



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y FACTORES ASOCIADOS, EN
PACIENTES DEL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA- ECUADOR. 2014.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TITULO DE MÉDICO**

AUTORES:

**CRISTIAN ANDRÉS GUALÁN CARTUCHE
OSCAR ISMAEL GUANOLUISA CORDERO**

DIRECTOR: DR. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA.

ASESOR: DR. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA.

**CUENCA - ECUADOR
2015**

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia de episiotomía y factores de riesgo asociados, en pacientes primigestas del Hospital Vicente Corral Moscoso, del cantón Cuenca, provincia del Azuay durante el año 2014.

Objetivo: Determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetrocefálico del recién nacido, ya que al momento no existen estudios para establecer si existe disminución de esta acción obstétrica, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía.

Metodología: Se realizó un estudio de prevalencia analítico en un universo que lo constituyeron 3798 parturientas, de los cuales la muestra lo componen 580 primigestas que acudieron al centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información; los datos obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 21 y se presentaron los resultados en tablas simples y de doble entrada.

Resultados: La prevalencia encontrada de episiotomía fué del 35,5%. La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística; de igual manera el Peso del Recién Nacido mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; sin embargo no se encontró significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía.

Palabras clave: EPISIOTOMÍA, PARTO, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA- ECUADOR



ABSTRACT

The intention of this study was to determine the prevalence of episiotomy and associated risk factors in primiparas patients Vicente Corral Moscoso Hospital, in Canton Cuenca, Azuay Province during 2014.

Objective: To determine the prevalence of episiotomy in primiparas patients and their relation to factors such as maternal age, maternal height, weight newborn head circumference of the newborn, since at the time there are no studies to establish whether there is decrease of this obstetric action after the implementation of the regulations of the Ministry of Public Health restrict episiotomy.

Methodology: A study of prevalence was performed in a universe that constituted parturients 3798, of which the sample component 580 primiparous who attended the obstetric center of Vicente Corral Moscoso Hospital, data collection forms were used to gather the information; The data were analyzed using SPSS 21 statistical package and the results are presented in simple and double-entry tables.

Results: The prevalence found episiotomy was 35.5%. Age less than 19 years considered a risk factor for episiotomy had statistical significance; Likewise the Newborn Weight greater than 3000 grams and Newborn Head Circumference greater than 33 inches; however, no statistical significance was found between Maternal Height less than 145 cm and episiotomy.

Keywords: EPISIOTOMY, PARTURITION, PREVALENCE, RISK FACTORS, HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR



ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
ÍNDICE.....	3
CLAUSULAS.....	4
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTO	9
INTRODUCCION	10
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.JUSTIFICACIÓN.....	14
3.FUNDAMENTO TEORICO	15
3.1. Definición	15
3.2. Anatomía del piso pélvico.....	15
3.3. Episiotomía	18
3.4. Beneficios y desventajas de la episiotomía	20
3.5. Factores asociados a episiotomía.....	21
4.OBJETIVOS E HIPOTESIS	23
4.1. Objetivo General	23
4.2. Objetivos Específicos	23
4.3. Hipótesis	23
5.METODOLOGÍA	23
5.1. Tipo y diseño general del estudio	23
5.2. Universo	24
5.4. Criterios de inclusión.....	24
5.5. Criterios de exclusión.....	24
5.6. Métodos, técnicas y procedimientos	24
5.7. Análisis estadístico	25
5.8. Aspectos éticos	25
6.RESULTADOS	26
7.DISCUSIÓN.....	33
8.CONCLUSIONES	35
9.RECOMENDACIONES	37
10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
11.ANEXOS.....	44



Yo, Cristian Andrés Gualán Cartuche, autor de la tesis **"Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

CRISTIAN ANDRES GUALAN CARTUCHE

C.I: 1105030587



Yo, Cristian Andrés Gualán Cartuche, autor de la tesis "**Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

CRISTIAN ANDRES GUALAN CARTUCHE

C.I: 1105030587



Yo, Oscar Ismael Guanoluisa Cordero, autor de la tesis "**Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

OSCAR ISMAEL GUANOLUISA CORDERO

C.I: 0105194765



Yo, Oscar Ismael Guanoluisa Cordero, autor de la tesis "**Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

OSCAR ISMAEL GUANOLUISA CORDERO

C.I: 0105194765



DEDICATORIA

Con profunda gratitud y cariño a Dios y a mis padres, por compartir conmigo toda una vida de amor y entrega que con infinita paciencia guiaron mis primeros pasos inculcándome, con su ejemplo, la práctica de valores.

A mis hermanos, como ejemplo este sacrificio que he hecho por el bien de mi familia y demostrar que la perseverancia se puede lograr muchas metas.

Finalmente a mis compañeros y maestros doctores, que al compartir cada día el esfuerzo realizado, constituyan ejemplo de superación.

CRISTIAN ANDRES GUALAN

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi hijo Daniel Alejandro quien ha sido y es una mi motivación, inspiración y felicidad.

OSCAR ISMAEL GUANOLUISA



AGRADECIMIENTO

A las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso, quienes nos permitieron tener accesibilidad a las historias clínicas y recolectar nuestros datos.

A la Universidad de Cuenca por permitirnos adquirir los conocimientos teóricos y prácticos esenciales en nuestra formación profesional.

A nuestros padres quienes a lo largo de toda de nuestra formación académica nos han apoyado día a día y han motivado nuestro proseguir.

Al Dr. Jorge Mejía, docente y amigo, por su paciencia, espíritu de colaboración y enseñanza hizo posible la realización de este proyecto de investigación.

Los autores



INTRODUCCIÓN

En la actualidad el uso rutinario del procedimiento conocido como episiotomía en la atención de partos es conocido y practicado en ocasiones de manera extensa; recomendada inicialmente para partos difíciles posteriormente se incluyó dentro de las actividades rutinarias en la atención del parto, sin embargo su uso rutinario debe ser evaluado en nuestros centros de atención de partos y siendo el Hospital Vicente Corral Moscoso un centro de referencia regional para partos es importante evaluar la situación en nuestra población.

Romero y Prado (1) mencionan que “no está justificado el uso rutinario de la episiotomía, ya que no se demuestra el factor protector que se le atribuye frente a los desgarros de III y IV grados y, sin embargo, tiene una influencia negativa en los demás factores. También se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de investigación en nuestro medio para conocer la realidad cotidiana y poder establecer comparaciones con la existente en otros países”.

Por otro lado, Rodríguez (2) menciona que “la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental. Pero curiosamente también de los más cuestionados en la actualidad. Los motivos por los cuales se justificaba la episiotomía han sido desmontados por la ciencia. La evidencia científica recomienda disminuir la tasa de episiotomías”

Según la Organización Mundial de la Salud (3) expone que “el uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. No existe diferencia en cuanto al riesgo de traumatismo vaginal o perineal severos, dolor, dispareunia o incontinencia urinaria. Sin embargo, hay un riesgo aumentado en el traumatismo perineal anterior. Esta revisión no resuelve la pregunta acerca del tipo de episiotomía que se debería elegir, la mediana o la medio lateral”.



La episiotomía, irremediablemente debe ser reparada mediante otra intervención llamada episiorrafia; este procedimiento no está exento de consecuencias una de estas es el dolor durante los primeros días tras el parto; otra consecuencia de la episiorrafia es el uso de analgesia, también podría generarse dispareunia, en ocasiones la re sutura es necesaria, el sangrado también podría atribuirse a este procedimiento (aunque su fin es evitarla), las complicaciones infecciosas también están presentes, los hematomas son otras consecuencias no deseables de la episiorrafia, como en todo proceso quirúrgico la dehiscencia es una complicación que se debe esperar al igual que los granulomas, por último se pueden esperar también complicaciones tardías como la fibrosis y la fistula; por lo antes mencionado la episiotomía es un proceso que debe ser utilizado selectivamente pues acarrea complicaciones y su reparación (episiorrafia) no está libre de consecuencias como hemos visto inmediatas, mediatas y tardías. (1-6)

No se dispone de estudio locales sobre la episiotomía, las indicaciones que llevaron a este procedimiento y tampoco una valoración del cumplimiento de la normativa materna establecida por el Ministerio de Salud Pública (4) donde claramente se menciona que no existe evidencia que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolalpo vaginal o la incontinencia urinaria; a la luz de lo mencionado es clara la necesidad de establecer estos indicadores en nuestra población.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El componente materno del Ministerio de Salud Pública (4) recalca que no se debe usar de manera rutinaria la episiotomía; ésta debe ser selectiva pues se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grados y disfunción del esfínter anal; esta información se encuentra establecido en un documento que por norma debe acatarse; sin embargo no se establece una clara estadística de las indicaciones y factores de riesgo de esta práctica en nuestra población.

Althabe y colaboradores (5) en un estudio llevado a cabo en base a datos hospitalarios de todos los países de América Latina, llevado a cabo en 416852 partos; este estudio no se especifica, encontraron que “en 91 hospitales (87%) las tasas de episiotomía fueron superiores al 80% y en 69 hospitales (66%), al 90%. La tasa mediana global fue de 92.3%, y las tasas medianas por país variaron entre 69.2% y 96.2%. Las tasas de episiotomía fueron similares en hospitales primarios, secundarios y terciarios (89.8%, 91.6%, y 92.7%, respectivamente) y en hospitales públicos, privados y de la seguridad social (90.2%, 96.4% y 95.6%, respectivamente). Las tasas fueron también similares según quien atendía el parto (médicos en el 91.4% de los casos, parteras o enfermeras en el 93.6% y estudiantes en el 93.7%)”. Este estudio además provee datos por país, así en México se estudiaron 2 hospitales y la tasa de episiotomía fue de 69,5%; Panamá 81,8%; Argentina 85,7%; Colombia 86,2%; Nicaragua 86,3%; Bolivia 90,8%; Paraguay 91,5%; Honduras 92%; Brasil 94,2%; Perú 94,4%; Uruguay 95,1% y Ecuador 96,2% (en un solo hospital y en 900 primigestas).

Como se puede observar la prevalencia de este tipo de intervenciones es elevada, y al menos en los países estudiados al parecer las normas y la episiotomía selectiva no se está cumpliendo; y aunque este estudio no provee de relaciones causales o de las principales indicaciones de episiotomía si refleja la realidad latinoamericana de la práctica de episiotomía.

Según García (6) menciona en su tesis de grado que en países como Argentina, se realiza a 9 de cada 10 mujeres que dan a luz. Esta técnica

conlleva una serie de beneficios a la hora de asistir un parto complicado (riesgo de asfixia fetal, expulsivo que no avanza, etc.), ampliando el canal del parto y facilitando la expulsión del feto, lo que justifica su realización de forma selectiva. Sin embargo, el problema surge cuando esta práctica comienza a realizarse de forma indiscriminada, sin un criterio que indique su realización, generando morbilidad a la parturienta y gastos asociados a la misma. Esto es lo que se llama episiotomía rutinaria, intervención que ha generado y genera controversia, tanto en su uso como en su indicación, desde su origen hasta nuestros días.

Otro punto a evaluar al momento de afrontar el tema de episiotomía son las infecciones derivadas de este procedimiento, para García (6) las infecciones que se producen pueden ser leves o localizadas o provocar un verdadero problema sistémico, estas infecciones generalmente se asocian más con la reparación de la episiotomía (episiorrafia) se presentan generalmente 48-72 horas siguientes al procedimiento, normalmente comienza con celulitis con mucha sintomatología, posteriormente esta infección avanza hacia la formación de abscesos, esta situación obviamente genera nuevas intervenciones como drenaje y cierres por segunda intención; además se menciona que existe una relación directa entre las infecciones vulvo perineales con la realización de episiotomía.

Según Ramírez D. (22) indica en su tesis de grado publicada en el año 2010 que en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso se produjeron 3392 partos vaginales, con 400 primigestas en las que se realizó episiotomía.

Por lo tanto, esta práctica se utiliza excesivamente y no se realiza de manera selectiva a más de cómo hemos revisado acarrea consecuencias inmediatas, mediáticas y tardías, por lo que valorar esta realidad en nuestra población a más de conocer los factores de riesgo se convierte en una prioridad.

2. JUSTIFICACIÓN

La episiotomía es una técnica adecuada cuando se la utiliza de manera selectiva y cumpliendo con las normas establecidas, pero se convierte en una práctica innecesaria y en ocasiones hasta riesgosa para las madres; pues no está libre de riesgos; una de las principales motivaciones para analizar esta realidad en nuestro medio es la elevada cifra de episiotomías reportadas en los estudios realizados a nivel latinoamericano; y que aún se continúan llevando a cabo en nuestros hospitales; según la página web del Hospital Vicente Corral Moscoso (7) esta institución realiza al menos 3798 partos cada año lo que indica la alta probabilidad de realizar episiotomías en esta población, y aun no disponemos de estadísticas de las indicaciones de ésta práctica

Por otro lado, evaluar el cumplimiento de la normativa materna del Ministerio de Salud Pública y proveer de acciones para la reducción de la episiotomía; este estudio tendrá impacto en el campo de la ciencia pues proveerá de resultados locales y enfocados a nuestra realidad que podrán ser utilizados para guiar tareas intervencionistas en beneficio de la población materna.

El impacto social se verá evidenciado pues una menor tasa de episiotomías condicionaría una menor tasa de complicaciones; de esta manera las principales beneficiarias serían las mujeres que acudan al HVCM a sus partos; a nivel institucional los resultados reflejaran la realidad institucional en este sentido además se proveerá de resultados sobre el cumplimiento de las normas del MSP, órgano rector sanitario en nuestro país.

Es importante realizar este estudio, debido a que no se dispone de estudios similares en nuestra población lo que nos hace dependientes de datos foráneos para extrapolarlos a nuestras madres lo que condicionaría un sesgo de aplicabilidad de resultados; esta falta de datos crea desconocimiento sobre el tema y provee un problema a resolver, es importante también pues los resultados derivados de esta investigación son totalmente concordantes con nuestra realidad de esta manera se crea una utilidad para estos resultados la que será de apoyar en el manejo de madres ya con datos sobre factores de

riesgo de episiotomía lo que contribuirá a reducir su uso y por ende las posteriores consecuencias.

3. FUNDAMENTO TEÓRICO

3.1. Definición

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto, su reparación se denomina Episiorrafia (8).

3.2. Anatomía del piso pélvico

“La pelvis es un espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano). Estas estructuras se apoyan y se anclan en el piso pélvico, una estructura de músculos y tejido conectivo. Su principal componente es el músculo elevador del ano (MEA), un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos y que su forma de “U” o “V” abierta hacia adelante permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo. Además existen otras estructuras de tejido conectivo fibroso que sirven de soporte y suspensión para estas estructuras, como ligamentos, arcos tendinosos, etc. “(9).”

3.2.1. Músculos del perineo

3.2.1.1. Bulbo cavernoso

Se origina en el tendón central delante del esfínter externo del ano, a cada lado de la línea media y de allí se dirigen hacia delante y hacia arriba, describiendo una curva de concavidad interna, rodeando la vagina, por debajo de los labios mayores y cubriendo las glándulas de Bartholino, cada uno oponiendo sus fibras a la del otro. En el otro extremo, se unen al cuerpo cavernoso y ligamento suspensorio del clítoris. Si bien desde el punto anatómico se reconocen dos músculos, desde el punto de vista funcional se reconoce solo uno al que se le conoce como “constrictor de la vagina”, refiriéndose a su acción más importante cual es la de estrechar el introito vaginal que cuando es muy acentuada se denomina “vaginismo”. Otras acciones son las de comprimir la glándula de Bartholino y exprimir su contenido al conducto excretor y de allí al introito, además, actúa sobre el clítoris comprimiendo la vena dorsal de este

órgano favoreciendo su erección, al tiempo que lo tracciona hacia abajo aplicando el extremo libre de éste sobre el pene durante la copula. Los vasos sanguíneos provienen de la pudenda interna por la perineal profunda, que continua anteriormente hasta terminar en la arteria dorsal del clítoris. El drenaje venoso sigue al plexo pudendo. La inervación proviene del nervio perineal que penetra bien por su cara profunda bien por su cara superficial (8).

3.2.1.2. Isquio cavernoso

Se origina en la tuberosidad isquiática dirigiéndose hacia arriba insertándose en la cara anterior de la sínfisis pública, en la base del clítoris y rodeando el cuerpo cavernoso del mismo; también, envía fibras decusantes a la región de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando la mayor parte del esfínter externo de la misma. Así como en el hombre cumple una función de erección y eyaculación, en la mujer comprime el cuerpo cavernoso del clítoris contribuyendo a su erección al tiempo que durante el coito baja al clítoris aplicando su glande sobre el pene. Su vascularización es la misma que la del bulbo cavernoso. La inervación proviene de la rama Isquio cavernosa del nervio perineal (8)

3.2.1.3. Transverso perineal superficial

Se inicia en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose horizontalmente “en busca de la otra”, insertándose en el tendón central. A diferencia de su función muy definida en el hombre, obrando en la micción y sobre todo en la eyaculación; en la mujer, está mucho menos desarrollado y al parecer solo actúa secundariamente en la defecación cuando al ser rechazado hacia delante por un voluminoso bolo fecal, puede obrar sobre el recto para que recobre su lugar. Las arterias provienen de la perineal profunda y de la pudenda interna. Su nervio lo alcanza en su parte media y posterior, proveniente del ramo perineal del pudendo interno (8).

3.2.1.4. Esfínter externo del ano

Formado por diez a doce fascículos concéntricos que se disponen alrededor del segmento inferior del recto; en la mujer un poco más desarrollado que en el hombre, alcanza a medir entre 2 a 2.2 cm de altura y entre 1 a 1.5 de espesor. Cuando el ano se dilata, como por ejemplo al paso del feto, este se aplana lateralmente haciéndose más extenso en el sentido anteroposterior que en el transverso (8).

3.2.1.5. Transverso profundo del perineo

Es un músculo profundo, aplanado y transverso que se extiende de las ramas Isquio púbicas al rafe ano vaginal. Actualmente se considera uno solo; antiguamente se le reconocía una porción vaginal, que originándose en las ramas Isquio pubianas se dirigía a la cara anterior de la vagina, y una porción uretral que del mismo origen llegaba a la porción anterior de la uretra (músculo de Guthrie y músculo de Wilson). Su irrigación e inervación depende de los mismos vasos y nervios que los del bulbo cavernoso (8).

3.2.1.6. Diafragma pélvico: Elevador del ano

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. El haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la síntesis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo (9).

El haz puborrectal es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión ano rectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U”. El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la síntesis del pubis, sobre pasando el recto e insertándose a nivel del cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la síntesis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) y hacia posterior se inserta en el ligamento ano coccígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. La disposición de las fibras adopta una dirección hacia inferior y medial en dirección al conducto anal, formando un “embudo” con forma de V o de “alas de paloma” al observar cortes coronales a esta altura (9).

El control de este músculo está dado por inervación proveniente del nervio para el músculo del elevador del ano proveniente del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior (9).

3.3. Episiotomía

3.3.1. Epidemiología

Es un procedimiento quirúrgico que agranda la abertura de la vagina durante el parto, a través de una incisión en el perineo, la piel y músculos que se encuentran entre la vulva y el ano (10).

La episiotomía es un procedimiento que se realiza con frecuencia en mujeres en los Estados Unidos. Por décadas, las episiotomías se han practicado como un procedimiento de rutina para acelerar el parto durante la segunda etapa del período de dilatación. Además, pueden prevenir desgarros de la vagina de la madre, en especial desgarros serios que puedan extenderse hasta el ano.

También se creía que el procedimiento disminuía el traumatismo del bebé y protegía los músculos vaginales de la madre. Pero hay controversia en el ámbito médico en cuanto a la realización rutinaria de este procedimiento. Un estudio grande demostró que realizar rutinariamente una episiotomía aumenta el riesgo de desgarramientos en la parte posterior de la vagina, pero los reduce en el frente. Basada en estos resultados, la Organización Mundial de la Salud, entre otros grupos, recomienda evitar la episiotomía, a menos que sea absolutamente necesaria. De acuerdo con el Colegio Estadounidense de Ginecólogos y Obstetras (American College of Obstetricians and Gynecologists, COG), entre los años 1983 y 2000, la tasa de episiotomías durante partos vaginales bajó del 70 al 20% (10).

A nivel latinoamericano, en 91 hospitales (87%) las tasas de episiotomía fueron superiores al 80% y en 69 hospitales (66%), al 90%. La tasa mediana global fue de 92.3%, y las tasas medianas por país variaron entre 69.2% y 96.2%. Las tasas de episiotomía fueron similares en hospitales primarios, secundarios y terciarios (89.8%, 91.6%, y 92.7%, respectivamente) y en hospitales públicos, privados y de la seguridad social (90.2%, 96.4% y 95.6%, respectivamente). Las tasas fueron también similares según quien atendía el parto (médicos en el 91.4% de los casos, parteras o enfermeras en el 93.6% y estudiantes en el 93.7%) (5).

Carroli y colaboradores (11) realizó un meta análisis en el año 2007; encontrando que “en el grupo episiotomía rutinaria se realizó episiotomía al 72.7% de las mujeres (1752/2409), mientras que la tasa en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue del 27.6% (673/2441). El uso restrictivo de la episiotomía en comparación con el uso rutinario se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior (riesgo relativo: 0.88; intervalo de confianza del 95%: 0.84 a 0.92), menos necesidad de sutura (riesgo relativo: 0.74; intervalo de confianza del 95%: 0.71 a 0.77); y menos complicaciones con la cicatrización (riesgo relativo: 0.69; intervalo de confianza del 95%: 0.56 a 0.85). El uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior (riesgo relativo: 1.79; intervalo de confianza del 95%: 1.55 a 2.07). No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo (riesgo relativo: 1.11; intervalo de confianza del 95%: 0.83 a 1.50); dispareunia (riesgo relativo: 1.02; intervalo de confianza del 95%: 0.90 a 1.16); incontinencia urinaria (riesgo relativo: 0.98; intervalo de confianza del 95%: 0.79 a 1.20); o medidas relacionadas con dolor intenso”

Aceituno y colaboradores (12) encontraron que la tasa de episiotomía osciló entre el 40,37% en el año 2003 y el 8% en el año 2009, siendo la tendencia a la disminución estadísticamente significativa. El porcentaje de desgarros graves se mantuvo entre el 0,49 y el 1,04% sin que la variación fuera estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3,47$, $p = 0,32$). No hubo variación significativa en el porcentaje de Test de Apgar menor de 7, a los 5 min. La Odds ratio (OR) de presentar un desgarro grave de periné es 2,99 (IC 95% 1,47-6,05) en las mujeres que se realizó episiotomía frente a las que no se les realizó, de 2,40 (IC 95% 1,16-4,99) en los partos instrumentales frente a partos eutópicos es y de 6,43 (IC 95% 1,50-27,49) en los partos con fórceps, frente a los partos por ventosa. Conclusiones En un periodo de 7 años se ha reducido el porcentaje de episiotomías en un 80% sin modificarse la proporción de desgarros graves de periné, así mismo no ha habido aumento en la morbilidad perinatal a corto plazo.

3.3.2. Indicaciones de episiotomía

Según Trujillo (13) las indicaciones de episiotomía son las siguientes:

Indicaciones Fetales

Macrosomía fetal, expulsivo prolongado, presentaciones occipito-posterior, hipoxia fetal en expulsivo, feto pre término y presentación podálica.

Indicaciones Maternas:

VITALES: periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, etc.

PREVENTIVAS: impedir prolapo urogenital y la incontinencia urinaria a corto y mediano plazo.

¿Cuándo realizarla?

Si se realiza de forma tardía = elongación, estiramiento y lesión musculo - nerviosa.

Si se realiza de forma precoz aumenta la hemorragia.

El momento oportuno es cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulva en un diámetro de 3 - 4 cm.

Con estas indicaciones también coinciden autores como De Miguel (14) y Scetti (15).

3.4. Beneficios y desventajas de la episiotomía

Vargas (16) menciona que en una revisión basada en evidencia del American Journal of Obstetrics and Gynecology el uso de la episiotomía de rutina se asoció con mayor trauma perineal posterior, complicaciones de sutura y curación, y más tarde dispareunia, incontinencia urinaria y fecal en comparación con la episiotomía selectiva, en 7 ensayos con 4996 mujeres. El uso de la episiotomía en estos estudios fue de alrededor del 73% de rutina y 28% selectiva. La episiotomía debería ser evitada en todo lo posible, pero si se utiliza se desconoce cuál técnica (medio lateral o línea media) proporciona los mejores o peores resultados.

No hay una clara evidencia de la eficacia del uso rutinario de la episiotomía e incentivan a realizar estudios randomizados y controlados para su estudio. Dichos autores también mencionan en esta revisión, que si las mujeres estuvieran bien informadas de toda la evidencia de los riesgos demostrados es muy probable que no consintieran en realizarse episiotomía de rutina. Según

datos obtenidos de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, la episiotomía se efectúa en el 60% de todos los partos vaginales y 90% de partos de pacientes primíparas. Las cifras en el mundo sobre el uso de episiotomía no se conocen bien. En los Estados Unidos su uso se estima en aproximadamente 62,5% de los partos, mientras que en Europa estas cifras parecen ser alrededor del 30%, a excepción de una tasa del 56% en Dinamarca. Se estima un mayor uso en América Latina (16).

3.5. Factores asociados a episiotomía

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetrocefálico fetal. Su uso se ha visto influenciado además por la edad materna y con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal (16).

Cravchik y colaboradores (17) en un estudio en Argentina encontró claramente que el peso al nacer, la presentación y la terminación del parto fueron los únicos estadísticamente significativos; y colocan estas 3 situaciones como unas variables a considerar al momento de considerar episiotomía.

Varios autores analizaron los factores de riesgo que predisponían a una mujer a que se le realizase episiotomía. Hueston (18) analizó 6500 partos en cinco centros norteamericanos y comprobó que tenían más probabilidades de recibir episiotomía las siguientes mujeres: nulíparas, partos instrumentales, fetos macrosómicos, analgesia epidural, que la paciente disponga de un seguro médico privado y parto atendido por un médico.

La dificultad a la hora de estudiar la utilidad real de la episiotomía se encuentra en el elevado número de factores que influyen. Se relaciona estrechamente con la paridad, las presentaciones anómalas, el tiempo de expulsivo, el peso y el perímetro craneal del recién nacido, así como con otras intervenciones específicas como los fórceps o la anestesia epidural (1).

Figueira y colaboradores (19) en un estudio en pacientes nulíparas encontraron que al comparar la episiotomía selectiva con la rutinaria en 100 pacientes (50 cada grupo) que ambos grupos fueron comparables en relación a las variables maternas que afectan el pronóstico como edad, peso y antecedente de ejercicios prenatales. Igualmente no hubo diferencias estadísticamente significativas con relación a la altura uterina, variedad de posición durante el período expulsivo, peso del recién nacido y duración del período expulsivo. La variedad de posición fue occípito-pública en la mayoría de los casos en ambos grupos (98% en el grupo de episiotomía selectiva y 94% el grupo de episiotomía rutinaria). No hubo ningún caso de variedad occípito-sacra en el grupo selectivo mientras que se presentaron 2 casos (4%) en el rutinario. En un caso (2%) del grupo selectivo se presentó un desprendimiento del producto en variedad occípito-ilíaca izquierda posterior y en un caso (2%) del grupo rutinario la variedad fue occípito-ilíaca izquierda anterior. Con relación a la edad de gestación, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (39,15 en el grupo selectivo versus 39,69 en el grupo rutinario, $p = 0,016$).

Molina y colaboradores (20) encontraron que la edad materna en el intervalo de edad de primíparas menores de 20 años la proporción de mujeres a las que no se les ha realizado episiotomía es mayor que el de primíparas a las que sí se les ha realizado. Dicha proporción se invierte en los siguientes intervalos de edad, siendo el porcentaje de primíparas con episiotomía cada vez mayor conforme se va incrementando la edad materna; la influencia entre ambas variables. Dentro del grupo de madres multíparas, un 71,8% no requirieron episiotomía frente a un 42,4% de las nulíparas. Por lo que se le realizó episiotomía al 28.2% de las multíparas frente al 57.6% de nulíparas en el periodo de tiempo estudiado, aunque en relación con el último trimestre del 2007, se realizó episiotomía al 12.24% de las multíparas frente al 44% de nulíparas.

Abril y colaboradores (21) en un estudio en Colombia mencionan que dentro de los factores que se encuentran asociados a episiotomía y desgarro perineal

son la edad materna, la raza, la nuliparidad y el peso al nacer.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetrocefálico fetal.

4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de episiotomía en mujeres primigestas tras la aplicación de la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública.
2. Identificar a los diferentes grupos de estudio de acuerdo a las diferentes variables demográficas (edad, estado civil, instrucción, etc.).
3. Identificar a los factores asociados como edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetrocefálico fetal con la realización de episiotomía.

4.3. Hipótesis

La prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso ha disminuido con la aplicación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de su uso restrictivo; su realización se asocia con edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetrocefálico fetal.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo y diseño general del estudio

Se trata de un estudio de tipo analítico y de prevalencia que se llevó a cabo en las mujeres primigestas que acudieron al servicio de Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca.



5.2. Universo

Según la página Web del Hospital Vicente Corral Moscoso (7) se registran 3798 partos vaginales por año en esta institución; tomando este dato como referencia se considerara un universo de 3798 mujeres.

5.3. Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epidat para estudios de prevalencia en base a una proporción con las siguientes restricciones:

- Universo: 3798
- Prevalencia de episiotomía: Según Althabe y colaboradores (5) a nivel de Latinoamérica se estableció una media de 80%.
- Nivel de confianza: 95%
- Precisión absoluta: 3%

Con estas restricciones se calculó una muestra de 580 mujeres a ser evaluadas.

5.4. Criterios de inclusión

Pacientes primigestas que acudieron para el parto normal al Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso.

5.5. Criterios de exclusión

Pacientes que no deseen participar en la investigación.

Partos cuya terminación fue cesárea

5.6. Métodos, técnicas y procedimientos

El método utilizado fue el observacional; las técnicas y procedimientos fueron los siguientes:

1. Se realizó la Identificación de madres primigestas que acudieron al Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso.
2. Se dio explicación a las madres participantes y se obtuvo el consentimiento informado. (Anexo 2)

3. Se aplicó el formulario de recolección de datos mediante preguntas directas a las madres (Anexo 1), y mediante la revisión de la historia clínica, para registrar los datos requeridos en el estudio.
4. Se realizó el procesamiento de la información.

5.7. Análisis estadístico

Tras la recolección y validación de los formularios, la información fue introducida en una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 21 para OSX

Se elaboraron tablas simples para todas las variables utilizando la estadística descriptiva.

Para el contraste de la hipótesis se utilizó el estadístico Chi cuadrado de Pearson, para encontrar los factores de riesgo y su asociación con la realización de episiotomía, la razón de prevalencia (RP) y el valor de p para la significancia estadística, todos los anteriores calculados con un 95% de confianza.

5.8. Aspectos éticos

En la presente investigación la información que se recolectó de las fichas clínicas, se utilizó única y exclusivamente para procesos investigativos. Bajo ninguna justificación los datos registrados en las historias clínicas serán de uso público y los autores del presente trabajo son los exclusivos responsables del manejo de la información. El estudio de ninguna forma compromete la seguridad de los pacientes y no representan un riesgo conocido.

6. RESULTADOS

6.1. Prevalencia

Tabla N°1

Prevalencia de episiotomía en 580 pacientes primigestas.

Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2014.

Episiotomía	Número	Porcentaje
No	374	64,5
Si	206	35,5
Total	580	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los autores

La Prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 35,5%, correspondiente a 206 pacientes del total de 580 mujeres embarazadas por primera vez, que acudieron al parto en esta casa de salud.

6.2. Características del grupo de estudio

Tabla N°2

Características demográficas en 580 pacientes primigestas.

Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2014.

Edad	Número	Porcentaje
<= 19	287	49,5
>20	293	50,5
Estado civil		
Casada	179	30,9
Soltera	205	35,3
Unión Libre	196	33,8
Instrucción		
Ninguna	3	0,5
Primaria	141	24,2
Secundaria	392	67,2
Superior	44	7,5
Total	580	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los autores

El número de pacientes atendidas según la edad es casi el mismo entre las pacientes menores de 19 años correspondiente al 49,5% con aquellas mayores a los 20 años correspondiente al 50,5%; además el 35,3% de las mujeres son Solteras, correspondiendo a 205 pacientes; el estado civil Unión Libre corresponden a 196 pacientes (33,8%).

El 67,2% de pacientes tiene instrucción Secundaria, mientras que el 7,5% poseen instrucción Superior, solo el 0,5% de pacientes no poseen educación.

Tabla N°3
Características del parto en 580 pacientes primigestas.
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2014.

Talla Materna	Número	Porcentaje
<= 145,0	38	6,6
>146,0	542	93,4
Peso del RN		
<= 3000	260	44,8
>3001	320	55,2
Perímetro Cefálico		
<= 33,0	142	24,5
>33,1	438	75,5
Total	580	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los autores

El 93,4% de pacientes poseen una talla mayor a 146 cm correspondiendo a 542 madres embarazadas, en tanto que el 6,6% tienen una estatura menor a 145 cm.

El 55,2% de los recién nacidos tienen un peso mayor a 3001 gramos, el peso mínimo fue de 800 gramos y el máximo de 3985 gramos.

En cuanto al perímetrocefálico neonatal el 75,5% tienen tamaño mayor a 33,1 cm; con un valor de la media de 33,8 cm; mínimo de 30 cm y máximo de 41,1 cm.

6.3. Factores de riesgo asociados en relación con episiotomía

Tabla N°4

Distribución de 580 pacientes primigestas según la edad en relación con episiotomía. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- 2014.

EDAD	EPISIOTOMÍA						RP	IC	Valor de p			
	SI		NO		TOTAL							
	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
<=19	122	59,2%	165	44,2%	287	49,5	1,483	(1,184-1,857)	0,001			
>20	84	40,8%	209	55,8%	293	50,5						
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%						

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los autores

De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 122 (59,2%) tienen edad menor o igual a 19 años, 84 pacientes (40,8%) son mayores a 20 años; la Razón de Prevalencia (RP) es de 1,483, con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (1,184-1,857); y un valor de p de 0,001, lo que es estadísticamente significativo.

Tabla N°5

Distribución de 580 pacientes primigestas según la talla en relación con episiotomía. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- 2014.

TALLA MATERNA	EPISIOTOMÍA						RP	IC	Valor de p			
	SI		NO		TOTAL							
	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
<=145	10	4,9%	28	7,5%	38	6,6						
>146	196	95,1%	346	92,5%	542	93,4	0,728	(0,423-1,253)	0,293			
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%						

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los autores

De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, el 4,9% tienen una talla menor o igual a 145 centímetros, mientras que el 95,1% tienen más de 146 centímetros de alto; la Razón de Prevalencia (RP) es de 0,728 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0,423-1,253); y un valor de p de 0,293. Datos que no tienen significancia estadística.

Tabla N°6

Distribución de 580 pacientes primigestas en relación episiotomía con peso del recién nacido. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- 2014.

PESO DEL RN	EPISIOTOMÍA						RP	IC	Valor de p			
	SI		NO		TOTAL							
	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
<=3000	68	33%	192	51,3%	260	44,8	0,606	(0,477- 0,771)	0,000			
>3001	138	67%	182	48,7%	320	55,2						
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%						

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los autores

De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 138 recién nacidos (67%), tienen peso mayor a 3001 gramos, 68 neonatos (33%) tienen un peso igual o menor a 3000 gramos; la Razón de Prevalencia (RP) es de 0,606 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0,477-0,771); y un valor de p de 0,000, datos que son estadísticamente significativos.

Tabla N°7

Distribución de 580 primigestas en relación episiotomía con perímetrocefálico del neonato. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- 2014.

PERÍMETRO CEFÁLICO DEL RN	EPISIOTOMÍA						RP	IC	Valor de p			
	SI		NO		TOTAL							
	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
<=33,0	36	17,5%	106	28,3%	142	24,5						
>33,1	170	82,5%	268	71,7%	438	75,5	0,653	(0,481- 0,887)	0,003			
TOTAL	206	100%	374	100%	580	100%						

Fuente: Base de datos

Elaboración: Los autores

De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 170 recién nacidos (82,5%), tienen un perímetrocefálico mayor a 33,1 centímetros, 36 neonatos (17,5%) tienen un perímetrocefálico menor o igual a 33 centímetros; la Razón de Prevalencia (RP) es de 0,653 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0,481-0,887); y un valor de p de 0,003, siendo estadísticamente significativo.

7. DISCUSIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico cuyo uso tiene controversia y muy comúnmente realizado en distintas casas de salud, sin tener la mayor evidencia científica de sus beneficios.

En un estudio a nivel de Latinoamérica (5) que evaluó 105 hospitales de 14 países la frecuencia de episiotomía fue del 92,3%.

De acuerdo con el Colegio Estadounidense de Ginecólogos y Obstetras entre los años 1983 y 2000, la tasa de episiotomías durante partos vaginales bajó del 70 al 20% (10).

Los países de Europa hace aproximadamente una década ya presentaban una tendencia a disminuir sus porcentajes de episiotomías (40). Un estudio del año 2004 revela que la tasa de episiotomías en partos vaginales eutócicos era de un 24.5% (41). El último estudio realizado por la Sección Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia tras la aportación de encuestas de 46 centros españoles comprobó que la tasa de episiotomía en partos eutócicos fue de 54.1% en el año 2006 y 92.3% en partos instrumentales (20).

Según Medeiros de Carvalho y Colaboradores, en un estudio realizado en Pernambuco, Brasil en el año 2010, indica que esta cifra ha disminuido del 94% al 29,1% (27).

En Ecuador, según las estadísticas del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito, en el año 2007 se atendieron un total de 7459 partos vaginales, con un porcentaje de episiotomías de 42,6% (43).

La prevalencia de la episiotomía observada en el presente estudio fue de 35,5%, valor que es un poco mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 20% (23); sin embargo fue significativamente menor a otros estudios realizados en primigestas, 93%, Azón L, 2013 (24); 83,7%, Marques S, 2012 (25); 62%, Hernández P, 2014 (26).

Estos datos son importantes para demostrar que se está aplicando la norma del Ministerio de Salud Pública del uso estricto de la episiotomía en pacientes primigestas.

Se determinó que el peso de los recién nacidos mayor a 3001 gramos fue un factor de riesgo en la realización de episiotomía; lo que concuerda con Marques et al. (25) quienes indicaron que el peso promedio de los recién nacidos a cuyas madres se realizó episiotomía era de 3.110,65 gramos; además Karaçam et al. (29) afirman que el peso medio de los recién nacidos de gestantes con episiotomía fueron significativamente mayores que las embarazadas sin episiotomía. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Pina A. et al. (31), Okeke TC, et al. (32), Gossett DR, et al. (33), Wu L, et al. (34) y Koskas M, et al. (35) al relacionar peso fetal con incremento de episiotomía. Sin embargo estudios como el de Molina-Reyes. C, et al. (20) y Shahraki et al. (30), Carvalho CC, et al. (27), Herrera B, et al. (36), Figueira L, et al. (37), y Trinh A, et al. (38) no encontraron relación estadísticamente significativa entre el peso del recién nacido y la realización de episiotomía.

En nuestro estudio se observa que el perímetrocefálico mayor a 33,1 centímetros, aumenta la probabilidad de realizar episiotomía; Karaçam et al. En un estudio en primigestas en Turquía (29) indica que el mayor tamaño en el perímetrocefálico del bebé aumentó la probabilidad de episiotomía (OR, 1,29; IC del 95%, 1,08-1,53)

Se evidencia además que en nuestro hospital las mujeres con edad menor a 20 años tiene un riesgo mayor de recibir episiotomía 59,2%; de igual manera Medeiros de Carvalho (27) indica la existencia de 74% de riesgo de episiotomías en adolescentes. Melo Júnior et al. (28) concuerdan en su estudio que el 29,4% de las pacientes hasta los 22 años mostraron un riesgo mayor de recibir episiotomía. Contrastando con Molina et al. (20) quienes indican que un menor porcentaje de las mujeres primíparas menores de 20 años (36.9%) recibieron episiotomía, en comparación con edades mayores (63,1%). De la misma manera Hernández et al. (26) observaron en primigestas un incremento en los porcentajes de episiotomía a medida que aumentaba la edad materna, 52,38% en mujeres de 15 a 19 años, y 77,27% en mayores de 40 años.

Un estudio realizado en Perú en el 2001 (42) sobre la talla materna y su implicancia para cesárea concluye que la talla materna menor de 146 cm está asociada a mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulíparas como en multíparas, lo cual podría verse relacionado a riesgo de desgarros perineales; no se han realizado estudios que relacionen la talla materna y la realización de episiotomía; sin embargo en nuestro estudio encontramos que la baja talla materna no presenta significancia estadística por lo cual no sería considerado como un factor de riesgo para el uso de episiotomía.

La episiotomía de rutina debe ser abandonada y debe evitarse en todo lo posible, ya que no hay indicaciones absolutas ni específicas para su uso. La decisión de realizar una episiotomía debe basarse en la interacción de múltiples factores de riesgo y sus efectos a corto y largo plazo, siempre valorando la balanza riesgo versus beneficio.

8. CONCLUSIONES

La prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2014 fue del 35,5%, valor que estuvo dentro de lo planteado en nuestra hipótesis y por debajo de los datos obtenidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito y a otros estudios a nivel mundial; sin embargo es un poco mayor al recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

En relación a la edad el porcentaje de pacientes que acudieron fue casi el mismo entre las menores de 19 años (49.5%) con respecto a las mayores de 20 años (50,5%).

Con respecto al estado civil el mayor porcentaje corresponde a las pacientes Solteras con 35,3%, mientras que el 30,9% de las mujeres son Casadas.

El nivel de instrucción con mayor porcentaje de las primigestas que acudieron es de 67,2% correspondiendo a educación Secundaria, el 0,5% de las pacientes no posee educación.

El 93,4% de pacientes posee una talla mayor a 146 cm, en tanto que el 6,6% tienen una estatura menor a 145 cm.

El 55,2% de recién nacidos tienen un peso mayor a 3000 gramos, y el 75,5% tienen un perímetrocefálico mayor a 33 centímetros.

Las embarazadas menores de 19 años de edad (59,2%) tuvieron 1,4 veces más posibilidades estadísticas de recibir episiotomía que aquellas mayores de 20 años (40,8%), con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un valor de p de 1,483.

En las mujeres con recién nacidos de peso mayor a 3001 gramos, en este estudio tuvieron 0,6 veces más posibilidades estadísticas de recibir episiotomía que aquellas con neonatos cuyo peso fue menor o igual a 3000 gramos, con un intervalo de confianza (IC) del 95%; y un valor de p de 0,000.

Las mujeres con recién nacidos cuyo perímetrocefálico fue mayor a 33,1 cms, tuvieron 0,65 veces más posibilidades estadísticas de recibir episiotomía que aquellas con neonatos cuyo perímetrocefálico fue menor o igual a 33 centímetros, con un intervalo de confianza (IC) del 95%; y un valor de p de 0,003.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la talla materna y la realización de episiotomía, la Razón de Prevalencia (RP) fue de 0,728 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0,423-1,253); y un valor de p de 0,293.

No se pudo obtener la relación entre la posición materna al momento del parto con episiotomía ya que durante este estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso no se informó a la paciente ni se le permitió decidir optar por un parto en posición vertical.

No se pudo establecer la relación entre episiotomía y parto instrumental debido a que las condiciones maternas durante el parto no requirieron de su uso.



9. RECOMENDACIONES

Se recomienda ampliar el estudio a otros centros de atención médica con servicio de atención del parto, para comparar los resultados y determinar niveles de significancia en relación a estudios de medicina basada en evidencia, para estandarizar el uso de protocolos sobre la aplicación de episiotomía.

Se recomienda al personal de salud comunicar y enseñar a las embarazadas sobre las diferentes posiciones que se puede adoptar al momento del parto y dejar a la madre decidir la posición que sea más cómoda y adecuada para ella.

Realizar talleres de reforzamiento en la atención del parto dirigidos a todo el personal que presta sus servicios durante el parto.

Implementar en forma rutinaria las buenas prácticas clínicas; y las prácticas demostradas como inefectivas, deben ser proscritas.

Informar a las mujeres embarazadas acerca de los beneficios de la restricción de la episiotomía y tomar en cuenta su opinión en la toma de decisiones.

Los resultados del presente estudio se pueden utilizar para desarrollar estrategias institucionales y nacionales relativas a la episiotomía.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero J, Prado M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. España. Matronas Profesión 2002; junio n.º 8. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.federacion-matronas.org%2Frs%2F457%2Fd112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868%2Fa07%2Frglang%2Fes-ES%2Ffd%2F1%2Ffilename%2Fvol3n8pag33-39.pdf&ei=TVhRU-PfCqWxsASa6YHwDw&usg=AFQjCNGNUtqV336mmWol42_BXtBfgh4IWg&bvm=bv.65058239,d.cWc
2. Rodríguez R. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), Vol. 2, No 1 (2010). Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/123>
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/
4. Ministerio de Salud Pública Ecuatoriano. MSP. Componente Normativo Materno. 2010. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conasa.gob.ec%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D87%3Acomponente-normativo-materno-2008%26id%3D13%3Aprestaciones%26Itemid%3D95&ei=81dRU5zsMYrgsASrICwBA&usg=AFQjCNFx6m5LuEXLakjtU6luOuYZRy0mCg&bvm=bv.65058239,d.cWc
5. Althabe F, Balizan J, et al. Tasas de Episiotomía en Mujeres Primíparas en América Latina: Estudio Descriptivo Basado en Datos Hospitalarios. British Medical Journal 324:945-946, Abr 2002. Disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/gineco191web.htm>
6. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. Universidad de Cantabria. 2013. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>

7. Hospital Vicente Corral Moscoso. Página Web. 2014. Disponible en: http://investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=55
8. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Episiotomía. Colombia. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EPISIOTOMIA.pdf>
9. Carrillo K, Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. Universidad de Chile. REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 185-189. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/1-Dra.Carrillo.pdf
10. University of Maryland Medical Center. Episiotomia. 2012. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y-parto/episiotomia>
11. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081 Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/cd000081/es/index.html
12. Aceituno L, Sánchez M, Huertas M, et al. Evolución del porcentaje de episiotomía en un hospital comarcal entre los años 2003-2009. Factores de riesgo de los desgarros graves de periné. MEDES: 84710 DOI: 10.1016/j.gine.2012.06.002 . Disponible en: <https://medes.com/publication/84710>
13. Trujillo A. Protocolo de indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia. 2012. Disponible en: http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/3%20Guias/SH-S2G13V2Guia_Episiotomia_Episiorrafia.pdf
14. De Miguel J, Sánchez M. Episiotomía: Criterio obstétrico actual. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/obstetricia/nuevo/cap6a.pdf>
15. Scetti M, Serracani G, Zalazar L. Uso selectivo de la episiotomía. Revista de Posgrado de la Vla Cátedra de Medicina - N° 146 – Junio 2005. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.pdf

- 16.** Vargas M. Episiotomía. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXVIII (599) 461-466 2011. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art13.pdf>
- 17.** Cravchick S, Muñoz D, Bortman M. Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén, Argentina. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 1998. July [cited 2014 May 25]; 4(1): 26-31. Available from:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000700005&lng=en.
- 18.** Hueston DR. Factor associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. *Obstetric and Gynecology* 1996; 87: 1001-5.
- 19.** Figueira L, Ibarra M, Cortes R, et al. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2014 Abr 18] ; 64(3): 121-127. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000300001&lng=es.
- 20.** Molina C, Ortiz M, Huete M, et al. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. *Evidentia*. 2009 ene-mar; 6(25). España. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&ved=0CGoQFjAJOAo&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F27500701%2F1805998118%2Fname%2FAn%25C3%25A1lisis%2Bde%2Bla%2Bimplantaci%25C3%25B3n%2Bde%2Buna%2Bpol%25C3%25ADtica%2Bde%2Bepisiotom%25C3%25ADa%2Bselectiva%2Ben%2Bun%2Bhospital%2Bcomarcal.doc&ei=dthRU87PMujLsQS-x4C4Dw&usg=AFQjCNFiNvVPNRT1sJTs0gHY48M3jh3Ew&bvm=bv.65058239,d.cWc>
- 21.** Abril F, Guevara A, Ramos A. Factores de riesgo para el desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá. Colombia. 2009. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214328004.pdf>
- 22.** Ramírez D. Uso de poligalactina 910 2/0 vs catgut crómico 0 en episiorrafia de pacientes primigestas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca -

- 2010; 1-10. Ecuador. Disponible en:
[http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3954.](http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3954)
- 23.** World Health Organization. Care in normal birth: A practical guide. Geneva: World Health Organization;1996.
- 24.** Azon L, Garcia M, Subiron V. Análisis de los resultados obstétricos y neonatales de los partos inducidos en nulíparas en el Hospital Clínico de Zaragoza. Matronas Prof. 2013; 14(2): 52-59. Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.federacion-matronas.org%2Frs%2F1043%2Fd112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868%2F69a%2Ffd%2F1%2Ffilename%2Foriginal-resultados-obstetricos.pdf&ei=COvQVPGrJcX_gwS1koLYCw&usg=AFQjCNFKoqRgeJmleNHfyWvvanqaZykonQ
- 25.** Marques S, Fleury L, Machado S, et al. Práctica de la episiotomía y factores maternos y neonatales relacionados. 2012 oct/dec;14(4):779-85. Brasil. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf.
- 26.** Hernández P, Azón L, Mir R, et al. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Revista electrónica Trimestral de enfermería-Nº35-Julio 2014. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.13.3.196531/163341>.
- 27.** Medeiros de C, Rolland S, Morales F. Prevalencia y factores asociados con la práctica de episiotomía en una escuela de maternidad , Pernambuco, Brasil. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(3): 333-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a20.pdf>.
- 28.** Melo J, De Carvalho L, Freire S. Factores asociados con la práctica de episiotomía en un hospital universitario. Brasil. Rev. Cienc Med, Campinas, 15(2):95-101, mar./abr., 2006. Disponible en: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1119/1094>
- 29.** Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H, Şeker S, Prevalencia de la episiotomía en primíparas, relacionando condiciones y efectos de la episiotomía en los materiales de sutura usada, dolor perineal, la cicatrización de heridas 3 semanas después del parto, en Turquía: Un estudio de seguimiento prospectivo. Diario iraní de Enfermería y Obstetricia de Investigación | Mayo-Junio de 2013 | Vol. 18 | Número 3.

- 30.** Shahraki D, Aram S, Pourkabirian S, Khodaee S, Choupannejad S. Una comparación entre las complicaciones maternas y neonatales precoces de la episiotomía restrictiva y la episiotomía de rutina en el parto vaginal en primigestas. *J Res Med Sci.* 2011 Dec; 16(12): 1583–1589. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434900>.
- 31.** Pina A, Carro R, Adán B, Miguel E, Serrano E, Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía de rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof.* 2007; 8 (3-4): 5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/172/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a4b/rglang/es-ES/fd/1/filename/05-11-art-orig-episio-indd.pdf>
- 32.** Okeke T, Uqwu E, Okezie O, Enwereji J, Ezenyeaku C, Ikeako L. Trends and determinants of episiotomy at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria. *Niger J Med.* 2012 Jul-Sep;21(3):304-7. Pubmed PMID:23304925.
- 33.** Gossett D, Dunsmoor Su R. Episiotomy practice in a community hospital setting. *J Reprod Med.* 2008 Oct; 53:803-8. Pubmed PMID:19004409.
- 34.** Wu L, Malhotra R, Allen J Jr, Lie D, Tan T, Ostbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2013 Dic; 288(6):1249-56. doi:10.1007/s00404-013-2897-6. Epub 2013 May 26. Pubmed PMID:23708390.
- 35.** Koskas M, Caillod A, Fauconnier A, Bader T. Maternal and neonatal consequences induced by the French recommendations for episiotomy practice. Monocentric study by 5409 vaginal deliveries. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 Sep;37(9):697-702. doi:10.1016/j.gyobfe.2009.06.003. Epub 2009 Aug 13. French. Pub PMID:19682940.
- 36.** Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol. España.* 2004; 47(9):414-22. Disponible en:<http://maternidadesinriesgos.org.mx/documentos/partneria/articulos/Epis.selectiva.pdf>
- 37.** Figueira L, Ibarra M, Cortés R, Blasco M, Mendoza A, Velásquez G. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2004; 64(3):121-27.

- 38.** Trinh A, Khambalia A, Ampt A, Morris J, Roberts C. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Vietnam. *Bull World Health Organ.* 2013 May 1;91(5):350-6.
- 39.** Rubio J. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* .Vol. 56 No.2.2005(116-126). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a02.pdf>
- 40.** Montenegro A, Blanco N, Pereiro B, Barro R, Rico P. Episiotomía en partos eutópicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Revista Matronas Profesión.* 2005; 6(1): 30-2.
- 41.** Frankman EA, Wang L, Bunker CH, et al. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J. Obstet. Gynecol.* 2009;200(5): 573.
- 42.** Guzmán V, García P, Liu H. Talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. *Gineco Obstet Perú* 2001; 47: 117-20.
- 43.** Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Página Web. 2013. Disponible en: <http://www.hgoia.gob.ec/documentos/pdf/estadisticas/informe2007/CIRUGIA%20POR%20SERVICIOS.pdf>.



11. ANEXOS

ANEXO 1

Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍAS Y FACTORES ASOCIADOS, EN
PACIENTES DEL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA- ECUADOR. 2014”**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS #_____

Edad en años cumplidos_____ **años**

Nivel de instrucción: **Ninguna** ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Estado civil **Soltera** ()

Casada ()

Viuda ()

Unión Libre ()

Talla materna en centímetros_____ **centímetros**

Peso del recién nacido_____ **gramos**



Perímetrocefálico _____ centímetros

Presentación fetal Cefálica SI ()

NO()

Parto instrumental Si ()

No ()

Posición materna al momento del parto Vertical ()

Decúbito ()

EPISIOTOMÍA SI ()

NO ()

EPISIORRAFIA VICRYL ()

CATGUT CROMICO ()

**ANEXO 2**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍAS Y FACTORES ASOCIADOS, EN
PACIENTES DEL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA- ECUADOR. 2014”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros, estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencia Medicas de La Universidad de Cuenca, estamos realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de Médicos Generales, sobre la episiotomía y factores asociados. Por tal motivo le realizaré una encuesta a usted. Tomará aproximadamente 15 minutos el contestar, además se tomarán algunos datos de filiación como edad, estado civil, nivel de instrucción, etc información no tiene costo alguno para usted. El beneficio que obtendrá es conocer que tan frecuente es la práctica de la episiotomía en nuestra población y si algunos factores podrían estar influyendo en su uso, el participar es voluntario y no representa ningún tipo de riesgo para Ud.

Se me ha explicado todas las preguntas de la encuesta y ha dado respuesta a todas las preguntas que he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo y sabiendo que los datos obtenidos, así como mi identidad se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio, acepto participar libre y voluntariamente.

Firma o Huella Digital.....



ANEXO 3

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Episiotomía	Es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto.	Incisión quirúrgica del periné para acortar el periodo expulsivo del parto	Reporte médico de la historia clínica	Presente Ausente
Episiorrafia	Es la reparación del periné luego de realizada la episiotomía	Sutura de la episiotomía con material quirúrgico	Reporte médico de la historia clínica	Vicryl Catgut crómico
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Edad en años	Años cumplidos	Menos de 19 años Más de 20 años
Nivel de instrucción	Años de escolaridad obtenidos por la paciente.	Años aprobados	Nivel de instrucción cursado	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por ley	Las diferentes formas de vínculo social entre dos personas	Estado civil establecido en su documento de identificación.	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada
Talla materna	Talla en centímetros en posición erguida de la madre gestante.	Talla en centímetros	Registro en Historia clínica	Menor de 1.40 cm Entre 1.40 y 1.65 Mayor 1.65
Peso del recién nacido	Medida de la fuerza gravitatoria ejercida en un	Primera medida del recién nacido	Registro en Historia clínica	Peso en gramos



	cuerpo, expresada en kilogramos y sus fracciones			
Perímetrocefálico del RN	Circunferencia craneana en centímetros	Primera medida de la circunferencia de la cabeza del recién nacido	Medida	De 32 a 34 centímetros +- 2
Presentación fetalcefálica	Ocupación de la cavidad pélvica por la cabeza fetal al inicio de la labor de parto.	Presentacióncefálica	Historia clínica, registro.	Cefálica
Parto instrumental	Expulsivo realizado con fórceps o vacum extractor.	La diferente forma de parto instrumental	Historia clínica	Fórceps Vacum extractor.
Posición materna al momento del parto	Situación de la madre al momento del parto en relación al suelo.	Diferente forma que adopta la madre durante el expulsivo	Historia clínica	Vertical Decúbito dorsal