

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y OBSTETRICOS PARA REALIZAR
EPISIOTOMIA EN PRIMIGESTAS CON EMBARAZO DE TERMINO EN
HOSPITAL GENERAL LA PERLA, 1 DE JUNIO DE 2020 AL 30 DE
SEPTIEMBRE 2020.**

HOSPITAL GENERAL LA PERLA NEZAHUALCOYOTL

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
M.C. ALVARADO BUSTOS VALERIA IYALI

DIRECTOR DE TESIS
E. EN G.O. CLARA GUADALUPE ALCIBAR RESENDIZ

REVISORES:
E. EN G.O. ARACELI ESPINOSA GUERRERO
E. EN G.O. MARÍA DE JESÚS ÁNGELES VÁZQUEZ
E. EN G.O. MAURICIO MANCILLA CASTELÁN
E. EN G.O. ENRIQUE MONTAÑEZ NUCAMENDI

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2021

ÍNDICE

1.-	MARCO TEORICO	1
2.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
3.-	JUSTIFICACION.....	23
4.-	OBJETIVOS.....	24
4.1.-	Objetivo general.....	24
4.2.-	Objetivos específicos.....	24
5.-	HIPOTESIS.....	25
6.-	MATERIAL Y METODOS.....	26
6.1.-	Diseño y tipo de estudio.....	26
6.2.-	Tipo de variables.....	26
6.3.-	Universo.....	27
6.4.-	Método de muestreo.....	27
6.5.-	Criterios de selección.....	28
6.6.-	Instrumento de investigación.....	29
6.7.-	Desarrollo del proyecto	29
6.8.-	Límite de tiempo y espacio.....	29
6.9.-	Diseño estadístico.....	29
7.-	Consideraciones éticas.....	30
8.-	Resultados.....	31
9.-	Discusión.....	37
10.-	Conclusión.....	39
11.-	Recomendaciones.....	40
12.-	Referencias.....	41
13.-	Anexo.....	44

Resumen

Marco teórico: La Organización Mundial de la Salud define como parto normal aquel que se inicia de forma espontánea. Se considera de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y lo sigue siendo a lo largo de este y en el parto. El recién nacido nace espontáneamente en posición de vértice entre las semanas completas 37 y 42 de gestación, y con un peso correcto.

El parto vaginal puede causar desgarros en la vagina y el perineo. Los cálculos de la frecuencia varían; algunos cálculos (que incluyen la episiotomía) indican que los mismos ocurren en un 85% de los partos. La episiotomía es la incisión en la zona vulvoperineal que se practica para ampliar el canal blando del parto en su nivel más bajo.

El uso de la episiotomía en la práctica obstétrica está decreciendo. No se ha observado beneficio con su realización sistemática. La episiotomía, un corte quirúrgico de la vagina y el perineo, a veces se usa en un intento por prevenir el daño perineal grave causado por el desgarro y para facilitar el parto del recién nacido. Hallaron que la episiotomía selectiva comparada con la episiotomía sistemática dio lugar a un traumatismo perineal/vaginal menos grave, y a menos necesidad de sutura perineal

Metodología: Selección de Pacientes primigestas con embarazo de término ingresadas al servicio de ginecobstetricia a las que se les realizó episiotomía en el Hospital General la Perla del 1 de junio del 2020 al 30 de septiembre del 2020 mediante análisis simple descriptivo univariado se realizaron cuadros de distribución de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados: En este estudio participaron 73 pacientes primigestas con embarazo de termino a las que se les realizó episiotomía en el Hospital General la Perla.

Se encontró que el 57% de las pacientes primigestas a las que se les realizó episiotomía corresponden a adolescentes, el 63% se encuentra dentro de peso normal, el 62% presento una altura de fondo uterino de 30 cm, el inicio de trabajo de parto se presentó de manera espontánea en un 75 %, el periodo expulsivo en nuestros resultados tuvo un promedio de 60.26 min.

Conclusiones: se determinó que la principal indicación para realizar episiotomía (89%) es disminuir el riesgo de desgarro perineal en la paciente y el porcentaje de realización de episiotomía fue del 80% durante el periodo del estudio en pacientes primigestas.

Summary

Theoretical framework: The World Health Organization defines normal birth as that which begins spontaneously. It is considered low risk early in labor and remains so throughout labor and delivery. The newborn is born spontaneously in the vertex position between completed 37 and 42 weeks of gestation, and with a correct weight.

Vaginal delivery can cause tears in the vagina and perineum. Variable frequency calculations; some (including episiotomy) indicate that they occur in 85% of deliveries. An episiotomy is the incision in the vulvoperineal area that is made to widen the soft birth canal at its lowest level.

The use of episiotomy in obstetric practice is decreasing. No benefit has been observed with its systematic performance. Episiotomy, a surgical cut into the vagina and perineum, is sometimes used in an attempt to prevent severe perineal damage created by the tear and to facilitate delivery of the newborn. They found that selective episiotomy compared to routine episiotomy resulted in less severe perineal / vaginal trauma, and less need for perineal suture

Methodology: Selection of first-term pregnant patients admitted to the obstetric gynecology service who undergo episiotomy at La Perla general hospital from June 1, 2020 to September 30, 2020

By means of simple univariate descriptive analysis, tables of distribution of frequencies, percentages and measures of central tendency were made.

Results: This study included 73 first-term pregnant patients who underwent episiotomy at La Perla General Hospital.

It was found that 57% of the primiparous patients who underwent episiotomy correspond to adolescents, 63% are within normal weight, 62% presented a uterine height of 30 cm, the beginning of labor was spontaneously in 75% the expulsive period in our results presented this had an average of 60.26 min,

Conclusions: it was determined that the main indication to perform episiotomy (89%) is to reduce the risk of perineal tear in the patient and the percentage of episiotomy was 80% during the study period in first-stage patients.

MARCO TEORICO

Trabajo de parto

La Organización Mundial de la Salud define como parto normal aquel que se inicia de forma espontánea. Se considera de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y lo sigue siendo a lo largo de este y en el parto. El recién nacido nace espontáneamente en posición de vértice entre las semanas completas 37 y 42 de gestación, y con un peso correcto. (1)

A pesar del considerable debate y de la investigación a lo largo de muchos años, el concepto de «normalidad» en el parto no está estandarizado ni es universal. En las últimas décadas se ha observado un creciente uso de prácticas destinadas a iniciar, incrementar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto con el objetivo de mejorar los resultados maternos y fetales.(1)

En los países desarrollados donde estas actividades se han generalizado han empezado a surgir dudas sobre la necesidad de tanto intervencionismo. Por ello, en estudios recientes se están volviendo a evaluar muchas de estas prácticas ya habituales en los hospitales. Mientras tanto, en los países en vías de desarrollo se siguen buscando los medios para convertir el parto en seguro y accesible de forma universal para todas las mujeres. (1)

El parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés. (3) siendo de suma importancia una experiencia de parto positiva.

La OMS habla de experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y

alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones (3)

Modificaciones perineales durante el parto

La forma del arco púbico condiciona la mecánica de la expulsión. El ángulo formado por las líneas tangentes a las ramas isquiopúbicas se denomina ángulo subpúbico. Su valor promedio es de 80-90°. Debido a su estrechez, el vértice del arco púbico constituye un espacio muerto que la presentación no puede utilizar, lo que lo obliga a que ésta descienda hacia el periné posterior para franquear el estrecho inferior y liberarse. (11)

El descenso de la cabeza fetal hacia el periné posterior provoca:

Retropulsión del cóccix y estiramiento del ligamento anococcígeo;

Ampliación del periné posterior: la distancia anovulvar se multiplica por 3-4, el ano se abre, el núcleo fibroso central se estira en todas las direcciones;

Rechazo del fascículo puborrectal, que se integra en el periné superficial;

Horizontalización de la vulva.

Estas modificaciones transforman la pared perineal en un canal oblicuo a nivel superior y anterior: el infundíbulo perineovulvar de Farabeuf.(11)

En la presentación de vértice, la cabeza fetal se libera por deflexión. En un primer tiempo, la reacción que el periné distendido ejerce sobre la cabeza tiende a oponerse a la deflexión, ya que se proyecta por delante del eje de flexión-extensión. Por lo tanto, la deflexión empieza de forma lenta y dificultosa. Sin embargo, se acelera bruscamente cuando la reacción perineal pasa por detrás del eje de flexión-extensión (11)

Lesiones perineales.

El parto vaginal puede causar desgarros en la vagina y el perineo. Los cálculos de la frecuencia varían; algunos cálculos (que incluyen la episiotomía) indican que los mismos ocurren en un 85% de los partos, en comparación con un informe de cohortes retrospectivo más reciente de que un 4% de 1785 mujeres australianas presentó laceraciones en el perineo y un 34% presentó un desgarramiento perineal de primer o segundo grado (2)

Aunque los desgarramientos menores pueden cicatrizar rápidamente sin intervención, algunos son más graves, y dañan el tejido, el músculo y a veces se extienden al esfínter anal. Estos desgarramientos más graves necesitan reparación quirúrgica, y según el grado, pueden causar algunos problemas en la primera etapa del período posnatal. Las pacientes pueden presentar dolor, hemorragia, infección, dispareunia y una estancia hospitalaria prolongada. (2)

En un porcentaje pequeño de pacientes, el daño a los tejidos vaginales y perineales puede dar lugar a algunos problemas a largo plazo, como dolor, fístula urinaria, incontinencia urinaria, fístula rectal, incontinencia fecal, dispareunia y prolapso genitourinario (2)

Entre los factores de riesgo de lesión perineal se encuentran la episiotomía medio lateral y media, edad materna avanzada, parto instrumental, mayor peso fetal y presentación cefálica anormal. Aunque, otros autores consideran la episiotomía medio lateral como un factor protector de desgarramientos de tercer grado. Los desgarramientos de tercer y cuarto grado perineales son una grave complicación en el parto vaginal por los problemas que conllevan de incontinencia fecal y fístulas. (10)

Clasificación de desgarramientos perineales.

La clasificación francesa consta de cuatro estadios:

Periné superficial: heridas de la mucosa vaginal y la piel perineal;

Periné simple: desgarro de los músculos bulbocavernosos y transversos y del núcleo fibroso central del periné;

Periné completo: desgarro de uno o ambos esfínteres anales;

Periné completo complicado: desgarro de la mucosa rectal. (11)

En la clasificación británica del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) los cuatro estadios de la clasificación francesa se denominan, respectivamente, grados 1, 2, 3 y 4. Además, el grado 3 se ha subdividido en tres grados (11)

3a: desgarro de menos del 50% del esfínter externo;

3b: desgarro de más del 50% del esfínter externo;

3c: desgarro del esfínter interno.

Los desgarros de grados 1 y 2 afectan alrededor del 50% de las mujeres que paren. De modo habitual, cicatrizan sin secuelas. Sin embargo, las formas graves de desgarro de grado 2 son responsables de dolor durante las relaciones sexuales a lo largo de los 6 meses posteriores al parto. Los desgarros perineales de grados 3 y 4, que se agrupan bajo el término de LOEA, pueden ser responsables de incontinencia anal. (11)

Mujeres que habían tenido una episiotomía en un parto previo presentaban 5 veces más riesgo de un desgarro grave que aquellas a las que no se les había practicado. (17)

En 2013, una amplia cohorte retrospectiva sueca estudió también la asociación entre desgarro esfinteriano y obesidad. Los autores retomaron 210.678 pacientes entre las cuales existían 8.958 casos de desgarro obstétrico del esfínter anal e intentaron demostrar una relación entre el riesgo de desgarro esfinteriano y el IMC. Como resultado se observó que la obesidad presenta sólo un pequeño impacto sobre los desgarros perineales y tendería incluso a disminuir el riesgo de desgarro grave. De esta forma, y debido a que la obesidad no aumenta la tasa de asistencia

instrumental en el parto por vía vaginal y que la edad gestacional y las biometrías fetales no presentan impacto alguno sobre esta cifra, es lógico que la obesidad no repercuta de forma directa en la tasa de desgarros esfinterianos. (20)

Episiotomía

La episiotomía es la incisión en la zona vulvoperineal que se practica para ampliar el canal blando del parto en su nivel más bajo. El uso de la episiotomía en la práctica obstétrica está decreciendo. No se ha observado beneficio con su realización sistemática. No obstante, sí está recomendado hacerla en partos con alto riesgo de laceración perineal grave, distocia de partes blandas o necesidad de facilitar el parto a un feto posiblemente comprometido cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados. La episiotomía hacia la línea media se asocia a un mayor número de lesiones del esfínter anal. Se recomienda una incisión única y limpia en su trayecto para facilitar la sutura posterior. (1).

Hay siete formas de realizar una episiotomía; la de "línea media" y "mediolateral" son los dos tipos principales de episiotomía en la bibliografía y la práctica clínica (2)

Una episiotomía de línea media (a veces llamada "mediana") es "una incisión vertical desde la horquilla vulvar posterior a lo largo de la línea media a través del tendón central del cuerpo perineal. Los críticos señalan que si se extiende la episiotomía de línea media, es probable que se extienda al esfínter anal y que cause un desgarro de tercer o cuarto grado. (2)

Una episiotomía mediolateral es "una incisión a partir de la línea media y dirigida lateralmente y hacia abajo lejos del recto" En teoría, si se extiende un desgarro mediolateral, se extenderá lejos del esfínter anal. (2)

La episiotomía mediolateral es la más común. Se practica una incisión en la pared del infundíbulo perineovulvar a nivel de la horquilla, siguiendo un eje oblicuo en

dirección hacia la región isquiática. Esta incisión comporta una sección mínima de los músculos bulbocavernosos y transversos. Una episiotomía más amplia secciona también el fascículo puborrectal del elevador del ano. Para evitar que la sección se extienda hacia el esfínter externo, las recomendaciones británicas plantean la realización de una incisión cercana a la horizontal para que la cicatriz de la episiotomía después del parto forme un ángulo de 45-60° con la línea media.(11)

La episiotomía medial sería de práctica corriente en los Estados Unidos. La incisión se realiza verticalmente a partir de la horquilla. En comparación con la episiotomía mediolateral, ofrece la ventaja de seccionar una zona esencialmente fibrosa y de ser menos dolorosa en el posparto. En cambio, el riesgo de que el desgarro tisular se propague hacia el esfínter externo es importante. Por esta razón, el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recomendó en 2005 dejar de practicar la episiotomía medial.(11)

En general la episiotomía se realiza al final del segundo estadio en el cual el perineo se extiende y se vuelve delgado. Antes de la incisión, se inyecta anestesia local para anestesiar el perineo, si la madre no ha recibido anestesia regional (2)

Técnica de episiotomía

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico y, como cualquier técnica de este tipo, requiere que se respeten las reglas de asepsia para limitar los riesgos de infección. La persona que la realice debe llevar mascarilla y guantes estériles, tras efectuarse un lavado quirúrgico de las manos. El recorte del pelo del periné no es sistemático y debe preferirse al rasurado. El periné debe lavarse de forma cuidadosa con agua estéril antes de embadurnarlo ampliamente con una solución antiséptica.
(11)

Se recomienda utilizar un método anestésico. Si la paciente no tiene una analgesia epidural eficaz, se puede efectuar una anestesia local con lidocaína al 1% sin adrenalina, bien en el trayecto de la episiotomía o bien con un bloqueo pudiendo.
(11)

En la actualidad, se realizan dos tipos de episiotomías: media (sobre todo en Estados Unidos) y mediolaterales (recomendadas por el CNGOF). (11)

La sección se efectúa con tijeras rectas a lo largo de 4 cm, partiendo de la horquilla vulvar y dirigiéndose en vertical hacia el ano. Las ventajas son que esta sección es fácil de reparar y poco hemorrágica, que los resultados anatómicos son buenos a largo plazo y que la tasa de dispareunia es baja. Los inconvenientes son que la sección del rafe medio crea una zona de debilidad medial, con el riesgo de extenderse hacia el ano. En el 20% de los casos se afecta el esfínter anal. Asimismo, se observa un aumento de la tasa de fístulas vesicovaginales a largo plazo. (11)

Episiotomía mediolateral

La episiotomía mediolateral suele realizarse en el lado derecho. Se utilizan tijeras rectas, con una hoja entre la presentación y la parte posterior de la vulva, y la otra hoja por fuera. Se pueden deslizar dos dedos entre la presentación y el periné para proteger al feto. La sección debe ser limpia, partiendo de la zona media de la horquilla, en sentido lateral siguiendo un ángulo de 45° respecto a la vertical hacia la región isquiática, con una longitud de 6 cm como promedio (para una ampliación suficiente del anillo vulvar). Se secciona de forma progresiva la piel, la vagina, los músculos bulbocavernoso y transversos superficiales, así como el músculo puborrectal en su totalidad. Es preferible realizarla en un solo corte o en dos si es preciso (el primero para la piel y la vagina y el segundo para el músculo puborrectal). Su ventaja consiste en que el riesgo esfinteriano es menor respecto a la episiotomía media. Presenta el inconveniente de que el dolor postoperatorio es mayor. Además, suele ser hemorrágica. (11)

Errores que deben evitarse

Esta episiotomía no debe ser demasiado pequeña, ni estar demasiado cerca de la vertical (ángulo inferior a 40 °), lo que favorecería las rupturas esfinterianas al

seccionar sólo parcialmente el músculo puborrectal y favorecer un trazo de descarga hacia el ano, siguiendo las fuerzas de tracción de la porción restante del músculo elevador del ano (11)

Como acaba de indicarse, si esta técnica se realiza demasiado pronto, en un periné no ampliado, es demasiado hemorrágica y no permite una sección completa del fascículo puborrectal. (11)

Si es demasiado tardía, no protege de las lesiones perineales, que probablemente ya se hayan producido. (11)

Si es demasiado lateral, puede causar quistes de la glándula de Bartholin por sección del conducto excretor. Por otra parte, es más difícil de reparar y existe un riesgo de dehiscencia vulvar asimétrica. (11)

Reparación

La reparación debe ser lo más anatómica posible. Su objetivo es restituir la función muscular normal y evitar cualquier cicatrización patológica. Antes de cualquier reparación, se debe realizar una exploración cuidadosa para no pasar por alto un desgarro asociado, sobre todo una lesión del esfínter anal. La asepsia quirúrgica es primordial para la prevención de las infecciones en la herida de episiotomía. Se debe llevar ropa quirúrgica (bata estéril, mascarilla quirúrgica con visera o con gafas, gorro y guantes estériles desechables), tras un lavado quirúrgico de las manos y antisepsia vulvoperineal en cuatro fases. Hay que delimitar la zona de reparación con paños estériles y se utiliza material quirúrgico estéril reservado para este procedimiento. También se puede utilizar un tampón vaginal para evitar la contaminación con los loquios. El dolor provocado suele subestimarse, por lo que se requiere una analgesia de buena calidad, local con lidocaína al 1% sin adrenalina si no se ha usado anestesia locorregional. (11)

Indicaciones de Episiotomía media lateral (4 y 10)

Puede proteger contra lesiones graves para partos instrumentales.

Se sospecha compromiso fetal y se debe acelerar el nacimiento

Se requiere nacimiento instrumental

La mujer tiene antecedentes de MGF. Mutilación genital femenina (MGF)

Hay distocia de tejidos blandos.

Las lesiones graves se consideran inminentes y probables.

Petición de la mujer.

Parto vaginal complicado (parto de nalgas, sospecha de posible distocia de hombro).

Desgarros de tercer o cuarto grado mal cicatrizados.

Las episiotomías pueden desempeñar un papel importante en la prevención de desgarros de tercer y cuarto grado durante los partos vaginales quirúrgicos. (15).

Consideraciones para realizar episiotomía (4)

Proporcionar analgesia efectiva probada antes de realizar la episiotomía, excepto en casos de emergencia debido a un compromiso fetal agudo

La técnica de episiotomía se asocia significativamente con el riesgo de lesión perineal grave.

Está bien establecido que el ángulo de incisión es sustancialmente mayor que el ángulo de sutura resultante debido a la distensión y estiramiento de los tejidos.

Un estudio de casos y controles informó que las incisiones de episiotomía más largas pueden ser más protectoras contra lesiones perineales graves.

Use tijeras afiladas

Las tijeras para episiotomía diseñadas específicamente para lograr un ángulo de corte de 60 grados pueden ser efectivas para lograr el ángulo correcto y reducir el trauma perineal grave.

Uso de la episiotomía

La episiotomía, es una incisión quirúrgica de la vagina y el perineo, a veces se usa en un intento por prevenir el daño perineal grave causado por el desgarro y para facilitar el parto del recién nacido (2)

La primera episiotomía documentada se realizó hace más de 270 años (Ould 1741). Las tasas de episiotomía aumentaron de manera significativa durante la primera mitad del siglo XX. En ese momento, hubo un mayor impulso de las pacientes para dar a luz en un hospital y de los médicos para controlar los partos normales sin complicaciones. Desde entonces, la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos realizados más comúnmente en el mundo.(2)

Las tasas de episiotomías informadas varían de un 9,7% (Suecia) hasta alcanzar un 100% (Taiwán) (Graham 2005). Las amplias diferencias en las tasas de episiotomía se relacionan estrechamente con las diferencias en las políticas con respecto al uso de la episiotomía. (2)

Otros lugares adoptan una política de uso “selectivo” de la episiotomía donde el uso de la episiotomía está restringido en lugar de realizarse de forma general - los médicos usan el juicio clínico para determinar la necesidad de episiotomía cuando los beneficios probablemente superan los daños en situaciones como el desgarro perineal grave inminente, la segunda etapa prolongada del trabajo de parto, la distocia de hombros, el parto instrumental y la frecuencia cardíaca fetal no satisfactoria (2)

La realización o no de episiotomía oscila en función de los países, del colectivo profesional al que pertenece el asistente al parto y, fundamentalmente, del criterio de este (10)

Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal.

Los médicos que recomiendan las episiotomías sistemáticas consideran que los desgarros perineales, incluidos los desgarros graves, pueden ocurrir en pacientes en las que no se cree que haya probabilidades de desgarros graves y que no han tenido una episiotomía bajo un régimen selectivo. Sin embargo, se ha cuestionado la efectividad de la episiotomía sistemática para prevenir el traumatismo perineal grave y el procedimiento tiene sus propias complicaciones asociadas. Debido a que no todos los partos vaginales dan lugar a traumatismo perineal, algunas mujeres son sometidas a incisiones innecesarias y a sus complicaciones y morbilidad

asociadas como resultado de una política de episiotomía de “rutina”. Incluso en las emergencias obstétricas como la distocia de hombros, y en los partos asistidos con instrumental, la episiotomía podría no reducir los desgarros perineales graves (2)

Debido al uso amplio de la episiotomía a nivel global y a las preguntas en cuanto a sus efectos beneficiosos y perjudiciales, es importante aportar pruebas sólidas para informar la práctica clínica apropiada y para asegurar el bienestar de las pacientes y los neonatos. La revisión Cochrane procura evaluar las pruebas del uso selectivo versus sistemático de la episiotomía. Hallaron que la episiotomía selectiva comparada con la episiotomía sistemática dio lugar a un traumatismo perineal/vaginal menos grave, y a menos necesidad de sutura perineal. (2)

No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo. (3)

Episiotomía restrictiva (recomendada) (4)

La episiotomía se realiza selectivamente por indicación clínica

Puede resultar en un 30% menos de incidencia de traumatismo perineal y / o vaginal grave en el parto vaginal espontáneo.

No aumenta el dolor, la incontinencia urinaria, la dispareunia.

Episiotomía de rutina (no recomendado) (4)

o Episiotomía realizada rutinariamente durante el parto vaginal

o Asociado con más trauma en general, más suturas y más complicaciones siete días después del parto

Al no haber evidencia confiable para el uso rutinario, o efectos benéficos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la frecuencia de su uso no sea mayor al 10 % (5,23).

Es escasa la información sobre la frecuencia de la realización de este procedimiento y los factores asociados (6)

El uso excesivo de esta práctica clínica representa un gasto adicional a los servicios de salud si se consideran los costos asociados para evitar complicaciones con la cicatrización, el dolor perineal y la dehiscencia de la herida. (6)

Tomando en cuenta los argumentos basados en la evidencia científica disponible, no se justifica el uso rutinario de la episiotomía, dado que no presenta beneficios para la madre ni para el recién nacido, por lo que se recomienda la práctica selectiva. (6)

La OMS tiene una postura clara en contra de la episiotomía de rutina. Otros estudios sobre la materia no solo insisten en la falta de beneficios sino en el aumento del riesgo de eventos desfavorables de esta intervención. Entre las consecuencias negativas más frecuentes se ha reportado mayor incidencia de daño perineal severo, frecuencia más alta de dispareunia, lesiones del esfínter anal y dolor de mayor intensidad en la zona perineal. (6,23)

Las supuestas ventajas atribuidas a la episiotomía son las siguientes: prevención de la relajación del suelo pélvico y, por tanto, de la incontinencia urinaria, incontinencia de gases y contenido fecal; prevención de los desgarros de tercer y cuarto grados, así como daño perineal anterior; prevención de daño fetal: asfixia perinatal, distrés respiratorio y distocia de hombros. (7)

Concluimos pues, a la luz de las investigaciones recientes, que políticas restrictivas parecen reducir globalmente el daño perineal posterior. El uso sistemático de la episiotomía no previene desgarros posteriores, sino que puede agravarlos. Si bien es cierto que hay un aumento de los desgarros perineales anteriores, éstos no parecen tener consecuencias clínicas de importancia. (7)

La práctica de episiotomía selectiva produce un aumento del número de lesiones perineales leves o de integridad perineal, aunque porcentualmente aumentan los desgarros de segundo grado, un tipo de lesión perineal similar a la episiotomía (8)

Se sugirió que la episiotomía prevenía el daño en el suelo pélvico acortando el expulsivo, no hay evidencia científica que apoye que la episiotomía tenga efecto protector sobre el suelo pélvico. La episiotomía sistemática no parece estar

justificada con objeto de prevenir la incontinencia urinaria ni la relajación del suelo pélvico.(7)

El estudio mediante electromiografía del suelo pélvico a los 3 meses, del parto muestra que en las mujeres primíparas con el periné íntegro y en las mujeres sometidas a cesárea el suelo pélvico es más fuerte y se recupera con mayor rapidez que en las que se realizó episiotomía. La denervación de los músculos del periné está asociada con la fuerza e intensidad de la segunda fase del trabajo de parto y el peso del recién nacido, y no con la práctica de episiotomía o los desgarros (8)

Evitar el daño fetal como el distrés respiratorio, la asfixia perinatal, la distocia de hombros, etc., ha sido otro motivo por el cual se extendió el uso de la episiotomía. En cualquier caso, la investigación parece indicarnos que la episiotomía tiene poco que ver en la duración del expulsivo. En cuanto a la distocia de hombros, la realización de la episiotomía tiene su importancia en facilitar el acceso a la vagina para la realización de maniobras obstétricas que pudieran finalmente liberar al feto, mas no en la prevención de la distocia. Parece lógico pensar que ésta es una consecuencia de una desproporción ósea entre la cintura escapular fetal y la pelvis materna y no del canal blando. De todas formas, esta cuestión está poco estudiada, y nos encontramos con problemas éticos a la hora de abordarla. Por tanto, ante la sospecha de macrosomía fetal, la realización de la episiotomía será a criterio del profesional. (7)

En partos eutócicos con fetos con un adecuado bienestar fetal, la actitud expectante que requiere el descenso de la presentación no repercute negativamente en la vitalidad del recién nacido. (8)

La episiotomía sigue siendo una técnica muy utilizada, pese a que la documentación sobre ella publicada en el último siglo es determinante. Ha quedado patente que ninguna de las supuestas ventajas atribuidas es tal. Hay investigación abundante y estadísticamente fiable que nos aconseja reducir su uso. (7)

Hay evidencias que apoyan el uso selectivo de la episiotomía frente al uso rutinario tanto en el caso de nulíparas como de múltiparas; que el uso selectivo de la

episiotomía supone un menor riesgo de lesiones del periné posterior, menores complicaciones en la curación y cicatrización de las lesiones a los 7 días y un menor consumo de suturas; y que el uso sistemático o selectivo de la episiotomía muestra una incidencia similar de lesiones graves de vagina y periné, dolor, dispareunia e incontinencia urinaria.(8)

La política de episiotomía selectiva incrementa el número de desgarros perineales, aunque también incrementa el de perinés íntegros. Por otro lado, los desgarros producidos, en su mayoría, son menos profundos que una episiotomía necesitando menos puntos de sutura y su localización es más fisiológica (tienden a producirse en el rafe del periné), circunstancias que conllevan un menor dolor postparto y una mejor cicatrización (10)

Laceraciones vaginales, Periuretral, labios menores y laceraciones superficiales fueron todas significativamente más frecuente en grupo de episiotomía selectiva en comparación con el grupo de episiotomía de rutina (11 y 13)

En la población general, la episiotomía no sólo no evita las LOEA, sino que las favorece. Una política realmente restrictiva con respecto a las episiotomías, que disminuya su práctica en más del 30%, permite reducir a la mitad la prevalencia de LOEA (OR: 0,55; IC 95%: 0,38-0,81). En otras palabras, al menos la mitad de las LOEA está favorecida por una episiotomía. (11)

Epidemiología

La tasa media de episiotomía en Hispanoamérica es de 92,3%; esto quiere decir que en más de 9 de cada 10 mujeres se realiza una episiotomía. Encontramos tasas de un 62% en México, de un 85,7% en Panamá y Argentina, de un 94,4% en Perú. (6)

En Estados Unidos ha descendido la tasa de episiotomías partir de los cambios recomendados en la guía de la OMS, pasando del 60.9% en 1979 al 24.5% en 2004, acompañado de un descenso de la tasa de desgarros del esfínter anal del 5% al 3.5%, aunque con un incremento de estos en partos operatorios. (10)

En México lo que se refiere al porcentaje de partos vaginales con episiotomía, se atendieron 642,834 nacimientos vaginales en 2015, a partir de los cuales se registraron 140, 219 episiotomías, lo cual implica que a 2 de cada 10 mujeres se les realizó esta intervención durante el parto. (6).

Se observa una tendencia en su incremento de acuerdo con la complejidad del nosocomio, este alcanza hasta 54.2% en los federales de referencia, contra solo 17.5% en los integrales o comunitarios. En ambos indicadores, los HFR tienen las cifras más altas, por lo que es importante destacar, que usualmente dichos hospitales atienden pacientes en condiciones muy deterioradas o con mayores comorbilidades (6)

En los partos vaginales con episiotomía a nivel entidad federativa, se observan marcadas diferencias en el número de episiotomías practicadas por el personal médico dentro de sus unidades. Destaca, en primer lugar, que la mitad de las entidades reporta más de 20% de partos vaginales con episiotomía. Asimismo, tres estados, registraron más de 40% de episiotomías: Zacatecas (40.2%), Guanajuato (44.2%) y Tamaulipas (45.4%). De manera opuesta, Colima reportó solo tres casos de episiotomías, puede suceder que dicho estado este incurriendo en un problema de subregistro. (6)

De cualquier modo, las cifras analizadas, hablan de un número excesivo de episiotomías que indudablemente aumentan el costo de la atención médica en el sector salud, esto por los insumos que se requieren, los tiempos de estancia más prolongados y el tipo de prestador de servicios, es decir, con un perfil de especialista. (6)

Según un estudio realizado por la Agency for Health Care Policy Research, el gasto sanitario extra a expensas de la episiotomía es de 351 millones de dólares cada año en Estados Unidos (7)

La educación, la regeneración del funcionamiento, y el efecto Hawthorne se asociaron con una reducción en la tasa de episiotomías en una gran institución

académica sin una reducción en la tasa de parto vaginal instrumental o un aumento en la tasa de tercer y cuarto grado de laceraciones (12)

Sigue siendo difícil determinar cuál es la tasa mínima segura de episiotomías, se cree que tasas en torno al 25% serían un objetivo alcanzable y seguro. (17)

Factores de riesgo.

Varios autores analizaron los factores de riesgo que predisponían a la realización de la técnica. Hueston analizó 6.500 partos en 5 centros norteamericanos entre 1991 y 1992, y vio que tenían más probabilidades de recibir una episiotomía, mujeres primíparas, partos instrumentales, fetos macrosómicos, analgesia epidural, parto inducido, que la paciente disponga de un seguro privado y cuando el parto era atendido por un Médico. (6)

Tal y como señala la bibliografía científica, el uso o no de episiotomía no está condicionado por el peso del recién nacido ni por la edad gestacional al nacimiento. La paridad sí es un factor determinante y, en la práctica, las mujeres que paren por primera vez tienen un mayor riesgo de que se les realice episiotomía que el resto de las gestantes, con diferencias de entre el 20 y el 95% (8)

La primiparidad es uno de los principales factores de riesgo asociados a la episiotomía; estos hallazgos coinciden con los de otros autores, 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 (9)

La edad gestacional mayor de 41 semanas constituye otro factor de riesgo asociado a la episiotomía, 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. (9)

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. (9)

En relación con el tipo de finalización del parto vaginal, la instrumentación se puede considerar un factor de riesgo de episiotomía frente al parto eutócico (9)

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 (9)

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 (9)

La posición materna durante la fase de expulsivo también afecta a la realización de episiotomía, estando la posición de litotomía claramente asociada a esta, en contraposición con otras posiciones distintas a la misma, donde su realización es prácticamente inexistente, es claro el factor favorecedor de esta posición en la producción de estos desgarros. (10)

En relación al peso fetal, 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%) (9)

El peso del recién nacido no influye en la realización de episiotomía aunque sí en el tipo de desgarro, ya que la mayor proporción de desgarros tipo III y IV se han producido en aquellos partos en los que el recién nacido ha pesado más (10)

La razón principal para realizar el procedimiento de episiotomía fue: laceración inminente 46 pacientes (85,2%), sufrimiento fetal 4 pacientes (7,4%), fórceps 3 pacientes (5,5%), otras razones 1 paciente (1,7%). (13)

A pesar de las recomendaciones históricas para realizar una episiotomía para prevenir la lesión del plexo braquial en una distocia de hombro los datos actuales no demostraron beneficio neonatal con esta práctica. Por lo tanto, recomendamos limitar esta intervención a casos cuidadosamente seleccionados en los cuales, a juicio del clínico, la realización de maniobras para efectuar el nacimiento no puede ser razonablemente logrado sin episiotomía. (14, 21)

Por otro lado, varios parámetros que merecen más la investigación en un futuro, como el impacto de la obesidad, tipo de asistente (médico vs partera), ángulo de episiotomía, así como edad del parto (utilizando clasificaciones establecidas por la OMS para adolescente y avanzada edad materna) en relación a las lesiones perineales que se producen. (16)

La importancia de identificar y cuantificar el tamaño del efecto de los diversos factores de riesgo que parecen estar asociados con la obstetricia el trauma es subrayado por un estudio reciente realizado por Jangö et al. quien observó que la introducción de programas de prevención de la protección perineal es importante, identificar Casos con factores de riesgo conocidos, incluyendo episiotomía y uso de fórceps, Identificación de mujeres propensas a desarrollar laceraciones perineales, prevención de factores modificables (como aumento de peso excesivo durante el embarazo). (16)

Autores como Rusav'y et al. Estudiaron las razones que justifican la indicación de la episiotomía, presentándose como principal motivo la preocupación por el deterioro del suelo pélvico, seguido de la falta de colaboración materna y del miedo al sufrimiento fetal. Wu et al, a través de un estudio de grupos focales, encontraron en la falta de entrenamiento, seguido del miedo a hacer daño, los principales motivos de su empleo.(17)

El grupo más común de razones principales para el uso de episiotomía fue la preocupación por el deterioro funcional del piso pélvico posparto (58% de las episiotomías), especialmente un perineo rígido, no elástico (37%). La angustia fetal

(17%) y las anomalías de las fuerzas expulsivas / parto no cooperativo (10%). (18)

Al evaluar todas las razones (incluidas las secundarias) los grupos de razones más comunes para el uso de la episiotomía fueron el esfuerzo de preservación de la funcionalidad del piso pélvico (50%), anomalías de las fuerzas expulsivas / parto no cooperativo (20%) y sufrimiento fetal (15%). Al evaluar las episiotomías realizadas por obstetras y parteras por separado, la preocupación por la funcionalidad del piso pélvico posparto prevaleció en las parteras. Por el contrario, los obstetras realizaron episiotomía con mayor frecuencia para el sufrimiento fetal (28% frente a 4%). (18)

Complicaciones de la episiotomía

Las complicaciones asociadas con la episiotomía incluyen hemorragia, dolor y malestar en el sitio de la herida y las suturas, cicatrización de la herida, dispareunia o complicaciones en los partos vaginales posteriores. Otros efectos adversos de la episiotomía incluyen: (a) extensión de la episiotomía a través del esfínter anal y el recto causado por el médico que hace la incisión o por la extensión espontánea de la incisión; (b) cicatrización anatómica insatisfactoria que resulta en marcas en la piel, asimetría o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístula rectovaginal y fístula anal (c) mayor pérdida sanguínea y hematoma; (d) dolor y edema alrededor de la herida de la episiotomía; (e) infección y dehiscencia (f) dispareunia, que puede ser una consecuencia a corto plazo o puede establecerse y causar dispareunia persistente y finalmente, (h) al menos una mujer a muerto como resultado de una infección que complicó una herida de episiotomía (2)

También se observa en la bibliografía, que la mayoría de los autores coinciden en que la pérdida sanguínea es mayor con episiotomía que sin ella. Hay autores que le otorgan un incremento de pérdida de sangre entre unos 300-600 ml. Podemos concluir que la episiotomía es, en general, más molesta en comparación con los desgarros espontáneos (7).

Diferentes autores han asociado la episiotomía a una mayor intensidad de dolor posparto inmediato, con un tratamiento inadecuado, que pudo interferir en las actividades diarias de la mujer, y tuvo un impacto negativo sobre la experiencia de la maternidad. Se ha descrito que en el 13 al 23% de las mujeres, este dolor persistió incluso a las 6 semanas del parto (19)

Es relevante una incidencia de un 12,8% de mujeres con cronificación del dolor tras el parto con episiotomía. El grado de lesión tisular favorece su desarrollo, lo cual nos debe obligar a tener una mayor precaución en ciertas intervenciones obstétricas y un mejor control del tratamiento del dolor en las primeras 48 h.(19)

Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son: (22)

- Episiotomía rutinaria
- Nuliparidad
- Inducción del Trabajo de parto
- Trauma perineal
 - o Período expulsivo prolongado
 - o Distocia de hombros
 - o Parto instrumentado (Fórceps)
 - o Feto mayor de 4000 gramos
 - o Variedad de posición Occipitoposterior persistente
- Episiotomía media
- Infecciones genitales previas
- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
- Desgarros cervicales, de vagina y perineales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La episiotomía es una de las intervenciones obstétricas más realizadas a nivel mundial, sin embargo su realización no está ampliamente justificada, diseñada para evitar y disminuir los desgarros perineales, su uso rutinario no evidencia un beneficio significativo para las pacientes a las que se les realiza dicho procedimiento. Incluso los últimos estudios asocian el uso de episiotomía selectiva con una disminución de la disfunción perineal posterior el cual está asociado a más complicaciones, asociado también a mayor gasto de recursos.

Muchos de los beneficios a los que se asociaron el uso de la episiotomía, como la prevención de desgarros perineales severos, disminución de prolapso, disminución de incontinencia urinaria, fecal y disfunción sexual, han sido ampliamente cuestionados en los últimos años ya que en grandes estudios se ha visto que incluso presenta más complicaciones que beneficios a corto y largo plazo.

Se convirtió en un procedimiento de rutina sin contar con el sustento de evidencia científica adecuada que permitiera recomendar y validar su uso de esta manera, no en todos los partos está indicado realizar una episiotomía por lo que hoy en día miles de mujeres son sometidas a procedimientos de rutina que en vez de beneficiar su experiencia con el parto, ocasionan complicaciones a nivel perianal, sexual, de continencia y que afectan considerablemente su calidad de vida, por lo que al aplicar una política restrictiva estos efectos adversos podrían disminuirse.

Se tienen tasas considerables entre un 33 y 70% en la mayoría de países, describiendo en los últimos estudios que su frecuencia asociada a las indicaciones recomendadas por la OMS no deberían exceder el 10%.

Además está descrito que el uso rutinario de esta práctica está asociado a mayor gasto para el sector salud, ya que se requieren más recursos para evitar las complicaciones asociadas.

Se ha presentado evidencia de que los desgarros anteriores aumentan con la política restrictiva, pero que las complicaciones clínicas de estos desgarros no presentan relevancia a corto y largo plazo, por lo que corroboran el beneficio de mantener esta política.

En México a pesar de las recomendaciones se mantienen tasas elevadas de práctica, asociado en mayor porcentaje a pacientes primigestas, por lo que es fundamental conocer los factores que condicionan que esta política siga persistiendo a pesar de contar con la suficiente evidencia científica que recomienda limitar su uso.

Que condiciona que los profesionales de la salud sigan justificando su uso y perpetuando esta práctica que condiciona más complicaciones que beneficios.

Por lo expuesto anteriormente se plantea el siguiente problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos y obstétricos para realizar episiotomía en primigestas con embarazo de término en Hospital General la Perla, 1 de junio de 2020 al 30 de septiembre 2020?

JUSTIFICACIÓN

Es necesario conocer los factores para la realización de episiotomía poder definir si se está realizando dentro de los estándares sugeridos internacionalmente y poder planear acciones de mejoramiento de calidad al servicio de Obstetricia logrando un uso racional del procedimiento.

A los profesionales de la obstetricia, nos preocupa que por no realizar una episiotomía se produzcan desgarros más complicados de reparar; sin embargo, el uso de la episiotomía aumenta el tiempo empleado en las suturas y la cantidad de material utilizado.

Es cierto que la experiencia profesional nos condiciona en nuestras actuaciones. Cuando nos ocurre un hecho adverso, podemos pensar que éste es más frecuente de lo que realmente es, y marcar nuestra actitud ante un acto determinado. El estudio de las investigaciones actuales debe ser una herramienta para poder ser críticos con nuestras actitudes profesionales y mejorar en el ejercicio de nuestra profesión.

Si deseamos disminuir la tasa de episiotomía, será necesario tener en cuenta los factores que condicionan su práctica y establecer políticas de reducción de este procedimiento consensuado con todos los profesionales sanitarios que asisten a la mujer en el proceso de parto.

El análisis de las razones para el uso de episiotomía es un paso importante en la reducción de las tasas de episiotomía mientras se preserva o mejora el estándar de tratamiento proporcionado.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer los factores de riesgo maternos y obstétricos para realizar episiotomía en primigestas con embarazo de término ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital General la Perla.

Objetivos específicos.

Determinar el uso de episiotomía con la edad materna

Determinar el uso de episiotomía con el IMC materno

Determinar el uso de episiotomía con la altura de fondo uterino materno

Determinar el uso de episiotomía con la duración del periodo expulsivo.

Determinar el uso de episiotomía con el inicio del parto (espontaneo o inducido)

Conocer las principales indicaciones de la realización de la episiotomía en el Hospital General La Perla.

HIPÓTESIS

Hipótesis

La principal indicación de la episiotomía es el riesgo inminente de presentar desgarro perineal posterior durante el periodo expulsivo del trabajo de parto.

Hipótesis nula

La principal indicación de la episiotomía no tiene relación con el riesgo inminente de presentar desgarro perineal posterior durante el periodo expulsivo del trabajo de parto.

MATERIAL Y METODOS

Diseño y tipo de estudio.

Observacional, descriptivo, transversal

Operacionalización de variables:

Nombre de la variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
Edad	Periodo de tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha actual.	Periodo de tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha actual.	Cuantitativa	15 a 24 25-34 35 a 44
IMC	El índice de masa corporal es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo	Indicador internacional para evaluar estado nutricional en adultos	Cualitativa	IMC < 18.5 = Bajo peso IMC 18.5-24.9 = Peso normal IMC 25.0-29.9 = Sobrepeso IMC >30.0 = Obesidad IMC >30.0 - 34.9 = = Obesidad (grado 1) IMC >35.0 - 39.9 = = Obesidad (grado 2)IMC >40.0 = Obesidad (grado 3)

Altura de fondo uterino	Distancia desde el hueso púbico hasta la parte superior del útero	Distancia desde el hueso púbico hasta la parte superior del útero	Cuantitativa	Numero en CM
Duración del periodo expulsivo.	Tiempo que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal	Tiempo que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal	Cuantitativa	Numero de minutos.
Forma de Inicio de trabajo de parto.	Presencia de contracciones que provoquen dilatación y borramiento cervical.	Forma en que se logró la presencia de contracciones que provoquen dilatación y borramiento cervical.	Cualitativa	Inducido Espontaneo

Universo: Pacientes primigestas con embarazo de término ingresadas al servicio de gineco-obstetricia a las que se les realizó episiotomía en el Hospital General la Perla del 1 de junio del 2020 al 30 de septiembre del 2020

Método de muestreo: No probabilístico, por conveniencia, identificando los factores que determinan realizar episiotomía en primigestas con embarazos de término en el Hospital General la Perla, durante el periodo del estudio.

Criterios de selección

Criterios inclusión:

- Pacientes del sexo mujer, primigestas, que se encuentre con un embarazo de 37 a 42 semanas de gestación y que se les haya realizado episiotomía durante la atención del parto.
- Pacientes con resolución del embarazo mediante parto vaginal.
- Pacientes que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteración en el estado de conciencia
- Pacientes multigestas
- Pacientes cuyo parto haya terminado en cesárea
- Pacientes a las que no se les realizo episiotomía

Criterios de eliminación

- Pacientes con edades gestacionales menores de 37 semanas
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Instrumento de investigación

Anexo 1

Desarrollo del proyecto

Se realizó una recolección de información a través de una cedula de recolección de datos, aplicándose a todas aquellas pacientes que cumplieron los criterios de inclusión de la fecha de 01 de junio del 2020 al 30 de septiembre del 2020, en Hospital General la Perla.

El instrumento contiene las variables a determinar en el estudio para englobar a la paciente en las clasificaciones de cada una de las variables.

Límite de tiempo y espacio

01 de junio del 2020 al 30 de septiembre del 2020, en Hospital General la Perla.

Diseño estadístico

La información obtenida mediante la hoja de recolección de datos se captura en una base de datos utilizando el programa BM SPSS statistics versión 25 en español para Windows.

Mediante análisis simple descriptivo univariado se realizaron cuadros de distribución de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Se elaboraron tablas y graficas mediante estadística descriptiva, se analizaron los resultados para llegar a conclusiones y emitir recomendaciones.

Consideraciones éticas.

Este estudio contará con la aprobación del comité de ética local de investigación, carta consentimiento verbal de las jefaturas, normas internacionales de investigación en seres humanos según la declaración de Helsinki 2011.

La investigación será respaldada por las normas de seguridad del Hospital General la Perla ISEM, de acuerdo a la legislación vigente.

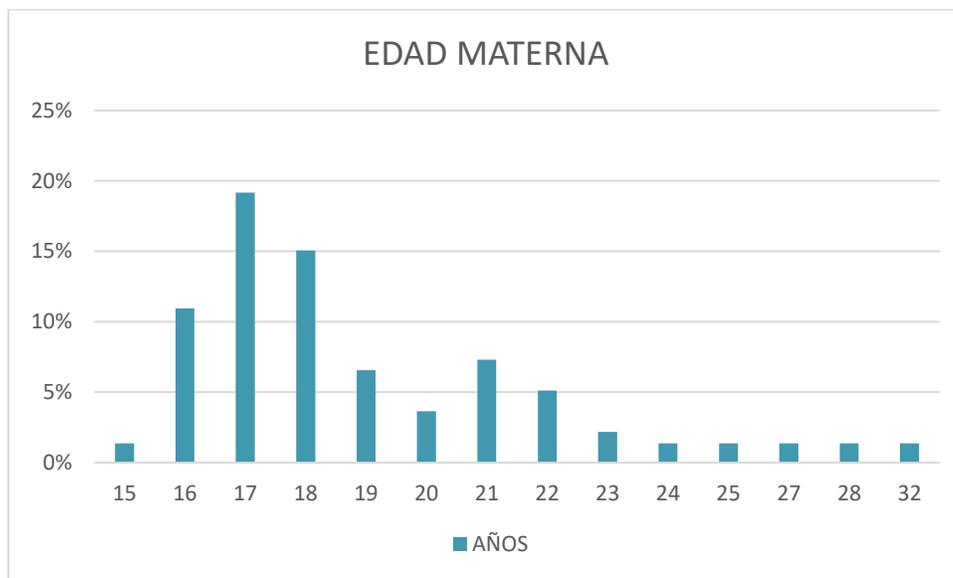
Riesgo de investigación será mínimo de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación (artículo 17). Así mismo los resultados obtenidos serán estrictamente confidenciales; además una vez que las pacientes acepten participar en el estudio, podrán renunciar a él sin que afecte en absoluto su atención médica.

RESULTADOS

En este estudio participaron 73 pacientes primigestas con embarazo de término a las que se les realizó episiotomía en el Hospital General La Perla, en un periodo de 4 meses.

Se encontró que el 57% de las pacientes primigestas a las que se les realizó episiotomía corresponden a adolescentes, con un promedio de 19.4 años, en frecuencia destacan las pacientes de 17 años con un 19 %, con edad mínima de 15 años y máxima de 32 años.

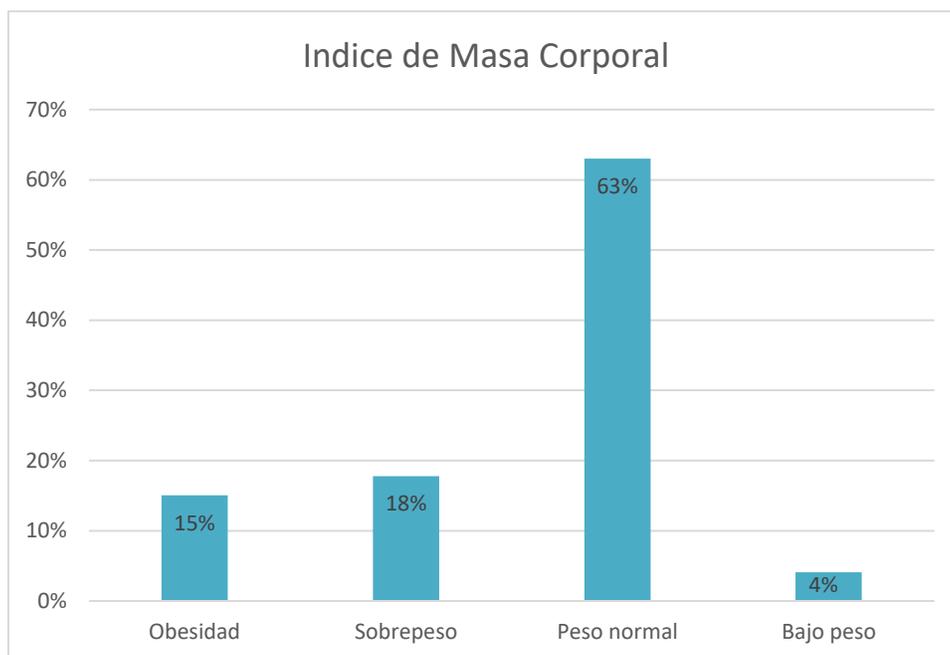
Grafica 1



Fuente: Instrumento para recolección de datos para Tesis de ginecología y obstetricia, Hospital General La Perla, 01 de junio 2020 al 30 de septiembre 2020.

En cuanto al índice de masa corporal se tiene que el 63% se encuentra dentro de peso normal, un 18 con sobrepeso y 15 % con obesidad grado I.

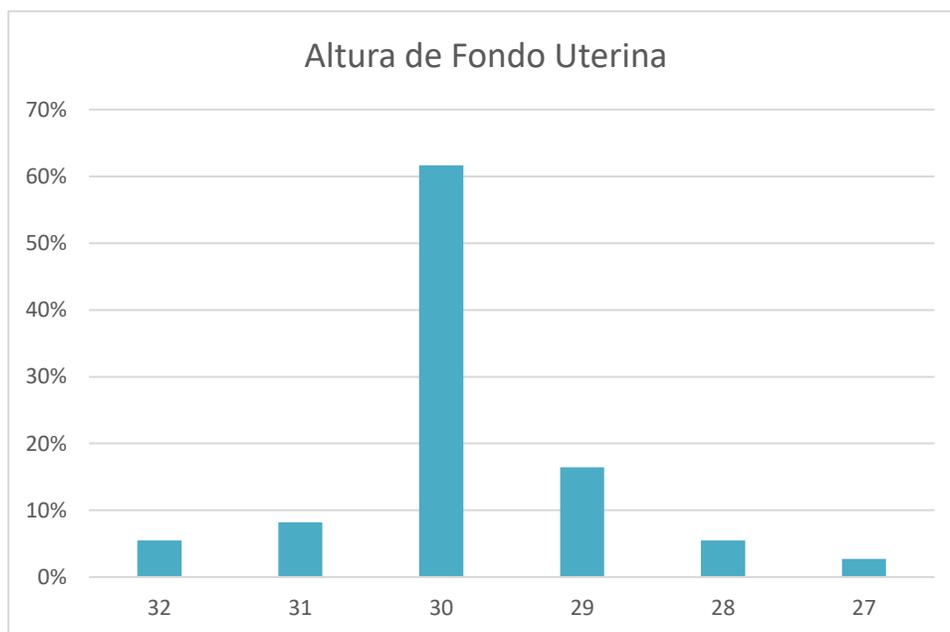
Grafica 2



Fuente: Instrumento para recolección de datos para Tesis de ginecología y obstetricia, Hospital General La Perla, 01 de junio 2020 al 30 de septiembre 2020

Se obtuvo que el 62% presento una altura de fondo uterino de 30 cm, relacionado con un peso fetal estimado como adecuado para la edad gestacional.

Grafica 3



Fuente: Instrumento para recolección de datos para Tesis de ginecología y obstetricia, Hospital General La Perla, 01 de junio 2020 al 30 de septiembre 2020

El inicio de trabajo de parto se presentó de manera espontánea en un 75 %, el otro 25% fue inducido por diversas causas.

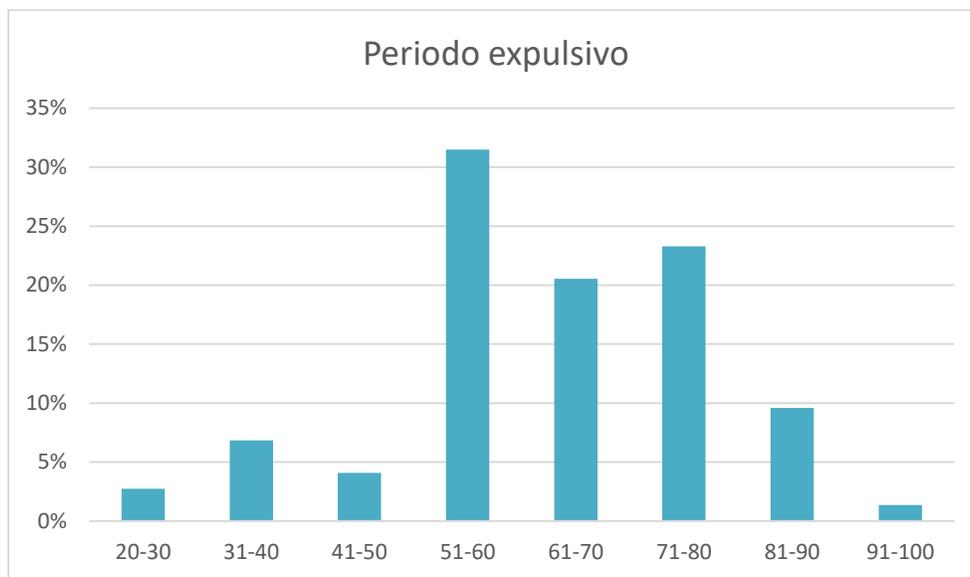
Grafica 4



Fuente: Instrumento para recolección de datos para Tesis de ginecología y obstetricia, Hospital General La Perla, 01 de junio 2020 al 30 de septiembre 2020

El periodo expulsivo en nuestros resultados este tuvo un promedio de 60.26 min, con un 32% entre 51 y 60 min, 21% entre 61 y 70 min y 23% entre 71 y 80 min.

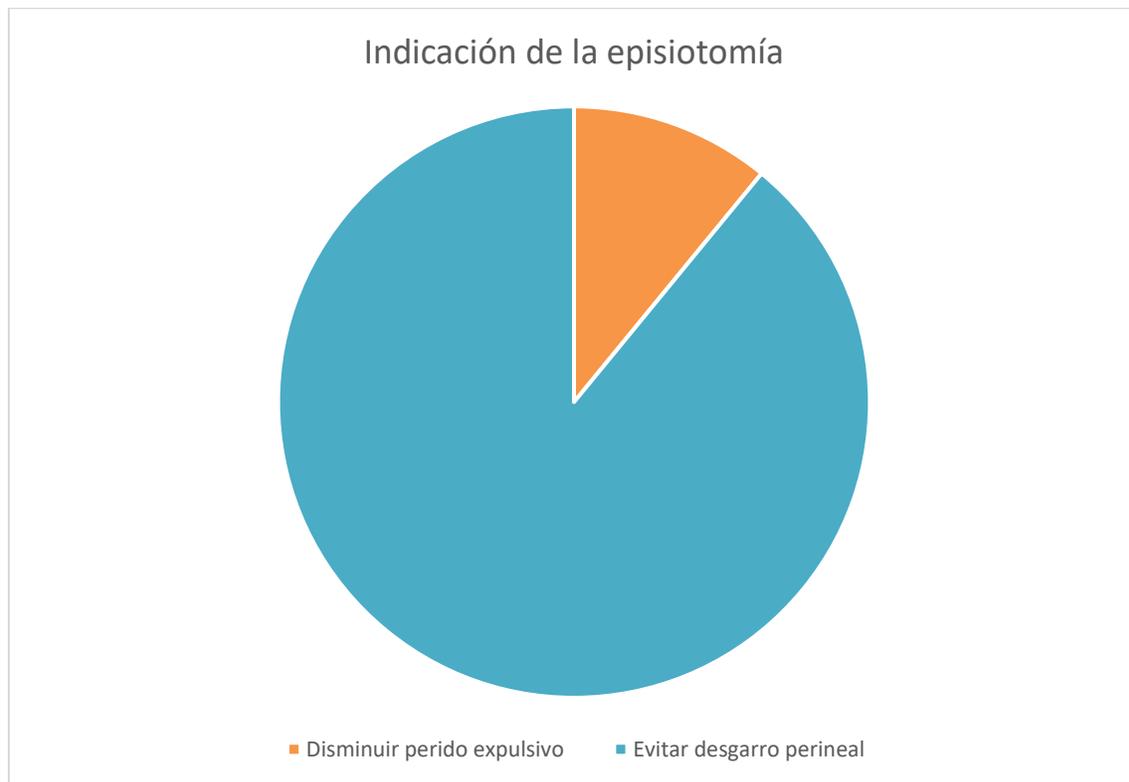
Grafica 5



Fuente: Instrumento para recolección de datos para Tesis de ginecología y obstetricia, Hospital General La Perla, 01 de junio 2020 al 30 de septiembre 2020

En cuanto a la indicación de la episiotomía se determinó que la principal causa (89%) es disminuir el riesgo de desgarro perineal en la paciente y el resto acortar el periodo expulsivo.

Grafica 6



Fuente: Instrumento para recolección de datos para Tesis de ginecología y obstetricia, Hospital General La Perla, 01 de junio 2020 al 30 de septiembre 2020.

Se tuvo un porcentaje de 80% de realización de episiotomía en pacientes primigestas, durante el periodo del estudio.

DISCUSION

De acuerdo a los resultados la población de estudio corresponde a adolescentes en un 57% con un promedio de 19 años, en un estudio realizado en el año 2016 Mellizo-Gavira y colaboradores encontraron que en pacientes sin partos previos y menores a 19 años se presentó mayor frecuencia en la realización de episiotomía por parte del médico tratante, Hueston analizó 6.500 partos en 5 centros norteamericanos entre 1991 y 1992, y vio que tenían más probabilidades de recibir una episiotomía, mujeres primíparas y cuando el parto era atendido por un médico. Ballesteros y colaboradores encontraron que la edad materna ≥ 35 años se asociaron con una menor incidencia de episiotomía

El 63 % de nuestras pacientes presentaron un IMC dentro de peso normal para la talla, de acuerdo con Mellizo y Gavira fueron factores protectores para evitar el uso de episiotomía el IMC mayor a 25.

En nuestros resultados el 62% presento una altura uterina de 30 cm asociada clínicamente con un peso adecuado para la edad gestacional, Ballesteros y colaboradores encontraron que 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. Molina Reyes y colaboradores no encontraron asociación entre el peso del recién nacido en la realización de episiotomía.

En cuanto al inicio de trabajo de parto el 75 % de nuestras pacientes fue de manera espontánea y el 25 % fue inducido por diversas causas, Mellizo y Gavira no encontraron significancia estadística en cuanto a la población a la que se le realizo episiotomía asociado a esta variable. Ballesteros y colaboradores observaron en su estudio 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, encontrando significancia estadística y un aumento del riesgo relativo de realizar episiotomía del 1.33 en los partos inducidos vs los espontáneos, aunque la prueba del tamaño del efecto V de Cramer, mostró que esta relación tiene un efecto bajo.

En cuanto al periodo expulsivo en nuestros resultados este tuvo un promedio de 60.26 min, semejante al promedio descrito en la literatura, Harrison en su estudio de 1984 no encontró diferencias significativas en que la realización de la episiotomía acorte el periodo expulsivo.

En cuanto a la indicación de la episiotomía en nuestro estudio un 89% se realizó con el objetivo de evitar un desgarro perineal, Rodríguez en su estudio del 2016 describe su indicación para prevenir desgarros perineales graves, sin embargo, el único beneficio demostrado de esta práctica rutinaria es un menor riesgo de traumatismo perineal anterior, pero lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior.

Respecto a la frecuencia de episiotomía nuestros resultados reportan un porcentaje mucho más alto (80%) el reportado en 2016 por Mellizo – Gavira y colaboradores que fue de un 30% y por arriba de la media nacional que es del 20 % de acuerdo con Rodríguez Salgado en su estudio del 2016. Low y colaboradores afirman en su estudio del año 2000 que más de un 30% es una utilización excesiva de la técnica.

CONCLUSIONES

Participaron 73 pacientes primigestas con embarazo de término, el 57% de las pacientes primigestas a las que se les realizó episiotomía corresponden a adolescentes, con un promedio de 19.4 años, 63% se encuentra dentro de peso normal, el 62% presentó una altura de fondo uterino de 30 cm, El inicio de trabajo de parto se presentó de manera espontánea en un 75 %, el periodo expulsivo en nuestros resultados este tuvo un promedio de 60.26 min, se determinó que la principal indicación para realizar episiotomía (89%) fue para disminuir el riesgo de desgarro perineal en la paciente y el porcentaje de realización de episiotomía fue del 80% durante el periodo del estudio en pacientes primigestas.

RECOMENDACIONES

Se deben evaluar estrategias para reducir la frecuencia de la episiotomía a los niveles esperados por organismos internacionales.

Emprender acciones correctivas que eviten que este procedimiento se efectúe de manera rutinaria.

Implementar el uso de distintas posturas maternas durante el periodo expulsivo que permitan una disminución en el uso de episiotomía.

Valorar al uso de intervenciones como el masaje perineal durante el periodo prenatal, ya que esta técnica ha sido asociada a una disminución en el uso de la episiotomía y los traumas perineales.

Restringir la manipulación perineal durante el periodo expulsivo, que evita el edema de los tejidos y esto contribuye a mantener un periné intacto.

Educar a las mujeres sobre las ventajas y desventajas de la episiotomía y hacerlas partícipes de su proceso, con la toma de decisiones informadas.

Educar al personal sanitario acerca de la investigación actual del uso de la episiotomía y unificar criterios para su indicación.

Realizar un estudio comparativo que permita asociar el uso de episiotomía con factores de riesgo materno, obstétricos y perinatales que permita hacer un análisis de las ventajas y desventajas de su utilización y en qué casos la paciente se vería beneficiada con su práctica.

Referencias bibliográficas

- 1.- J. Miñano Masip, S. Ferrero Martínez y J.M. Laílla Vicens. Asistencia al parto normal. González-Merlo. Obstetricia. Séptima edición. España: El Sevier; 2018. 215-221.
- 2.- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- 3.- Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 4.- Queensland Clinical Guidelines. Perineal care. Estado australiano. June 2018 URL: www.health.qld.gov.au/qcg.
- 5.- Andrés Martín Mellizo-Gaviria; Lina María López-Veloz; Richard Montoya-Mora; Roberth Alirio Ortiz-Martínez; Claudia Consuelo Gil-Walteros. Frecuencia de la realización de episiotomía y complicaciones en el Servicio de obstetricia del hospital universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización. Rev Colomb Obstet Ginecol 2018;69:88-97.
- 6.- Ing. Marlenne Rodríguez Salgado. Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud, como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria. México: Organización Panamericana de la salud – CONAMED; 2016.
- 7.- Mozo ML, et al. Revisión sistemática de la episiotomía. Prog Obstet Ginecol 2004;47(7):330-7.
- 8.- Herrera B, et al. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet Ginecol 2004; 47(9):414-22.
- 9.- 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.

10.- C. Molina-Reyes et al. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54(3):101—108.

11.- R. Gabriel, S. Bonneau y E. Raimond. Desgarros perineales recientes, episiotomía. *EMC Ginecología – Obstetricia*, 2019, Volumen 55, Número 4, Páginas 1-15.

12.- Zhang-Rutledge et al Reducing Episiotomies Using the Hawthorne Effect. *Obstet Gynecol* 2017;130:146–50.

13.- Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:285.e1-285.e4.

14.- Paris AE, Greenberg JA, Ecker JL, et al. Is an episiotomy necessary with a shoulder dystocia? *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:217.e1-3.

15.- A.H. Sultan et al. / *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 240 (2019) 192–196.

16.- V. Pergialiotis et al. / *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 247 (2020) 94–100.

17.- A. Hernández-Martínez et al. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. *Enferm Clin*. 2014;24(5):269-275.

18.- Katherine Hartmann et al. Outcomes of Routine Episiotomy A Systematic Review. *JAMA*. 2005;293:2141-2148

19.- M. Turmo et al. Cronificación del dolor tras episiotomía. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2015;62(8):436-442.

20.- M. Chehab, N. Mottet, R. Ramanah, D. Riethmuller. Parto de la paciente obesa. *EMC Ginecología – Obstetricia*, 2016, Volumen 52, Número 4, Páginas 1-10.

21.- Lena Sagi-Dain, Shlomi Sagi. The Role of Episiotomy in Prevention and Management of Shoulder Dystocia: A Systematic Review. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2015 Volume 70, Number 5, 354-362.

- 22.-. Prevención, Diagnóstico y tratamiento Quirúrgico de episiotomía complicada. México: secretaria de salud; 2009.
- 23.- Uso Racional de la episiotomía. México: secretaria de salud; 2009.
- 24.- Robinson JN, Norwitz, ER, Cohen AP, Liberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics And Gynaecology* 2000;96:214-7
- 25.- Harrison RB, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine use of episiotomy necessary? *BMJ* 1984;288:1471.

ANEXOS

1.- Instrumento de recolección de datos

Paciente	Edad	IMC	AFU	Inicio de trabajo de parto	Duración del periodo expulsivo.	Indicación de la episiotomía
1						
2						
3						