;132(4):231-8.
19. Wu LC, Malhotra R, Allen Jr. JC, Lie D, Tan TC, Østbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;288(6):1249-56.
20. De Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes OB Filho. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(3):333-9.
21. Schmitz T, Alberti C, Andriess B, Moutafoff C, Oury J-, Sibony O. Identification of women at high risk for severe perineal lacerations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;182:11-5.

Recibido: 29.7.2014

Aceptado: 4.7.2015

Correspondencia:

Carmen Ballesteros Meseguer  
 Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería  
 Campus Universitario de Espinardo  
 Edificio 23. Espinardo  
 30100, Murcia, España  
 E-mail: [carmenbm@um.es](mailto:carmenbm@um.es)

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.