



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.4216>

## Frecuencia de la práctica de la episiotomía en una institución en Quito, Ecuador, 2009-2022

### Frequency of episiotomy practice in an institution in Quito, Ecuador 2009-2022

Mercy Rosero-Quintana<sup>1</sup> , Santiago Vasco-Morales<sup>1,3</sup> , Karla Benalcázar-Sanmartín<sup>2</sup> ,  
Liseth Salazar-Congacha<sup>2</sup> , Paola Toapanta-Pinta<sup>1</sup> 

Recibido: 15 abril, 2024 Aceptado: 2 julio, 2024

## RESUMEN

**Objetivos:** determinar la prevalencia de episiotomía en un periodo de tiempo de 14 años, y explorar su asociación con variables maternas, del parto y los resultados neonatales mediante la utilización de datos administrativos.

**Materiales y métodos:** estudio transversal. Se incluyeron mujeres que tuvieron parto vaginal con recién nacido vivo, en una institución hospitalaria de referencia en atención obstétrica en Ecuador. Muestreo consecutivo. Se utilizaron los registros CIE-10 y del sistema informático perinatal (SIP), se evaluaron las variables sociodemográficas, de la gestación, el parto y neonatales. Análisis descriptivo. Se determinó la prevalencia global y por año. Se realizó análisis exploratorio bivariado y multivariado. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador.

**Resultados:** se analizaron 11.862 registros. La prevalencia global de episiotomía fue del 36,69%, con un máximo del 42 % y un mínimo del 28 %. Se insinúa una tendencia a la reducción de la frecuencia desde 2019 a 2022. Se encontró una asociación positiva entre su realización y la edad materna menor a 20 años, cesárea previa, ausencia de acompañante durante el parto, recién nacido a término, y grande para la edad gestacional. Se halló una asociación negativa con partos vaginales anteriores.

**Conclusiones:** la prevalencia de episiotomía supera la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las guías de práctica clínica, en sus recomendaciones, deben considerar los factores maternos y neonatales asociados, potencialmente modificables. Se deberán realizar estudios prospectivos para evaluar la seguridad del procedimiento, confirmar estas observaciones y utilizar metodologías robustas para evaluar si hay una disminución real en su práctica.

**Palabras clave:** episiotomía; parto normal; herida quirúrgica; salud materna; prevalencia; ginecología; obstetricia.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the prevalence of episiotomy over a 14-year period and to explore its

\* Carrera de Obstetricia, Universidad Central del Ecuador. Dirección: calle Iquique # 14-121 y Sodiro-Itchimbia, Sector El Dorado, Quito (Ecuador). [ptoapanta@uce.edu.ec](mailto:ptoapanta@uce.edu.ec)

1. Docente, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Obstetricia, Quito (Ecuador).
2. Estudiante, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Obstetricia, Quito (Ecuador).
3. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Servicio de Neonatología, Quito (Ecuador).

**Cómo citar este artículo:** Rosero-Quintana M, Vasco-Morales S, Benalcázar-Sanmartín K, Salazar-Congacha L, Toapanta-Pinta P. Frecuencia de la práctica de la episiotomía en una institución en Quito, Ecuador, 2009-2022. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2024;75:4216. <https://doi.org/10.18597/rcog.4216>

association with maternal, delivery, and neonatal variables using administrative data.

**Material and methods:** This is a cross-sectional study. Women who had a vaginal delivery with a live newborn at a referral hospital for obstetric care in Ecuador were included. Consecutive sampling was employed. ICD-10 records and the perinatal information system (PIS) were utilized. Sociodemographic, gestational, delivery, and neonatal variables were assessed. Descriptive analysis was performed. The overall and yearly prevalence was determined. Exploratory bivariate and multivariate analyses were conducted. The study was approved by the Human Research Ethics Committee of the Universidad Central del Ecuador.

**Results:** A total of 11,862 records were analyzed. The overall prevalence of episiotomy was 36.69 %, with a maximum of 42 % and a minimum of 28 %. There is an implied trend towards a reduction in frequency from 2019 to 2022. A positive association was found between episiotomy and maternal age under 20 years, previous cesarean section, absence of a companion during delivery, term newborns, and large for gestational age newborns. A negative association was found with previous vaginal deliveries.

**Conclusions:** The prevalence of episiotomy exceeds the recommendation of the World Health Organization (WHO). Clinical practice guidelines should consider potentially modifiable maternal and neonatal factors in their recommendations. Prospective studies should be conducted to evaluate the safety of the procedure, confirm these observations, and use robust methodologies to assess if there is a real decrease in its practice.

**Keywords:** Episiotomy; natural childbirth; surgical wound; maternal health; prevalence; obstetrics; gynecology.

## INTRODUCCIÓN

La episiotomía es un procedimiento obstétrico que involucra la incisión quirúrgica del periné para ayudar al paso del feto a través del canal del parto (1). Clessen et al. informan que el primer reporte de la episiotomía fue hecho por Sir Fielding Ould

en 1742, quien la utilizaba para preservar la salud del neonato (2). Originalmente, se consideraba una medida urgente destinada a proteger al neonato, ya que se creía que reducía el sufrimiento fetal, acortaba el periodo de expulsivo y prevenía los desgarros perineales durante el parto (3). Entre las indicaciones actuales para realizar una episiotomía se incluyen: la sospecha de macrosomía fetal, signos de compromiso del bienestar fetal, esfuerzo materno insuficiente, parto instrumental y amenaza de desgarro perineal de tercer grado, incluyendo aquellos ocurridos en embarazos anteriores (4).

Cleese et al. también señalan que la episiotomía se convirtió en una práctica común, la cual alcanzó el 65,1 % en los años setenta. Sin embargo, su uso generó un debate debido a las complicaciones asociadas, y desde 1975 en el Reino Unido y 1983 en Estados Unidos, se empezó a cuestionar su uso rutinario, abogando por una medicina basada en la evidencia (2). Se ha descrito que la episiotomía se asocia con una mayor extensión de la incisión, pérdida de sangre, hematomas, incremento del dolor posparto, infección, edema y dehiscencia, alteraciones perineales o del esfínter anal, asimetría o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístula recto-vaginal y disfunción sexual, lo que ha llevado a la desaprobación de su uso rutinario (1-4). En respuesta a estas preocupaciones, en 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a limitar el uso de la episiotomía a menos del 10 % de los partos (5); en 2018 y 2021, la misma OMS indica que no se recomienda el uso liberal o rutinario de la episiotomía en mujeres con parto vaginal espontáneo (6,7).

En Latinoamérica, en países como Colombia, Chile y Ecuador, las normas técnicas y guías de atención del parto indican que la episiotomía no debe realizarse de manera rutinaria, y que su aplicación depende del criterio médico (8-10).

Son pocos los datos del uso actual de la episiotomía en la región. Para 1998 se informaba que en el 60-80 % de los partos de Centro y Suramérica se hacía episiotomía (11). Por otra parte, hay controversia acerca de si la práctica de la episiotomía restrictiva

ha incrementado el riesgo de daño del esfínter anal (12) o no (13), por lo que hoy en día hay una tendencia a ser más liberales en el uso de este procedimiento. Por tanto, es crucial comprender, como parte de la implementación de las guías de práctica clínica, la adherencia a lo largo del tiempo a las recomendaciones, particularmente en lo que respecta al uso restringido de la episiotomía.

Actualmente, los datos administrativos ofrecen la posibilidad de hacer estudios de base poblacional para conocer la frecuencia de uso de las intervenciones y los desenlaces en atención obstétrica (14). En este contexto, el Sistema Informático Perinatal (SIP) ha sido ampliamente utilizado para monitorear y evaluar las políticas de salud materna y neonatal, demostrando alta cobertura y calidad de la información, lo que lo convierte en una herramienta valiosa para evaluar resultados obstétricos (15).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de episiotomía en un periodo de tiempo de 14 años, y explorar su asociación con variables maternas, del parto y los resultados neonatales mediante la utilización de datos administrativos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

*Diseño y población.* Estudio transversal basado en registros del CIE-10 y Sistema Informático Perinatal (SIP). Se incluyeron mujeres que tuvieron parto vaginal con recién nacido vivo, y vigilancia en el posparto de la madre y el neonato en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) desde enero de 2009 a diciembre de 2022. Esta institución es un hospital de tercer nivel de referencia nacional ubicado en la ciudad de Quito (Ecuador), y forma parte del Sistema Nacional de Salud Pública del Ecuador. Se excluyeron pacientes con datos incompletos. Muestreo consecutivo.

*Procedimiento.* Se comenzó con la identificación de los registros del CIE-10: Parto único espontáneo (O80.0) y Parto asistido con manipulación obstétrica (O83.2). Posteriormente, se accedió a la base de datos del SIP para obtener la información de las características basales de las gestantes, así como

las variables clínicas relacionadas con el trabajo de parto, el parto y del recién nacido. Estos datos fueron recopilados por el servicio de estadística del HGOIA, y almacenados en una hoja de cálculo. Se llevó a cabo un control de calidad y se identificaron los datos faltantes mediante la revisión de las historias clínicas; aquellos datos que no pudieron ser recuperados se consideraron perdidos.

*Variables medidas:* las variables maternas incluyeron edad, nivel educativo, autoidentificación étnica, estado civil, partos por vía vaginal o cesáreas previas, participación en programas de preparación para el parto, diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG), desarrollo de trastornos hipertensivos durante el embarazo, inducción para el parto, ruptura prematura de membranas (RPM), presencia de un acompañante durante el parto, posición del feto y realización de episiotomía. Respecto a los recién nacidos, se consideraron las variables edad gestacional, peso al nacer y peso ajustado según la edad gestacional.

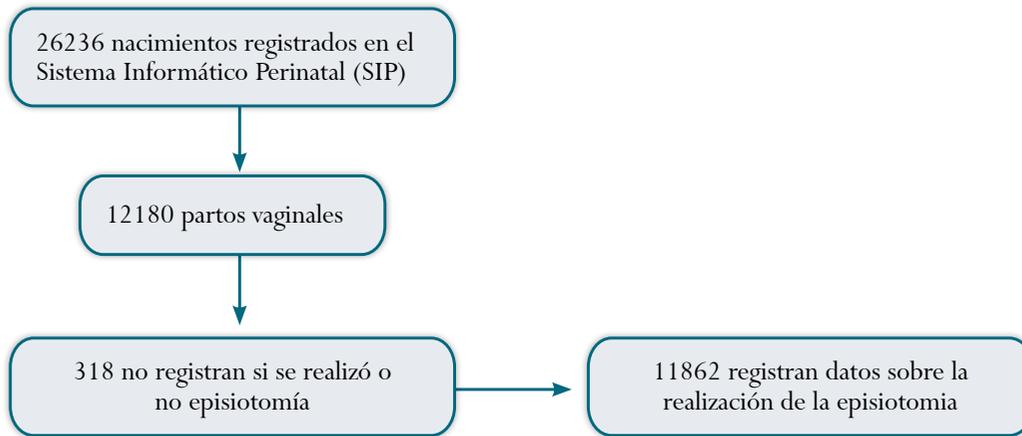
*Análisis estadístico.* Los datos fueron analizados con el lenguaje de programación R (versión 4.2.0), paquetes "Rcmdr" y "EZR". Las variables cualitativas se recodificaron como nominales dicotómicas o de intervalo. Se calcularon las frecuencias absoluta y relativa. Las variables basales se presentan entre el grupo al que se le practicó episiotomía y al que no se le practicó esta intervención. Se estimó el *odds ratio* crudo (ORc) y el OR ajustado (ORa) con intervalo de confianza (IC) de 99 %.

Para la estimación del OR, ajustando por las variables de confusión maternas, se utilizaron modelos de regresión logística binaria. Para seleccionar las variables por incluir en el modelo final, se realizaron los siguientes pasos: 1) elección de las variables con el menor valor de criterio de información de Akaike (AIC) en el modelo simple, 2) ajuste del modelo mediante la prueba condicional de verosimilitud, y 3) inclusión de aquellas variables con una devianza mínima. Para abordar el problema de las comparaciones múltiples, se calculó una significancia de 0,01, además del cálculo del IC del 99 % en los OR crudo y ajustado (16).

*Aspectos éticos.* Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador (CEICH-UCE), código 009-DOC-FCM-2023. Por ser un estudio realizado en una base de datos anonimizada, no se requirió la firma de un consentimiento informado.

## RESULTADOS

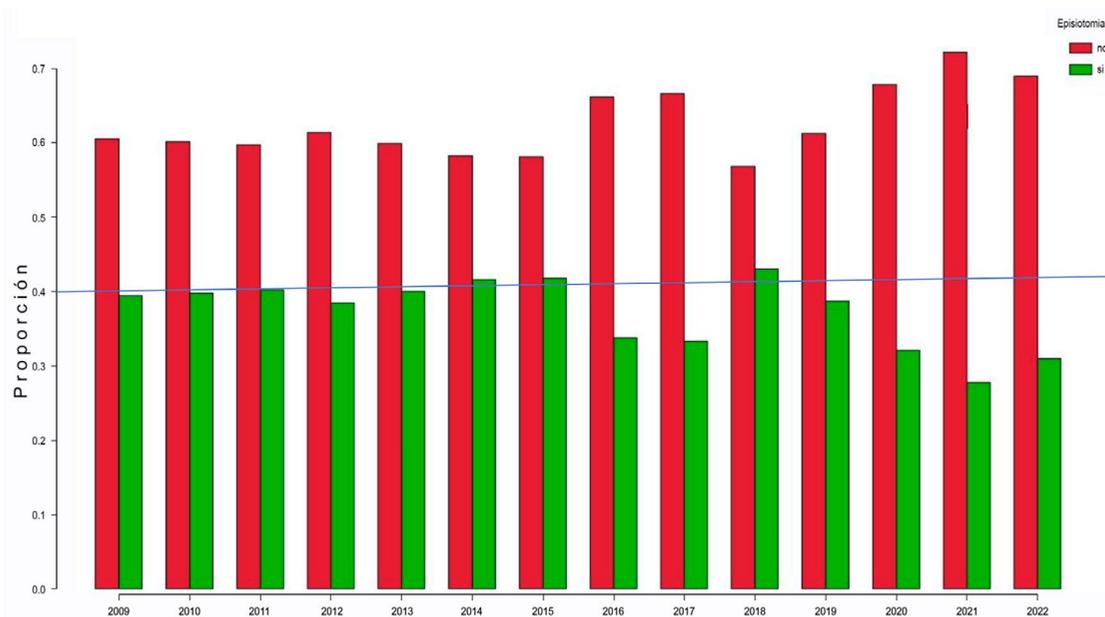
De 26.236 partos en el periodo del estudio, 12.180 fueron partos vaginales (46%), de estos, en 11.862 se identificó información sobre si se realizó o no episiotomía. En 318 (2,5%) no se dispuso de información (Figura 1).



**Figura 1.** Flujograma de pacientes.  
**Fuente:** Autores.

La prevalencia de episiotomía durante el periodo 2009-2022 fue del 36,69%. La Figura 2 muestra el comportamiento de la realización de la episiotomía

durante el periodo de 14 años. La prevalencia más baja fue del 28% en 2021 y las más alta del 42% en 2018. Se insinúa una tendencia a la reducción desde 2019.



**Figura 1.** Proporción de episiotomías en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), 2009-2022.  
**Fuente:** Autores.

Las pacientes incluidas tuvieron una edad de 23,9 años (Desviación estándar [DE]  $\pm$  6,9), fueron mayormente primíparas (52 %), con educación secundaria o menor (87 %), con embarazo sin alteraciones (96 %), parto espontáneo (90 %). Con fetos a término (69 %), con peso promedio 2627,9 g

(DE  $\pm$  767,2). Las mujeres sometidas a episiotomía tuvieron una media de 20,78 años (DE  $\pm$  5,34), no tenían partos vaginales previos y tenían menos comorbilidades en la gestación (Tabla 1). El peso al nacer fue de 2.756,50 (DE  $\pm$  615,07) y la edad gestacional de 38+1 (DE  $\pm$  2,38) (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas y del embarazo entre mujeres con y sin realización de episiotomía, HGOIA, 2009-2022			
Variable	Con episiotomía n = 4352	Sin episiotomía n = 7510	Valor p*
<b>Edad materna</b>	25,8† (DE: 7,05 )	20.78† (DE: 5,34)	< 0,001
<b>Escolaridad</b>			
Ninguno	30 (21,1 %)	112 (78,9%)	< 0,001
Primaria	719 (26,4%)	2.002 (73,6%)	
Secundaria	2.997 (40,1%)	4.478 (59,9%)	
Superior	593 (40%)	891 (60%)	
<b>Vive con su pareja</b>			
Sí	2.636 (31,5%)	5.731 (68,5%)	< 0,001
No	1.716 (49,1%)	1.779 (50,9%)	
<b>Autoidentificación étnica</b>			
Mestiza	4.133 (37,1%)	6.996 (62,9%)	< 0,001
Indígena	66 (23,8%)	211 (76,2%)	
Negra	71 (31,8%)	152 (68,2%)	
Blanca	33 (37,9%)	54 (62,1%)	
Otra	49 (33,6%)	97 (66,4%)	
<b>Cesáreas previas</b>			
Sí	87 (26,1%)	246 (73,9%)	< 0,001
No	4.265 (37%)	7.264 (63%)	
<b>Partos vaginales previos</b>			
Sí	607 (10,7%)	5057 (89,3%)	< 0,001
No	3.745 (60,4%)	2.453 (39,6%)	
<b>Preparación para el parto</b>			
Sí	1.656 (35,8%)	2.976 (64,2%)	0,093
No	2.696 (37,3%)	4.534 (62,7%)	
<b>Diabetes mellitus gestacional</b>			
Sí	15 (17,6%)	70 (82,4%)	< 0,001
No	4.337 (36,8%)	7.440 (63,2%)	
<b>Trastorno hipertensivo en el embarazo</b>			
Sí	158 (33,5%)	313 (66,5%)	0,162
No	4.194 (36,8%)	7.197 (63,2%)	
<b>Parto inducido</b>			
Sí	62 (28,3%)	157 (71,7%)	0,011
No	3.974 (37,1%)	6.732 (62,9%)	
<b>Ruptura prematura de membranas</b>			
Sí	676 (37,8%)	1111 (62,2%)	0,289
No	3.676 (36,5%)	6.399 (63,5%)	

\*Chi cuadrado, † Edad en años

Fuente: Autores.

**Tabla 2.**  
**Características del parto y resultados perinatales entre mujeres con y sin realización de episiotomía, HGOIA, 2009-2022**

Variable	Con episiotomía n = 4352	Sin episiotomía n = 7510	Valor p*
<b>Acompañante durante el parto</b>			
Sí	1.239 (34,6%)	2.347 (65,4%)	0,001
No	3.113 (37,6%)	5.163 (62,4%)	
<b>Presentación</b>			
Cefálica	4.280 (24,5%)	7.288 (75,5%)	< 0,001
Otra	72 (37%)	222 (63%)	
<b>Sexo del recién nacido</b>			
Masculino	2.368 (37,2%)	3.998 (62,8%)	0,2229
Femenino	1.984 (36,1%)	3.512 (63,9%)	
<b>Edad gestacional</b>			
	38+1 (DE: 2.38)	37+0 (DE:3.57)	< 0,001
<b>Peso al nacimiento</b>			
	2.756,50 (DE: 615.07)	2.551,83 (DE: 833.84)	< 0,001
<b>Peso para la edad gestacional</b>			
Peso bajo	1.103 (33,8%)	2.159 (66,2%)	< 0,001
Peso adecuado	3.071 (38,6%)	4.884 (61,4%)	
Peso elevado	178 (27,6%)	467 (72,4%)	

\*Chi cuadrado, † Edad gestacional en semanas

**Fuente:** Autores.

Respecto a las variables asociadas a la episiotomía se identificó que la edad materna menor a 20 años (ORa: 1,15; IC 99%: 1,01-1,32), el no tener acompañante durante el parto (ORa: 1,31; IC 99%: 1,15-1,49), la cesárea previa (ORa: 3,80; IC 99%: 2,66-5,40), ser recién nacido a término (ORa: 2,56; IC 99%: 2,24-2,92) y ser grande para la edad gestacional (ORa: 1,37; IC 99%: 1,02-1,81) posiblemente incrementan

el riesgo de episiotomía. Por otra parte, el antecedente de parto vaginal, posiblemente es factor protector de episiotomía (ORa: 0,07; IC 99%: 0,06- 0,08). En cuanto a los otros factores el efecto varió (Tabla 3). Adicionalmente, la práctica de la episiotomía se asoció a desgarros perianales grados III a IV en 30 pacientes (1%).

**Tabla 3.**  
**VARIABLES ASOCIADAS A LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA, HGOIA, 2009-2022**

Variable	OR crudo IC 99%	OR ajustado IC 99%
Edad materna menor de 20 años	3,7 (3,32;4,11)	1,15 (1,01;1,32)
Con partos vaginales previos	0,08 (0,07;0,09)	0,07 (0,06;0,08)
Con cesárea previa	0,60 (0,55; 0,61)	3,80 (2,66; 5,40)
Con diabetes mellitus gestacional	0,36 (0,17;0,76)	0,85 (0,38;1,94)
Sin acompañante durante el parto	1,14 (1,02;1,27)	1,31 (1,15;1,49)
Con inducción del parto	0,67 (0,45;0,99)	0,72 (0,46;1,49)
Recién nacido a término	2,04 (1,82;2,28)	2,56 (2,24;2,92)
Grande para la edad gestacional	0,64 (0,50 ;0,81)	1,37 (1,02;1,81)

\* Regresión logística simple y múltiple

**Fuente:** Autores.

## DISCUSIÓN

El estudio incluyó 11.862 nacimientos por vía vaginal ocurridos en el HGOIA. Se realizó episiotomía en el 36,69%. Se sugiere tendencia a la disminución de la práctica de este procedimiento desde el año 2019. Se encontró una asociación positiva entre la realización de episiotomía y factores como la edad materna menor a 20 años, parto sin acompañante, cesárea previa, nacimiento a término, y ser grande para la edad gestacional. Además, se observó una asociación negativa con el historial de partos vaginales anteriores. La frecuencia de laceración del canal de parto fue del 1%.

A nivel global se observa que la episiotomía sigue siendo un procedimiento común durante el parto, aunque su prevalencia ha mostrado variaciones considerables en diferentes partes del mundo. En países como México y Brasil, las tasas de episiotomías son notablemente más altas. En México, el 59% de las mujeres con parto vaginal atendidas en hospitales universitarios fueron sometidas a episiotomía según un estudio realizado en el año 2015 (17). De manera similar, en dos servicios de maternidad de Río Grande del Sur (Brasil), se reportó una tasa del 51,3% en un estudio reciente (3). En Uganda, Pebolo et al. (18) reportaron una prevalencia del 73% (181/249) (IC95%: 67-78), mientras que en Etiopía, una revisión sistemática señaló una prevalencia de episiotomía del 42,75% (19). En Noruega, datos del hospital universitario de St. Olav's mostraron que aproximadamente el 46,3% de las mujeres fueron sometidas a episiotomía (20). El contraste más marcado se observa en Francia, donde Cormier et al. (21), en 2016, informan que la tasa de episiotomía fue del 19,9%. Este dato podría reflejar una reducción en el uso de este procedimiento, posiblemente debido a directrices médicas más conservadoras y a una mayor adopción de prácticas basadas en evidencia. Las variaciones en las tasas de episiotomía entre países y regiones subrayan la influencia de múltiples factores, como las prácticas médicas locales, las normas nacionales de salud materna y las preferencias de los profesionales de la salud.

Nuestros datos indican que la episiotomía es más frecuente en mujeres menores de 20 años. Pelissari et al. (22) informaron mayor riesgo de episiotomía en mujeres menores de 19 años. Respecto a la presencia

de acompañante durante el parto, Lucena et al. (23) informaron mayor probabilidad de episiotomía cuando no hay acompañante (88,89% de los casos). En relación con las gestaciones a término, varios estudios han encontrado asociación entre una mayor edad gestacional y tasas más altas de episiotomía. Por ejemplo, Pebolo et al. (18) en Uganda informaron un OR de 1,8 (IC95%: 1,28-2,40) para gestaciones mayores a 37 semanas, mientras que Ballesteros-Meseguer et al. (24) reportaron un riesgo 1,2 veces mayor a las 41 semanas. Beyene et al. (25) y Aguiar et al. (26) no encontraron asociación entre una edad gestacional igual o superior a 37 semanas y la realización de episiotomía. En cuanto al antecedente de cesárea, nuestros datos contrastan con los informados por Beyene et al. (25) en Etiopía, quienes no encontraron asociación con la episiotomía. En el mismo estudio se informó una asociación entre macrosomía fetal y riesgo de episiotomía (25), con un OR: 5,12 (IC95%: 1,10-23,77) y el estudio de Woldegeorgis et al. (27) quien informa un OR: 5,32 (IC95%: 2,73-10,33). Finalmente, en relación con la historia de partos vaginales previos, se observó una reducción en el riesgo de episiotomía, hallazgo que concuerda con Lucena et al. (23), quienes reportaron que el 94,44% de las mujeres a las que se les realizó una episiotomía no habían tenido partos vaginales previos.

La principal fortaleza de este estudio es el número de registros analizados y el periodo de tiempo estudiado. Aunque las comparaciones múltiples incrementan el error aleatorio, esto se corrigió con la disminución del nivel de significancia. Entre las debilidades está el hecho de que es un análisis exploratorio. No se incluyeron algunas variables que se han identificado, como el tiempo de la fase activa del trabajo de parto y del periodo expulsivo. Por tratarse de un análisis retrospectivo no se pudo controlar el sesgo de medición.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de episiotomía supera la recomendación de la OMS. Las guías de práctica clínica, en sus recomendaciones, deben considerar los factores maternos y neonatales modificables posiblemente asociados. Se deberán realizar estudios prospectivos

para evaluar la seguridad del procedimiento, confirmar estas observaciones y utilizar metodologías robustas para evaluar si hay una disminución real en su práctica.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Mercy Dolores Rosero-Quintana: conceptualización, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito, aprobación final de la versión para ser publicada.

Santiago Vasco-Morales: conceptualización, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito, aprobación final de la versión para ser publicada.

Karla Benalcázar-Sanmartín: conceptualización, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito, aprobación final de la versión para ser publicada.

Liseth Paola Salazar-Congacha: conceptualización, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito, aprobación final de la versión para ser publicada.

Paola Cristina Toapanta-Pinta: conceptualización, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito, aprobación final de la versión para ser publicada.

**Financiación:** Los autores no tuvieron ninguna fuente de financiación.

## REFERENCIAS

1. Muhleman M, Aly I, Walters A, Topale N, Tubbs R, Loukas M. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clin Anat*. 2017;30(3):362-72. <https://doi.org/10.1002/ca.22836>.
2. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women Health* 2019;59:760-74. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1553814>.
3. Cesar J, Marmitt L, Mendoza-Sassi R. Episiotomy in Southern Brazil: Prevalence, trend, and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2022;56:26. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003908>.
4. Urmee R, Vwalika B. The maternal factors and short term outcomes associated with episiotomy during vaginal delivery at Women and Newborn Hospital, Lusaka, Zambia. *Med J Zambia*. 2022;49:163-9. <https://doi.org/10.55320/mjz.49.2.978>.
5. OMS. Cuidados en el parto normal. Who. 1996;18:104.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto : manual del usuario [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240017566>.
7. World Health Organization (WHO). Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.
8. Rubio-Romero JA, Ruiz-Parra AI, Martínez F, Muñoz-Restrepo J, Muñoz LA, Arévalo-Rodríguez I, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013;64(4):379-424. <https://doi.org/10.18597/rcog.90>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral en el Puerperio [Internet]. 2015. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Norma-Tecnica-para-la-Atencion-Integral-en-el-Puerperio\\_web.-08.10.2015-R.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Norma-Tecnica-para-la-Atencion-Integral-en-el-Puerperio_web.-08.10.2015-R.pdf).
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC\\_Atencion\\_del\\_trabajo\\_parto\\_posparto\\_y\\_parto\\_inmediato.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf).
11. Graham I, Carroli G, Davies C, Medves J. Episiotomy rates around the world: An update. *Birth*. 2005;32:219-23. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x>
12. Shmueli A, Gabbay R, Hiersch L, Ashwal E, Aviram R, Yoge Y, et al. Episiotomy – risk factors and outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017;30:251-6. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1169527>.
13. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>.

14. Tajima K, Ishikawa T, Matsuzaki F, Noda A, Morishita K, Inoue R, et al. Validity of administrative data for identifying birth-related outcomes with the end date of pregnancy in a Japanese university hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:4864. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084864>.
15. Karolinski A, Mercer R, Bolzán A, Salgado P, Ocampo C, Nieto R, et al. Bases para el desarrollo e implementación de un modelo de información en salud de la mujer y perinatal orientado a la gestión en Latinoamérica. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1-11. <https://doi.org/10.26633/RPSP2018.148>.
16. Lee S, Lee D. What is the proper way to apply the multiple comparison test? *Korean J Anesthesiol*. 2020;73(6):572. <https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00242.e1>.
17. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México. Ciudad de México [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno\\_stico\\_VO\\_port.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno_stico_VO_port.pdf).
18. Pebolo F, Judith A, Kabonge D. Prevalence and factors associated with episiotomy practice among primiparous women in Mulago national referral hospital Uganda. *Int J Pregn Child Birth*. 2019;5:197-201. <https://doi.org/10.15406/ipcb.2019.05.00176>.
19. Aragaw F, Belay D, Endalew M, Asratie M, Gashaw M, Tsega N. Level of episiotomy practice and its disparity among primiparous and multiparous women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Front Glob Womens Health*. 2023;4. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1153640>.
20. Health Atlas for Maternity Care – SKD [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.skde.no/helseatlas/files/helseatlas-fodselsjhelp.pdf>.
21. Cormier J, Merrer J, Blondel B, Le Ray C. Influence of the maternity unit and region of delivery on episiotomy practice in France: A nationwide population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102:438-49. <https://doi.org/10.1111/aogs.14522>.
22. Pelissari L, Zilly A, Ferreira H, Spohr F, Casacio G de M, Silva R da. Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev Eletr Enferm*. 2022;24. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.66517>.
23. Lucena N, Barbosa D, Monteriro B, Barbosa S, Ferrerira B. Prevalência de episiotomia em uma maternidade de referência em alto risco e seus fatores associados. *Rev Enfer UFPI* 2023;12. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.4099>.
24. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, Canteras M, Martínez ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>.
25. Beyene F, Nigussie A, Limenih S, Tesfu A, Wudineh K. Factors associated with episiotomy practices in Bahirdar City, Ethiopia: A cross-sectional study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:2281-9. <https://doi.org/10.2147/RMHPS277657>.
26. Aguiar B, Silva T, Pereira S, Sousa A, Guerra R, Souza K, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm*. 2020;73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0899>.
27. Woldegeorgis B, Obsa M, Tolu L, Bogino E, Boda T, Alemu H. Episiotomy practice and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Front Med*. 2022;9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.905174>.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.