



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

PREVENCIÓN Y COMPLICACIONES DE EPISIOTOMÍA EN
GESTANTES PRIMIGESTAS. HOSPITAL CARLOS ANDRADE
MARÍN, 2021

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico
General

Autores:

Chamorro Martínez, Gina Jessica

Torres Romero, Jenifer Karina

Tutor:

Dr. Edison Huilca

Riobamba, Ecuador. 2022

AUTORÍA

Yo, **Chamorro Martínez Gina Jessica**, autora del trabajo de investigación titulado **“Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021”**, declaro que su contenido es original y corresponde al aporte investigativo personal. Soy responsable de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedo los derechos de autor a la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y norma vigente.



Chamorro Martínez Gina Jessica

C.I.: 1724356132

AUTORÍA

Yo, **Torres Romero Jenifer Karina**, autora del trabajo de investigación titulado **“Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021”**, declaro que su contenido es original y corresponde al aporte investigativo personal. Soy responsable de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedo los derechos de autor a la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y norma vigente.



Torres Romero Jenifer Karina

C.I. 100377138-1

**DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR DEL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

Yo, **Edison Santiago Huilca Álvarez**, con C.I. 1713347712, docente tutor de Ginecología y Obstetricia de prácticas pre profesionales del Hospital Carlos Andrade Marín por medio del presente documento del trabajo de investigación titulado: **Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021**, presentado por las estudiantes: **Chamorro Martínez Gina Jessica** con cédula de ciudadanía 1724356132 y **Torres Romero Jenifer Karina** con cédula de ciudadanía 1003771381 certifico que recomiendo la **APROBACIÓN** de esté, con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de sus autoras; no teniendo más nada que observar.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad; en Riobamba, 11 de noviembre de 2022.



Dr. Edison Santiago Huilca Álvarez
TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación: “**Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021**”; presentado por Chamorro Martínez Gina Jessica con cédula de ciudadanía 1724356132 y Torres Romero Jenifer Karina con cédula de ciudadanía 1003771381; bajo la tutoría del Dr. Edison Santiago Huilca Álvarez; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de sus autoras; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, a los 11 días del mes de noviembre de 2022.

Presidente del Tribunal de Grado
Dra. Cecilia Margarita Casco Manzano



Miembro del Tribunal de Grado
Dra. Mónica Patricia Inca Rea



Tutor de proyecto de investigación
Dr. Edison Santiago Huilca Álvarez

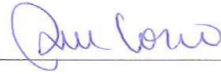


**DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE
TRIBUNAL**

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación: **“Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021”**; presentado por Chamorro Martínez Gina Jessica con cédula de ciudadanía 1724356132 y Torres Romero Jenifer Karina con cédula de ciudadanía 1003771381; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de sus autoras; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, a los 11 días del mes de noviembre de 2022.

Dra. Cecilia Margarita Casco Manzano
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Mónica Patricia Inca Rea
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Edison Santiago Huilca Álvarez
TUTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



CERTIFICACIÓN

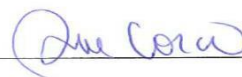
EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El trabajo de titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo, denominado: **“Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021”** de responsabilidad de las tesoristas Chamorro Martínez Gina Jessica y Torres Romero Jenifer Karina, para obtención de título en Medicina General.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación, escrito con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dra. Cecilia Margarita Casco Manzano
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Mónica Patricia Inca Rea
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Edison Santiago Huilca Álvarez
TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 02 de noviembre del 2022
Oficio N° 015-2022-2S-URKUND-CID-2022

Dr. Patricio Vásconez Andrade
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Dr. Edison Huilca Álvarez**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 147839117	Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021	Gina Jessica Chamorro Martínez Torres Romero Jenifer Karina	3	x	

Atentamente,

CARLOS GAFAS GONZALEZ
Firmado digitalmente por CARLOS GAFAS GONZALEZ
Fecha: 2022.11.02 09:44:35 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada:

A Dios, quien nos dio fortaleza y sabiduría en el trayecto de nuestra carrera universitaria, por ser ese cobijo en nuestros días tristes y permitirnos ser perseverantes hasta lograr el éxito.

A nuestros padres, hermanos y sobrinos quienes con su amor incondicional y ejemplo nos motivaron a seguir firmes en nuestras metas.

A todos los profesionales de salud, que a diario ofrecen su vida al cuidado del paciente, en especial a los servidores del área de Ginecología- Obstetricia ya que acompañan a la mujer en esta hermosa etapa del ciclo de la vida con el objetivo de brindar las mejores condiciones para el nacimiento de su bebé.

Al Hospital Carlos Andrade Marín, ya que nos brindó la oportunidad de realizar este trabajo de investigación en sus instalaciones, con profesionales prominentes en las distintas especialidades.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarnos y darnos fortaleza durante nuestra formación académica, por ser partícipe en cada uno de nuestros logros y llenarnos de pasión por nuestra carrera.

A nuestras familias quienes con su infinito amor, paciencia y sacrificio hicieron posible el culminar esta meta tan anhelada y poder cumplir un logro más en esta etapa de nuestras vidas. Este éxito no es solo nuestro, es de todas las personas que nos apoyaron y acompañaron en este arduo camino. Esto es por ustedes.

A nuestros docentes quienes llenos de sabiduría y vocación han podido plasmar sus conocimientos y dejarnos una inmensa huella de aprendizaje en nuestra vida académica y profesional.

Al Hospital Carlos Andrade Marín por abrirnos sus puertas y acogernos durante nuestras prácticas preprofesionales y permitir realizar este trabajo de investigación, a nuestro querido tutor Dr. Edison Huilca quien con su ejemplo de constancia y esfuerzo logra motivarnos para ser médicos que no solo curan la enfermedad, sino que también alivian el alma.

A nuestra Alma Mater nuestra querida Universidad Nacional de Chimborazo por darnos la oportunidad de pertenecer a la institución y de esa forma cumplir con nuestro sueño de ser médicos.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I	18
INTRODUCCIÓN.....	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
1.3 JUSTIFICACIÓN	20
1.4 OBJETIVOS	21
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.5 HIPÓTESIS	21
CAPÍTULO II.....	23
MARCO TEÓRICO	23
2.1. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO	23
2.2. DEFINICIÓN.....	26
2.3. EPIDEMIOLOGÍA	28
2.4. CLASIFICACIÓN	29
2.5. FACTORES PREDISPONENTES PARA EL USO DE EPISIOTOMÍA	32
2.6. TÉCNICA QUIRÚRGICA DE EPISIOTOMÍA	34
2.7. COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA	34
2.7.1 Dolor perineal post episiotomía.....	35
2.7.2 Hematoma vulvar	36
2.7.3 Infección del sitio quirúrgico post episiotomía	36
2.7.4 Dispareunia.....	36
2.7.5 Edema perineal	37
2.7.6 Dehiscencia de episiorrafia.....	37
2.7.7 Desgarros vaginales.....	37
2.8. PREVENCIÓN	39
2.8.1 Durante el embarazo.....	39
2.8.2 Durante el trabajo de parto	44
2.9 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE EPISIOTOMÍA.....	44
CAPÍTULO III	46
METODOLOGÍA.....	46
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	46

3.2.	ALCANCE, ENFOQUE Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	46
3.3.	ÁREA DE ESTUDIO	47
3.4.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	47
3.5.	TAMAÑO DE MUESTRA.....	47
3.6.	UNIDAD DE ANÁLISIS	48
3.7.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
3.8.	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.9.	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	55
3.10.	PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.....	55
3.11.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	56
	CAPÍTULO IV	58
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	58
4.1	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	58
	CAPÍTULO V.....	71
5.1	CONCLUSIONES.....	71
5.2	RECOMENDACIONES	72
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	ANEXOS	80
	ANEXO 1. GRÁFICOS ESTADÍSTICOS.....	80
	ANEXO 2. TABLA DE RESUMEN.....	90

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Músculos del suelo pélvico.....	24
Tabla 2 Cantidad de episiotomías realizadas.....	28
Tabla 3 Comparación de dos tipos de episiotomía.....	32
Tabla 4 Factores a considerar en el uso de episiotomía.....	33
Tabla 5 Clasificación de los desgarros.....	38
Tabla 6 Ejercicios para embarazadas con pelota pilates.....	41
Tabla 7 Posturas de yoga prenatal.....	42
Tabla 8 Distribución según profilaxis para episiotomía.....	58
Tabla 9 Distribución según la edad materna.....	59
Tabla 10 Distribución según la edad gestacional.....	59
Tabla 11 Distribución según Episiotomía.....	60
Tabla 12 Distribución según la paridad en episiotomía.....	61
Tabla 13 Distribución según técnica quirúrgica de episiotomía.....	61
Tabla 14 Distribución según comorbilidades que predisponen episiotomía.....	62
Tabla 15 Distribución según Inicio de labor de parto.....	63
Tabla 16 Distribución según peso del recién nacido.....	63
Tabla 17 Distribución según sexo del recién nacido.....	64
Tabla 18 Distribución según dolor perineal Post-episiotomía.....	65
Tabla 19 Distribución según complicaciones post episiotomía.....	66
Tabla 20 Distribución según dehiscencia de episiorrafia.....	67
Tabla 21 Distribución según desgarros vaginales en mujeres con episiotomía.....	68
Tabla 22 Distribución según desgarros vaginales en mujeres sin episiotomía.....	69
Tabla 23 Tabla de resumen.....	90

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Diafragma pélvico.....	23
Ilustración 2 Diafragma urogenital	24
Ilustración 3 Músculos del suelo pélvico.....	26
Ilustración 4 Episiotomía	27
Ilustración 5 Episiotomía Mediana	29
Ilustración 6 Episiotomía mediana modificada.....	30
Ilustración 7 Episiotomía en forma de J.....	30
Ilustración 8 Episiotomía medio lateral	31
Ilustración 9 Episiotomía lateral	31
Ilustración 10 Factores de riesgo para la episiotomía	33
Ilustración 11 Escalas para evaluar el dolor.....	35
Ilustración 12 Ejercicios de Kegel	40
Ilustración 13 Distribución según profilaxis para episiotomía	80
Ilustración 14 Distribución según la edad materna.....	80
Ilustración 15 Distribución según edad gestacional.....	81
Ilustración 16 Distribución según episiotomía.....	81
Ilustración 17 Distribución según la paridad en episiotomía.....	82
Ilustración 18 Distribución según técnica quirúrgica de episiotomía	82
Ilustración 19 Distribución según comorbilidades que predisponen episiotomía.....	83
Ilustración 20 Distribución según inicio de labor de parto	83
Ilustración 21 Distribución según peso del recién nacido.....	84
Ilustración 22 Distribución según el sexo del recién nacido.....	84
Ilustración 23 Distribución según dolor perineal postepisiotomía.....	85
Ilustración 24 Distribución según complicaciones en primíparas	85
Ilustración 25 Distribución según complicaciones en múltiparas.....	86
Ilustración 26 Distribución según dehiscencia de episiorrafia.....	86
Ilustración 27 Distribución según dehiscencia de episiorrafia.....	87
Ilustración 28 Distribución según desgarros vaginales en mujeres con episiotomía.....	87
Ilustración 29 Distribución según grados de desgarros de acuerdo con paridad en mujeres con episiotomía.....	88
Ilustración 30 Distribución según desgarros vaginales en mujeres sin episiotomía.....	88

Ilustración 31 Distribución según grados de desgarros de acuerdo con paridad en mujeres sin episiotomía.....	89
---	----

RESUMEN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza durante el parto cefalovaginal con el fin de aumentar la apertura del canal vaginal para facilitar la salida del feto, se realiza con frecuencia en mujeres primíparas y en aquellas que presentan factores de riesgo para episiotomía. El objetivo de esta investigación fue identificar las medidas preventivas e incidencia de complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, mediante la realización de un estudio retrospectivo que incluye pacientes con parto céfalo vaginal durante el año 2021, del cual se obtuvieron datos estadísticos acerca de la frecuencia de episiotomía en esta unidad de salud, principales factores predisponentes, incidencia de complicaciones y su severidad en mujeres primíparas. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-explicativo; la población estuvo conformada por 287 pacientes de las cuales se revisó las historias clínicas. Este estudio demuestra que las complicaciones más frecuentes en pacientes primíparas son dolor perineal de moderada intensidad, infección del sitio quirúrgico, dispareunia, edema vulvar y en menor grado hematoma. Concluimos que la episiotomía brinda beneficios materno-fetales sin embargo puede provocar mayores complicaciones postparto, por tal motivo se recomienda que sea realizada de forma selectiva.

Palabras clave: episiotomía, parto, complicaciones, cefalovaginal, factores de riesgo

ABSTRACT

Episiotomy is a surgical procedure performed during cephalovaginal delivery to increase the opening of the vaginal canal to facilitate the delivery of the fetus; it is frequently performed in primiparous women and in those who present risk factors for episiotomy. The objective of this research was to identify preventive measures and incidence of episiotomy complications in primigravid pregnant women at the gynecological-obstetrics service of the Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, by means of a retrospective study including patients with cephalic-vaginal delivery during the year 2021, from which statistical data were obtained about the frequency of episiotomy in this health unit, main predisposing factors, incidence of complications and their severity in primiparous women. The methodology used was quantitative, descriptive explanatory in scope; the population consisted of 287 patients whose medical records were reviewed. This study shows that the most frequent complications in primiparous patients are moderate perineal pain, surgical site infection, dyspareunia, vulvar edema and to a lesser degree hematoma. We conclude that episiotomy provides maternal-fetal benefits, however, it can cause greater postpartum complications, and for this reason it is recommended that it be performed selectively.

Key words: episiotomy, childbirth, complications, cephalovaginal, risk factors.



Firmado electrónicamente por:
EDISON RAMIRO
DAMIAN ESCUDERO

Reviewed by:
MsC. Edison Damian Escudero
ENGLISH PROFESSOR C.C.0601890593

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una incisión sobre el periné cuyo objetivo es agrandar el orificio vaginal y de esta forma facilitar la expulsión del feto durante el parto (Lighezzolo, De Lavergne, Hamlin, & Scheffer, 2018). Hay criterios materno-fetales que indican la realización o no de esta incisión tal como la macrosomía, distocia de hombros, presentación pélvica, periné corto, vagina poco elástica, entre otras. Este procedimiento se ha realizado durante años bajo la perspectiva de que provee la ventaja de una menor incidencia de desgarros vaginales espontáneos y disminución de morbilidad neonatal (Abedian, Abedi, Jahanfar, Irvani, & Zahedian, 2020), sin embargo, estudios actuales han identificado que la episiotomía no tiene mayores ventajas en relación con las complicaciones post-episiotomía las mismas que provocan gran malestar en las púerperas (Mellizo, López, Montoya, Ortiz, & Gil, 2018).

Según indican Ghulmiyyah, Sinno, Mirza, Finianos , & Nassar (2020), existe una tendencia mundial a adoptar el uso restrictivo/selectivo de la episiotomía de uso rutinario. La episiotomía debe emplearse con cuidado, solo cuando sea claramente necesario para salvar cualquier riesgo materno y/o fetal inminente durante el parto. Aunque numerosos estudios han mostrado que se necesitan estrategias para disminuir la necesidad de una episiotomía, se requieren más investigaciones y estudios más amplios para probar la eficacia de cada técnica por sí sola o combinada para reducir la tasa de episiotomía y sus posibles complicaciones.

En las unidades de tercer nivel de salud del Ecuador, se ha promovido el uso limitado de la episiotomía en mujeres embarazadas sin embargo existe poca evidencia de las complicaciones que se han producido en mujeres primigestas. Este estudio tiene como finalidad identificar las medidas preventivas e incidencia de complicaciones provocadas por la episiotomía en mujeres nulíparas.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor de algunos países en el mundo se realiza un procedimiento muy frecuente en el área de gineco-obstetricia indicado en varias mujeres que se encuentran en trabajo de parto, pero este procedimiento realmente en los últimos estudios realizados no ha demostrado beneficios en las mujeres, por ello es importante reconocer las complicaciones que conlleva esta intervención durante el parto y las afectaciones graves que pueden intervenir en el postparto, es así que se ha obtenido datos estadísticos de estudios realizados en los últimos años. En un estudio realizado en el año 2020 en el Hospital Referencial Ferreñafe, se reportaron que las complicaciones a corto plazo más frecuentes son el dolor perineal con 63,41% y edema con 17,07%, mientras que las complicaciones a largo plazo serían la infección con un 4,88% y dispareunia 14,63%. (Gemin, 2020)

En realidad, en los últimos años se ha convertido en un gran problema de salud, ya que a pesar de los avances médicos que se han logrado para el manejo de los pacientes en el Ecuador según el estudio realizado en el “HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA” ciudad de Tulcán, mencionan que de 1095 partos atendidos en el año se realizaron 263 episiotomías de las cuales 130 pacientes presentaron complicaciones inmediatas con mayor rango, desgarros de II Y III grado, seguido de hemorragia, como complicaciones mediatas dolor y hematoma en menor ocurrencia, seguido de infección, edema y dehiscencia, en el puerperio tardío pacientes experimentaron infección por lo que reingresaron al servicio de Ginecología (Benavides & López, 2019).

En otro estudio algunos autores mencionan en su revisión realizada en el 2018, las complicaciones más temidas luego de las anteriormente mencionadas, son el dolor en la zona perineal y la dispareunia (Rodríguez, Sánchez, Rodríguez, Nuñez, & Sánchez, 2018), esto nos indica que es un tema que resulta relevante para la investigación en el mundo gineco-obstétrico, por los múltiples daños que puede ocasionar al suelo pélvico de la mujer en el post parto, así también las lesiones localizadas en el perineo que impactan significativamente la calidad de vida de miles de ellas, como por ejemplo muchas de estas complicaciones conducen a una disminución del libido, incontinencia fecal, incontinencia urinaria y en muchos casos alteraciones emocionales. Sin embargo, las consecuencias ocasionadas por esta técnica dependen de muchos factores, uno de ellos la técnica de corte, las enfermedades coadyuvantes y entre otras, es por ello que nace la necesidad de

investigar ¿Cuál es la prevención e incidencia de las complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas del servicio de gineco-obstetricia?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevención e incidencia de las complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas del servicio de gineco-obstetricia?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La episiotomía, es un procedimiento frecuentemente utilizado debido a la alta tasa de incidencia de laceraciones provocadas durante el trabajo de parto, no obstante, cada vez más estudios han reportado que la episiotomía como tal constituye una causa de laceraciones, debido a la extensión del corte realizado. Adicionalmente se han reportado múltiples complicaciones relacionadas con la utilización de este procedimiento que afectan la calidad de vida de las mujeres, sobre todo las primíparas, donde se han establecido las tasas más altas de afectaciones después del parto. A pesar de los riesgos y complicaciones que se presentan por la utilización de la episiotomía, en Ecuador es una realidad que este procedimiento es muy común en las áreas de ginecología y obstetricia del servicio de salud.

El presente estudio es factible de realizar en cuanto se ha establecido que el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) posee un Centro obstétrico, por lo que se define que el hospital dispone de la infraestructura, equipamiento y personal médico para brindar atención de partos. Dada la frecuencia de utilización de la episiotomía durante el trabajo de parto, se determina por tanto que en el HCAM la incidencia de complicaciones asociadas a la episiotomía en mujeres gestantes primigestas constituye un problema que necesita abordarse desde la prevención.

Las beneficiarias del presente trabajo investigativo serán directamente las mujeres gestantes primigestas que son atendidas en el centro obstétrico-ginecológico del Hospital Carlos Andrade Marín en la medida que se realizará un análisis retrospectivo sobre los principales factores que predisponen a las mujeres a presentar complicaciones posterior a la episiotomía, cuáles son estas complicaciones, su grado de severidad y de incidencia, con el objetivo de prevenir futuras complicaciones relacionadas al manejo materno/fetal al momento de la atención del parto.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las medidas preventivas e incidencia de complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, mediante la realización de un estudio retrospectivo que incluye pacientes primigestas que ingresan a labor de parto en el año 2021, del cual se obtendrán datos estadísticos acerca de los principales factores predisponentes, las complicaciones y los grados de severidad que afectan este grupo de pacientes.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las medidas de prevención y complicaciones de episiotomía en parto cefalovaginal mediante la revisión bibliográfica.
- Recopilar información acerca de las complicaciones del procedimiento de episiotomía en pacientes postparto.
- Analizar cómo influye estadísticamente la aplicación de medidas preventivas en el uso de episiotomía.
- Demostrar mediante tablas estadísticas la incidencia de las complicaciones de este procedimiento quirúrgico.
- Mencionar medidas preventivas que se deben aplicar para reducir el índice de complicaciones en mujeres primigestas sometidas a episiotomía.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

La prevención de episiotomía en mujeres primigestas es mínima, dando como resultado una alta incidencia de complicaciones post episiotomía.

1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- La prevención en mujeres primigestas acerca del uso de episiotomía es inadecuada.

- La prevalencia de complicaciones en el procedimiento de episiotomía es alta en mujeres primigestas.
- La mayor incidencia de complicaciones se evidencia en mujeres primigestas entre 30 años.
- Antes y durante el parto se consideran los criterios para realizar la episiotomía en mujeres primigestas.
- La realización de episiotomía tiene grandes beneficios para la mujer y el neonato durante el parto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

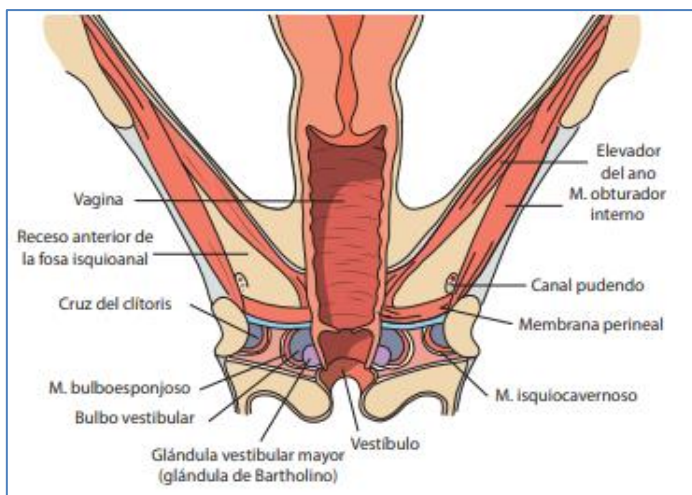
2.1. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico se conoce como una zona del cuerpo humano que se ubica en la porción inferior de la cavidad pélvica; esta zona se compone de varios músculos, fascias, aponeurosis, nervios y vasos sanguíneos que conforman una red anatómica funcional. Su principal función es soportar el peso de los órganos intrabdominales, es decir, que se encarga de proporcionar suspensión a los órganos pélvicos y abdominales (Pérez, Martínez, García, Rodríguez, & Rodríguez, 2019).

De acuerdo con Apaza (2016), se considera que el piso pélvico es una estructura anatómica que está conformada por el músculo-aponeurótico que se encarga de sostener a los órganos en una posición intrapélvica. Las partes que conforman el piso pélvico son:

- **Diafragma pélvico:** esta estructura se conforma de: el músculo elevador del ano, en conjunto con el segmento puborrectal, pubococcígeo e ileococcígeo y el músculo coccígeo. El diafragma presenta una forma de embudo que posibilita el soporte del tercio inferior de vagina y uretra.

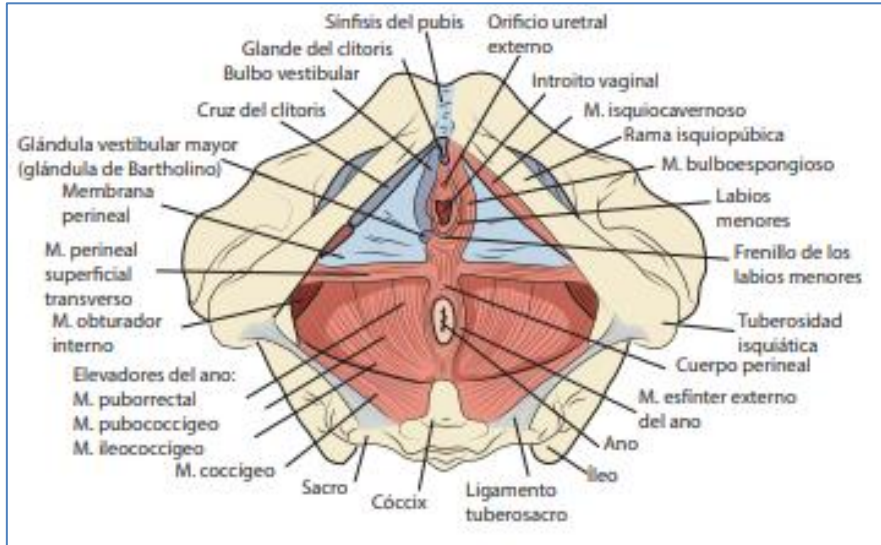
Ilustración 1 Diafragma pélvico



Fuente: la figura muestra el diafragma pélvico que conforma el piso pélvico. Tomado de: (Apaza, 2016)

- **Diafragma urogenital:** esta estructura está formada por la membrana perineal, el músculo transverso superficial y el músculo isquiocavernoso.

Ilustración 2 Diafragma urogenital



Fuente: la figura muestra el diafragma urogenital que conforma el piso pélvico. Tomado de: (Apaza, 2016)

- **Eje suspensorio vaginal y fascia endopélvica:** esta estructura está compuesta por tejido conectivo que inicia en el sacro y se alarga hacia los ligamentos útero-sacros hasta el anillo pericervical y las paredes vaginales septo rectovaginal, y termina en el cuerpo perineal. Por su parte, la fascia endopélvica se ubica debajo del peritoneo pélvico que se refiere a una estructura aponeurótica encargada de mantener los músculos del diafragma pélvico y urogenital con las paredes de la pelvis.

Para Rivera (2021), es importante analizar los músculos que conforman el suelo pélvico los cuales pertenecen a un grupo muscular estriado que dependen del control voluntario y están recubiertos por fascias endopélvicas que al unirse conforman una estructura parecida a una hamaca que se encarga de sostener los órganos de la pelvis. Los principales músculos son:

Tabla 1 Músculos del suelo pélvico

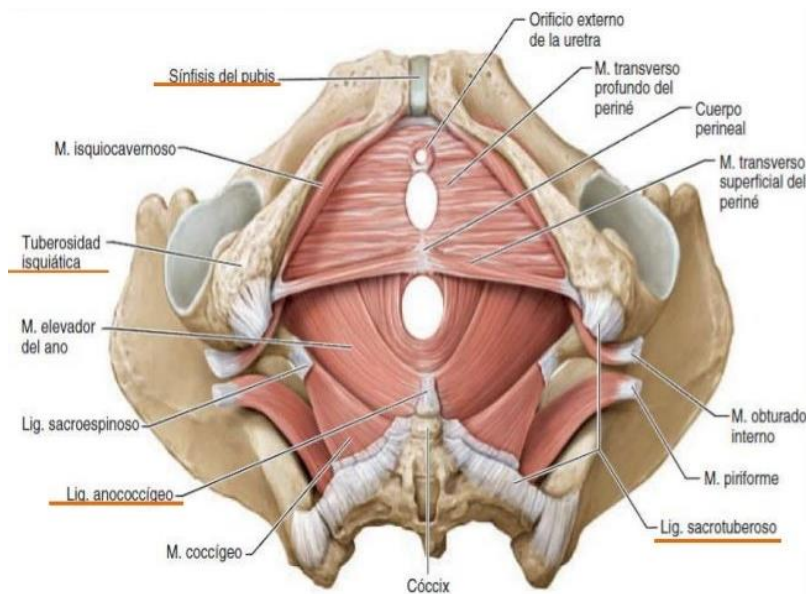
Músculo	Origen	Inserción	Inervación	Funciones
Elevador del ano	Sínfisis del pubis	Cóccix, cuerpo perineal, paredes vaginales, recto,	Ramas de plexo sacro, S3, S4	Se encarga de sostener las vísceras

		canal anal		abdomino pélvicas y de la continencia fecal y urinaria
Pubococcígeo	Hueso pubis	Hueso Cóccix	Plexo sacro S3, S4	Controla el flujo de la orina y las contracciones que se generan en el orgasmo
Puborectal	Superficie interna del pubis	Aborda el recto	Plexo coccígeo S3- S4	Ejecuta la inhibición de la defecación
Iliococcígeo	Arco tendinoso del músculo elevador del ano	Hueso coxis	Plexo sacro S3-S4	Da soporte a la pelvis
Esfínter externo del ano	Centro del periné	Rodea la uretra membranosa	Nervio pudendo S2- S4	Es un músculo constrictor del ano
Transverso profundo del periné	Hueso Isquion	Centro tendinoso del periné	Ramos perineales del nervio pudendo S2 a S4	Es un músculo constrictor de la uretra
Transverso superficial del periné	Tuberosidad isquiática, rama del isquion	Periné	Nervio pudendo S2- S4	Se encarga de la compresión del conducto anal en la defecación
Isquiocavernoso	Isquion	Cuerpo esponjoso de la vagina	Nervio pudendo S2- S4	Se encarga de la flexión del ano que posibilita la contracción

				vaginal
Bulboesponjoso	Centro tendinoso	Cuerpo cavernoso del clítoris	Nervio pudendo S2-S4	Vacía el canal de la uretra, luego de que la vejiga a expelido su contenido

Fuente: esta tabla muestra los principales músculos que componen el suelo pélvico. Tomado de: (Rivera, 2021).

Ilustración 3 Músculos del suelo pélvico



Fuente: esta figura muestra los músculos que conforman el suelo pélvico. Tomado de: (Rivera, 2021)

Es importante conocer la estructura del suelo pélvico para comprender de forma adecuada la ejecución de la episiotomía; es decir, conocer la zona o estructuras que intervienen en este proceso. De esta forma, se puede ejecutar un procedimiento correcto evitando cualquier tipo de complicación y previniendo situaciones que pongan en riesgo la vida de la madre.

2.2. DEFINICIÓN

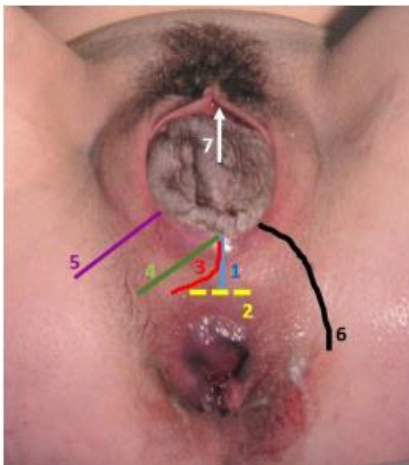
La episiotomía es considerada como una intervención quirúrgica comúnmente utilizada en el parto, la incisión se realiza en el periné y tiene la finalidad de facilitar la expulsión del feto a través del canal blando de parto. Esta intervención contribuye a que el parto finalice y genere beneficios como la reducción del trauma en el piso pélvico, la aparición de desgarros, prevención de hipoxia y ayuda a la restauración del periné. Sin embargo,

también representa varios riesgos como la incontinencia y recuperación tardía para el inicio de relaciones sexuales en la pareja (Beltrán W. , y otros, 2019).

Es un procedimiento obstétrico que se ejecuta con frecuencia en la sección perineal vaginal en sentido medio lateral con la finalidad de prevenir desgarros al momento en que la cabeza del feto distiende en exceso el periné que no logra ceder a la dilatación requerida para la salida del feto. Este procedimiento quirúrgico agranda la abertura vaginal durante el parto para que la duración de la expulsión se reduzca y disminuya la compresión de la cabeza del feto (Instituto de Salud de Bucaramanga, 2019).

Asimismo, García et al., (2019) manifiestan que la episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se centra en la realización de un corte en la parte inferior de la vagina, entre la vulva y el perineo durante el proceso de parto; esto reduce el tiempo del período y facilita la expulsión del feto. Apareció a finales del siglo XVIII y se utilizaba durante los partos dificultosos, de esta forma se ayudaba a la madre a expulsar rápidamente al feto y evitar el sufrimiento del mismo.

Ilustración 4 Episiotomía



Nota: Esta figura muestra el lugar donde se realiza la episiotomía. Tomado de: (Beltrán W. , y otros, 2019)

Como se puede observar la episiotomía es utilizada con frecuencia en el proceso de parto para facilitar la expulsión del feto, sobre todo cuando la madre es primeriza y no tiene la experiencia suficiente para realizar correctamente el parto. Este procedimiento presenta ventajas y desventajas que pueden direccionar la recuperación de las madres a futuro. Es

importante conocer que la episiotomía ayuda a incrementar la abertura vaginal para evitar sufrimiento fetal y permitir que el tiempo de parto se acorte.

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Este procedimiento se utiliza con frecuencia y de forma variada en diversos países; los datos presentados entre los años 1996 y 2012 en los Estados Unidos este proceso se ha realizado en un 62,5% en madres nulíparas y primíparas; en Europa se ha realizado un 30% de los partos, siendo Suecia el país con el porcentaje más bajo con un 9,7% y en Latinoamérica se realiza un 90-100% de las veces. Estos porcentajes bajan cada vez, ya que se practican estrategias que permiten la dilatación adecuada del canal vaginal para facilitar la expulsión del feto (Berzaín & Camacho, 2014).

Estudios han identificado que el continente Latinoamericano presenta mayor cantidad de episiotomías realizadas durante el parto; en el año 2019 en México la tasa de episiotomías fue de 69,5%; en Panamá fue de 81,8%; en Argentina de 85,7%; en Colombia de 86,2%; Nicaragua de 86,3%; en Bolivia de 90,8%; en Paraguay de 91,5%, Honduras de 92%; Brasil de 94,2%; Perú de 94,4%; en Uruguay de 95,1% y en Ecuador de 96,2% (González, 2022).

En el Hospital “Luis F. Martínez” se obtiene que la episiotomía se utiliza con frecuencia en mujeres primíparas, entre ellas el rango de edad que predomina es de 15 a 25 años. Es así como, el 64,05% de mujeres que corresponde a 98 casos han pasado por este proceso quirúrgico como opción de facilitar la expulsión del feto por el canal vaginal, y sobre todo para evitar el sufrimiento de este. (Moncayo & Vázquez, 2018). A continuación, se presenta una tabla con la cantidad de episiotomías ejecutadas en este hospital del Ecuador.

Tabla 2 Cantidad de episiotomías realizadas

EPISIOTOMÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	98	64,05%
NO	55	35,95%
TOTAL	153	100%

Nota: esta tabla muestra la cantidad de episiotomías realizadas en el Hospital Luis Fernando Martínez. Tomado de: (Moncayo & Vázquez, 2018)

Por lo tanto, la episiotomía es un procedimiento que se utiliza a nivel mundial en el proceso de parto para facilitar la expulsión del feto; sin embargo, en los países desarrollados este procedimiento ha disminuido gracias a las estrategias y métodos utilizados para contribuir a la dilatación del canal vaginal. En cuanto a los países en vías de desarrollo sobre todo en el continente Latinoamericano se utiliza con frecuencia en el proceso de parto, en especial en madres primíparas ya que la mayoría corresponde a una edad entre 15-25 años; al ser adolescentes no tienen una estructura anatómica correctamente desarrollada que les permita expulsar adecuadamente el feto y necesitan de este proceso para poder hacerlo.

2.4. CLASIFICACIÓN

Existen varios tipos de episiotomía que se practican durante el proceso de parto, de acuerdo con Hidalgo (2019), estos son:

- **Episiotomía mediana:** inicia en la comisura posterior y continúa hacia la línea recta del tendón central del cuerpo perineal; puede presentar riesgos para el área anal.

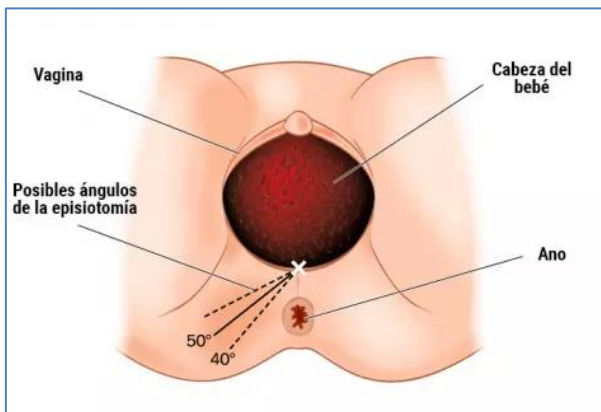
Ilustración 5 Episiotomía Mediana



Fuente: esta figura muestra la incisión de la episiotomía mediana. Tomado de: (Rackliffe, 2022)

- **Episiotomía mediana modificada:** se parece a la anterior, sin embargo, se adiciona dos cortes transversales opuestos, uno hacia la derecha y otro hacia la izquierda, con la finalidad de proteger el esfínter anal, las incisiones no deben medir más de 2-3 cm.

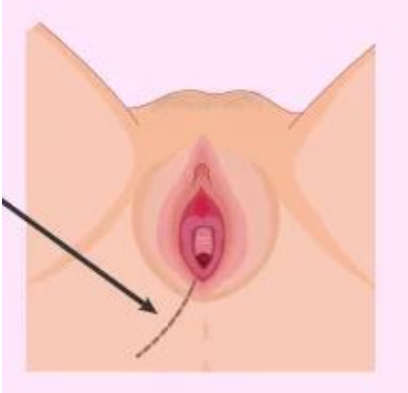
Ilustración 6 Episiotomía mediana modificada



Fuente: esta figura muestra la episiotomía mediana modificada. Tomado de: (González, 2021)

- **Episiotomía en forma de J:** inicia con un corte medio y se lateraliza hacia la tuberosidad isquiática con el objetivo de evitar la relación con el esfínter anal.

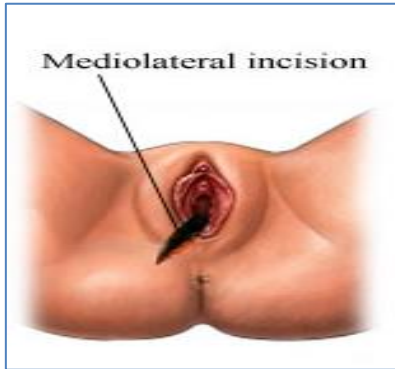
Ilustración 7 Episiotomía en forma de J



Fuente: esta figura muestra la episiotomía en forma de J. Tomado de: (Rodrigo & Suárez, 2022)

- **Episiotomía medio lateral:** para realizar este procedimiento es necesario utilizar anestesia local o regional, inicia con un corte recto desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática, se relaciona con el riesgo de extensión y puede provocar daño en el músculo y esfínter anal, pero tienen una pérdida menor de sangre y una recuperación rápida.

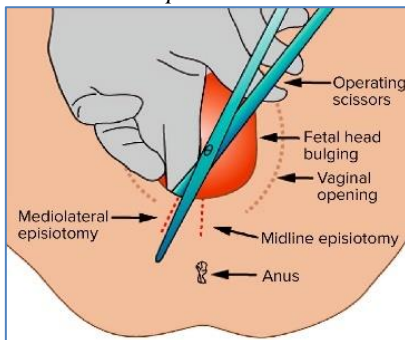
Ilustración 8 Episiotomía medio lateral



Fuente: esta figura muestra la incisión de la episiotomía medio lateral. Tomado de: (Rackliffe, 2022)

- **Episiotomía lateral:** inicia con un corte en el introito vaginal a 1 o 2 cm laterales de la línea media y continúa hacia la tuberosidad isquiática.

Ilustración 9 Episiotomía lateral



Fuente: esta figura muestra la incisión de la episiotomía lateral. Tomado de: (Oiseth, Jones, & Maza, 2022)

Por otro lado, Lunasco (2021), manifiesta que la clasificación de la episiotomía es:

- **Episiotomía media:** es aquella que inicia en la horquilla, se realiza un corte en la línea media del cuerpo perineal y continúa hasta antes de llegar al esfínter anal externo, la longitud del corte es de 2-3 cm.
- **Episiotomía medio lateral:** inicia en la línea media de la horquilla y continúa hasta la derecha o izquierda el corte es de 45 grados de la línea media.
- **Episiotomía lateral:** inicia en el punto 1-2 cm del lado lateral de la línea media, se dirige en ángulo hacia la tuberosidad isquiática derecha o izquierda.

Tabla 3 Comparación de dos tipos de episiotomía

Nivel de evidencia	Recomendación	
B	La episiotomía medio lateral se relaciona con un elevado riesgo de dolor perineal y dispareunia	
B	La episiotomía de la línea media se relaciona con un riesgo elevado de lesión del recto y el esfínter anal en comparación con la episiotomía medio lateral	
Características	Mediana	Medio lateral
Reparación quirúrgica	Fácil	Muy Difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Muy Frecuente
Dolor postoperatorio	Mínimo	Frecuente
Resultado anatómico	Excelente	Bueno
Pérdida sanguínea	Menor	Mayor
Dispareunia	Rara	Más frecuente
Extensión (desgarros grado III-IV)	Frecuente	Rara
Incide fibras musculares	No	Si

Fuente: esta tabla muestra la comparación entre dos tipos de episiotomía. Tomado de: (Instituto de Salud de Bucaramanga, 2019)

Por lo tanto, los tipos de episiotomía depende de varios factores, como la posición del feto y la distensión que se haya producido para permitir la expulsión; es por esta razón que el personal sanitario debe conocer todas las formas de episiotomía que existen para que decidan la mejor para cada situación. De esta manera, se evitan complicaciones negativas y se beneficia la salida del feto, así como el bienestar de la madre.

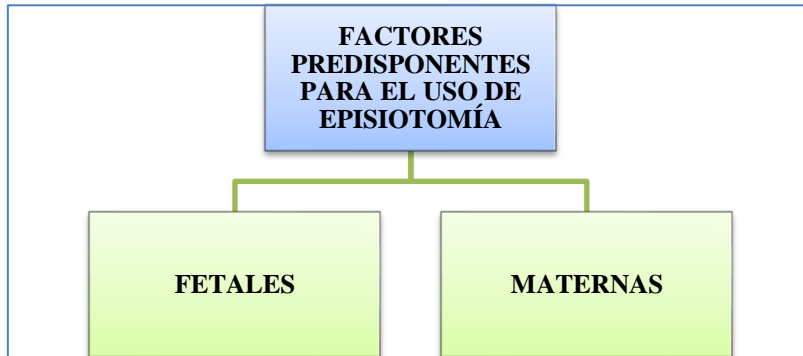
2.5. FACTORES PREDISPONENTES PARA EL USO DE EPISIOTOMÍA

Los principales factores que se toman en consideración para la realización de la episiotomía durante el proceso de parto, según González (2022), estas son:

- **Fetales:** macrostomia fetal, parto expulsivo prolongado, presentación occipito posterior del feto, hipoxia fetal durante el parto expulsivo, parto pretérmino y presentación podálica del feto.
- **Maternas:** periné cicatricial, periné rígido y corto, parto precipitado y expulsivo prolongado, urgencia materna, multiparidad.

- **Contraindicaciones:** no se puede realizar la episiotomía o se realiza con riesgos cuando: existe condiloma gigante, granuloma inguinal que compromete el periné, edema vulvar grande, varices vulvares grandes y eccema hiperqueratinizado.

Ilustración 10 Factores de riesgo para la episiotomía



Fuente: esta figura muestra los principales factores predisponentes para la episiotomía. Elaboración propia

Asimismo, Lunasco (2021), menciona factores que predisponen a la realización de la episiotomía, que son:

- **Maternas:** periné con poca elasticidad, periné corto (tiene 4-6 cm de diámetro) y musculatura atrófica.
- **Fetales:** prematuridad, peso mayor a 4000 gr, distocia de hombros, presentación fetal occipito-sacra o deflexionada; requerimiento de extracción rápida fetal y parto instrumental.

Por lo tanto, es importante que durante el proceso de parto se observe detenidamente los signos y síntomas que se presentan tanto en la madre como en el feto; para aplicar la episiotomía de forma adecuada. De esta forma, se acorta el tiempo de parto y se evita el sufrimiento fetal que puede poner en riesgo la vida de la madre y del feto.

Tabla 4 Factores a considerar en el uso de episiotomía

FACTOR	DESCRIPCIÓN
Edad	Menores de 35 años
Semanas de embarazo	Más de 40 semanas
Paridad	Primípara
Inducción del parto	Sí
Cesárea anterior	Sí
Analgesia regional	Sí

Peso del recién nacido	Más de 4500 gramos
Sexo del recién nacido	Varón

Fuente: esta tabla muestra los principales factores a considerar en el uso de la episiotomía. Tomado de: (Marín, Quijada, Sala, Palacios, & Marín, 2020)

Es fundamental conocer los factores que predisponen a la realización de la episiotomía, de esta forma se puede controlar adecuadamente el procedimiento y ejecutarlo en el momento preciso sin poner en riesgo la vida de la madre o del feto y evitando futuras complicaciones.

2.6. TÉCNICA QUIRÚRGICA DE EPISIOTOMÍA

De acuerdo con Gonzáles (2022), el procedimiento de la episiotomía se da en el siguiente orden:

- Asegurarse que el personal se encuentre calificado para realizar el procedimiento de episiotomía, así como el acceso a los insumos necesarios.
- Previo al corte es fundamental administrar anestesia a la paciente en dosis adecuada. Para ello se llenará una jeringa con 10 ml de lidocaína sin epinefrina.
- Primero se coloca la aguja desde la horquilla debajo de la mucosa vaginal, bajo la piel del periné y en el músculo del perineo, administrar el anestésico de forma simultánea al retirar la aguja, se debe esperar de 1 a 2 minutos antes de ejecutar el corte.
- Se realiza el corte del periné con la técnica de elección.
- Se amplía el corte de la pared vaginal a 5 cm.
- Se presiona de manera firme con gasa estéril hacia la salida de la cabeza fetal;
- Antes de realizar el corte es necesario colocar dos dedos entre el periné y la cabeza fetal, para prevenir lesiones de vagina que puedan ser difíciles de suturar.
- Al final se debe realizar una revisión minuciosa de las paredes de la vagina con el objetivo de descartar desgarros y hemorragias; posterior a ello se realizará la episiorrafia.
- Para la reparación de la episiotomía se utilizará catgut crómico 00 con aguja MR35 o MR30, se aproxima los planos tanto mucosa, musculo y piel.

2.7. COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

Las principales complicaciones son:

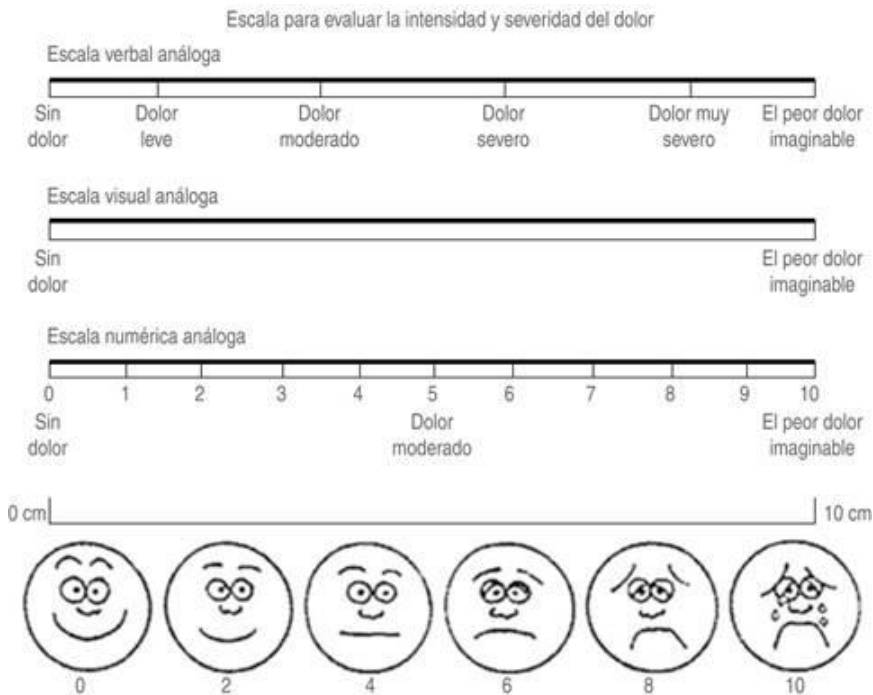
- **Complicaciones inmediatas:** hemorragia, desgarro, hematoma, edema, infección, dehiscencia.
- **Complicaciones tardías:** dolor del perineo con o sin vida sexual (dispareunia), proceso de adherencia vaginal o brida, endometriosis sobre la cicatriz de la episiotomía, quiste de la glándula de Bartholin por sección del conducto excretor, fístula recto vaginal (Donat & Tenías, 2019).

Los posibles complicaciones que pueden presentarse, según Cedeño (2018), son:

2.7.1 Dolor perineal post episiotomía

Es el síntoma más común en las mujeres después del parto, este se localiza entre el pubis, el ano y el perineo; puede ser continuo o intermitente. Para el diagnóstico se debe realizar una valoración semiológica acerca del dolor, es decir, tomar en cuenta la localización, características, intensidad y factores que lo desencadenan. La intensidad debe ser valorada mediante escalas de dolor, ya sea la escala visual análoga, numérica o verbal análoga.

Ilustración 11 Escalas para evaluar el dolor



Fuente: esta ilustración muestra las escalas que se pueden utilizar para valorar el dolor postoperatorio. Tomado de: (Gómez, Pérez, & Esteban, 2021)

Se recomienda administrar analgésicos no opioides (AINES) y colocar compresas locales de agua fría.

2.7.2 Hematoma vulvar

Se define como hematoma a la sangre que se colecciona a nivel vulvar debido a la ruptura de pequeños vasos de esta área producido generalmente por un trauma obstétrico. Los factores de riesgo son el parto instrumental, episiotomía, desgarros, macrosomía fetal, gestantes primíparas, preeclampsia y problemas de coagulación. El diagnóstico se basa en la anamnesis y exploración física principalmente la inspección del área vulvar, puede complementarse con estudios de imagenología. El tratamiento puede ser conservador o radical esto varía de acuerdo con la condición hemodinámica de la paciente y de los recursos disponibles.

2.7.3 Infección del sitio quirúrgico post episiotomía

Aparece generalmente por la presencia de agentes polimicrobianos. Los síntomas locales son los signos cardinales de la inflamación como calor, dolor, rubor y edema. El diagnóstico se basa principalmente en la excelente recolección de datos en la historia clínica y la indagación de manifestaciones clínicas, es oportuno, además, realizar exámenes complementarios para identificar al microorganismo causal como cultivos, hemocultivos o pruebas de imagen. La instauración de un tratamiento temprano evitara el progreso de la infección a un cuadro de septicemia.

Ante esta complicación es fundamental instaurar: limpieza y drenaje de la herida, antibioticoterapia y manejo hemodinámico del paciente. Para la limpieza de la herida es necesario abrir, drenar y explorar posterior a ello se deberá irrigar con abundante solución salina y dejar cerrar por segunda intención. Para el tratamiento antibiótico las cefalosporinas de primera y tercera generación son de primera elección por su acción de amplio espectro. (Romero, 2020) Es importante además el reposo relativo y la monitorización de las características de la herida.

2.7.4 Dispareunia

Dolor genital persistente que se produce antes, durante o después del acto sexual generalmente debido a dificultades obstétricas y ginecológicas, esta condición tiene un impacto en la calidad de vida de la mujer ya que provoca angustia o conflicto con la pareja.

Los ejercicios de Kegel son los más comunes por que permiten una adecuada cicatrización de la episiotomía, además tonifica el suelo pélvico de modo que habrá mayor flexibilidad, esto a su vez disminuirá la presión y el dolor a nivel genital. Consiste en contraer los músculos del periné durante tres segundos y luego relajarlos durante otros tres segundos, repetir esta actividad aproximadamente de 10 a 15 veces por varias ocasiones al día. (Olavide & Judit, 2020)

2.7.5 Edema perineal

Es una complicación habitual posterior al parto esta consiste en el aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos de la región genital (Correa & Canales, 2018) el tratamiento consiste en antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o la aplicación de frío local, ya sea empleando compresas de gel frío o paquetes de hielo.

2.7.6 Dehiscencia de episiorrafia

Esto se refiere a una apertura espontánea de una herida quirúrgica ya sea parcial o total, la incidencia de esta patología se encuentra entre 1% y 3%. Los principales factores de riesgo son: infección bacteriana de piel, virus del papiloma humano, hábitos de tabaquismo y hemorragia excesiva. (Vera & Salas, 2019) Ante la reapertura de la herida es importante realizar una inspección detallada visualizando extensión, signos de infección, presencia de colecciones o tejido necrótico. Para el manejo se debe retirar las suturas quirúrgicas, desbridar tejido dañado si fuese necesario, drenar abscesos, realizar limpieza con solución salina mínimo dos veces al día y administrar antibióticos de amplio espectro.

2.7.7 Desgarros vaginales

Se identifica así a la prolongación de la episiotomía en los extremos y profundidad que sigue la misma dirección del corte original. Su diagnóstico se realiza a través de una inspección directa del canal de parto. Se presentan desgarros cuando se tiene un parto difícil, se utiliza el fórceps y cuando se observa la pérdida continua de sangre y rutilante, aunque sean en cantidades pequeñas. Generalmente esto se presenta en las personas primíparas ya que el periné es menos flexible debido a que no ha sido sometido a distensión de forma anterior. Se identifican varios tipos de desgarros de acuerdo con Martínez et al., (2021), estos son:

- **Desgarro de primer grado:** se presenta una lesión de la parte perineal o mucosa vaginal.
- **Desgarro de segundo grado:** se presenta una lesión perineal que incluye a los músculos perineales, pero no al esfínter anal.
- **Desgarro de tercer grado:** se presenta una lesión perineal incluyendo al esfínter anal. Existen tres tipos: desgarro 3a cuando la lesión es menos del 50% del esfínter anal externo; desgarro 3b cuando la lesión es mayor al 50% del esfínter anal externo y desgarro 3c cuando hay lesión tanto del esfínter anal interno y externo.
- **Desgarro de cuarto grado:** se presenta una lesión perineal que abarca al esfínter anal externo e interno y a la mucosa anorrectal. A continuación, se presenta una tabla resumen con los principales tipos de desgarro.

Tabla 5 Clasificación de los desgarros

1° grado	Lesión de la piel perineal		
2° grado	Lesión de los músculos del periné sin afectar el esfínter anal		
3° grado	Lesión del esfínter anal	3 ^a	Lesión del esfínter externo <50% grosor
		3b	Lesión del esfínter externo >50% grosor
		3c	Lesión del esfínter externo e interno
4° grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Fuente: esta tabla muestra los principales tipos de desgarro. Tomado de: (Barbaran, 2020)

Para la reparación de los desgarros se debe contar con un equipo de sutura estéril y anestesia local; en los desgarros grado I se debe identificar el ángulo de desgarro, con sutura vicryl 2/0 se realiza una sutura continua o puntos cruzados. Para la sutura de los músculos perineales se debe aproximar los músculos de los dos lados con sutura vicryl 2/0, además revisar si existe lesión en músculos adyacentes.

El esfínter anal interno es una banda fibrosa blanquecina que se localiza entre el esfínter anal externo y la mucosa del recto, es el encargado de la mayor parte del tono anal que mantiene la continencia; el esfínter anal externo a su vez está formado por fibras musculares estriadas que se localizan alrededor del esfínter anal interno. Cuando se

produce un desgarro en uno de estos músculos se debe realizar un tacto rectal con el dedo índice para identificar mejor la zona lesionada.

Para la reparación de los desgarros de grado III o IV se debe iniciar con el procedimiento de asepsia y antisepsia, contando con campos estériles, equipo quirúrgico y anestesia local. En relación con la profilaxis antibiótica se debe administrar una dosis cefalosporinas de segunda o tercera generación intramuscular o intravenoso, en pacientes con reacción a los β -lactámicos administrar una dosis Gentamicina 240mg iv + Metronidazol 500mg iv. La sutura de la mucosa rectal se realiza con vicryl 3/0 sin penetrar la profundidad de esta. Se realizará puntos sueltos con vicryl 2/0 para la sutura del esfínter anal interno. Puede usarse la técnica de overlap o end-to-end usando hilo monofilamento 3/0 o vicryl 2/0 para la reparación del esfínter anal externo. (Lopez, Palacio, & Ros, 2014)

2.8. PREVENCIÓN

2.8.1 Durante el embarazo

- Ejercicio físico durante el embarazo

La actividad física permite a la madre y al feto tener una condición saludable, se ha identificado que el ejercicio regular en esta etapa ayuda a la disminución de malestares abdominales, mejora el estado de ánimo, controla el aumento de peso, pero sobre todo ayuda al fortalecimiento de la musculatura pélvica y por consiguiente permite efectos positivos durante el trabajo de parto previniendo partos expulsivos prolongados y uso de la episiotomía.

a) Ejercicios de Kegel

Uno de los ejercicios más conocidos y recomendados por los fisioterapeutas son los ejercicios de Kegel que consiste en mejorar el tono de la musculatura del suelo pélvico para ello se recomienda que se realice la contracción y relajación de los músculos pélvicos por diez repeticiones al día e ir aumentando hasta cincuenta veces al día. Los ejercicios de Kegel son:

Ejercicio 1: también denominado ejercicio lento ya que consiste en contraer los músculos del suelo pélvico durante cinco segundos, posterior a esto se relaja los músculos.

Ejercicio 2: también denominado ejercicio rápido, este consiste en contraer y relajar los músculos tan rápido como sea posible.

Ejercicio 3: consiste en contraer y relajar los músculos del suelo pélvico en tiempos.

Ilustración 12 Ejercicios de Kegel







Fuente: esta ilustración muestra los ejercicios de Kegel que se realiza para fortalecer los músculos de suelo pélvico Tomado de: (ice machine, s.f.)


b) Ejercicios con pelota pilates o fitball

Esta disciplina consiste en realizar ejercicios con la ayuda de un balón de gran tamaño de modo que se ayude al fortalecimiento del suelo pélvico y elasticidad del periné. Algunos fisioterapeutas conocen a estos ejercicios como esferodinamia y además recomiendan realizarlos desde el segundo trimestre ya que han evidenciado en muchas pacientes ayuda a mejorar la elasticidad del suelo pélvico y esto a su vez contribuye a la expulsión rápida del feto durante el parto. (Krupa, 2019)

A continuación, se menciona una rutina de ejercicios con la pelota de pilates:

Tabla 6 Ejercicios para embarazadas con pelota pilates

EJERCICIO	DEFINICIÓN	ILUSTRACIÓN
Movimiento para ejercitar la pelvis	Este ejercicio se trata de sentarse encima de la pelota, apoyándose sus manos sobre las rodillas y ejerciendo un movimiento de la pelvis de adelante hacia atrás y de la misma manera de forma lateral.	
Relajación de zona lumbar	Consiste en sentarse frente a la pelota, donde tus glúteos se encuentren cómodamente sobre tus pies y apoyar tu tronco sobre la pelota realizando un movimientos laterales, sin separar tu cuerpo de la pelota.	
Asimetría de caderas	Se debe realizar colocando la pierna izquierda hacia adelante y la pierna derecha posterior flexiona de rodilla y sostener con las dos manos la pelota, realizando un movimiento de arriba hacia abajo.	
Puente sobre hombros	Este ejercicio consiste en activar musculatura de zona lumbar, colocándose decúbito supino y apoyando sus piernas sobre la pelota, manteniendo un movimiento de inspiración profunda y comienzas a elevar tu tronco, esto se debe repetir 15 veces este ejercicio	


<p>Posición de la Rana</p>	<p>Colocarse en decúbito supino, apoyando sus piernas sobre el balón, pero separando las rodillas y juntando las plantas de los pies, similar a la posición de una rana. Esta debe mantener una contracción de 5 segundos y repetirla al menos 15 veces.</p>	
----------------------------	--	--

Fuente: esta tabla muestra los diversos ejercicios que se pueden realizar con la pelota pilates para prevenir el uso de episiotomía. (Escribano, 2021)

c) Yoga prenatal

El yoga durante el embarazo es beneficioso tanto para la mujer como para el bebé ya que permite mantener en equilibrio la mente y el cuerpo. Esta práctica consiste en realizar ejercicios de estiramiento que fortalecerán los músculos pélvicos, además de realizar respiraciones profundas que contrarresten la tensión muscular y angustia. El objetivo consiste también en mantener una actitud relajada ante las molestias que se presentan durante el embarazo y el parto.

Tabla 7 Posturas de yoga prenatal

POSTURA	DEFINICIÓN	ILUSTRACIÓN
<p>Malasana</p>	<p>Consiste en colocarse de pie con las piernas separadas a una distancia similar a los hombros, los pies orientados hacia afuera, se flexiona las rodillas en posición de cuclillas sin despegar los pies del piso, las manos irán en una posición similar a oración</p>	

Sukhasana	Consiste en sentarse en el piso, cruzar las piernas de modo de uno quede encima del otro, esto se utiliza muy a menudo para meditación.	
Baddha Konasana	Consiste en sentarse en el piso, flexionar rodillas de tal manera que las plantas de los pies queden juntas, posterior a ello intentar bajar las rodillas al suelo.	
Bitilasana	Se debe colocar las manos y rodillas en el suelo, realizar inhalaciones donde se eleve la pelvis y la cabeza y se baje la barriga.	
Upavistha Konasana	Esta postura requiere flexibilidad ya que en esta se separa las piernas estiradas lo máximo posible, inclinar el cuerpo hacia adelante y estirar los brazos.	

Fuente: esta tabla muestra las diversas posturas que se pueden realizar en el yoga para prevenir el uso de episiotomía (Ortega, 2020)

- Masaje perineal

Varios fisioterapeutas consideran que el masaje perineal aumenta la elasticidad de los tejidos perineales y de esta forma permite una menor incidencia de traumatismos a nivel genital, así como también menor uso de episiotomía en mujeres primigestas. Se realiza a partir de la semana 32 a 34.

2.8.2 Durante el trabajo de parto

- Posición materna

La posición materna durante el trabajo de parto facilita la expulsión fetal, así como también la protección del perineo, para lo cual se ha visto necesario que la paciente cambie de posiciones simultáneamente durante el parto con el objetivo que se sienta en confort. De esta forma estudios han identificado que la posición en decúbito lateral disminuye la incidencia del uso de episiotomía.

- Maniobra de Ritgen

Es una maniobra preventiva que se realiza durante el parto entre los periodos de contracciones uterinas, esto facilita la expulsión del feto y disminuye las laceraciones del esfínter anal. Estudios han realizado la maniobra de Ritgen modificada la cual consiste en realizarla durante las contracciones sin embargo se ha demostrado que esta no disminuye la incidencia de laceraciones a nivel del esfínter anal.

- Aplicación de calor

Estudios randomizados identificaron que la aplicación de gasas calientes a nivel perineal contribuye a una reducción significativa de laceraciones de tercer y cuarto grado, además se evidencio que el dolor perineal fue menor a otros grupos de estudio. Esta práctica permitió identificar que el riesgo de incontinencia urinaria a los tres meses Post-episiotomía fue menor.

- Masaje perineal durante el trabajo de parto

Esta es una medida preventiva que contribuye a una mayor elasticidad de los músculos del perineo cuando se realiza juntamente con vaselina, se ha identificado que aumenta la circulación, disminuye el estrés y alivia el dolor durante el parto. Se conserva la integridad del perineo al realizar este masaje durante la segunda fase del trabajo de parto. (Ferreira & Fernandes, 2017)

2.9 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE EPISIOTOMÍA

De acuerdo con Morillas et al., (2016), los cuidados de la herida post episiotomía son:

- Lavar de forma cuidadosa la zona de la herida de delante hacia atrás no más de dos veces al día.

- Cada vez que defecue, debe limpiarse de delante hacia tras y luego lavar la zona de la herida.
- Se debe secar con toallas suave, dando golpecitos, no debe realizarlo por arrastre
- Debe cambiar la compresa cada 2-3 horas para que logre mantener la herida seca
- El jabón tiene que mantener un pH neutro para evitar la proliferación de infecciones.
- La ropa interior debe ser de algodón, para ayudar a conservar la temperatura y evitar infecciones.
- No usar tampones o copas vaginales durante el proceso de postparto para disminuir el riesgo de infecciones.
- Se debe consumir una dieta rica en fibra e hidratarse constantemente para evitar el estreñimiento.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue realizada con base en la línea de investigación de salud, fue una investigación de corte transversal, retrospectiva debido a que se analizaron las historias clínicas de pacientes en un determinado período de tiempo, en este caso del año 2021. Tuvo un enfoque mixto con diseño descriptivo y explicativo; ya que se recopilaban datos numéricos para la medición de las variables propuestas, se realizó una revisión bibliográfica profunda de las mismas y se detallaron los resultados obtenidos. De esta forma se logró explicar la incidencia de las complicaciones de la episiotomía, los factores de riesgo que presenta y las medidas de prevención para evitar la aparición de complicaciones.

3.2. ALCANCE, ENFOQUE Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación presentó un método cuantitativo de alcance descriptivo-explicativo, con un enfoque mixto; es decir que combina el método cuantitativo y cualitativo para recolectar la información necesaria y lograr obtener los resultados requeridos, mismos que se relacionan con el problema de investigación y objetivos establecidos. De este modo, se logró establecer los resultados finales, así como las conclusiones y recomendaciones.

- **Histórico-lógico:** este método contribuyó a conocer todos los aspectos importantes, así como la evolución de las complicaciones de la episiotomía; es decir el trayecto de las variables. Permitted el análisis e interpretación de varios factores que forman parte del estudio; sobre todo se logró rescatar la información principal de las historias clínicas de las mujeres primigestas, donde se presentaban los antecedentes y factores de riesgo principales.
- **Analítico-sintético:** a través de este método se logró cumplir con los objetivos específicos propuestos, ya que se revisó a profundidad la literatura existente acerca

de la episiotomía, así como analizar los datos recopilados de la base de datos de la institución de salud para obtener los resultados requeridos.

- **Estadístico:** a través de la revisión de las historias clínicas del hospital se encontraron datos numéricos que permitieron medir las variables requeridas, obteniendo frecuencias y porcentajes de los mismos. Es así que, se realizó un análisis estadístico de los datos para lograr conseguir la descripción de la incidencia de complicaciones de la episiotomía, factores de riesgo, y las medidas preventivas de estas complicaciones.

3.3. ÁREA DE ESTUDIO

Pacientes gestantes que presentaron parto cefalovaginal en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2021.

3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está conformada por 287 pacientes que presentaron parto cefalovaginal en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín durante el período de enero 2021 a diciembre 2021

3.5. TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra está conformada por 75 pacientes gestantes en las cuales se establecieron criterios de inclusión y exclusión, los mismos que son:

Criterios de inclusión

- Gestantes de 15 a 41 años que presentaron parto cefalovaginal en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín a lo largo del año 2021.
- Gestantes que durante el parto cefalovaginal se les realizó episiotomía en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín a lo largo del año 2021.
- Gestantes que posterior al procedimiento de episiotomía presentaron complicaciones de esta, en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín a lo largo del año 2021.

Criterios de exclusión

- Pacientes gestantes que no pertenezcan al servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2021.
- Gestantes de 15 a 41 años que se planifique parto por cesárea en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín a lo largo del año 2021.
- Gestantes que no se encuentren en el rango de edad de inclusión.

3.6. UNIDAD DE ANÁLISIS

La investigación se ejecutó en Ecuador, provincia de Pichincha, ciudad de Quito. La unidad de estudio fue el Hospital Especialidades Carlos Andrade Marín.

Las variables fueron medidas en pacientes gestantes que presentaron labor de parto y el feto fue recibido por vía vaginal, además se verificó que se haya realizado la episiotomía.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Profilaxis para episiotomía
- Edad materna
- Edad gestacional
- Episiotomía
- Paridad
- Técnica quirúrgica de episiotomía
- Comorbilidades que predisponen episiotomía
- Inicio de labor de parto
- Peso del recién nacido
- Sexo del recién nacido

VARIABLES DEPENDIENTES

- Dolor perineal post episiotomía
- Hematoma vulvar
- Infección del sitio quirúrgico post episiotomía
- Dispareunia

- Edema perineal
- Dehiscencias de episiorrafia
- Desgarros vaginales

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Tipo	Definición operacional	Escala de Clasificación	Indicadores
Profilaxis para episiotomía	Nominal	Conjunto de medidas que se realizan para prevenir la episiotomía como ejercicio, yoga, fitball.	1. Si 2. No	<i>Distribución de pacientes según profilaxis para episiotomía</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según profilaxis para episiotomía } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Edad materna	Ordinal	Edad de la mujer en la que cursa un embarazo.	1. 15 a 19 años 2. 20 a 24 años 3. 25 a 39 años 4. 30 a 35 años 5. 36 a 41 años	<i>Distribución de pacientes según edad materna</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según edad materna } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Edad gestacional	Ordinal	Se define al tiempo que transcurre desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de parto.	1. < 32 semanas 2. 32 - 34 semanas 3. 35 - 36 semanas 4. 37- 41 semanas 5. 42 semanas o >	<i>Distribución de pacientes según edad gestacional</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según edad gestacional } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Episiotomía	Nominal	Acto quirúrgico que consiste en realizar un corte en el perineo para facilitar la salida del feto	1. Si 2. No	<i>Distribución de pacientes según episiotomía</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según episiotomía } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$

		por el canal vaginal.		
Paridad	Nominal	Consiste en el total de partos o embarazos viables más allá de las 20 semanas.	1. Primíparas 2. Multíparas	<i>Distribución de pacientes según paridad</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según paridad } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Técnica quirúrgica de episiotomía	Nominal	Incisión que se realiza en el periné durante la segunda etapa del trabajo de parto con el objetivo de facilitar la salida del feto.	1. Medio lateral derecho 2. Medio lateral izquierdo 3. No específica	<i>Distribución de pacientes según técnica quirúrgica</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según técnica quirúrgica } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Comorbilidades que predisponen episiotomía	Nominal	Coexistencia de una o más enfermedades que predisponen al uso de episiotomía.	1. Si 2. No	<i>Distribución de pacientes según comorbilidades</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según comorbilidades } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Inicio de labor de parto	Nominal	Serie de contracciones uterinas que provocan la dilatación y borramiento del cuello uterino para permitir la salida del feto.	1. Espontánea 2. Conducción 3. Inducción	<i>Distribución de pacientes según inicio de labor de parto</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según inicio de labor de parto } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Peso del recién nacido	Ordinal	Es una medida antropométrica del recién	1. 1499 gr o < (Muy bajo peso)	<i>Distribución de pacientes según peso del recién nacido</i>

		nacido representada en gramos.	2. 1500 – 2499 gr (Bajo peso) 3. 2500 -3999 gr (Peso adecuado) 4. 4000 gr o > (Macrosómico)	$\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según peso del recién nacido } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Sexo del recién nacido	Nominal	Se refiere a las características anatómicas, fisiológicas y cromosómicas del recién nacido.	1. Femenino 2. Masculino	<i>Distribución de pacientes según sexo del recién nacido</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según sexo del recién nacido } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Dolor perineal post episiotomía	Nominal	Es el síntoma más común en el puerperio inmediato se localiza en la región perineal y es producido por la dilatación vaginal durante la segunda fase del trabajo de parto.	1. Ausente 2. Leve 3. Moderado 4. Severo	<i>Distribución de pacientes según dolor perineal</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según dolor perineal } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Hematoma vulvar	Nominal	Acumulación de sangre producido por una hemorragia interna.	1. Si 2. No	<i>Distribución de pacientes según hematoma</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según hematoma } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$

Infección del sitio quirúrgico post episiotomía	Nominal	Presencia de dolor, calor, rubor, edema y salida de líquido purulento en la herida quirúrgica generalmente se presenta en los primeros 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico.	1. Si 2. No	<i>Distribución de pacientes según infección del sitio quirúrgico</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según infección del sitio quirúrgico } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}}$
Dispareunia	Nominal	Sensación dolorosa a nivel genital que se experimenta antes, durante y después del acto sexual.	1. Si 2. No	<i>Distribución de pacientes según dispareunia</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según dispareunia } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Edema perineal	Nominal	Hinchazón localizada o difusa a nivel perineal producida por una acumulación de líquido en el compartimiento intersticial	1. Si 2. No	<i>Distribución de pacientes según edema perineal</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según edema perineal } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$
Dehiscencia de episiorrafia	Nominal	Complicación quirúrgica en la que la episiorrafia se separa de forma	1. Si 2. No Clasificación	<i>Distribución de pacientes según dehiscencia</i> $\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes según dehiscencia } X}{N^{\circ} \text{ total de pacientes}} \times 100$

		espontánea generalmente por una infección.	1. Parcial 2. Completa	
Desgarros vaginales	Nominal	Son lesiones que producen pérdida de continuidad del tejido a nivel perineal, se caracterizan por presentar bordes irregulares y hemorragia según el grado de afectación.	1. Con episiotomía 1.1 Grado I 1.2 Grado II 1.3 Grado III y/o IV 2. Sin episiotomía 2.1 Grado I 2.2 Grado II 2.3 Grado III y/o IV	<i>Distribución de pacientes según desgarros</i> $\frac{N^\circ \text{ de pacientes según desgarros } X}{N^\circ \text{ total de pacientes}} \times 100$

3.8.TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Como se mencionó es un estudio observacional, donde se obtuvo la información necesaria de la revisión de las historias registradas en una base de datos creada en EXCEL por los autores, que incluye números de historias clínicas registradas en el sistema AS400 para la respectiva corroboración, es decir de 287 historias clínicas se tomó 75 pacientes que corresponden a mujeres a las cuales se les realizó episiotomía en el área de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Carlos Andrade Marín, en el periodo de enero - diciembre del 2021.

3.9.INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

- Sistema AS400.
- Construcción de base de datos en EXCEL.
- 287 historias clínicas de gestantes que presentaron parto cefalovaginal en el periodo 2021.
- Tablas para procesamiento de análisis estadísticos.
- Resultados, discusión, hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

3.10. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

3.10.1 Plan de recolección de datos

- Primero se procedió a hacer una revisión de la literatura acerca de las complicaciones de episiotomía en parto cefalovaginal, con el fin de establecer el estado del arte.
- A continuación, para la recolección de datos de la muestra se gestionó un permiso al director del Hospital Carlos Andrade Marín para poder acceder a la información del servicio de Ginecología-Obstetricia del hospital.

- **Proceso de acceso**

Dado que se utilizó datos anónimos, es decir sin nexo con el equipo de investigadores identificados en este protocolo de investigación a pesar de nosotros ser identificables, se realizó las siguientes acciones:

Se solicitó permiso a la Institución para el ingreso al Sistema AS400 (IESS) o sistemas propios de la entidad de salud.

Se solicitó un carnet de investigadora a la institución para el ingreso y circulación en el área que desarrollará la misma (de ser pertinente)

- **Proceso de obtención**

El tipo de datos que se va a recolectar (ejemplo de la Historia clínica obtenidos del Sistema AS400, en el caso de estudios retrospectivos.

Se firmó el documento de “COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD” (en el caso del HCAM-IESS) validado en Resolución Administrativa IESS-DG-2018-0030-RFDQ, del 27 de septiembre de 2018.

Mediante la recopilación de datos anonimizados sobre una misma persona sin necesidad de conocer su identidad.

Durante la obtención de los datos de la Historia Clínica se tuvo acompañamiento de un médico especialista asignado por la jefatura de la unidad Médica/Técnica, donde se realizó la investigación.

- **Proceso de uso de datos**

Se respetó el proceso de anonimización de datos.

Las acciones de usos de datos se realizaron solamente en el período de ejecución del protocolo que se nos autorizó.

Se controló el riesgo de datos desanonimizados.

Se codificó los datos.

3.10.2 Plan de análisis

Posterior a la obtención de información de las historias clínicas estudiadas, se empezó a organizar la información en una base de datos creada en EXCEL, misma que nos permitió analizar la información y tabular cada una de las variables mencionadas, mediante la aplicación de fórmulas estadísticas, y así obtuvimos datos de frecuencia y porcentuales facilitándonos la realización de la discusión y análisis de cada variable con los datos obtenidos y finalmente establecimos las conclusiones y recomendaciones en el contexto de la investigación.

3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización del proyecto requirió la emisión de varios oficios, solicitudes, actas de calificación tanto para su desarrollo como para autorizar y aprobar la defensa pública

del mismo, siendo dirigidos a autoridades del Hospital Carlos Andrade Marín, como a las autoridades de la Universidad Nacional de Chimborazo, además obtuvimos la información de las 287 pacientes incluidas en nuestro proyecto siempre respetando el derecho de confidencialidad que tienen los pacientes, tomando en cuenta decisiones tomadas por su familia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 8 Distribución según profilaxis para episiotomía

PROFILAXIS	PRIMIPARAS				MULTIPARAS				TOTAL	
	SI		NO		SI		NO		F*	%
	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%		
	49	17,07%	26	9,06%	151	52,61%	61	21,25%	287	100%
EPISIOTOMÍA	16	21,33%	25	33,33%	13	17,33%	21	28%	75	100%
DESGARROS	1	9,09%	1	9,09%	3	27,27%	6	54,54%	11	100%

(*F: frecuencia) **Elaborado por:** Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

Tomando en cuenta la profilaxis para el uso de episiotomía realizada por las 287 gestantes que se consideraron en este estudio, se identificó que de 75 primíparas el 17,07% practico profilaxis, de este grupo de pacientes se realizó episiotomía a un 21,33% y solo un 9,09% presento desgarros. Se evidenció además que el 9,06% de primíparas no recibió prevención preparto, de esta manera se observa que al 33,33% de este grupo se le practicó episiotomía y un 9,09% presento desgarros. Por otra parte, de las 212 pacientes múltiparas el 52,61% recibió profilaxis preparto, de estas el 17,33% fue practicado episiotomía y el 27,27% presentaron desgarros vaginales. Por último, se identificó que el 21,25% de múltiparas no recibió prevención para episiotomía, es así como de este grupo el 28% fue sometido a episiotomía y el 54,54% manifestó desgarros.

Desde hace siglos se ha impartido practicas dirigidas a la mujer embarazada con el objetivo de disminuir las molestias que se producen antes, durante y después del parto, al pasar el tiempo estas prácticas se han ido perfeccionando y hoy cumplen un papel fundamental en el decrecimiento de la tasa de episiotomías ya que fortalecen la musculatura pélvica y aumenta la elasticidad del periné. (Ferreira & Fernandes, 2017) Así pues, en base a este estudio se ha identificado que la profilaxis que se brindó tanto en mujeres primíparas como

multíparas contribuyó a un descenso del uso de episiotomía y de la misma forma la incidencia de desgarros vaginales, sin embargo, destacamos que aún se debe perseguir el objetivo de humanizar el parto en mayor medida posible.

Tabla 9 Distribución según la edad materna

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19	4	5,33%
20-24	10	13,33%
25-29	29	38,67%
30-35	25	33,33%
36-41	7	9,33%
TOTAL	75	100%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, de las 75 pacientes que presentaron parto cefalovaginal y requirieron episiotomía en el Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo enero-diciembre 2021, el 5,33% tienen un rango de edad entre 15 y 19, el 13,33% tienen un rango de edad entre los 20-24 años, mientras que un 38,67% tiene entre 25-29 años, el 33,33% de pacientes tiene entre 30 -35 años y el 9,33% de mujeres tiene entre 36-41 años.

Por lo tanto, se puede evidenciar en este estudio, que la realización de episiotomía fue mayor en mujeres gestantes con un rango de edad entre 25- 29 años, valor que está en relación con un estudio realizado en el 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán- Colombia donde se evidenció que en mujeres de 19 -34 años se realizó con mayor frecuencia episiotomía. (Rubio, 2016)

Tabla 10 Distribución según la edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<32 SEMANAS	1	1,33%
32-34 SEMANAS	3	4%
35-36 SEMANAS	4	5,33%
37-41 SEMANAS	67	89,33%
42 o >	0	0%
TOTAL	75	100,0%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

Considerando los resultados obtenidos en este estudio, se pudo evidenciar que de 75 recién nacidos por parto cefalovaginal que requirió episiotomía, el 1,33% tuvo una edad gestacional de <32 semanas, mientras que el 4% tuvo entre 32-34 semanas, el 5,33% de pacientes presento 35-36 semanas y el 89,33% tuvo 37 y 41 semanas de gestación.

Con estos resultados se confirma que la episiotomía en este hospital se realiza con mayor frecuencia en recién nacidos a término (37-41 semanas); comparado con un estudio realizado en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia en el año 2016 que indica que se realizó episiotomías en mayor porcentaje en gestantes postérmino (Ballesteros, Garcia, Mariano, & Canteras, 2016), concluyendo que la edad gestacional avanzada se considera como un factor de riesgo para la realización de episiotomía.

Tabla 11 Distribución según Episiotomía

EPISIOTOMÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	75	26,13%
NO	212	73,86%
TOTAL	287	100,0%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

De los datos obtenidos se pudo identificar que de 287 pacientes que representan el total de la población de estudio, en el 26,13% se realizó episiotomía mientras que en el 73,86% no se llevó a cabo episiotomía.

Según los resultados de este estudio en el Hospital Carlos Andrade Marín del periodo 2021 se identificó que en el 26,13% de pacientes se realizó episiotomía, tomando en cuenta el estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso publicado en el año 2017 donde la tasa de prevalencia de episiotomía fue del 35.5%, y además una referencia internacional como el estudio realizado en el Hospital Virgen de la Arrixaca del año 2019 donde su incidencia de episiotomías fue de 36,5% (García, Viguera, Ballesteros, Fernandez, & Garcia, 2019), consideramos que la tasa de incidencia en nuestro estudio está en valores próximos a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%), con lo cual se

recomienda que se continúe con la ardua labor de disminuir la tasa de prevalencia de episiotomía como lo recomienda la OMS. (Instituto de Salud de Bucaramanga, 2019)

Tabla 12 Distribución según la paridad en episiotomía

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIPARA	41	54,66%
MULTIPARA	34	45,33%
TOTAL	75	100,0%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

En este estudio se pudo evidenciar que de 75 pacientes que presentaron parto cefalovaginal y se les practicó episiotomía el 54,66% de pacientes fue primípara, mientras que el 45,33% de pacientes fue múltipara.

En relación con la paridad de las mujeres a las que se les realizó episiotomía en este estudio, se puede determinar que el 54,66% de mujeres fue primípara, esto puede resultar ya que la anatomía del suelo pélvico de las nulíparas es tenso y corto, resultado sustentado por un estudio realizado en el Hospital Luis Gabriel Dávila del 2019 donde estudian a 155 mujeres, de las cuales el 64,5% eran madres primíparas y el 35,5% eran múltiparas, datos que concuerdan con los valores de nuestro estudio demostrando que uno de los factores de riesgo para la episiotomía es ser madre primípara. (Hidalgo & Durán)

Tabla 13 Distribución según técnica quirúrgica de episiotomía

TÉCNICA QUIRÚRGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIO LATERAL DERECHO	65	86,66%
MEDIO LATERAL IZQUIERDO	4	5,33%
NO ESPECIFICA	6	8%
TOTAL	75	100%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

De acuerdo con los datos obtenidos de 75 pacientes a las que se les realizó episiotomía se pudo identificar que al 86,66% se le practicó episiotomía medio lateral derecha, mientras

que al 5,33% se le realizó técnica medio lateral izquierda y el 8% no cuenta con suficiente información sobre la técnica practicada en el sistema AS400.

Con esto se puede determinar que el personal de salud del Hospital Carlos Andrade Marín del área de gineco-obstetricia utiliza con mayor frecuencia la técnica quirúrgica medio lateral derecha al momento de realizar episiotomías, correlacionando esto con el estudio realizado en el Hospital General La Perla (México) del 2020 donde manifiestan que en la actualidad la episiotomía medio lateral derecha es común y resulta ser un factor protector de desgarros de grado III. No obstante, este estudio también recomienda disminuir la práctica de episiotomía media ya que puede significar una mayor tasa de desgarros esfinterianos. De este modo se puede identificar que en esta unidad se practica en gran porcentaje la técnica medio lateral derecha ya que existe mayor evidencia y mejores resultados en cuanto la recuperación de sus pacientes. (Alvarado & Alcivar, 2020)

Tabla 14 Distribución según comorbilidades que predisponen episiotomía

COMORBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	33,33%
NO	50	66,66%
TOTAL	75	100,0%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

Considerando los datos obtenidos se pueden identificar que de 75 pacientes que se sometieron a episiotomía el 33,33% presentaba comorbilidades que predisponen a episiotomía, mientras que el 66,66% no presentaba enfermedades preexistentes.

Ante lo expuesto podemos identificar que la mayor parte de nuestras pacientes no presentaba comorbilidades que signifiquen un factor predisponente para la realización de episiotomía, sin embargo, autores mencionan que la presencia de comorbilidades como diabetes gestacional, obesidad y trastornos hipertensivos predisponen complicaciones antes, durante y después del parto. (Reyes & Urbina, 2019) Ante esta información concluimos que es fundamental la valoración individual de las pacientes previo a la realización de episiotomía.

Tabla 15 Distribución según Inicio de labor de parto

LABOR DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPONTANEO	58	77,33%
CONDUCCIÓN	14	18,66%
INDUCCIÓN	3	4%
TOTAL	75	100,0

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

En relación con los datos obtenidos se puede observar que de 75 mujeres a las que se les realizó episiotomía el 77,33% de mujeres tuvo parto espontaneo, al 18,66% se realizó parto cefalovaginal por conducción, mientras que al 4% presento parto por inducción.

Un estudio realizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo indica que la episiotomía se lleva a cabo durante el periodo expulsivo de parto con el fin de prevenir complicaciones fetales y maternas, coincidiendo así con los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde se pudo evidenciar que se realiza con mayor frecuencia en los partos espontáneos, no obstante, la OMS indica que no es preciso realizar de manera rutinaria episiotomía sobre todo en partos espontáneos. (Beltrán W. , Durán, Lozada, & Maya, 2019)

Tabla 16 Distribución según peso del recién nacido

PESO DEL RECIÉN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1499 gr o <	1	1,33%
1500 -2499 gr	7	9,33%
2500 -3999 gr	67	89,33%
4000 gr o >	0	0%
TOTAL	75	100%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

En relación con los datos obtenidos en este estudio se puede identificar que de 75 mujeres que se sometieron a episiotomía, el 1,33% tuvo un recién nacido con un peso menor a 1499gr, el 9,33% tuvo un recién nacido con un peso que oscilaba en el rango de 1500-2499

gr, mientras que el 89,33% concibió a recién nacidos con un peso promedio entre 2500-3999 gr, identificando además que ninguna mujer tuvo hijos con pesos mayores a 4000gr.

El peso ideal de un recién nacido oscila entre 2500 y 3999 gr, sin embargo, en este estudio se puede evidenciar que la mayor parte de episiotomías se realiza en este grupo de recién nacidos, varios autores mencionan que el peso del lactante no se relaciona como un factor de riesgo para la realización de episiotomía, sino más bien éste se asocia con la frecuencia de desgarros perianales, coincidiendo de esta manera con un estudio realizado en el 2016 en la Maternidad de corta estancia Carapungo 2 donde se menciona que el peso se convierte en un factor de riesgo para desgarros cuando este asciende por encima de 4000 gr, esto debido al excesivo estiramiento del periné. (Moncayo & Vázquez, Frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital "Luis F. Martínez", 2017)

Tabla 17 Distribución según sexo del recién nacido

SEXO DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	34	45,33%
MASCULINO	41	54,66%
TOTAL	75	100%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

Considerando los datos obtenidos en este estudio, de las 75 pacientes que se sometieron a episiotomía, el 45,33% concibió a recién nacidos de sexo femenino, mientras que el 54,66% procreo a neonatos de sexo masculino.

En función del sexo del recién nacido, en este estudio se puede identificar que de todas las mujeres a las que se les realizó episiotomía la mayoría de ellas dio a luz a niños, resultados similares a un estudio donde hubo un predominio de nacimientos de recién nacidos de sexo masculino en madres sometidas a episiotomía, sin embargo a pesar de los resultados, la evidencia sobre la relación de episiotomía y el sexo del recién nacido es insuficiente para demostrar si esta variable es un factor de riesgo o no para el uso de episiotomía. (Hernández, y otros, 2014)

Tabla 18 Distribución según dolor perineal Post-episiotomía

DOLOR PERINEAL Escala verbal análoga del dolor	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausente	0	0%	0	0%	0	%0
Leve	12	16%	18	24%	30	40%
Moderado	23	30,66%	14	18,66%	37	49,33%
Severo	6	8%	2	2,67%	8	10,66%
TOTAL	41	54,66%	34	45,33%	75	100%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

De las 75 mujeres a las que se realizó episiotomía, se identificó que de las 41 mujeres primíparas el 16% tuvo dolor leve, el 30,66% presentó dolor moderado y el 8% dolor severo; por otro lado, de las 34 mujeres múltiparas se evidencio que el 24% manifestó dolor leve, el 18,66% dolor moderado mientras que el 2,67% dolor severo. Además, es importante mencionar que ninguna paciente del grupo estudiado manifestó ausencia de dolor.

El dolor sin duda alguna representa el principal síntoma que manifiestan las pacientes tanto clínicas como quirúrgicas, por tal motivo se ha indagado a nuestras pacientes sobre el dolor que presentaron durante el puerperio inmediato mediante la escala verbal análoga del dolor (EVERA), la misma que cuenta con cuatro categorías que va desde la ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado y dolor severo, permitiendo describir la intensidad del dolor con mayor facilidad. De este modo se identificó que las mujeres primíparas presentaron con mayor frecuencia dolor moderado con un 30,66% y el 24% de múltiparas manifestaron dolor leve, corroborando así, que el dolor es la complicación más común en el puerperio inmediato de mujeres con episiotomía, sin embargo, ciertos estudios mencionan que esta complicación puede diferir a razón de la técnica quirúrgica utilizada y del manejo oportuno del grado de dolor. En un estudio realizado en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel del año 2018, también menciona que la mayoría de las pacientes presenta una elevada incidencia de dolor en la región perineal posterior a la episiorrafia con un grado de dolor moderado o severo. (Cira & Jurado, 2018)

Tabla 19 Distribución según complicaciones post episiotomía

COMPLICACIONES	PRIMIPARAS				MULTIPARAS				TOTAL	
	SI		NO		SI		NO			
	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%
Hematoma vulvar	1	1,33%	40	53,33%	0	0%	34	45,33%	75	100%
Infección del sitio quirúrgico Post-episiotomía	10	13,33%	31	41,33%	9	12%	25	33,33%	75	100%
Dispareunia	9	12%	32	42,66%	4	5,33%	30	40%	75	100%
Edema perineal	8	10,66%	33	44%	5	6,67%	29	38,67%	75	100%

(*F: frecuencia) **Elaborado por:** Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

Tomando en cuenta la paridad de las 75 mujeres que se sometieron a episiotomía se clasifico a las pacientes en primíparas y multíparas, pudiendo identificar que de las 41 mujeres primíparas el 1,33% presento hematoma; 13,33% manifestó infección del sitio quirúrgico; 12% aquejó por dispareunia los primeros meses postpartos y el 10,66% presento edema. De igual forma de las 34 mujeres multíparas se puede destacar que el 12% presento infección del sitio quirúrgico, mientras que el 5,33% padeció de dispareunia post parto y el 6,67% manifestó edema; es importante además que se evidencio que en este grupo de pacientes ninguna presento hematoma post parto.

Si bien la episiotomía conlleva ventajas tanto para la madre como para el recién nacido, esta no está exenta de complicaciones, es así como en nuestro estudio podemos deducir que la complicación que se efectúa con mayor incidencia tanto en primíparas como en multíparas es la infección del sitio quirúrgico; aunque el porcentaje no es extremadamente elevado, el valor resulta estadísticamente importante por lo que se debería identificar las razones de dicha incidencia con el objetivo de mejorar la atención hospitalaria.

En relación con la dispareunia las mujeres primíparas presentaron mayor incidencia frente a las multíparas, esto podría estar en función a que su periné resulta corto y presenta poca distensibilidad al momento del parto. Varios autores detallan en estudios que el inicio de la actividad sexual post episiotomía puede llegar a tardar en un promedio de hasta tres meses, esto representaría un impacto negativo para la pareja, por ello se consideraría como una complicación a largo plazo de la episiotomía. (Couce, Díaz, Fernández, & López, 2019)

En un estudio realizado en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el año 2021 se identificó que, de 54 pacientes primíparas con complicaciones post episiotomía, la más frecuente fue el edema vulvar representando un 61%. Por otro lado, ciertos estudios mencionan que la complicación con mayor incidencia en mujeres que no requirieron episiotomía es el edema vulvar con un 55%. Así pues, de los datos obtenidos de nuestro estudio se puede identificar que el edema en los dos grupos de pacientes no tuvo mayor relevancia ni fue específico para cada grupo, por tal motivo inferimos que el edema no es una complicación propia de pacientes con episiotomía, más bien es un signo habitual que se presenta posterior al parto vaginal. (Cedeño, 2018)

Tabla 20 Distribución según dehiscencia de episiorrafia

DEHISCENCIA	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	F*	%	F*	%	F*	%
SI	3	4%	3	4%	6	8%
NO	38	50,66%	31	41,33%	69	92%
TOTAL	41	54,66%	34	45,33%	75	100%
CLASIFICACION DE LA DEHISCENCIA						
	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
PARCIAL	5			6,66%		
COMPLETA	1			1,33%		
TOTAL	6			8%		

(*F: frecuencia) **Elaborado por:** Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

De acuerdo con los datos obtenidos se pudo identificar que de las 41 pacientes primíparas que se sometieron a episiotomía el 4% presento dehiscencia de la herida, en tanto que de las 34 mujeres multíparas presentaron dehiscencia el 4%. En relación con las clasificaciones de la dehiscencia se pudo apreciar que el 6,66% presento dehiscencias parciales mientras que el 1,33% presento dehiscencia completa.

En nuestro estudio se identificó que las pacientes con complicaciones post episiotomía presentaron dehiscencia en un 8%; dentro de la cual el 6,66% manifestó dehiscencia parcial, estudios mencionan que el manejo para este tipo de dehiscencias es el cierre por segunda intención, previamente a un drenaje y limpieza profunda, posterior a ello se lo debe complementar con antibiótico terapia. El 1,33% presento una dehiscencia completa

para lo cual requirió de un manejo quirúrgico donde se revisó tanto planos superficiales como profundos. Generalmente la dehiscencia cicatriza en un promedio de 6 a 8 semanas, sin embargo, cuando este no tiene un manejo apropiado puede tardar más de lo normal representando un impacto negativo en la vida de la mujer ya que genera problemas a largo plazo como dolor perineal, malestar al orinar y dispareunia. (Villacampa, 2019)

Tabla 21 Distribución según desgarros vaginales en mujeres con episiotomía

DESGARROS	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	F*	%	F*	%	F*	%
SI	2	2,66%	9	12%	11	14,66%
NO	39	52%	25	33,33%	64	85,33%
TOTAL	41	54,66%	34	45,33%	75	100%
GRADOS DE DESGARROS SEGÚN PARIDAD						
GRADOS	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	F*	%	F*	%	F*	%
GRADO I	1	1,33%	5	6,67%	6	8%
GRADO II	1	1,33%	4	5,33%	5	6,66%
GRADO III Y IV	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	2	2,66%	9	12%	11	14,66%

(*F: frecuencia) **Elaborado por:** Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

De acuerdo con los datos obtenidos de las pacientes que se sometieron a episiotomía se puede identificar que, de 75 mujeres, el 85,33% no presentó desgarros vaginales mientras que el 14,66% presentó desgarros durante el parto, siendo el 2,66% pacientes primíparas y el 12% correspondientes a pacientes múltiparas. En cuanto a la caracterización del desgarro, este mostro que las mujeres primíparas tuvieron una incidencia de desgarro grado I y grado II de 1,33% en ambos datos, por otro lado, las mujeres múltiparas tuvieron una incidencia de 6,67% en desgarros grado I y 5,33% en grado II. Finalmente, se pudo identificar que ninguna paciente presentó desgarros grado III y/o IV en este estudio.

La episiotomía se realiza con el fin de acortar el tiempo de parto y disminuir el riesgo de padecer desgarros, sin embargo, por razones multifactoriales se producen desgarros a nivel vaginal y/o perineal, que pueden ocasionar hemorragias y esta a su vez poner en riesgo la vida materna, por ello se los considera como una complicación significativa durante el

parto. De este modo, se puede identificar que las mujeres que si padecieron desgarros corresponden al 14,66% siendo un valor estadísticamente inferior con respecto al 85,33% de las pacientes que no presentaron esta complicación, corroborando que los desgarros en nuestro estudio no fueron una complicación predominante posterior a la episiotomía. Por otro lado, teniendo en consideración la paridad de las pacientes se puede evidenciar que hay mayor incidencia de desgarros en mujeres multíparas, tanto grado I como grado II, frente a las mujeres primíparas. (Estrada, 2018)

Tabla 22 Distribución según desgarros vaginales en mujeres sin episiotomía

DESGARROS	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	F*	%	F*	%	F*	%
SI	22	10,38%	96	45,28%	118	55,66%
NO	12	5,66%	82	38,68%	94	44,33%
TOTAL	34	16,04%	178	83,96%	212	100%
GRADOS DE DESGARROS SEGÚN PARIDAD						
GRADOS	PRIMIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	F*	%	F*	%	F*	%
GRADO I	17	8,02%	70	33,02%	87	41,04%
GRADO II	4	1,88%	26	12,26%	30	14,15%
GRADO III Y IV	1	0,47%	0	0%	1	0,47%
TOTAL	22	10,38%	96	45,28%	118	55,66%

(*F: frecuencia) **Elaborado por:** Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021

Análisis y discusión

Con respecto a las mujeres que dieron parto cefalovaginal y que no requirieron episiotomía se puede identificar que, de 212 mujeres, 44,33% no manifestó desgarros vaginales, mientras que el 55,66% si presentó desgarros vaginales, de este último grupo el 10,38% son pacientes primíparas y 45,28% pacientes multíparas. Referente a la incidencia de los tipos desgarros en pacientes primíparas el 8,02% representa el grado I, el 1,88% los desgarros grado II y 0,47% desgarros grado III. En cuanto a las pacientes multíparas tuvieron una incidencia de desgarros grado I de 33,02% mientras que de desgarros grados II un 12,26%. Asimismo, se puede identificar que ninguna paciente multípara presentó desgarros grado III y/o IV en este estudio.

Diferentes estudios han evaluado la incidencia de desgarros en partos sin episiotomía, revelando que la mayoría de las mujeres presenta lesiones leves a nivel genital posterior al

parto, cuyos factores de riesgo no han sido relacionados aun, pero se mencionan: la edad materna, el peso del recién nacido, la nuliparidad, el perímetro cefálico, partos expulsivos y entre otros; de esta forma corroboramos los datos obtenidos en nuestro estudio donde el 55,66% de pacientes presentaron desgarros, sin embargo la mayoría de esta complicación representa desgarros de grado I. Es importante además enfatizar que la mayor proporción de desgarros se presentó en mujeres multíparas con un 45,28% infiriendo así que la primiparidad no siempre está relacionada con los desgarros.

Uno de los objetivos de las unidades gineco-obstétricas a nivel mundial es el uso de la episiotomía restrictiva durante el parto, sin embargo, en este estudio se puede evidenciar que el uso restrictivo provocó un aumento de las cifras de desgarros leves, interpretando al exceso confianza del médico operador como causa de esta complicación. (Estrada, 2018)

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

- Durante el año 2021 debido a la emergencia sanitaria a nivel mundial, el Hospital Carlos Andrade Marín fue un centro de acogida de pacientes complicados con SARS-COV2, por lo cual la llegada de pacientes gestantes se vio reducida a comparación de años previos de esta manera se comprende el tamaño limitado de la población de estudio.
- En el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el periodo enero-diciembre 2021, de 287 mujeres el 69,68% realizaron profilaxis para el uso de episiotomía, resultando así que del total de partos eutócicos se realizó episiotomía a un 26,13%, de las cuales se pudo evidenciar que la mayor parte de episiotomías se realizó en mujeres con rango de edad entre 25-29 años (38,67%), y relativamente en su mayoría fueron primíparas (54,66%).
- En este estudio se pudo observar que la mayor parte de recién nacidos con madres que requirieron episiotomía tuvieron una edad gestacional a término (89,33%) determinando que la edad gestacional avanzada constituye un factor de riesgo para este procedimiento, por otro lado, se identificó que el peso del neonato no siempre tiene impacto en el uso de episiotomía ya que gran parte de recién nacidos en este servicio tuvo un peso ideal que oscilo entre 2500 y 3999 gr (89,33%). Por lo que se refiere al sexo del neonato hemos evidenciado que en nuestro grupo de estudio no hubo una diferencia significativa entre femenino (45,33%) y masculino (54,66%), considerando a la variable sexo del recién nacido como un marcador poco relevante para determinarlo como un factor de riesgo para la realización de episiotomía.
- En cuanto a la técnica quirúrgica de episiotomía la medio lateral derecha es el procedimiento más practicado por los profesionales de esta unidad de salud (86,66%), así mismo, se evidencio que la mayor parte de episiotomías realizadas fue en pacientes con inicio de labor de parto espontáneo (77,33%).
- Acerca de las complicaciones post episiotomía, se evaluaron en dos grupos de pacientes: primíparas y multíparas. Las complicaciones más significativas que manifestaron las mujeres primíparas fueron: dolor perineal post-episiotomía presente en todas las pacientes (100%), sin embargo, el dolor de moderada

intensidad fue el más frecuente (30,66%), infección del sitio quirúrgico (13,33%), dispareunia (12%), edema (10,66%), dehiscencia (4%) y menor proporción el hematoma perineal (1,33%). Al mismo tiempo se pudo evidenciar que las pacientes multíparas también presentaron dolor perineal post episiotomía en su totalidad (100%), destacando el dolor de leve intensidad en la mayoría de ellas (24%), infección del sitio quirúrgico (12%), dispareunia (5,33%) y edema (6,67%) y en cantidad inferior dehiscencia de episiorrafia (4%).

- La incidencia de desgarros vaginales en mujeres primíparas con episiotomía fue mínima (2,66%) a comparación de las pacientes multíparas sometidas a episiotomía quienes tuvieron una frecuencia relativamente mayor (12%), sin una diferencia significativa en relación con los grados de severidad en ambos grupos. Conjuntamente se valoró a pacientes sin episiotomía, donde se identificó que existe una mayor incidencia de desgarros en mujeres multíparas (45,28%), sin embargo, la mayoría de estos desgarros representan al grado I, es decir que no conllevan complicaciones graves. Por tal motivo corroboramos que la episiotomía previene gran parte de desgarros, y la no realización aumenta la incidencia de desgarros grado I, sin embargo, se la debe realizar tomando en cuenta el factor riesgo – beneficio y de forma selectiva.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda impulsar la creación de programas que apoyen la prevención del uso de episiotomía, de igual forma incentivar a la mujer a cerca de los ejercicios que puede realizar a lo largo de su jornada en esta etapa del ciclo de la vida.
- Las episiotomías deben realizarse valorando aspectos maternos y fetales previo al parto, de manera que sea de uso electivo mas no rutinario para prevenir complicaciones que afecten a la calidad de vida de la mujer.
- Se debe socializar a las pacientes primíparas acerca de la anatomía en la mujer embarazada y los cambios que se producen en ella durante el parto, además de fomentar el ejercicio durante el embarazo con el objetivo de fortalecer los músculos del suelo pélvico
- Es recomendable proporcionar profilaxis a las madres para que tomen consciencia de los factores de riesgo que podrían ocasionar la realización de la episiotomía y si

presentan alguno de ellos puedan controlarse de forma adecuada para que el proceso de parto sea satisfactorio y no se produzcan consecuencias graves de salud.

- Se recomienda reforzar los protocolos de asepsia y antisepsia en el personal de salud del área de gineco-obstetricia con el fin de reducir en lo máximo posible la frecuencia de infecciones del sitio quirúrgico que se presenta postparto
- En relación con la tasa de incidencia de realización de episiotomía se sugiere al servicio de gineco-obstetricia del Hospital “Carlos Andrade Marín” mantener un rango inferior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%).
- Se recomienda al personal de esta unidad realizar un seguimiento a las pacientes que se sometieron a episiotomía con el objetivo de disminuir complicaciones a corto y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abedian, S., Abedi, P., Jahanfar, S., Irvani, M., & Zahedian, M. (2020). The effect of Lavender on pain and healing of episiotomy: A systematic review. *Complementary therapies in medicine*, 53. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102510>

Alvarado, V., & Alcivar, C. (2020). Factores de riesgo maternos y obstétricos para realizar episiotomía en primigestas . *Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 48.

Apaza, J. (2016). Evaluación del suelo pélvico mediante ecografía introital. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 235-246. doi:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v62n3/a05v62n3.pdf>

Ballesteros, C., Garcia, C., Mariano, M., & Canteras, M. (2016). La episiotomía y su relacion con distintas variables clínicas que influyen en su realizacion. *Revista Latina-Americana de Enfermagem*, 6.

Barbaran, R. (2020). *Perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga ESSALUD de enero a junio-2019*. Obtenido de Universidad Nacional Huancavelica: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3279/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020-BARBARAN%20HUAROTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Beltrán, W., Durán, M., Losada, M., Maya, M., Orjuela, C., & Rojas, F. (2019). Episiotomía estados del arte. Una muestra conductual en Iso aprtos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. *Revista Médica Risaralda*, 25(1), 40-43. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v25n1/0122-0667-rmri-25-01-40.pdf>

Beltrán, W., Durán, M., Lozada, M., & Maya, M. (2019). Episiotomía . *Rev. Médica Risaralda*.

Benavides, J., & López, E. (2019). COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA-2018. *Universidad Técnica del Norte*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9337/2/06%20ENF%201037%20TRAB-AJO%20GRADO.pdf>

Berzaín, M., & Camacho, L. (2014). Episiotomía: procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica de Ciencias Médicas*, 17(2), 53-57. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v17n2/v17n2_a11.pdf

Cedeño, F. (2018). *Complicaciones inmediatas de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel durante el período de agosto 2017-enero 2018*. Obtenido de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31648/1/CD-453-FRANCO%20CEDE%20C3%91O.pdf>

Cira, F., & Jurado, K. (2018). *Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil*. Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31648/1/CD-453-FRANCO%20CEDE%c3%91O.pdf>

Correa, A., & Canales, C. (2018). *repositorio untumbes*. Obtenido de repositorio untumbes: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/257/TESIS%20-%20CORREA%20Y%20CANALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Couce, A., Díaz, A., Fernández, S., & López, B. (2019). La episiotomía y su relación con la Dispareunia. *Ocronos*, 8.

Donat, F., & Tenías, J. (2019). *Impacto del trauma perineal postparto sobre la salud física y sexual en mujeres primíparas al año del nacimiento*. Obtenido de Universidad de Valencia: https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70388/TESIS%20DEP%C3%93SITO_PDF%20IMPRENTAnew.pdf?sequence=1

Escribano, C. (05 de Junio de 2021). *ser padres* . Obtenido de ser padres : <https://www.serpadres.es/embarazo/3901.html>

Estrada, J. (2018). *Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado PUCE*. Recuperado el 2022, de Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado PUCE: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15381>

Ferreira, C., & Fernandes, M. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería global*(47), 539-551. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00539.pdf>

García, A., Viguera, M., Ballesteros, C., Fernandez, M., & Garcia, C. (2019). Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Rev. Esp. Salud Pública*, 14.

García, A., Viguera, M., Ballesteros, C., Fernández, M., Carrillo, C., & Martínez, M. (2019). Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Esp de Salud Pública*, 93(16), 1-14. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201907040/es>

Gemin, L. (2020). *UDCH*. Obtenido de UDCH: http://190.223.55.253/bitstream/UDCH/1266/1/T044_75008148_T.pdf

Gómez, A., Pérez, J., & Esteban, L. (2021). Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor. *Revista mexicana de anestesiología*.

González, S. (2022). *Episiotomía en primíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto enero-marzo 2010*. Obtenido de Universidad Científica del Perú:

<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1628/SOF%C3%8DA%20LOREN%20GONZALES%20C%C3%93RDOVA%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González, A. (2021). *Episiotomía*. Obtenido de Revista de Salud y Bienestar Webconsultas: <https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/que-es-la-episiotomia>

Heredia, A., & Osoreo, S. (2021). Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. *Universidad Médica Pinareña*, 17(1), 1-7. doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2021/ump211i.pdf>

Hernández, J., Azón, E., Ramos, E., Peinado, R., Val, B., & Mérida, Á. (2014). Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*(35), 398-411. doi:<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/enfermeria2.pdf>

Hidalgo, H., & Durán, C. (s.f.). *Repositorio UCE*. Obtenido de Repositorio UCE: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20263/1/T-UCE-0014-CME-120.pdf>

Hidalgo, O. (2019). *Prevalencia de episiotomías y sus efectos colaterales en mujeres de 25 a 40 años, atendidas de parto normal, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila Tulcán*. Obtenido de Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20263/1/T-UCE-0014-CME-120.pdf>

ice machine. (s.f.). Obtenido de ice machine: <https://icemachine-cn.es/material-sanitario/tabla-ejercicios-kegel-mujeres/>

Instituto de Salud de Bucaramanga. (09 de Septiembre de 2019). *ISABU*. Obtenido de ISABU:

<http://181.48.57.101/Carpetas/Formatos%20y%20Docs/8.%20CIRUGIA%20Y%20ATENCION%20DE%20PARTOS/3.PROTOCOLOS/PT-2006-02%20PROTOCOLO%20EPISIOTOMIA%20Y%20EPISIORRAFIA%20V.2.pdf>

Instituto de Salud de Bucaramanga. (2019). *Protocolo episiotomía y episiorrafia*. Obtenido de Instituto de Salud de Bucaramanga: <http://181.48.57.101/Carpetas/Formatos%20y%20Docs/8.%20CIRUGIA%20Y%20ATENCION%20DE%20PARTOS/3.PROTOCOLOS/PT-2006-02%20PROTOCOLO%20EPISIOTOMIA%20Y%20EPISIORRAFIA%20V.2.pdf>

Krupa, A. (2019). *Suelo pélvico*. Obtenido de Suelo pélvico : <https://www.suelopelvico.eu/ejercicios-fitball-embarazadas/>

Leiton, A., & Alarcón, E. (2018). *Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en nulíparas maternidad Matilde de Procel período de enero-septiembre 2017*. Obtenido de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31660/1/CD-470-LEITON%20MENDIETA-ALARCON%20LOPEZ.pdf>

Lighezzolo, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffer, M. (2018). Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health care for Woman International*, 39(6), 644-662. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1445253>

Lopez, M., Palacio, M., & Ros, C. (2014). *Sant Joan de Déu*. Obtenido de Sant Joan de Déu: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9trica/new.pdf>

Lunasco, F. (2021). *Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el centro de Salud de Huando 2016 y 2019*. Obtenido de Universidad Nacional de Huancavelica: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3445/TESIS-2021-OBSTETRICIA-LUNASCO%20MONTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Marín, N., Quijada, M., Sala, M., Palacios, A., & Marín, D. (2020). Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel. *Ginecología y Obstetricia México*, 88(3), 139-145. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/gom203c.pdf>

Martínez, E., Remba, I., Rodríguez, D., Fernández, M., & Quesnel, C. (2021). Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no invertido. *Ginecología Obstetrica México*, 89(6), 438-443. doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2021/gom216c.pdf>

Mellizo, A., López, L., Montoya, R., Ortiz, R., & Gil, C. (2018). 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. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(2). Obtenido de <https://doi.org/10.18597/rcog.3030>

Moncayo, C., & Vázquez, V. (2017). Frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital "Luis F. Martínez". *Ciencia Digital*, 15.

Moncayo, C., & Vázquez, V. (2018). Frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital "Luis F. Martínez". *Ciencia Digital*, 2(3), 257-272.

Morillas, R., Iglesias, J., & López, P. (2016). *Cuidados enfermeros obstétricos en la episiotomía y desgarros vaginales*. Obtenido de Revista Electrónica de Portales Médicos: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/episiotomia-desgarros-vaginales/>

Oiseth, S., Jones, L., & Maza, E. (2022). *Complicaciones durante el parto*. Obtenido de Achieve Mastery of Medical Concepts: <https://www.lecturio.com/es/concepts/complicaciones-durante-el-parto/>

Olavide, M., & Judit, V. (2020). *eugdspace*. Obtenido de eugdspace: <https://eugdspace.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/830/Valoraci%C3%B3n%20y%20tratamiento%20del%20suelo%20p%C3%A9lvico%20post%20episiotom%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (2017). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO_RHR_16.01_spa.pdf?sequence=2

Ortega, L. (2020). *Bebés y más*. Obtenido de *Bebés y más*: <https://www.bebesymas.com/embarazo/yoga-para-embarazadas-siete-posturas-recomendadas-para-tercer-trimestre>

Ortiz, M. (2018). *Conocimientos en pacientes puérperas, sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección*. Obtenido de Universidad Rafael Landívar: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/18/Ortiz-Miriam.pdf>

Pérez, N., Martínez, J., García, J., Rodríguez, E., & Rodríguez, H. (2019). Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres. *Investigación Medicoquir*, 11(1), 1-25. doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2019/cmqs191z.pdf>

Rackliffe, J. (2022). *Éisiotomía*. Obtenido de *Cancer Care*: <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkid=103889>

Reyes, A., & Urbina, M. (2019). *Repositorio de UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA*. Obtenido de Repositorio de UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA: <https://core.ac.uk/download/pdf/250409097.pdf>

Rivera, B. (2021). *Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23751/1/FCDAPD%E2%80%93RIVERA%20PILICITA%20BAYRON%20PATRICIO.pdf>

Rodrigo, A., & Suárez, L. (2022). *¿Qué es la episiotomía y cómo puedo prevenirla en el parto?* Obtenido de *Reproducción Asistida ORG*: <https://www.reproduccionasistida.org/episiotomia/>

Rodríguez, R., Sánchez, J., Rodríguez, M., Nuñez, A., & Sánchez, A. (2018). Tasa de episiotomía en mujeres activas durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(3), 181-189. Obtenido de <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2239>

Romero, J. (2020). *repositorio unsa*. Obtenido de repositorio unsa: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/14303/MCrocojb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rubio, J. (2016). La episitomia en mujeres nuliparas un hábito difícil de dejar. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 4.

Vera, A., & Salas, G. (2019). *epositorio Universidad de Guayaquil*. Obtenido de epositorio Universidad de Guayaquil : <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/45789/1/CD%20670->

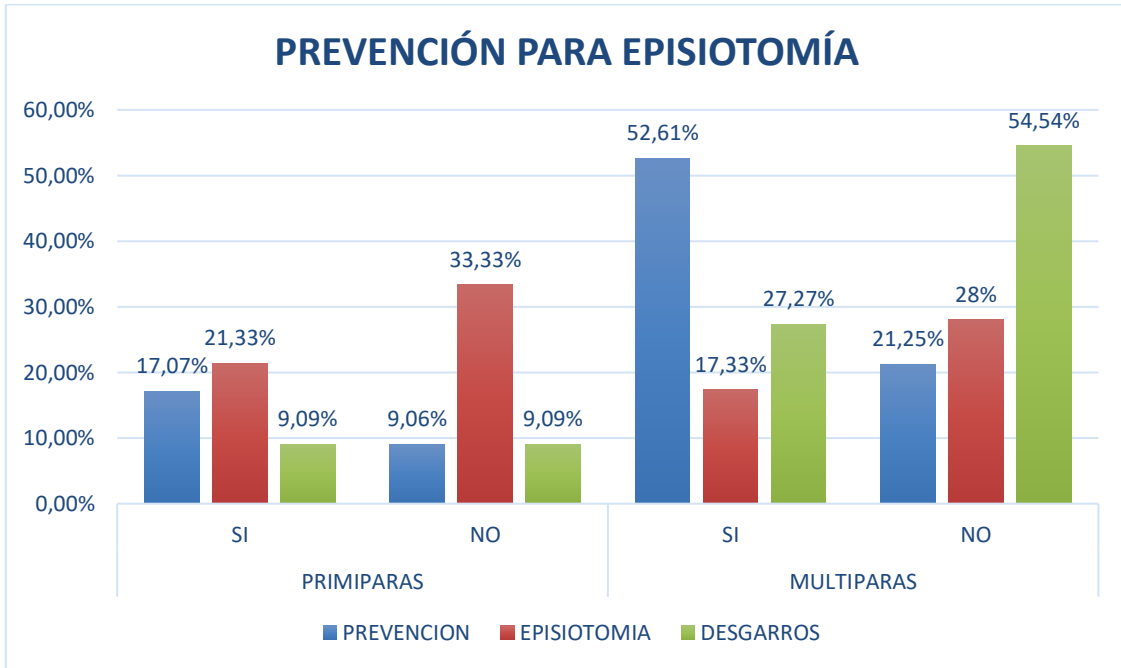
%20VERA%20CANDELA%20ALEJANDRA%20KATHIUSCA%2c%20%20SALAS%20MORA%20GABRIELA%20DENNISE.pdf

Villacampa, A. (2019). Cuidados de una episiotomía compleja. Caso Clínico. *Revista Matronas*, 7.

ANEXOS

ANEXO 1. GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

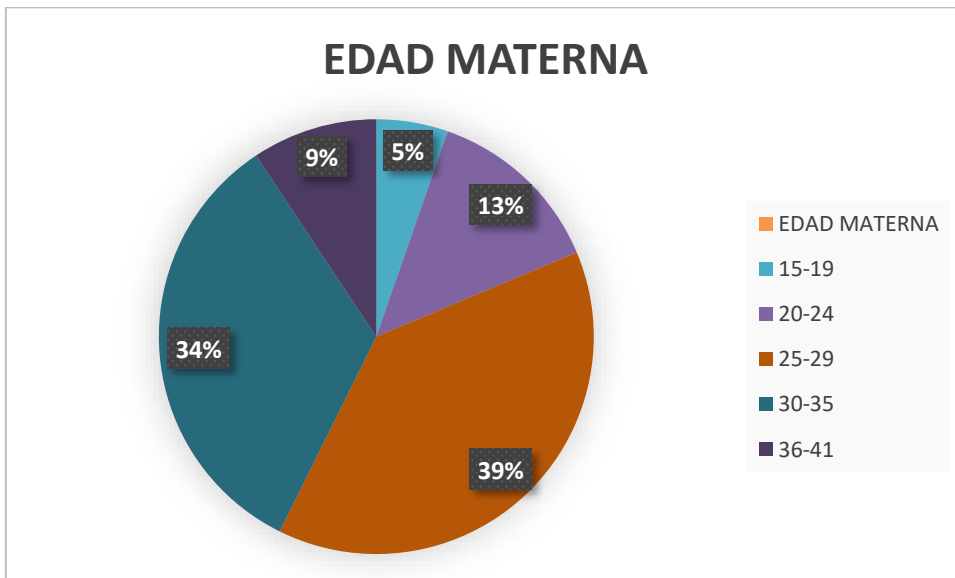
Ilustración 13 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROFILAXIS PARA EPISIOTOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°8

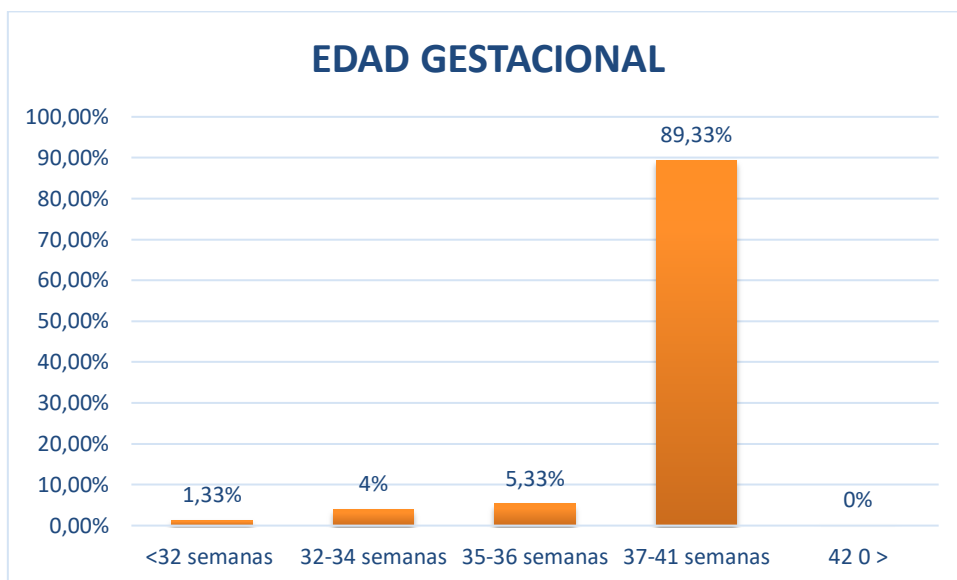
Ilustración 14 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD MATERNA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°9

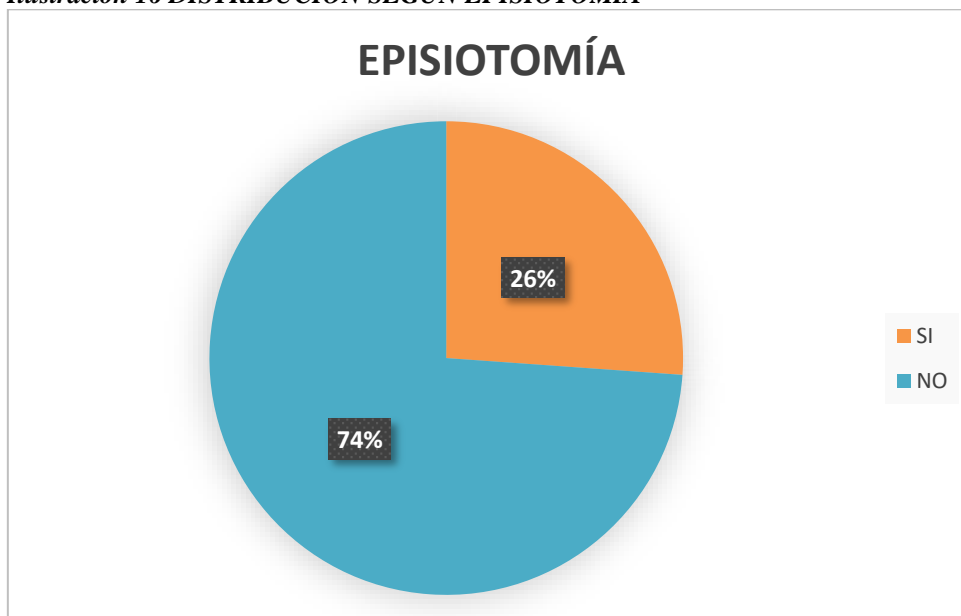
Ilustración 15 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°10

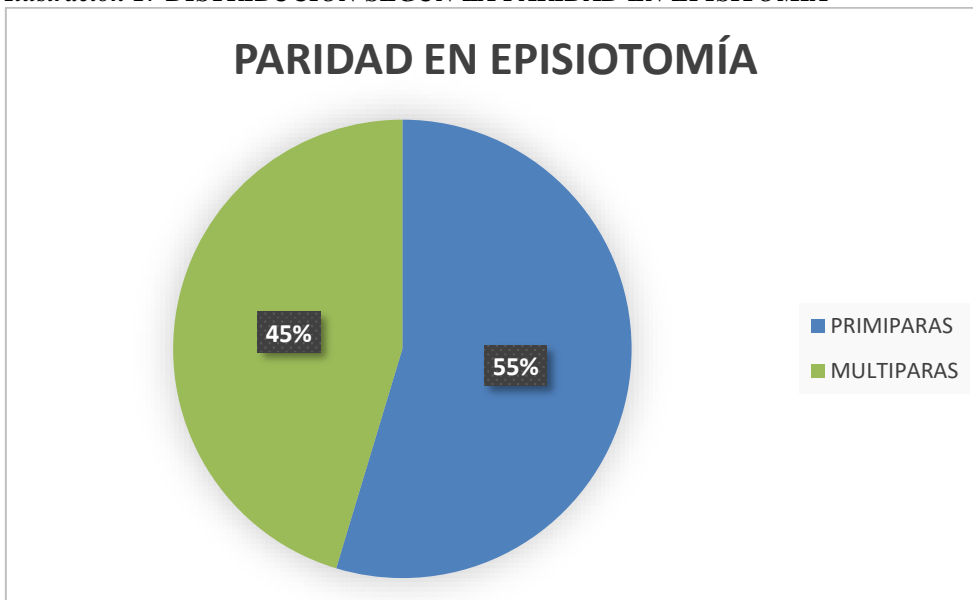
Ilustración 16 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EPISIOTOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°11

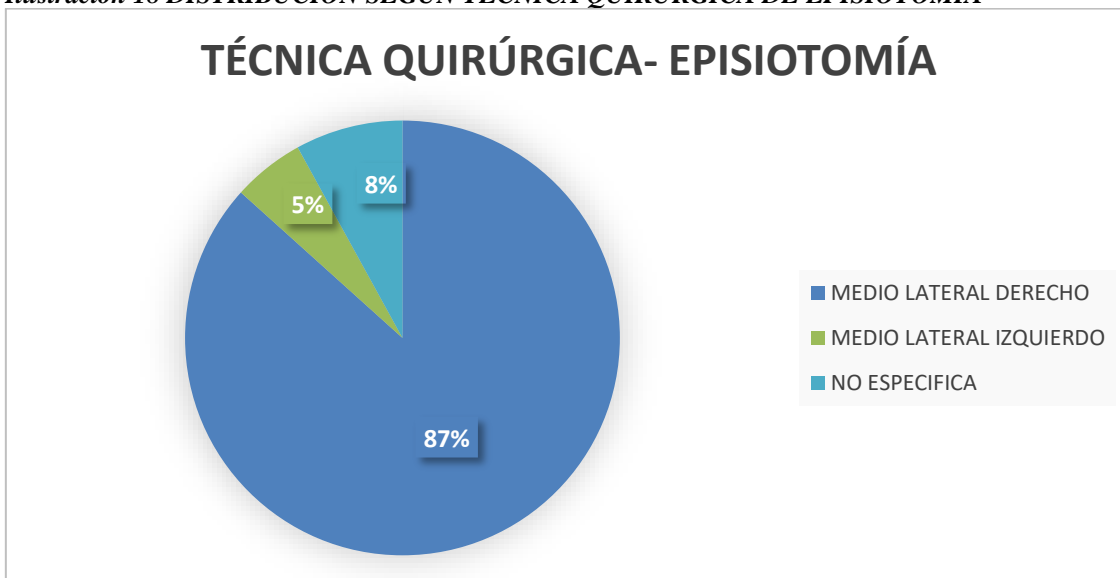
Ilustración 17 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PARIDAD EN EPISITOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°12

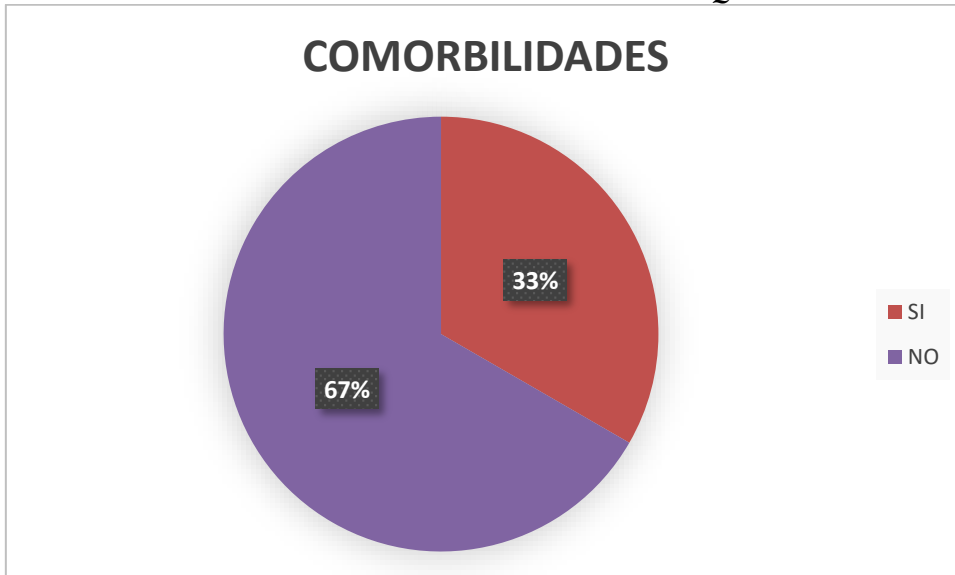
Ilustración 18 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA DE EPISITOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

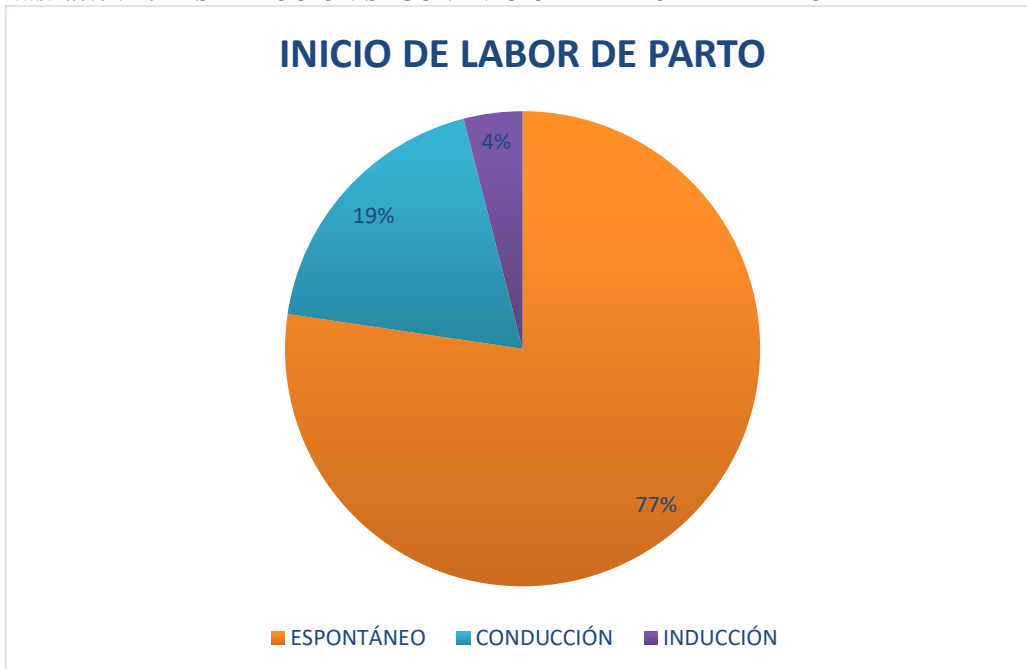
Fuente: Tabla N°13

Ilustración 19 DISTRIBUCIÓN SEGUN COMORBILIDADES QUE PREDISPONEN EPISIOTOMÍA



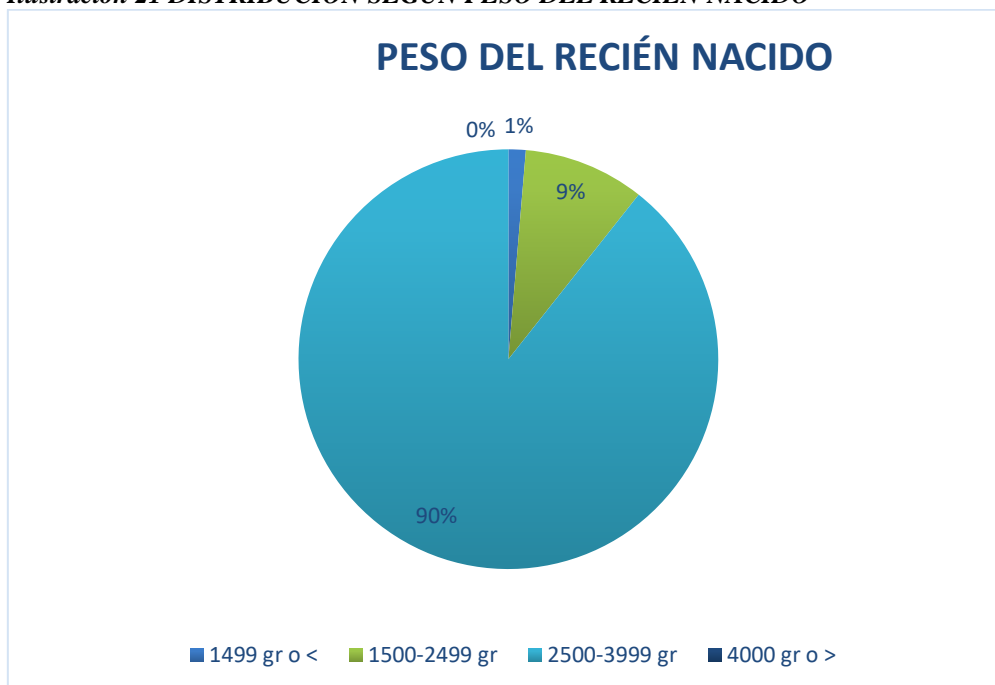
Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina
Fuente: Tabla N° 14

Ilustración 20 DISTRIBUCIÓN SEGÚN INICIO DE LABOR DE PARTO



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina
Fuente: Tabla N° 15

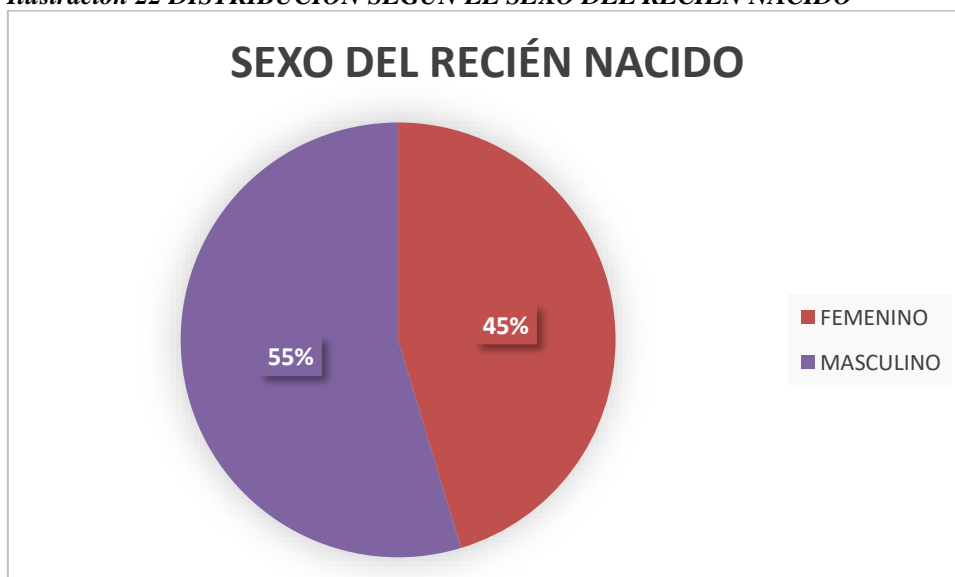
Ilustración 21 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PESO DEL RECIÉN NACIDO



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°16

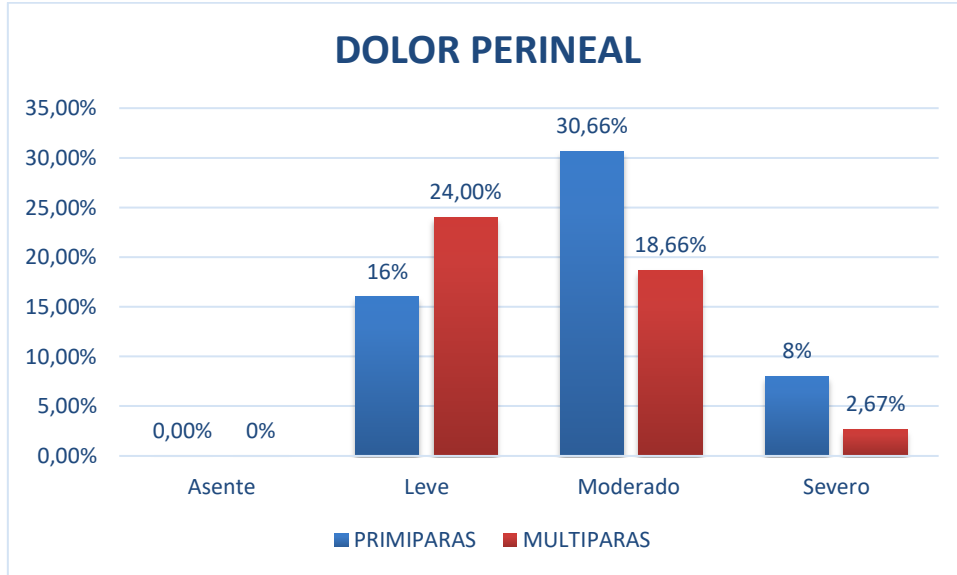
Ilustración 22 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DEL RECIÉN NACIDO



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°17

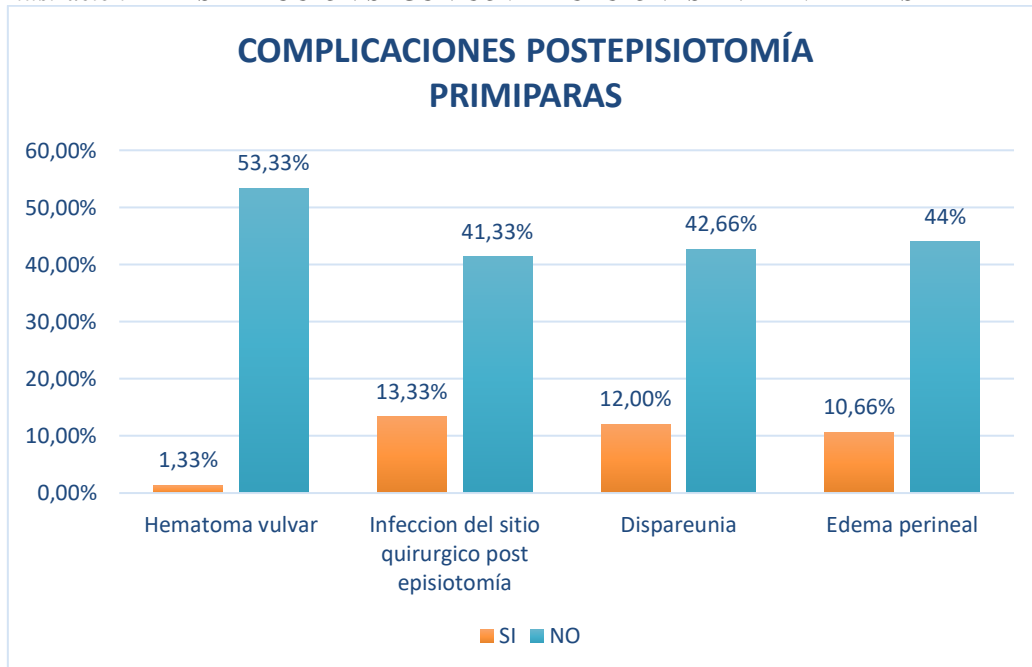
Ilustración 23 DISTRIBUCIÓN SEGÚN DOLOR PERINEAL POSTEPISIOTOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 18

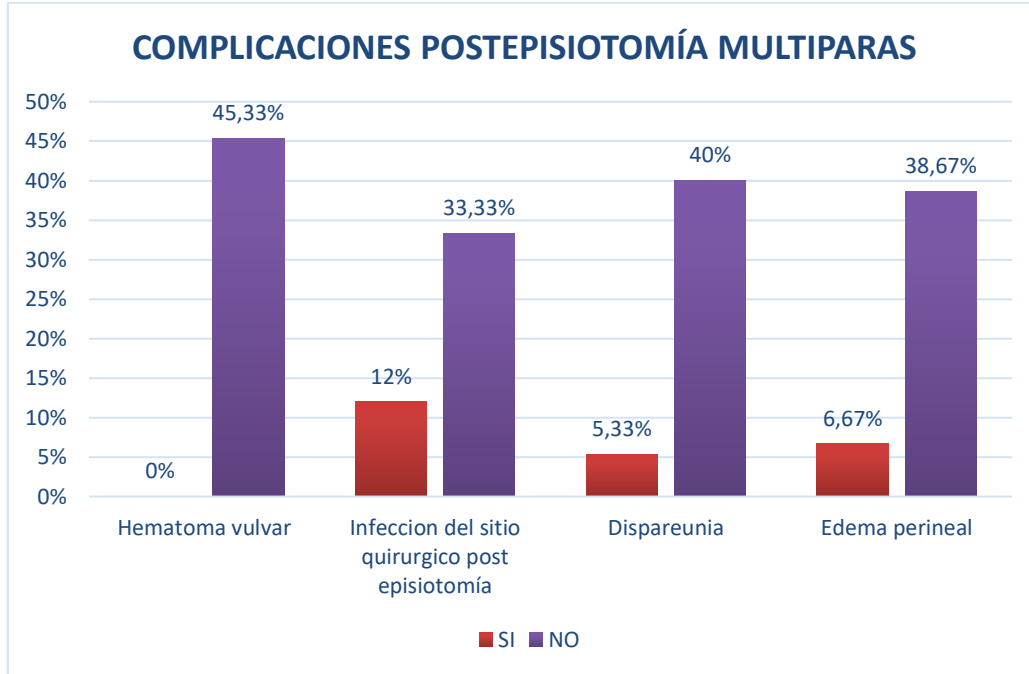
Ilustración 24 DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES EN PRIMÍPARAS



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 19

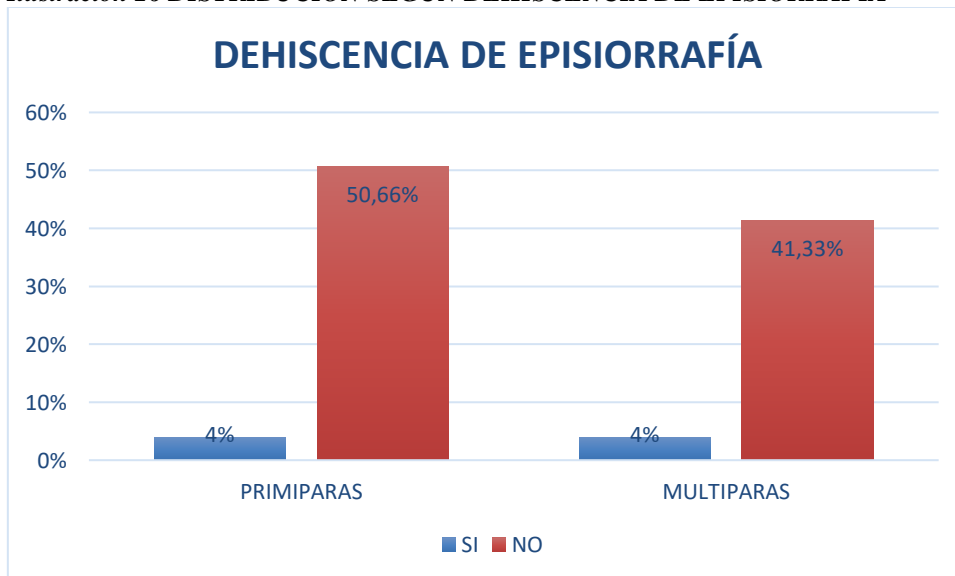
Ilustración 25 DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES EN MULTÍPARAS



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N°19

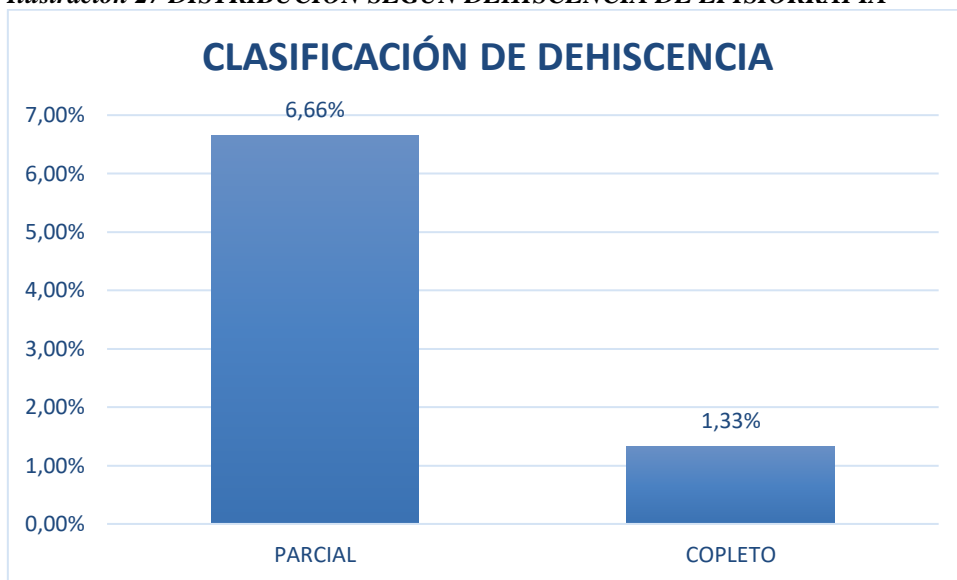
Ilustración 26 DISTRIBUCIÓN SEGÚN DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 20

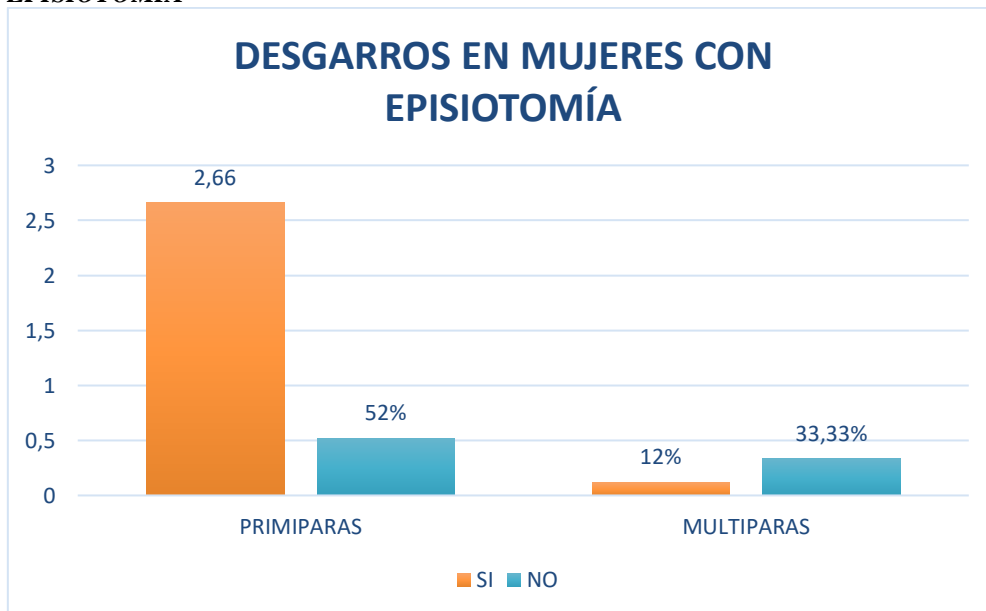
Ilustración 27 DISTRIBUCIÓN SEGÚN DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 20

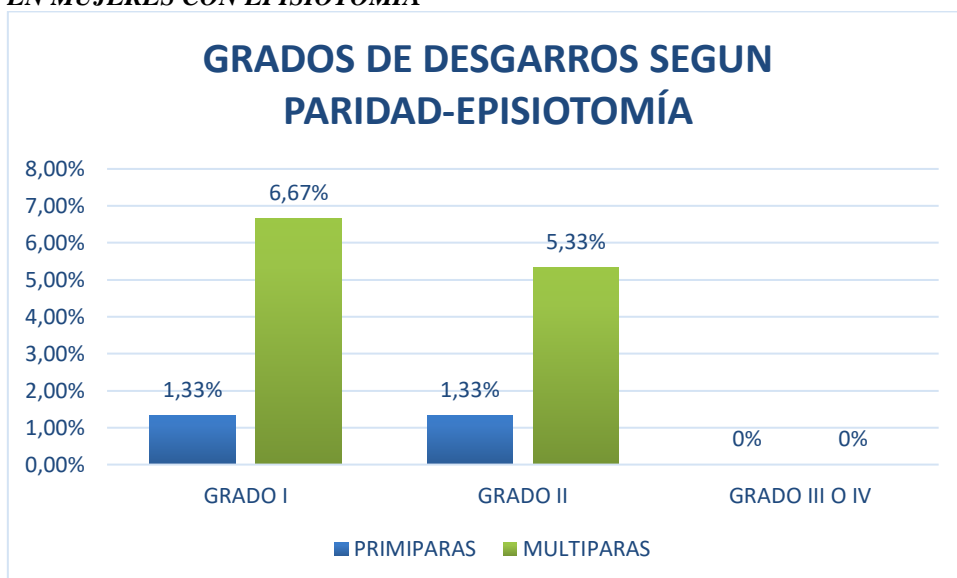
Ilustración 28 DISTRIBUCIÓN SEGÚN DESGARROS VAGINALES EN MUJERES CON EPISIOTOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 21

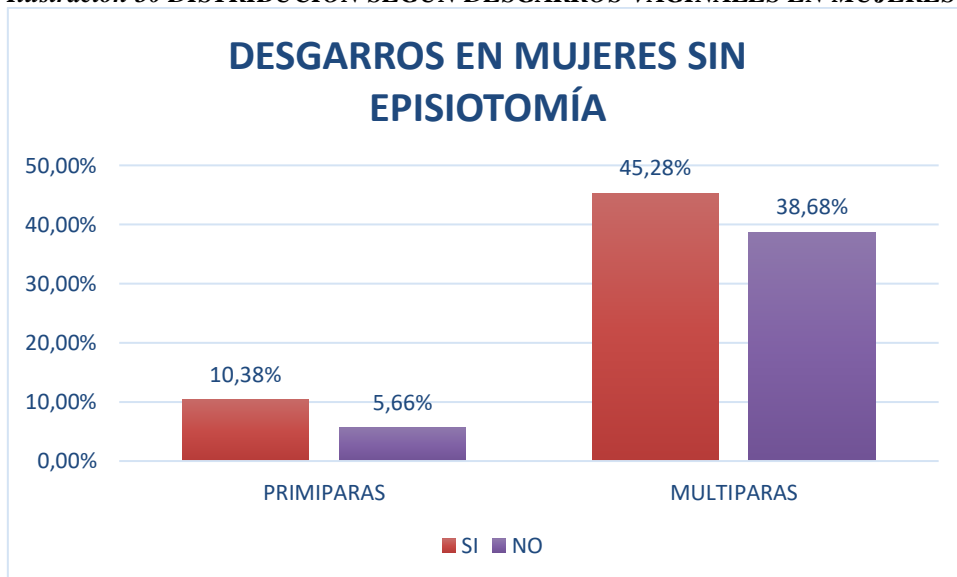
Ilustración 29 DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADOS DE DESGARROS DE ACUERDO CON PARIDAD EN MUJERES CON EPISIOTOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 21

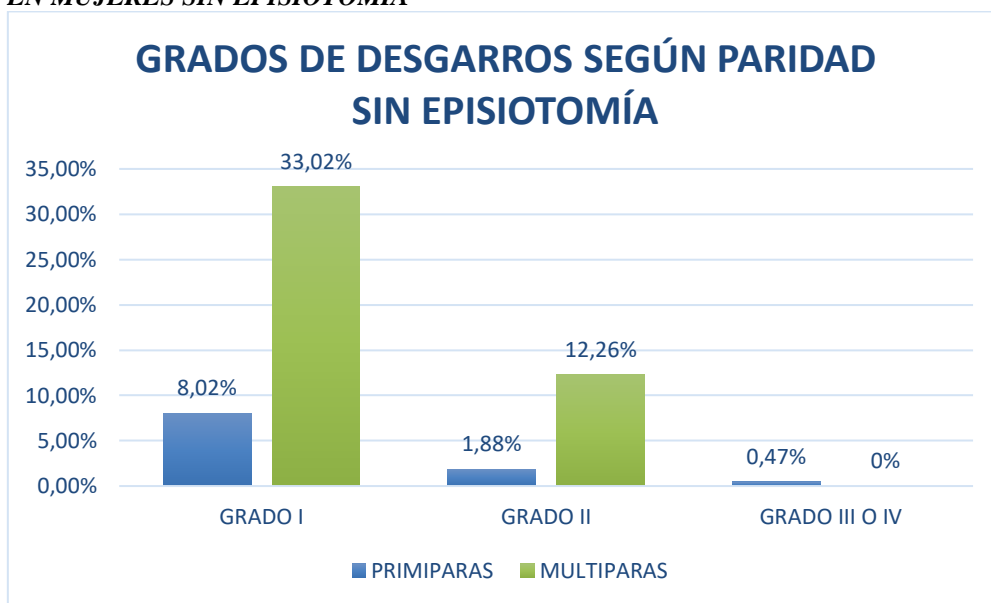
Ilustración 30 DISTRIBUCIÓN SEGÚN DESGARROS VAGINALES EN MUJERES SIN EPISIOTOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 22

Ilustración 31 DISTRIBUCIÓN SEGUN GRADOS DE DESGARROS DE ACUERDO CON PARIDAD EN MUJERES SIN EPISIOTOMÍA



Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Tabla N° 22

ANEXO 2. TABLA DE RESUMEN

Tabla 23 Tabla de resumen

VARIABLE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
EPISIOTOMÍA	N= 287			
Si	75		26,13%	
No	212		73,86%	
PARIDAD	N=75			
Primíparas	41		54,66%	
Múltiparas	34		45,33%	
TÉCNICA QUIRÚRGICA	N=75			
Medio lateral derecho	65		86,66%	
Medio lateral izquierdo	4		5,33%	
No especifica	6		8%	
	PRIMIPARAS		MULTIPARAS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
DOLOR PERINEAL	N=41		N=34	
Ausente	0	0%	0	0%
Leve	12	16%	18	24%
Moderado	23	30,66%	14	18,66%
Severo	6	8%	2	2,67%
HEMATOMA	1	1,33%	0	0%
INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO	10	13,33%	9	12%
DISPAREUNIA	9	12%	4	5,33%
EDEMA	8	10,66%	5	6,67%
DEHISCENCIA				
Si	3	4%	3	4%
No	38	50,66%	31	41,33%
DESGARROS PACIENTES CON EPISIOTOMÍA	N= 41		N=34	
Si	2	2,66%	9	12%
No	39	52%	25	33,33%
-GRADOS				
GRADO I	1	1,33%	5	6,67%
GRADO II	1	1,33%	4	5,33%
GRADO III o IV	0	0%	0	0%
DESGARROS PACIENTES SIN EPISIOTOMÍA	N=34		N=178	
Si	22	10,38%	96	45,28%
No	12	5,66%	82	38,68%
-GRADOS				
GRADO I	17	8,02%	70	33,02%
GRADO II	4	1,88%	26	12,26%
GRADO III o IV	1	0,47%	0	0%

Elaborado por: Chamorro Gina y Torres Karina

Fuente: Historias clínicas obtenidas del sistema AS 400 del Hospital Carlos Andrade Marín. Quito. Periodo enero – diciembre 2021