



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE MEDICINA

**“LA EPISIOTOMÍA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL
USO Y NO USO EN PACIENTES DE PARTO NORMAL
DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA TENA
ENERO- AGOSTO 2010.”**

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MÉDICO GENERAL

LADY GUISELDA ZAMORA CIFUENTES

RIOBAMBA – ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación

Dr. Manuel Jiménez Abad.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICADO

Los miembros de tesis certifican que el trabajo de investigación titulado **“LA EPISIOTOMÍA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL USO Y NO USO EN PACIENTES DE PARTO NORMAL DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA TENA ENERO- AGOSTO 2010.”** de responsabilidad de Lady Guissela Zamora Cifuentes fue presentado y se autoriza su publicación.

Dr. Manuel Jimenez A.
DIRECTOR DE TESIS

Dr. Ramiro Estévez
MIEMBRO DE TESIS

28 de Febrero del 2011

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina, por abrirme las puertas y contribuir con mi formación profesional.

A Dr. Manuel Jimenez, director de tesis, por sus conocimientos brindados, su estimulación, apoyo y dedicación en el asesoramiento y realización de este proyecto.

A Dr. Ramiro Estévez, miembro de tesis, por sus enseñanzas como docente en la cátedra de ginecología, por su ayuda y consejos en la revisión de este trabajo.

DEDICATORIA

La presente investigación es el resultado del trabajo realizado con esmero, sacrificios, perseverancia y sobretodo el gran deseo de superación.

A Dios y su hijo Jesús, por su amor cuidado y bendición todos los días de mi vida.

A mis padres y hermanos, por ser apoyo y pilar fundamental en mi vida, por quienes cada día el deseo de mi superación está presente.

INDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	10
II.	OBJETIVOS	13
A.	GENERAL	13
B.	ESPECÍFICOS	13
III.	MARCO TEORICO	14
	EPISIOTOMÍA MEDIO-LATERAL	23
	VENTAJAS TEÓRICAS E INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA	26
	COMPLICACIONES Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA	27
	DESGARROS PERINEALES	28
	CÓMO PREVENIR DESGARROS	30
IV.	METODOLOGÍA	32
	A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION	32
	B. VARIABLES	32
	1. IDENTIFICACIÓN	32
	2. DEFINICION	32
	C. OPERACIONALIZACIÓN	34
	D. TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
	E. POBLACIÓN MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO	37
	F. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	38
V.	RESULTADOS	52
VI.	CONCLUSIONES	54
VII.	RECOMENDACIONES	55
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
IX.	ANEXOS	61

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.- PACIENTES CON Y SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS POR PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010.....**¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 2.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE PACIENTES CON Y SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS POR PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010.....**¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 3.- DISTRIBUCIÓN POR PESO DE PACIENTES ATENDIDAS POR PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010. **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 4.- EPISIOTOMÍA Y RELACION CON EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO DE 37-41SEMANAS.**¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 5.- EPISIOTOMÍA Y RELACION CON RECIEN NACIDO DE PESO >2500 <4000GR.....**¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 6.- RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMÍA Y RECIÉN NACIDO CON PERIMETRO CEFALICO > 36CM.....**¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 7.- EPISIOTOMIA Y RELACIÓN CON APGAR > 7 EN RECIÉN NACIDOS.....**¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 8.- DISTRIBUCION POR GRADO DE DESGARRO EN PACIENTES DE PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 9.- RELACIÓN ENTRE DESGARRO GRADO I Y PRESENCIA DE HEMATOMA PACIENTES DE PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010 **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

TABLA N° 10.- RELACIÓN ENTRE DESGARRO GRADO III Y PRESENCIA DE HEMATOMA COMO COMPLICACION PACIENTES DE PARTO NORMAL
¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

TABLA N° 11.- RELACIÓN ENTRE DESGARRO GRADO IV Y PRESENCIA DE HEMATOMA COMO COMPLICACION PACIENTES DE PARTO NORMAL.

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

TABLA N° 12.- RELACIÓN ENTRE HEMATOMA Y EPISIOTOMIA, PACIENTES DE PARTO NORMAL.....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

TABLA N° 13.- RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMIA Y PRESENCIA DE INFECCIÓN PACIENTES DE PARTO NORMAL.¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

RESUMEN

Estudio retrospectivo transversal con el objeto de identificar Ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena. Se trabaja con una muestra de 123 historias clínicas de mujeres nulíparas, obteniéndose información en una ficha de recolección de datos que se analizan en el programa estadístico de Microsoft Excel y SPSS.

Se organizan dos grupos de pacientes con y sin episiotomía, obteniéndose como resultados que: 62% de nulíparas no se realiza episiotomía, de acuerdo a la edad y peso de la gestantes no hay diferencias dignas de mención, de los recién nacidos el 96,7% tiene entre 37 y 41 semanas; el 92,7% pesa entre 2500 – 4000 gr en los dos grupos, 4 pesan más de 4000 gr con episiotomía; el perímetro cefálico predominante es de 33 a 35cm en los dos grupos, solo el 1,6% es mayor de 36cm; el Apgar fue mayor de 7 en el 99,2% en los dos grupos sin mayor diferencia estadística. Las complicaciones más frecuentes en los dos grupos son los desgarros: sin episiotomía desgarro Grado I 22,8%, y Grado II 4,9%. Con episiotomía existe 9,8% desgarro Grado II, 2,4% desgarro Grado III y 1,6% desgarro Grado IV, Hematoma 5,7%, Infección y Dehiscencia el 1,6%.

Se concluye que las características de la madre y antropometría fetal no repercuten mayormente en la práctica de episiotomía, las complicaciones se presentan con mayor incidencia al realizar la episiotomía por lo que se recomienda mayor capacitación al personal médico para mejorar técnicas de protección perineal.

ANTROPOMETRIA EPISIOTOMIA DESGARRO

SUMMARY

A transversal retrospective study was conducted at “José María Velasco Hospital” in Tena; the result was a sample with 123 medical records of nuliparous women; a data recollection sheet was obtained in order to inform the analysis in microsof statistical excel program and SPSS.

Two groups of patients with and without episiotomy were taken into account for the test whose result was as follows: 62% of nuliparous women do not have episiotomy according to pregnant´s age and weight which do not show any relevant differences to be mentioned. On the other hand, the newborns showed the following data: 96.7% of them are between 37 and 41 weeks of age; 92.7% have a weight between 2.500 – 4.000 gr. In both groups, for newborns weighted more than 4.000 gr. on episiotomy. The brain perimeter is predominantly 33 and 35cm. in both groups, just 1,6 is greater than 36cm.

The Apgar was greater than 7 which meant 99.2% in both groups which had no meaningful statistical differences. The greater complications were tears in both groups: the one without episiotomy showed 22.8% tears grade II; 2.4% tears grade III and 1.6% tears grade IV, hematoma 5.7% infection and dehiscence 1.6%.

It can be concluded that the mother's characteristics as well as the fetal anthropometry did not cause important impact on episiotomy practice. The complications appeared with greater incidence when episiotomy was applied. For this reason greater medical training is to be recommended for improving perineal protection techniques

I. INTRODUCCIÓN

Episiotomía, es la incisión de la vulva y la perineotomía es la incisión del periné, sin embargo en la práctica diaria los dos términos se utilizan como sinónimos.

Esta intervención quizá constituye el procedimiento quirúrgico más frecuente en el mundo, tiene como objeto ensanchar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal.

En muchos tratados de obstetricia, se recomienda practicarla sistemáticamente para reducir el traumatismo perineal y la disfunción posterior al parto, así como disminuir la pérdida de sangre durante el parto y evitar traumatismos al neonato.⁶ Sin embargo, los resultados de diversos estudios sugieren que la realización sistemática de la episiotomía no aporta beneficios y que, incluso, puede aumentar el riesgo de desgarros de tercero y cuarto grados.⁶

Las tasas de episiotomías varían entre un 30 y un 80%, siendo en Latinoamérica de 92,3 %, esto representa que algo más de 9 de cada 10 mujeres, reciben esta técnica en sus partos.¹⁴

En EE.UU. se realiza al 50. 90 % de las mujeres primíparas, dependiendo de la zona. En los países de América Latina, esta tasa es muy alta, siendo el caso de Argentina uno de los más llamativos, pues se llega a realizar sistemáticamente a las mujeres nulíparas y primíparas. La incidencia de esta práctica, en la mayor parte de las Maternidades y Hospitales Generales en nuestro país, es del 100 % en primigestas, lo que significa un grave problema de salud, por constituir una lesión quirúrgica y hemorrágica a la embarazada, que violenta la integridad anatómica y funcional del canal blando del parto. En países pobres la situación empeora, ya que a la rutinaria práctica de la episiotomía, en muchos países se une la falta de recursos (suturas y antibióticos), lo que favorece la aparición de complicaciones.¹⁰

En Ecuador un estudio revela que la no realización de la episiotomía no afecto el test de Apgar. Concluyen además que la no realización de episiotomía disminuyó la frecuencia y número de lesiones del canal de parto. Y las dimensiones de la circunferencia fetal, no influyeron en la producción de desgarros cuando no se hizo episiotomía, utilizando las maniobras correctas de atención del parto.¹⁵

La episiotomía es una de las prácticas rutinarias más realizadas en el campo de la Obstetricia porque su uso se ha generalizado a la atención de todas las gestantes sobretodo nulíparas como “medida de prevención a traumas perineales y del recién nacido,” sin embargo el estudio pretende indicar que esta medida debe ser cambiada ya que sus beneficios no han sido completamente probados científicamente.

Según Sheila Kitzinger, ésta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente en la sociedad occidental.

El trabajo tiene como finalidad promover el uso restrictivo de la episiotomía sujeto a ciertas indicaciones y dejar de lado el uso sistemático de la misma. Además pretende identificar cuáles son las ventajas y desventajas del uso de dicha técnica.

Tratamos de demostrar, que las lesiones del canal de parto sin episiotomía, en embarazadas primíparas a término, son menores a las lesiones del canal blando del parto atendido en embarazadas primigestas con episiotomía. Así también que, de acuerdo al test de apgar la realización o no de episiotomía no altera el bienestar del recién nacido evaluado en el momento del posparto.

La demostración de que no es necesaria la episiotomía sensibilizará y motivará a los prestadores de servicios en la atención del parto para que no se realice la episiotomía o la efectúen en un número reducido de embarazadas cuyas características del canal del parto y/o la dinámica del periodo expulsivo así lo exijan y para que las episiotomías –si la realizan-, sean de menor longitud y profundidad, lo que aportará un gran beneficio para las mujeres que reciban esta atención, sustentada en las evidencias proporcionadas por la presente investigación.

PREGUNTA INVESTIGATIVA

¿Es ventajoso el uso de la Episiotomía en pacientes obstétricas Nulíparas con Parto Vaginal?

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Identificar las Ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes nulíparas de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena Enero- Agosto 2010.

B. ESPECÍFICOS

1. Conocer el número de partos normales en nulíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia.
- 2.- Identificar las características de la madre en relación al parto normal.

3.- Determinar las características antropométricas del recién nacido.

4.- Identificar las complicaciones más frecuentes con uso y sin uso de episiotomía.

III. MARCO TEORICO

DEFINICIÓN

Etimológicamente episiotomía significa “cortar el pubis” (episeion = pubis y temmo = yo corto). También denominada colpoperineotomía, es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto, ampliando el canal blando del parto.

Es un acto quirúrgico simple, pero no por ello es menor. Aunque su empleo es frecuente en la asistencia del parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas en relación a su empleo e indicación.

Según datos históricos, parece que fue Sir Fielding Ould (1742) (Irlanda) el primero en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede

recomendaban la sección del periné en sus partos. Ya en el siglo XX, De Lee y Pomeroy aconsejan tal proceder de forma sistemática durante el parto.

Un equipo de investigadores del Centro Latinoamericano para la Perinatología, en Montevideo (Uruguay), ha estudiado el porcentaje de episiotomías practicadas sobre mujeres primerizas en 122 hospitales de 16 países latinoamericanos entre 1995 y 1998. Los resultados del estudio son estremecedores: pese a ser una técnica injustificada, nueve de cada diez mujeres primerizas han sufrido la episiotomía en los hospitales de Latinoamérica a lo largo de ese periodo. De este modo, cada año son sometidas a esta operación más de dos millones de mujeres primerizas en América Latina, una situación inadmisible según los autores de la investigación.

Sin embargo en Colombia según datos del estudio sobre “política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario” durante el período 1999- 2000 se realiza episiotomía al 43,4% de nulíparas, al 23.5% de secundíparas y el 1.9% multíparas. Sin mayor diferencia en el período 2002-2003 de pacientes sin episiotomía las nulíparas son el 44.5%, luego el 22,6% fueron secundíparas y el 1.0% multíparas. ⁽²⁵⁾ Herrera en su estudio sobre episiotomía selectiva período 1998-2003, menciona que se practica episiotomía al 73,6% de las mujeres nulíparas.

La paridad, por muchos autores es un factor determinante para la realización de episiotomía, y en la práctica las mujeres que paren por primera vez tienen mayor riesgo de que les realice episiotomía.

Diversos estudios realizados apoyan la decisión de que se debe abandonar la práctica rutinaria de la episiotomía y evaluar adecuadamente que pacientes se beneficiarían del procedimiento ya que cada vez existe mejor evidencia la cual cuestiona los beneficios alegados sobre el uso rutinario de la episiotomía.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud *“El uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada”*. Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada sólo para aliviar el distres materno o fetal, o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso.

ANATOMIA DEL PERINEO

Antes de llevar a cabo la episiotomía y la reparación de la misma, es fundamental que el profesional que atiende el parto cuente con un conocimiento acabado de la anatomía del perineo y de las estructuras adyacentes. Una falta de conocimiento de esta área puede llevar a una falla para ejecutar y reparar una incisión en forma adecuada.

ANATOMÍA EXTERNA

Los genitales externos se observan en Anexo 1.

El área más crítica del perineo es la distancia desde la fosa vestibular hasta el ano. Normalmente se refiere a esta área como el cuerpo perineal o pudendo y tiene, en promedio, de 3 a 4 cm de longitud en caso de mujeres no grávidas. Variará significativamente de mujer a mujer y se expandirá a medida que

comience a emerger la cabeza. La episiotomía de línea media se efectúa en ésta área anatómica y es el sitio donde comienza la episiotomía medio lateral.

Anexo 1

ANATOMÍA INTERNA

Por debajo de la piel se encuentran los músculos y los sustentos de la fascia del perineo. Anexo 2

Una episiotomía de línea media se efectuará desde el orificio vaginal mirando hacia el ano. La incisión estará en el punto central del perineo y normalmente se extenderá a los músculos perineales transversales, de los cuales existen dos: un músculo superficial y uno profundo. Los dos músculos se encuentran en tal aproximación cercana que generalmente no se los pueden identificar como dos entidades independientes. Debido a que también se entrelazan con el esfínter anal, comúnmente se los confunde con el esfínter mismo. Se extienden en sentido lateral desde la línea media hasta la tuberosidad isquiática y cerca del borde lateral vaginal, la cobertura fascial también está próxima al músculo bulboesponjoso.

El músculo bulboesponjoso es el músculo principal sobre el que se realiza la incisión cuando se lleva a cabo una episiotomía medio-lateral. Este músculo se extiende desde las ramas púbicas, circunscribe la apertura vaginal y luego se dispersa ligeramente ya que termina justo por encima de los músculos perineales transversos. En ubicación lateral al músculo bulboesponjoso se

encuentra el compartimiento perineal superficial que generalmente contiene tejido graso. La glándula de Baartholin, el bulbo vestibular y muchas venas también se encuentran en este compartimiento.

En la figura se observa el flujo sanguíneo en esta área. Anexo 3

La arteria pudenda interna, una rama del tronco anterior de la arteria iliaca interna, constituye la principal arteria proveedora del perineo. Sus ramas son las arterias perineal, labial y hemorroidal. El drenaje venoso sigue básicamente los mismos patrones que las arterias. Sin embargo, en el área paravaginal, es frecuente el desarrollo de varicosidades durante el embarazo.

El área está inervada por el nervio pudendo y sus ramas, tal como se observa en la figura el nervio pudendo es una rama del sacro 2, 3 y 4. Anexo 4

En ocasiones, una rama cutánea del nervio anal inferior, puede inervar el área alrededor del ano. Cuando esto sucede no será adecuada la anestesia tradicional por bloqueo pudendo para llevar a cabo una episiotomía y será necesaria una infiltración local. Anexo 5

Momento de la episiotomía

Si se realiza una episiotomía temprana de modo innecesario, la hemorragia de la incisión puede ser considerable durante el intervalo entre la episiotomía y el parto. Si se la realiza demasiado tarde, los músculos del piso perineal ya habrán sufrido un estiramiento excesivo y se anula uno de los objetivos de la intervención.

Como refieren varios autores, la episiotomía debe practicarse en el momento apropiado (3-4 cm de coronación de la cabeza fetal) y, probablemente, muchos profesionales adolecen de tener en cuenta esta máxima.

TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Existen dos tipos básicos de episiotomía: la medial y medio-lateral. Anexo 6

Hay grandes diferencias en lo que respecta a sus efectos secundarios y al dolor provocado en su recuperación inmediata.

La episiotomía medial es conocida como episiotomía de línea media y es la episiotomía utilizada con mayor frecuencia. Sin embargo, también está asociada con mayor riesgo de extensión misma que puede incluir el esfínter anal (tercer grado) o el recto (cuarto grado).

Una episiotomía medio lateral, que es una incisión de al menos 45 grados desde la línea media, se prefiere en algunos países debido a que reduce el riesgo de extensiones de tercer y cuarto grado, entre sus desventajas están: difícil de reparar, aumentan la pérdida de sangre y aumentan los malestares posparto.

EPISIOTOMIA DE LA LÍNEA MEDIA

Procedimiento

Antes de llevar a cabo una episiotomía, se necesita un alivio adecuado del dolor. Se puede lograr mediante el uso de infiltración local, bloqueo del nervio

puddendo o analgesia de conducción, tal como una epidural o raquianestesia subdural baja. Una vez asegurado el alivio del dolor, se puede iniciar el procedimiento. Es importante asegurarse de que la cabeza del feto se encuentre protegida durante la episiotomía. Por tal motivo, solo se debe usar un escalpelo u otro método en caso de no contar con tijeras.

Inicialmente, se deben insertar los dedos índice y medio dentro de la vagina entre el perineo y la cabeza del feto. Luego se efectúa una incisión en el perineo en sentido vertical, extendiéndose hasta los músculos perineales transversos pero no dentro de los mismos. Anexo 7

La incisión se debe efectuar tan cerca de la línea media como sea posible. Después de finalizado el parto, es primordial inspeccionar el sitio de la incisión con detenimiento a fin de determinar el grado de la episiotomía así como cualquier posible desgarro o extensión.

En mujeres primíparas, el cociente de probabilidades informado es de +22.08 respecto a que las episiotomías de la línea media se extiendan mas allá de la incisión inicial dentro y a través de los músculos perineales transversos y el esfínter anal (tercer grado) o dentro de la mucosa rectal (cuarto grado).

Reparación (Anexo 8)

La reparación quirúrgica de una episiotomía es una reaproximación de la mucosa vaginal separada del tejido blando y del musculo, de modo que cada parte concuerde con su contraparte.

La elección de la sutura se basa en el grado de lesión, si se va a reparar la mucosa rectal, la sutura no debe ser mayor a 4-0.

El material de sutura estándar es catgut crómico pero muchos obstetras también usan material sintético. La aguja debe ser pequeña y cónica para la mucosa y puede preferirse una sutura mayor para el tejido blando y el músculo. Sin dudas, es aceptable el uso de dos tipos de suturas y agujas diferentes.

A fines de inclusión, esta descripción comenzará con una extensión rectal y continuará hacia arriba. Obviamente, si no ocurre una extensión, la reparación comenzará en el punto mas bajo adecuado de la episiotomía.

En caso de que la mucosa rectal esté involucrada, se debe identificar la cúpula. Luego se coloca una sutura a aproximadamente 1cm por encima de la cúpula con el fin de asegurarse de que se ligen todos los vasos retraídos. Luego se cierra la mucosa con técnica de sutura en corrida o ininterrumpida 4-0 para unir los dos bordes de la mucosa.

La sutura no debe penetrar la capa mucosa pero debe unir la submucosa. Las suturas se deben colocar con una separación no superior a 0-5 cm y la sutura en corrida no interrumpida debe continuar hasta el esfínter anal y el cuerpo perineal.

Luego se debe identificar el esfínter anal. Normalmente los dos bordes estarán retraídos en disposición lateral y puede ser necesaria una pinza Allis a fin de identificar los bordes cortados y acercarlos a la línea media.

Cuando se efectúa una reparación del esfínter anal es importante suturar la cubierta fascial y no solo el músculo. Esta reparación se logra de mejor forma mediante varias suturas interrumpidas alrededor de los músculos en vez de una grande en forma de 8.

La reparación se refuerza por la cubierta y no el músculo. Algunos recomiendan que es mejor aplicar primero la sutura ubicada más abajo, en la posición de las 6 en punto, luego la sutura mas interna en la posición de las 9 en punto, luego en la parte superior o más arriba del musculo, seguida de una colocación a las 3 en punto, la cual es la más superficial y la más fácil. Debido a que los músculos perineales transversales también están separados, estos se pueden reparar en forma similar. Normalmente la sutura del esfínter anal en posición de las 12 en punto incluirá una porción de la cápsula inferior del tejido muscular transverso. Algunos obstetras defienden el uso de una sutura 2-0 para estas reparaciones de cápsula debido a que brindará soporte por mayor tiempo y por lo tanto, aumentará la capacidad de cicatrización. Esta se trata de una elección personal y no existe evidencia como para sugerir que tipo de sutura es la mejor.

Ahora se debe cerrar la capa fascial subyacente esto proporciona una segunda capa sobre la mucosa rectal y ayuda a soportar adicionalmente la extensión.

Asimismo, también cierra parte del “espacio muerto” potencial entre la mucosa vaginal y el recto. Algunos efectúan esta capa antes de la reparación del esfínter e incorporan la sutura del esfínter en posición de las 6 en punto en el extremo inferior de esta reparación rectal de segunda capa. A lo largo de estos

procedimientos, se deberá controlar detenidamente la aparición de vasos sangrantes y deberá ligarlos adecuadamente para evitar futuros hematomas.

En este punto el procedimiento ha alcanzado el nivel de reparación que se necesita para una episiotomía de línea media sin extensión o una reparación de una laceración secundaria.

Se coloca una sutura a aproximadamente 1 cm por encima de la cúpula de la vagina. Luego se continúa la sutura en corrida o en corrida interrumpida hasta el anillo himeneal. Se debe ser cuidadoso para evitar una sutura profunda que pudiera extenderse a través del tejido submucoso en el recto.

Se debe prestar especial atención con el fin de asegurarse que se incorpora el tejido submucoso en la sutura en corrida. El tamaño de la sutura para esta porción de la reparación es normalmente 3-0, aunque para un principiante es más fácil el uso de una sutura 2-0. La aguja debe ser de punta roma.

En el himen, se puede lograr una aproximación adecuada de los dos bordes al acercar la porción exterior. Luego, se continúa la sutura en corrida hasta la unión de la mucosa escamosa. Cuando se alcanza a esta área, es importante evaluar el cuerpo perineal y las áreas de la submucosa. En caso de que exista un defecto profundo, pueden ser necesarias suturas interrumpidas para aproximar los lados, con el fin de evitar un espacio muerto. Por último, la piel está lista para el cierre. Esto se puede realizar mediante una extensión subcuticular continua de la sutura que se haya traído al área de la mucosa escamosa. También se puede cerrar con una reparación intradérmica 3-0 o 4-0 independiente.

EPISIOTOMÍA MEDIO-LATERAL

Procedimiento

Una episiotomía medio-lateral requiere de la misma prevención del dolor a la que se hizo referencia para la reparación de línea media. La mayoría recomienda que estos procedimientos se lleven a cabo justo antes del parto debido a que la episiotomía medio lateral tiende a sangrar más que los procedimientos de línea media. Anexo 9

Una vez tomada la decisión, se insertan los dedos dentro de la vagina entre la cabeza y el perineo. Luego se efectúa una incisión en un ángulo de aproximadamente 45 grados desde la línea media al cuerpo perineal. La cúpula debe estar en la línea media exacta de la del perineo, no lateral a la línea media. Anexo 10

Esta incisión suele ser en el lado izquierdo o el derecho, dependiendo de la preferencia del profesional. Se sugiere que la reparación de una incisión en el lado izquierdo de la paciente es mecánicamente más fácil. Es importante utilizar tijeras rectas y filosas con el fin de permitir que la incisión se efectúe en un único corte. La incisión se extenderá aproximadamente 4 cm hacia el perineo y puede alcanzar la fosa isquio-perineal. En caso de que la incisión no fuera lo suficientemente profunda, habrá muy poca relajación y será necesaria una segunda incisión para extender la primera. Si bien no está prohibida, una segunda incisión aumenta el riesgo de una línea en zigzag al tiempo de la cicatrización.

Reparación

Inmediatamente después del parto, el obstetra debe examinar el grado de la episiotomía. Se debe evaluar detenidamente la extensión ascendente de la incisión vaginal, especialmente mediante un parto mediante fórceps. Una vez finalizada esta evaluación, debe comenzar la reparación.

Se debe tratar cualquier hemorragia arterial con el fin de evitar la formación de hematomas subsiguientes.

Se colocan dos dedos en la vagina para efectuar una tracción y separar los bordes de la incisión. Anexo 11

Luego se coloca una sutura de material 2-0 o 3-0 a aproximadamente 1 cm por encima de la cúpula esto evitará el sangrado de los vasos retraídos y la interrupción de la reparación. Luego se utiliza una sutura en corrida con una aguja de punta roma para cerrar la mucosa vaginal y las áreas submucosas.

Puede que sea necesario colocar suturas interrumpidas adicionales en el espacio de la submucosa, si se logra un tejido inadecuado con la sutura de la mucosa. Una vez alcanzado el introito, será necesario cerrar el tejido de soporte. Normalmente no existen intentos para reaproximar el himen en este enfoque. Serán necesarias diversas suturas interrumpidas para cerrar el tejido restante.

Debido a que la incisión se encuentra en dirección lateral, el tejido medio será inferior que el borde distal y será necesaria una aproximación cuidadosa con el objeto de evitar una distorsión subsiguiente de la apertura vaginal. La

colocación de suturas en disposición diagonal en vez de hacerlo en disposición horizontal ayuda a mantener una aproximación anatómica adecuada. Generalmente no es necesario el uso de más de seis suturas interrumpidas y es mejor el uso de menos que más suturas.

Antes de cerrar la piel y el tejido subyacente, generalmente se necesitará reparar el músculo bulboesponjoso debido a que se extiende hacia el sitio de la incisión. El extremo superior del músculo, si hubiera sido transeccionado, se habrá retraído y deberá ser identificado y reaproximado.

Las suturas se deben colocar en la cubierta fascial y no en el músculo. Una vez finalizada esta reparación, se puede reaproximar el tejido subyacente y la piel. Se deben usar suturas diagonales y no horizontales. La piel misma se aproxima mejor con una sutura subcuticular.

VENTAJAS TEÓRICAS E INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

- Embarazo múltiple (indicación especulativa)
- Sufrimiento fetal (indicación relativa)
- Minimiza el trauma del piso pélvico (evidencia en contra)
- Parto pretérmino: por la reducción de la presión intracraneal fetal. Depende que tan prematuro; (indicación especulativa con escasa evidencia en contra).
- Requisitos para la instrumentación del parto (evidencia contradictoria) no indicación absoluta en uso de espátulas, fórceps o vacum. Indicación

real cuando sea absolutamente necesario el parto expedito antes de nueve minutos o 2 – 3 contracciones

- Acortamiento del expulsivo (lo acorta aproximadamente en nueve minutos en las nulíparas pero no en todas las multíparas; si existe temor por el bienestar fetal, la episiotomía está indicada)

COMPLICACIONES Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA

La evidencia científica muestra que la episiotomía para facilitar el primer parto, no está justificada, no supone ningún beneficio para la madre ni para el hijo, crea la necesidad de coser el perineo, genera riesgos de complicaciones, provoca dolor innecesario y afecta la actividad sexual.

Las complicaciones más frecuentes son:

- Sangrado
- Extensión de la lesión hasta el recto.
- Resultado anatómico insatisfactorio
- Dolor y dispareunia
- Aumento Significativo del riesgo de laceraciones complicadas
- Infecciones
- Fístula Celulitis y fascitis necrotizante
- Incontinencia anal.

A la hora de investigar las desventajas de la episiotomía, nos encontramos con algunas revisiones como la de Brooks que en su estudio sobre infección de

episiotomías en maternidades periféricas de dos zonas de Guatemala, menciona que la incidencia de infección es del 42,2%, esto demostrado mediante cultivos, sin embargo se aclara que el índice puede ser más alto ya que solo se realizaron 90 cultivos de 190 episiotomías realizadas.

Mientras en Lima, de las pacientes a quienes se les realizó episiotomía las complicaciones como: hematoma y dehiscencia de sutura se presentan en el 2,5% y 17,6% respectivamente, y sin episiotomía el 2,5% corresponde a dehiscencia de sutura, y la infección no se presenta en ninguno de los dos grupos estudiados.

En el estudio sobre episiotomía restrictiva versus rutinaria y su incidencia en desgarro perineal severo Domínguez menciona que, de 51 pacientes con episiotomía 3 mujeres presentaron hematoma como complicación de desgarros grado III y IV, mientras que de 73 mujeres sin episiotomía 28 presentó desgarro grado II, pero ninguna de ellas presentó hematoma infección o dehiscencia como complicación.

DESGARROS PERINEALES

Pueden ocurrir desgarros durante el proceso del parto en diversas secciones del área vaginal y del área paravaginal.

Tipos de desgarros.

Primer grado: laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación. Anexo 12 a

Segundo grado: laceración que involucra la mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hasta los músculos perineales transversos y requiere de reparación mediante sutura. Anexo 12 b

Tercer grado: laceración que se extiende dentro del músculo del perineo y puede involucrar tanto a los músculos perineales transversos como así también el esfínter anal. No involucra la mucosa rectal. Anexo 12 c

Cuarto grado: laceración que involucra la mucosa rectal. Anexo 12 d

Comparación entre episiotomía y desgarro.

Domínguez en su estudio de episiotomía restrictiva versus episiotomía rutinaria y la incidencia de desgarro perineal severo en Julio- 2004 a Junio-2006, refiere que de 51 mujeres a quienes se les realizó episiotomía, 25 (20,1%) presentaron desgarro grado III y 16 pacientes presentaron desgarro grado IV (13%). De 73 mujeres sin episiotomía, 20 presentaron desgarro grado I, 28 desgarro grado II, 19 mujeres con desgarro grado III y 6 desgarro grado IV.

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Niño San Bartolomé, Lima en el 2001, en el cual de 238 mujeres con episiotomía y 204 sin episiotomía. Los desgarros de I y II grado se produjeron mayormente en las pacientes a las que no se les realizó una episiotomía 41.7% y 9.3%

respectivamente y los desgarros de III y IV grado, se produjeron en aquellas pacientes en las que se aplicó episiotomía de manera sistemática.

Woolley realiza un análisis en profundidad de todos los trabajos existentes al respecto entre los años 1980 y 1994. Referente a la prevención de los desgarros de 3º y 4º grado, este investigador encontró que la episiotomía incrementa el riesgo de daño al esfínter anal, relacionado con la episiotomía central, no encontrando una relación con la episiotomía lateral, aunque sí en la profundidad de la episiotomía con respecto a un desgarro.

- La episiotomía causa más dolor que un desgarro en el momento del parto.
- En los días siguientes, la episiotomía es más dolorosa que un desgarro.
- La episiotomía no es menos dolorosa a lo largo del tiempo (3 semanas o más).
- Con los desgarros, el inicio de las relaciones sexuales se produce antes que con una episiotomía.
- La episiotomía lateral está asociada con más problemas de salud a corto y largo plazo que los desgarros.
- La episiotomía no es más fácil de reparar que un desgarro, además de necesitar más material en su sutura.

Cómo prevenir desgarros

Diversos factores pueden intervenir en la prevención de los desgarros:

- **Comodidad y privacidad.** Refieren que la posición en cuclillas y la privacidad suficiente como para que la madre pueda gritar en el momento de la salida del bebé ayudan a que no se produzcan desgarros (8, 18).
- **Descanso.** Se deben adoptar todas las posiciones incluyendo parada, de cuclillas o, de rodillas apoyándose con las manos. Éstas son ideales para quitar la presión del periné, igual que la posición en decúbito lateral.
- **Parto bajo el agua.** Puede ayudar a prevenir desgarros, ya que el agua distribuye la presión con suavidad y enlentece el parto.
- **Atención del parto sin apresurarse.** De esta manera el periné puede tomar el tiempo necesario para distenderse lo suficiente para la salida del bebé.
- **Ejercicios de Kegel.** Éstos permiten a los músculos perineales tener un tono adecuado para prevenir los desgarros durante el parto. El ejercicio consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y mantenerlos contraídos por aproximadamente 5 segundos, luego relajarlos. Se deben hacer hasta 200 repeticiones por día, no todos a la vez pero durante el día, sobre todo mientras se micciona.
- **Masaje perineal.** Éste prepara el cuerpo para el estiramiento perineal que ocurrirá durante el parto. Comenzar a hacerlos desde las 34 semanas de embarazo. Se inicia el masaje aplicando sobre las manos aceite vegetal o gel lubricante. Separar las piernas e introducir los dedos en la vagina deprimiendo el periné hacia abajo y hacia los lados hasta

sentir un “estirón”. Mantener esta posición alrededor de 2 minutos, luego proceder a masajear alrededor del introito como si se estuviese dando a luz. Es importante no exagerar con este ejercicio porque puede ocasionar un daño al área.

IV. METODOLOGÍA

A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

La investigación del presente trabajo se realiza en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra ubicado en la Ciudad de Tena Provincia de Napo durante los meses Enero - Agosto 2010.

B. VARIABLES

1. IDENTIFICACIÓN

1. Número de partos
2. Características de la madre
3. Características antropométricas del recién nacido
4. Complicaciones con uso y sin uso de episiotomía.

2. DEFINICION

- **NÚMERO.-** Expresión de una cantidad con relación a su unidad. Cantidad de personas o cosas de determinada especie
- **PARTO.-** El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno.
- **EDAD.-** Tiempo que ha vivido una persona.
- **CARACTERÍSTICAS.-** Pertenecientes o relativas al carácter. Dicho de una cualidad: Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.
- **MADRE.-** Hembra que ha parido. Hembra respecto de su hijo o hijos.
 - PARIDAD.-* De una mujer que ha parido.
 - PRIMÍPARA:* Mujer o Hembra que pare por primera vez
 - NULÍPARA:* Se dice de la mujer que no ha tenido partos
 - SECUNDÍPARA:* Mujer o hembra que pare por segunda vez
 - MULTÍPARA:* Se dice de la mujer que ha tenido varios partos.
- **RECIÉN NACIDO.-** Se puede denominar recién nacido o neonato al niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.
- **COMPLICACIÓN.-** Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad o situación y que no es propio de ella.

- **PESO.-** En física, el peso de un cuerpo es una magnitud vectorial, el cual se define como la fuerza con la cual un cuerpo actúa sobre un punto de apoyo, a causa de la atracción de este cuerpo por la fuerza de la gravedad.
- **TALLA.-** Estatura o altura de las personas.
- **PERIMETRO.-** Circunferencia de una parte del cuerpo: perímetro torácico, abdominal, cefálico, etc., cuya medición proporciona datos sobre su normalidad.
- **APGAR.-** Es un método utilizado por el médico neonatólogo para evaluar al recién nacido.
- **EPISIOTOMÍA.-** Sección que se realiza en el periné en el momento del parto para ensanchar el introito vaginal.
- **DESGARRO PERINEAL.-** Lesión que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina).
- **HEMATOMA.-** Colección hemática de partes blandas o lechos quirúrgicos, espontánea, traumática o postquirúrgica.
- **DEHISCENCIA.-** Separación de dos estructuras o porciones de tejido vecinas por fuerzas mecánicas, produciendo una fisura. Normalmente se utiliza este término para designar la apertura espontánea y no esperada de una herida.
- **INFECCIÓN.-** Significa la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el cuerpo de una persona o animal que puede constituir un riesgo para la salud pública.

C. OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
PARTOS Partos normales	Nominal	Con episiotomía Sin episiotomía
CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE Edad	Nominal	Adolescente Adulta Joven Adulta Madura
Peso	Continua	<50Kg 50-60Kg 61-70Kg 71-80Kg >80Kg
Paridad	Nominal	Nulípara Secundípara Multípara

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO		
Edad por examen físico	Continua	<p>< 37 sem</p> <p>37-41 sem</p> <p>≥ 42sem</p>
Peso	Continua	<p>≤ 2500gr</p> <p>>2500 <4000gr</p> <p>≥4000gr</p>
Perímetro cefálico	Continua	<p>≤ 32cm</p> <p>33-35cm</p> <p>≥36cm</p>
Apgar	Continua	<p>0-3</p> <p>4-6</p> <p>≥7</p>
COMPLICACIONES CON O SIN EPISIOTOMÍA		
Desgarros	Ordinal	<p>Grado I</p> <p>Grado II</p> <p>Grado III</p> <p>Grado IV</p>

Infección	Nominal	Si No
Hematoma	Nominal	Si No
Dehiscencia	Nominal	Si No

D. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo corresponde a un estudio descriptivo, transversal.

E. POBLACIÓN MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

La población está constituida por 524 mujeres atendidas por parto normal en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena periodo Enero- Agosto 2010.

La muestra para nuestro estudio está constituida por 123 pacientes, que son las que cumplen con los criterios de inclusión, las cual se ha dividido en dos grupos:

Un grupo conformado por 47 pacientes a quienes se les realizó episiotomía.

Un grupo conformado por 76 pacientes a quienes no se les realizó episiotomía.

Criterios de inclusión.

Pacientes Nulíparas

Embarazo A término

Parto eutócico

Feto único

Criterios de exclusión.

Partos instrumentados

Embarazos múltiples

Cesáreas

F. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se realizara un oficio dirigido al señor Director del Hospital José María Velasco Ibarra para obtener el permiso y paso para la realización de la investigación.
- Mediante oficio se obtiene autorización del centro de estadística para acceder a las historias clínicas de las pacientes registradas atendidas por parto normal.
- La recolección de datos se realiza a través de la revisión periódica y continua de historias clínicas y observación directa de pacientes, procediendo luego al llenado de las fichas de recolección de datos.
- Se rechazan historias clínicas incompletas y se eligen únicamente las que cumplan con los criterios de inclusión.

TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

- La representación y análisis de los datos obtenidos se realiza mediante la utilización del programa de investigación SPSS y Microsoft Excel 2007 creando tablas, barras y pasteles para la mejor distribución de las variables en estudio facilitando así la interpretación de los datos.
- Los datos fueron analizados, tabulados y sometidos a pruebas de validez estadística como el chi cuadrado, con un índice de confianza de 95%, una significancia estadística de 0,05 (5%), y 1 grado de libertad.

TABLA N° 1.- PACIENTES CON Y SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS POR PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010

PARTO NORMAL	CASOS	PORCENTAJE
SIN EPISIOTOMÍA	76	62%
CON EPISIOTOMÍA	47	38%
TOTAL	123	100%

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

El total de pacientes del estudio es 123. De las cuales el 62% comprende mujeres a quienes no se les realizó episiotomía con 76 pacientes.

Como vemos la técnica de episiotomía se realiza con menor frecuencia en nuestro lugar de estudio, esto debido a una política de episiotomía selectiva y como lo

aclara la literatura, con el paso de los años el uso de episiotomía rutinaria está quedando a consideración del profesional que atienda un parto.

Esto lo podemos corroborar con lo que se refiere de un estudio en un Hospital Universitario de Colombia, donde la política de realización de episiotomía rutinaria disminuyó notablemente del 47,3% en el año 2003 al 12,2% en el 2005.

Como nos refiere el componente normativo materno neonatal del MSP de nuestro país, no podemos eliminar por completo la práctica de episiotomía, si bien muchas mujeres se benefician de esta técnica, esta debe ser usada en forma selectiva y con criterios muy claros y selectivos aplicándose criterios de individualización de casos en todo momento.

TABLA N° 2.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE PACIENTES CON Y SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS POR PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010.

EDAD	SIN EPISIOTOMÍA	CON EPISIOTOMÍA
Adolescentes	24	19
Adulta joven	52	28
Adulto Maduro	0	0

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

En nuestro lugar de estudio, el HJMVI, de acuerdo a la edad de las pacientes atendidas por parto normal, como vemos en la tabla existe predominio de mujeres

adultas jóvenes (18-35años), en los dos grupos de estudio, y con menor número de casos pero no por eso menos importante están las mujeres adolescentes, Estos datos tienen similitud con los obtenidos en el año 2009 en el estudio realizado sobre complicaciones obstétricas en el mismo Hospital José María Velasco Ibarra, en el que el 68% de gestantes tiene entre 18 y 19 años, el 31% de 16 a 17 años.

No se encuentran mujeres de más de 35 años en los dos grupos de estudio, lo que puede atribuirse a que trabajamos con mujeres nulíparas y según reporta la literatura nacional, en la ciudad del Tena hay una tasa muy alta de adolescentes con hijos, lo cual significa que las mujeres de tempranas edades ya inician su vida sexual aprovechando muchos años de reproducción.

TABLA N° 3.- DISTRIBUCIÓN POR PESO DE PACIENTES ATENDIDAS POR PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010

PESO	CON EPISIOTOMÍA	SIN EPISIOTOMÍA
<50 Kg	4	4
50 – 60 Kg	25	39
61 – 70 Kg	16	31
71 – 80 Kg	2	2
>80 Kg	0	0

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

Respecto del peso de las madres, de los dos grupos de pacientes, la mayoría pesa entre 50 y 70 kilos, y con igual número de casos (4) en los dos grupos pesan menos de 50 kg.

Datos similares encontramos en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza durante el período Abril 2004 y Diciembre 2005, un estudio experimental con dos grupos de mujeres, uno con episiotomía y otro sin episiotomía, la media en cuanto al peso de las gestantes en el parto fue de 70.6Kg en los dos grupos de estudio. ⁽²⁷⁾

En nuestro estudio no hay reporte de casos de mujeres gestantes con más de 80 Kg, lo que confirmamos con diferentes literaturas en esta región, donde se menciona prima mas la desnutrición seguido del peso normal.

TABLA N° 4.- EPISIOTOMÍA Y RELACION CON EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO DE 37-41SEMANAS.

			EDAD 37-41		Total
			NO	SI	
EPISIOTOMIA	NO	Recuento	2	74	76
		% del total	1,6%	60,2%	61,8%
	SI	Recuento	2	45	47
		% del total	1,6%	36,6%	38,2%
Total	Recuento		4	119	123
	% del total		3,3%	96,7%	100,0%

Chi cuadrado: 0,24

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

Como podemos ver en la tabla, de los dos grupos de recién nacidos con y sin episiotomía, el mayor porcentaje (60,2% y 36,5%) corresponde a la edad de 37 a 41 semanas, mientras que el 1,6% tuvieron menos de 37 semanas de gestación.

Nuestro estudio no difiere con el realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca donde, de las pacientes con y sin episiotomía el promedio de edad gestacional de los recién nacidos es de 39.26 semanas y de 39,25 semanas respectivamente. Así también en España el 93,1% de los recién nacidos es de 37-41.6 semanas de edad gestacional.

Compartimos con lo reportado en diferentes estudios en que, numerosos factores pueden alterar la relación tiempo/ peso y tiempo/ perímetro cefálico, demostrando que la edad gestacional no es un determinante del tamaño del recién nacido y esta no sería un determinante a la hora de decidir en la realización o no de episiotomía.

TABLA N° 5.- EPISIOTOMÍA Y RELACION CON RECIEN NACIDO DE PESO >2500 <4000gr

			P >2500 <4000gr		Total
			NO	SI	
EPISIOTOMIA	NO	Recuento	3	73	76
		% del total	2,4%	59,3%	61,8%
	SI	Recuento	6	41	47
		% del total	4,9%	33,3%	38,2%
Total		Recuento	9	114	123
		% del total	7,3%	92,7%	100,0%

Chi cuadrado: 3.330

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

De acuerdo al peso del recién nacido, podemos ver que con y sin episiotomía el mayor porcentaje 92,7% de recién nacidos pesa entre 2500 y 4000 gramos. Sin embargo hubo cuatro casos de recién nacidos con episiotomía y uno sin episiotomía que presentaron peso mayor a 4000 gr.

Casos similares se encuentran en Colombia en el estudio sobre “política selectiva de episiotomía” en el período 1999- 2000 en mujeres con episiotomía el promedio de peso del recién nacido es de 2.907 gr. y para el periodo 2002-2003 de madres sin episiotomía el promedio del peso fue de 2.679 gr.

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.

TABLA N^o 6.- RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMÍA Y RECIÉN NACIDO CON PERIMETRO CEFALICO > 36cm.

			PC > 36		Total
			NO	SI	
EPISIOTOMIA	NO	Recuento	75	1	76
		% del total	61,0%	,8%	61,8%
	SI	Recuento	46	1	47
		% del total	37,4%	,8%	38,2%
Total		Recuento	121	2	123
		% del total	98,4%	1,6%	100,0%

Chi cuadrado: ,120

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

En nuestro estudio en el HJMVI, los recién nacidos con perímetro cefálico entre 33 y 35cm conforman la población mayoritaria (98,4%), el perímetro mayor de 36cm,

1,6% en los dos grupos de pacientes estudiadas, con episiotomía y sin episiotomía. En cuanto al perímetro menor de 32cm, no hay diferencia significativa para los dos grupos de estudio.

Nuestros resultados difieren del estudio realizado en un Hospital Universitario en Colombia en donde Rubio afirma que el perímetro cefálico es un factor determinante para la realización de episiotomía.

Existe controversia en cuanto al valor del perímetro cefálico en el parto normal, unos autores consideran 35cm de PC para realizar episiotomía y otros indican que se puede dar parto normal hasta con 36,5cm de PC, pero distintos estudios incluido el nuestro y, como indica Cárdenas el perímetro cefálico no puede ser un factor determinante para la realización o no de episiotomía, por lo que se debe siempre valorar cada caso en particular.

TABLA N° 7.- EPISIOTOMIA Y RELACIÓN CON APGAR > 7 EN RECIÉN NACIDOS

		APGAR ≥7		Total
		NO	SI	
EPISIOTOMIA NO	Recuento	1	75	76
	% del total	,8%	61,0%	61,8%
SI	Recuento	0	47	47
	% del total	,0%	38,2%	38,2%
Total	Recuento	1	122	123
	% del total	,8%	99,2%	100,0%

Chi cuadrado: ,623

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

El puntaje Apgar, importante para el pronóstico de bienestar del recién nacido, en nuestro estudio en el HJMVI, observamos que el 99,2% de los recién nacidos obtuvo un apgar mayor de 7 en los dos grupos de estudio, siendo uno el caso de apgar entre 5-7.

Datos similares se encuentran en un estudio analítico prospectivo en el Hospital Nacional Docente Niño San Bartolomé Lima 2001, del grupo de mujeres a quienes les realizó episiotomía los recién nacidos obtuvieron un apgar mayor de 7 en 98,1% y el grupo de no episiotomía obtuvieron un apgar mayor de 7 el 100%.

Según diferentes estudios y con el nuestro podemos mencionar que no hay gran diferencia de valores de apgar cuando se realiza o no la episiotomía.

TABLA N° 8.- DISTRIBUCION POR GRADO DE DESGARRO EN PACIENTES DE PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010

DESGARROS	CON EPISIOTOMIA	SIN EPISIOTOMIA
Grado I	0	28
Grado II	12	6
Grado III	3	0
Grado IV	2	0

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

En la investigación realizada, podemos ver que el mayor número de desgarros ocurre en mujeres sin episiotomía con 28 desgarros Grado I, mientras las pacientes con episiotomía presentan desgarros de III y IV Grado.

Nuestro estudio puede compararse con el de Domínguez que en su estudio de episiotomía restrictiva versus episiotomía rutinaria y la incidencia de desgarro perineal severo en Julio- 2004 a Junio-2006, refiere que de 51 mujeres a quienes se les realizó episiotomía, 25 (20,1%) presentaron desgarro grado III y 16 pacientes presentaron desgarro grado IV (13%). De 73 mujeres sin episiotomía, 20 presentaron desgarro grado I, 28 desgarro grado II, 19 mujeres con desgarro grado III y 6 desgarro grado IV.

Con los datos obtenidos y estudios realizados, tal y como señala la bibliografía científica podemos verificar que si bien el mayor numero de desgarros se producen al no realizar episiotomía, estos son desgarros de menor grado (GI, GII), mientras que el índice de desgarros perineales severos (G III y G IV) se observa con mayor frecuencia en pacientes a quienes se les practica episiotomía

TABLA N° 9.- RELACIÓN ENTRE DESGARRO GRADO I Y PRESENCIA DE HEMATOMA PACIENTES DE PARTO NORMAL, HJMVI, TENA ENERO-AGOSTO 2010

			DESGARRO GRADO I		Total
			NO	SI	
HEMATOMA NO	Recuento	88	28	116	
	% del total	71,5%	22,8%	94,3%	
SI	Recuento	7	0	7	
	% del total	5,7%	,0%	5,7%	
Total	Recuento	95	28	123	
	% del total	77,2%	22,8%	100,0%	

Chi cuadrado: 2,188

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

Como podemos ver en la tabla al relacionar complicaciones, existen 28 casos de desgarro Grado I (22,8%) de los cuales ninguno presento hematoma como complicación, tenemos que indicar que este desgarro es la complicación más frecuente al no realizar episiotomía y que algunos de ellos (5) no requirieron de sutura.

Así también lo afirma Domínguez en su estudio realizado en el Instituto Hondureño de Seguridad Social período 2004- 2006, en donde las pacientes sin episiotomía presentan mayor índice de desgarro Grado I pero ninguna presento hematoma como complicación.

Esto no nos da una estadística significativa para demostrar que el hematoma es una de las graves complicaciones que se asocian a la presencia de desgarro grado I y por lo tanto no se asocia a la no realización de episiotomía.

TABLA N° 10.- RELACIÓN ENTRE DESGARRO GRADO III Y PRESENCIA DE HEMATOMA COMO COMPLICACION PACIENTES DE PARTO NORMAL

			DESGARRO GRADO III		Total
			NO	SI	
HEMATOMA	NO	Recuento	116	0	116
		% del total	94,3%	,0%	94,3%
	SI	Recuento	4	3	7
		% del total	3,3%	2,4%	5,7%
Total	Recuento	120	3	123	
	% del total	97,6%	2,4%	100,0%	

Chi cuadrado: 50,957

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

Como vemos en la tabla estadística existen 3 casos de hematoma 2,4%, mismos que se asocian a la presencia de desgarro Grado III que es el tipo de desgarro que se presenta en pacientes a quienes se les realizó episiotomía.

Nuestros datos difieren del estudio realizado en el Instituto Hondureño de Seguridad Social donde, de 51 pacientes que se les realizó episiotomía, 25 presentaron desgarro grado III, complicándose 1 (0,8%) con hematoma.

Con lo que podemos verificar que el índice de hematoma se presenta con mayor frecuencia en pacientes con desgarro de alto grado como es el grado III. Como menciona la literatura al no realizar episiotomía se disminuiría el daño perineal severo y así también el número de complicaciones asociadas a esta técnica.

TABLA N^o 11.- RELACIÓN ENTRE DESGARRO GRADO IV Y PRESENCIA DE HEMATOMA COMO COMPLICACION PACIENTES DE PARTO NORMAL.

			DESGARRO GRADO IV		Total
			NO	SI	
HEMATOMA	NO	Recuento	116	0	116
		% del total	94,3%	,0%	94,3%
	SI	Recuento	5	2	7
		% del total	4,1%	1,6%	5,7%
Total	Recuento	121	2	123	
	% del total	98,4%	1,6%	100,0%	

Chi cuadrado: 33,691

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

En nuestro estudio, de las pacientes que se les realizó episiotomía los casos de desgarro grado IV son 2 y estos asociados con hematoma nos dan el 1,6%, cifras que se equiparan con las mencionadas por Domínguez en su estudio comparativo de episiotomía restrictiva versus rutinaria y la incidencia de desgarro perineal severo donde, el porcentaje es de 1,6% también de hematoma en pacientes con desgarro Grado IV.

Si tomamos en cuenta que las pacientes que presentaron desgarro grado IV son aquellas que se les practicó episiotomía, podemos entonces confirmar lo que dice la bibliografía consultada, de que el índice de desgarro perineal severo se asocia más a complicaciones como el hematoma, lo que da una desventaja mas para la realización de episiotomía.

TABLA N° 12.- RELACIÓN ENTRE HEMATOMA Y EPISIOTOMIA, PACIENTES DE PARTO NORMAL.

			HEMATOMA		Total
			NO	SI	
EPISIOTOMIA	NO	Recuento	76	0	76
		% del total	61,8%	,0%	61,8%
	SI	Recuento	40	7	47
		% del total	32,5%	5,7%	38,2%
Total	Recuento	116	7	123	
	% del total	94,3%	5,7%	100,0%	

Chi cuadrado: 12.002

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

Como vemos en la tabla estadística, son 7 los casos de hematoma por episiotomía (5,7%) una diferencia significativa ya que de las pacientes sin episiotomía no se reportan casos de hematoma como complicación.

Esta es una cifra un tanto mayor a la encontrada por Casanova en un Hospital de Lima donde el porcentaje de hematoma en pacientes con episiotomía fue del 2,5% explicando que se tuvo conocimiento de mayores casos pero que no se registraron.

Esto nos indica que el hematoma si bien no se presenta en altos porcentajes si es una complicación con un índice mayor al realizar episiotomía, lo que no es ventajoso clínicamente como para considerarla una técnica de práctica rutinaria.

TABLA N° 13.- RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMIA Y PRESENCIA DE INFECCIÓN PACIENTES DE PARTO NORMAL.

			INFECCIÓN		Total
			NO	SI	NO
EPISIOTOMIA	NO	Recuento	76	0	76
		% del total	61,8%	,0%	61,8%
	SI	Recuento	45	2	47
		% del total	36,6%	1,6%	38,2%
Total		Recuento	121	2	123
		% del total	98,4%	1,6%	100,0%

Chi cuadrado: 3,287

FUENTE: HJMVI, Tena Enero – Agosto 2010

ELABORADO POR: Lady Zamora

La infección como complicación de episiotomía se presenta como vemos en la tabla en el 1,6% de pacientes, al igual que la dehiscencia. Cifra que es muy inferior a la referida por Brooks que mediante cultivo, encuentra el 42,2% de infección de episiotomías en pacientes de maternidades periféricas en dos zonas de Guatemala, datos que pueden explicarse debido a que el número de pacientes también fue mucho mayor que el de nuestro estudio.

Esto difiere del estudio en Nicaragua sobre “Infecciones Nosocomiales” en el Hospital Fernando Vélez Páiz período 2000 - 2003 donde el índice de infección de episiotomía es del 5.22%.

Si bien no hay una significancia estadística en nuestro estudio, la infección es una de las complicaciones más frecuentes que se presenta al realizar episiotomía que al no realizarla.

V. RESULTADOS

1. En el período de tiempo del estudio se encontró que el número de partos normales es de 243, de los cuales el 50% (123) son mujeres nulíparas, 27% multíparas y 23% secundíparas.
2. El llevar una política selectiva de episiotomía en el área de ginecología y obstetricia del HJMVI durante el período de estudio, se demuestra con el mayor porcentaje de pacientes a quienes no se les realiza episiotomía 62%, frente al 38% de pacientes que si se realizo el procedimiento.
3. De acuerdo a la edad de las pacientes, el mayor número lo constituyen mujeres adultas jóvenes con 28 y 52 casos con y sin episiotomía

respectivamente. existiendo también pacientes adolescentes pero en menor número.

4. En cuanto al peso en los dos grupos de pacientes, el peso que predomina es de 50 - 60 Kg. En ninguno de los dos grupos se identifico pacientes con más de 80 Kg. Y 4 pacientes en cada grupo pesó menos de 50Kg. Datos que podríamos corroborar debido a las edades de las pacientes y que tendría relación con la raza indígena que es la predominante en nuestro lugar de estudio.
5. La edad del recién nacido no influye mayormente en la realización o no de episiotomía, como vemos en nuestros grupos de estudio son a término (37 a 41 semanas) el 96,7% de recién nacidos, y dos recién nacidos en cada grupo fue pretérmino total 3,3%.
6. Recién nacidos entre 2500 y 4000 gr constituyen la población mayoritaria (92,7%). en los dos grupos de estudio 33,3% y 59,3% con y sin episiotomía respectivamente.
7. Si el perímetro cefálico del recién nacido es un exponente de peso para la realización de episiotomía, en nuestro estudio el mayor porcentaje lo conforman los recién nacidos con perímetros entre 33 y 35 cm. Equitativamente en cada grupo hubo un recién nacido con perímetro cefálico mayor de 36cm que nos da el 1,6%.
8. El Apgar no tuvo alteraciones en cuanto a la realización o no de episiotomía, pues un Apgar mayor de 7 tiene el 99,2% de recién nacidos de los dos grupos de estudio.

9. De las complicaciones más frecuentes tenemos los desgarros, encontrándose que sin la episiotomía 28 pacientes (22,8%) presentaron desgarro de I grado, 4,9% desgarro de II Grado, sin presentarse desgarros de más alto grado a diferencia de las mujeres con episiotomía en que el 9,8% presentó desgarro grado II y 2,4% grado III.
10. Hubo dos casos de desgarro grado IV en el grupo de pacientes con episiotomía.
11. El grupo de pacientes con episiotomía fue el de mayor complicación, al encontrarnos que 7 pacientes presentaron hematoma, infección y dehiscencia como mayor complicación.

VI. CONCLUSIONES

- La mayor cantidad de partos atendidos con episiotomía, son los de mujeres nulíparas.
- No se evidencian ventajas significativas con la realización de episiotomía en mujeres nulíparas.
- La indicación de episiotomía no se asocia con la edad materna.
- El peso de la madre no tiene mayor asociación al realizar o no episiotomía.
- La edad fetal no repercute en la decisión de realizar la episiotomía.

- El peso fetal no es necesariamente un factor determinante para la práctica de esta técnica.
- El puntaje de Apgar no varía cuando se practica o no la episiotomía.
- La medida del perímetro cefálico no siempre influye en la aplicación de la técnica.
- Los desgarros perineales Grado I y II se presentan con más frecuencia en las pacientes a las que no se les practica la episiotomía.
- Existe mayor riesgo de desgarro Grado III y IV al realizar episiotomía.
- El mayor número de complicaciones se presentan con la aplicación de la episiotomía.
- El hematoma es la principal complicación que se presenta con la realización de la episiotomía.

VII. RECOMENDACIONES

- Implementar una política selectiva de episiotomía, respetando los derechos de las pacientes. Y así generar un cambio de actitud en el personal y poder reducir efectivamente el número de episiotomías.
- Mejor capacitación en la atención de partos sin episiotomía.
- Considerar datos antropométricos de la madre para determinar la aplicación o no de la técnica.

- Evaluar la antropometría y bienestar fetal anteparto.
- Aplicar medidas alternativas para evitar complicaciones cuando se realice episiotomía.
- Mejorar la técnica de protección del periné.
- Lograr un cambio de actitud y evitar un procedimiento rutinario cuya utilidad está cada día menos clara y por tanto debe ser menos utilizado en la práctica obstétrica moderna.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BELIZÁN, J.** Salud de la Mujer y Reproductiva. Boletín de Salud Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. (Uruguay) CLAP. 1998. (14)
- BELIZÁN, J.** Nueve de cada diez mujeres primerizas en Latinoamérica son sometidas sin necesidad a un corte vaginal. British Medical Journal. (Uruguay) vol 324, Iss 7343. 945-946 p. 2002 (8)
- BROOKS, E.** Infección de Episiotomías en pacientes atendidas en maternidades periféricas de las zonas 13 y 19 de Guatemala

durante el período del 17 de Junio al 17 de Julio de 1999.

Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de grado. Guatemala. 1999 (29)

CARDENAS, O. y otros. Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía. Revista Colombiana Salud Libre. vol. 3. n 2 julio – diciembre. 145 p. 2008 (15)

CARROLI, G. BELIZAN, J. STAMP, G. Episiotomy policies in vaginal births. The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998. (1)

CARROLI, G. BELIZAN, J. STAMP, G. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 2000. (2)

CASANOVA, M. LUNA, T. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. enero-agosto 2001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P. de obstetricia. Tesis de Grado. Lima. 2002 (12)

CHAVEZ, H. Obstetricia Básica. Sau Paulo. Atheneu. 2004 p. 890 (22)

CRAVCHIK, S. MUÑOZ, D. BORTMAN, M. Indicaciones de episiotomía

en maternidades públicas de Neuquén, Argentina. Rev Panam
Salud Publica/Pan Am J Public Health (Argentina) 26 p. 1998 (28)

DESGARROS (Vaginal)

<http://www.elpartoesnuestro.es/index.php>

2010- 05- 01 (7)

DOMÍNGUEZ, B. y otros. Estudio comparativo de episiotomía restrictiva
versus episiotomía rutinaria, y la incidencia de desgarro perineal
severo. Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH
vol.10 n. 1. Enero/Abril 2007. (26)

ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Componente

Normativo Materno Neonatal. Proyecto de Mejoramiento de la
Atención en Salud, hci / usaid. Lecciones aprendidas por los
equipos de mcc para lograr la aplicación de prácticas basadas en
la evidencia en cuidado obstétrico y neonatal esencial, CONE.
Quito. MSP. junio 2008. (16)

EVIDENCIA

<http://www.comciencia.com/bolatin/noticias/primerizas0902.htm>

2010- 05- 01 (11)

GÓMEZ, N. MOZO, M. VILLAMARZO, I. Progresos de obstetricia y
(España) vol. 47; n. 7 2004 330 p. (23)

HERRERA, B. GÁLVEZ, A. Episiotomía selectiva: un cambio en la
práctica basado en evidencias. Prog Obstet Ginecol (España) 47
(9): 414-22 p. 2004 (5)

JIMÉNEZ, A. Episiotomía media y mediolateral. Matronas. Hospital

«Campo Arañuelo». Navalmoral de la Mata. Cáceres. (32)

KLEIN, M. Episiotomy and the second stage of labor. Journal List. vol. 34; Sep (Canadá) 1988 (3)

LEDE, R. MORENO, M. BELIZAN, J. Reflexiones acerca de la indicación rutinaria de la episiotomía. Sinopsis Obstet Ginecol (Uruguay) 38:161-6 p. 1991 (9)

MARTÍNEZ, J. Influencia de la Episiotomia Versus el Desgarro Perineal sobre la Normalización de las Relaciones Sexuales en Puérperas. Nure Investigación (España) n. 43. Nov - Dic 1-13 p. 2009 (24)

MASAJE PERINEAL

<http://www.episiotomia.info/index.php>

2010- 05-02 (13)

MONTECINO, S. SADLER, M. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología. Tesis de Grado. Santiago 2003 (17)

PERNOLL, M. y otros. Handbook of Obstetrics and Gynecology. 10a. ed. New York. Mc Graw Hill. 2001. 22 p. (21)

PINA, A. y otros. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof. Hospital Universitario Miguel Servet. (Zaragoza) 5-11 p. 2007. (27)

RALPH, W. FRANK, W. Episiotomía: los procedimientos y las técnicas de reparación. The American college of Obstetricians and Gynecologists. Washigton. 2008. 33 p. (19)

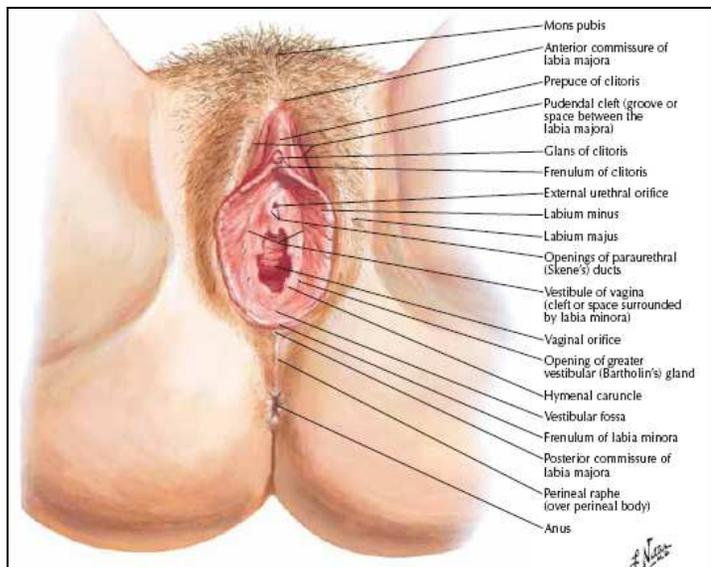
- RIOS, R.** Comportamiento de las infecciones nosocomiales en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Fernando Vélez Páiz. Managua. Enero 2000 a diciembre 2003. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Recinto Universitario Rubén Darío. Facultad de Ciencias Médicas. Trabajo Monográfico. Managua. 2004. (33)
- RUBIO, J.** Indicaciones Actuales de la Episiotomía. Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Bogotá (Colombia) vol. 52 n. 2. abril-junio. 2004 (30)
- RUBIO, J.** Política Selectiva de Episiotomía y Riesgo de Desgarro Perineal en un Hospital Universitario. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Colombia) vol. 56 n. 2 116 p. 2005 (25)
- SALINAS, H. y otros.** Obstetricia. Santiago. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico. Universidad de Chile. 2005. 515 p. (20)
- SANZ SANCHEZ, J.** Episiotomías o Desgarros. Revista Ob Stare. <http://www.obstare.com/> 2010- 05-02 (10)
- SCHWARCZ, R. y otros.** Obstetricia. 5a ed. Buenos Aires. El Ateneo. 1995. 625 p. (6)
- TOMASSO, G.** Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria. Revista de Obstetricia y Ginecología. (Venezuela); 62(2):115-121. 2002 (4)
- VILLEGAS, A.** La Violencia Obstétrica y la Esterilización Forzada

Frente al Discurso Médico. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. (Venezuela) vol. 14 n. 32 Enero /junio 2009 (18)

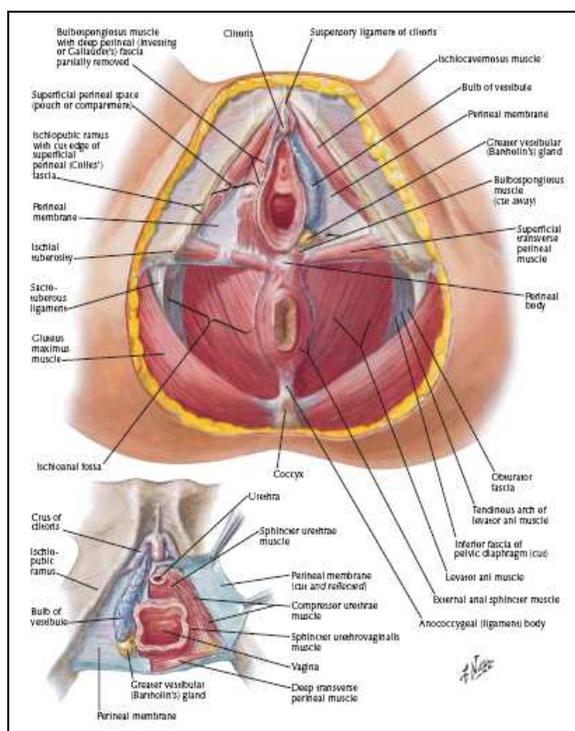
ZEA, J. Complicaciones obstétricas en adolescente atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra en el periodo Agosto 2008-Julio 2009. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina. Tesis de grado. Riobamba. 2009. (31)

ANEXOS

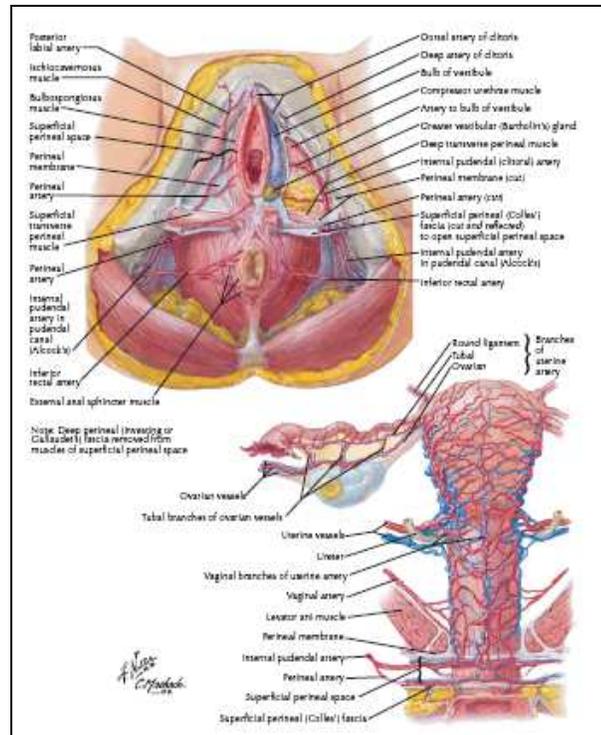
ANEXO N° 1.- GENITALES EXTERNOS DEL PERINEO.



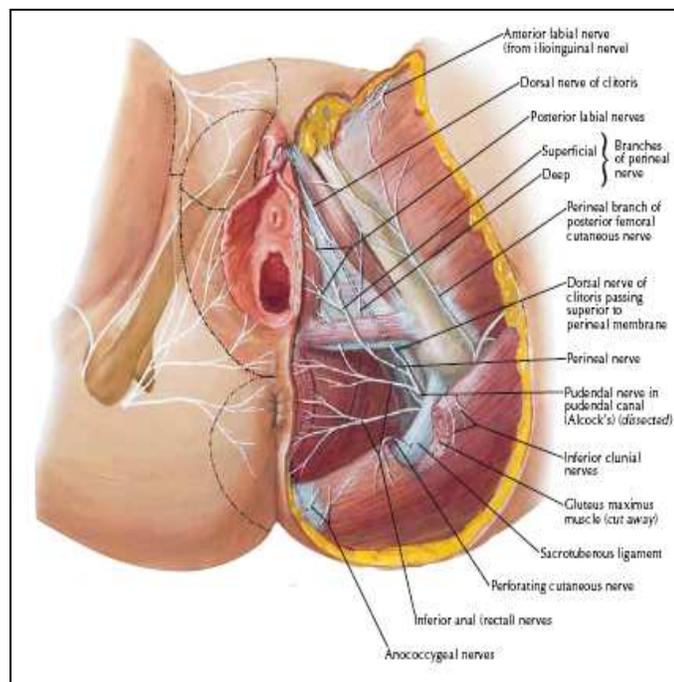
ANEXO N° 2.- MUSCULATURA DEL PERINEO



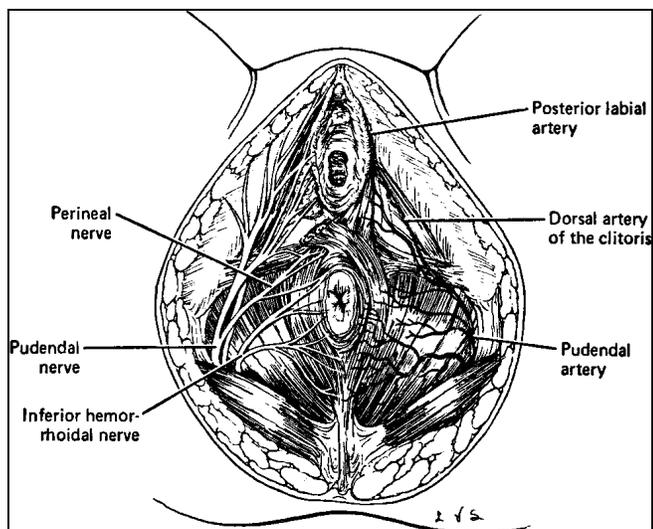
ANEXO N° 3.- RIEGO SANGUÍNEO PERINEAL



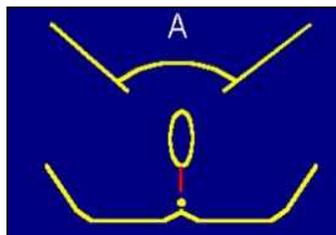
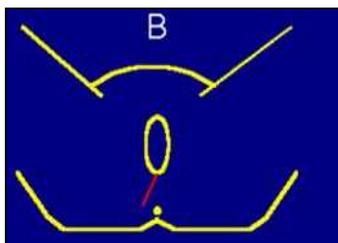
ANEXO N° 4.- INERVACIÓN DEL PERINEO



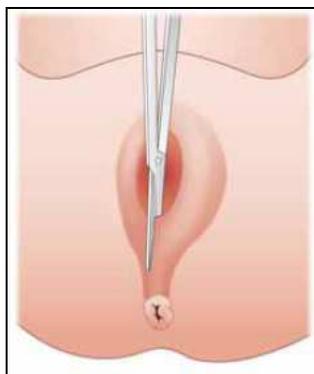
ANEXO N° 5.- INERVACIÓN PERINEAL



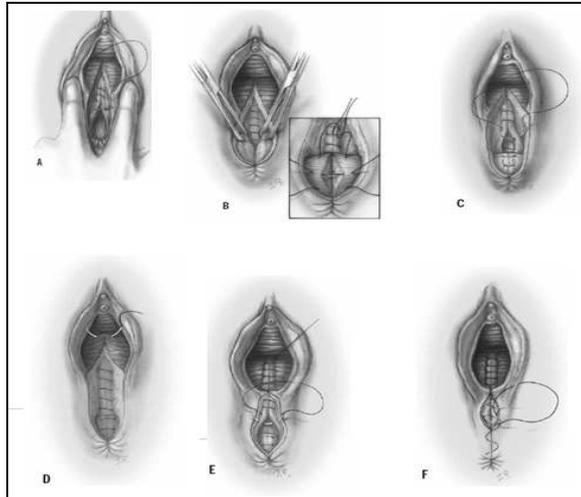
ANEXO N° 6.- TIPOS DE EPISIOTOMÍA.



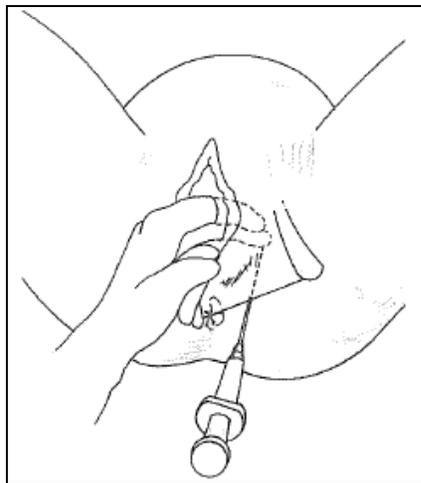
ANEXO N° 7.- EPISIOTOMÍA DE LA LINEA MEDIA



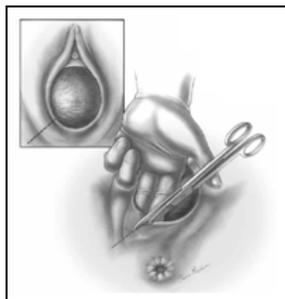
ANEXO N° 8.- REPARACIÓN DE EPISIOTOMÍA DE LA LINEA MEDIA.



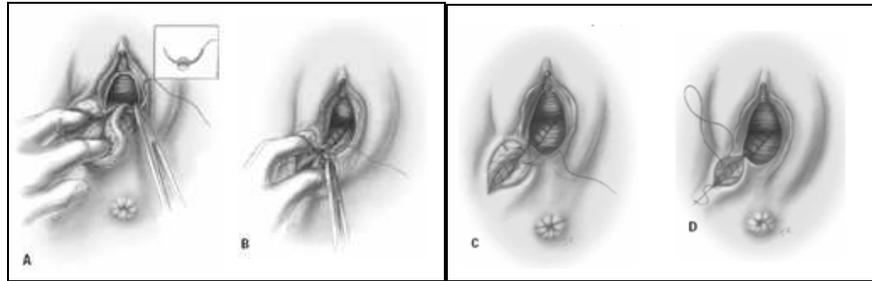
ANEXO N° 9.- INFILTRACIÓN PARA EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL.



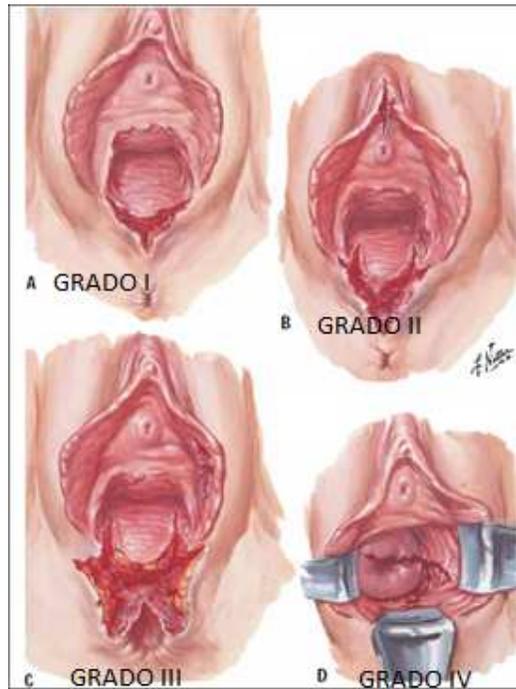
ANEXO N° 10.- TECNICA DE EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL.



ANEXO N° 11.- REPARACIÓN EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL



ANEXO N° 12.- GRADOS DE DESGARRO



ANEXO N° 13.- Ficha de recolección de Datos

CON EPISIOTOMÍA			SIN EPISIOTOMÍA		
madre	Edad				
Edad	< 15 >15 <18 años >18 <25 >25 <35 años > 35		Edad	< 15 >15 <18 años >18 <25 >25 <35 años > 35	
Talla	< 1.50 1.50 – 1.60 >1,60		Talla	< 1.50 1.50 – 1.60 >1,60	
Peso	<50Kg 50-60Kg 61-70Kg 71-80Kg >80Kg		Peso	<50Kg 50-60Kg 61-70Kg 71-80Kg >80Kg	
Paridad	Nulípara Secundípara Múltipara		Paridad	Nulípara Secundípara Múltipara	
Recién nacido			Recién nacido		
Edad	<37 sem 37-41 sem >41sem		Edad	<37 sem 37-41 sem >41sem	
Peso	≤ 2500gr >2500 <4000gr ≥4000		Peso	≤ 2500gr >2500 <4000gr ≥4000	
Perímetro Cefálico	≤ 32cm 33-35cm ≥36cm		Perímetro Cefálico	≤ 32cm 33-35cm ≥36cm	
Talla	<31cm 31 – 33cm 33-35cm 35 -37cm >37cm		Talla	<31cm 31 – 33cm 33-35cm 35 -37cm >37cm	
Apgar	<5 5-7 >7		Apgar	<5 5-7 >7	
Desgarro	Grado I		Desgarro	Grado I	
	Grado II			Grado II	
	Grado III			Grado III	
	Grado IV			Grado IV	
Hematoma	Si		Hematoma	Si	
	No			No	
Infección	Si		Infección	Si	
	No			No	
Dehiscencia	Si		Dehiscencia	Si	
	No			No	

ANEXO 14.- TIPOS DE EPISIOTOMÍA: VENTAJAS E INCONVENIENTES.

	EPISIOTOMÍA MEDIAL	EPISIOTOMÍA MEDIO-LATERAL
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> - Menor hemorragia - Menos dolorosa en la recuperación inmediata y a medio plazo - Provoca menos dispareunias (dolor durante las relaciones sexuales) 	Menor desgarro
INCONVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Elevado riesgo de desgarros - Riesgo de provocar incontinencia fecal provisional o permanente, parcial o total 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia: hasta 300ml de sangre, además de los 500 ml normales del parto. - Dolorosa e incluso muy dolorosa durante su recuperación a corto, medio y largo plazo. - Riesgo de provocar dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) que desaparecen o no.