

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA, EN MUJERES PRIMÍPARAS, ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE
TOTONICAPÁN, EN LOS MESES DE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2019.



JOSSELINE JATZIRI ALEJANDRA AGUILAR SÁNCHEZ

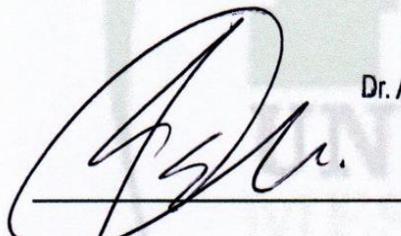
201516127

AG284

Quetzaltenango, mayo de 2022.

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

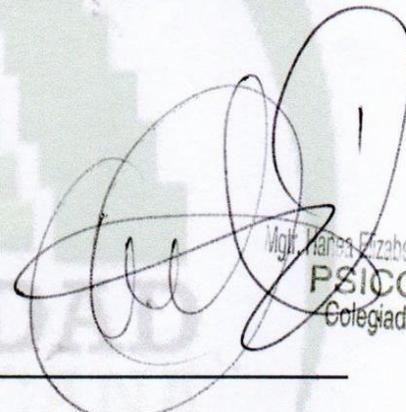
COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA, EN MUJERES PRIMÍPARAS, ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE
TOTONICAPÁN, EN LOS MESES DE ENERO 2017 A DICIEMBRE DE 2019.



VO. BO. DR. ALLAN SÁNCHEZ

Dr. Allan Fernando Sánchez
Ginecólogo y Obstetra
Col. 14,595

ASESOR



VO. BO. MGTR. HANEA CALDERÓN

Mgtr. Hanea Elizabeth Calderón Velásquez
PSICOLOGA
Colegiado No. 2444

REVISORA

JOSSELINE JATZIRI ALEJANDRA AGUILAR SÁNCHEZ
201516127

Quetzaltenango, mayo de 2022.



RESUMEN

Introducción: la presente investigación expone las complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas que fueron atendidas en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Totonicapán.

Objetivo: identificar el tipo de complicaciones asociadas a la episiotomía en mujeres primíparas, atendidas en el Hospital Nacional de Totonicapán, entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2019.

Métodos y materiales: el tipo de estudio se determinó como descriptivo retrospectivo, debido a que brinda información de los resultados sin la manipulación de los datos presentados. El material se realizó por medio de una boleta de recolección de datos.

Resultados y discusión: de las pacientes atendidas en el servicio de labor y partos, el 14% presentaron complicaciones en el procedimiento de episiotomía, donde predominaron las edades jóvenes en un 49% correspondiente a las edades de 20 a 24 años. El tipo de episiotomía más utilizado fue medio lateral derecha en 101 pacientes y el tipo de complicación más frecuente fue dolor en un 32%, seguido por desgarro de tipo I en un 29%. Cabe mencionar que la mayoría de procedimientos fueron atendidos por internos, el tipo de tratamiento que se brindó fue hospitalario en un 90%.

Conclusión: se concluyó que el tipo de complicación más frecuente en el procedimiento de episiotomía en el Hospital Nacional de Totonicapán fue el dolor con un 33%; seguido de los desgarros con un 30%.

Palabras clave: episiotomía, complicaciones, dolor, desgarro.



AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa	Rector
Mgtr. Luis Fernando Cabrera Juárez	Vicerrector General
Pbro. Mgtr. Romulo Gallegos Alvarado, sdb	Vicerrector Académico
Mgtr. Teresa García Kennedy-Bickford	Secretaria General
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales	Tesorera
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet	Vocal II
Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada	Vocal III

CONSEJO SUPERVISOR SEDE QUETZALTENANGO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet
Mgtr. Miriam Verónica Maldonado Reyes
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales
Dra. Alejandra de Ovalle
Mgtr. Juan Estuardo Deyet
Mgtr. Mauricio García Arango

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

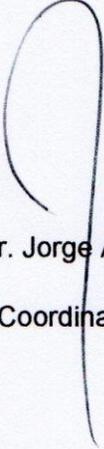
Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas	Decano Facultad de Medicina
Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda	Coordinador Área Hospitalaria



El trabajo de investigación con el título "COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA, EN MUJERES PRIMÍPARAS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPÁN, EN LOS MESES DE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2019", presentado por la estudiante Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez, que se identifica con carné número 201516127, fue aprobado por el Comité de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada.

Quetzaltenango, mayo de 2022

Vo.Bo



Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
Coordinador Área Hospitalaria

Vo.Bo



Dr. Juan Carlos Moir Rodas
Decano
Facultad de Medicina



Quetzaltenango, mayo de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

Ciudad

Respetables doctores:

Yo, Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez, estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identifico con el carné número 201516127, de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy la autora del trabajo de investigación denominado **"COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA, EN MUJERES PRIMÍPARAS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPÁN, EN LOS MESES DE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2019"**, el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Medica y Cirujana, en el grado de Licenciada. En consecuencia, con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad del contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente

Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez

201516127



Quetzaltenango, mayo de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

Ciudad

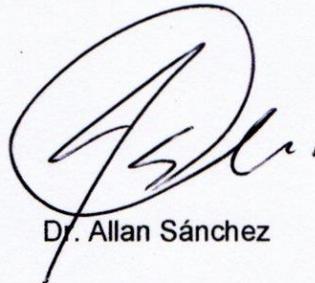
Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que asesoré el trabajo de investigación designado con el título "**COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA, EN MUJERES PRIMÍPARAS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPÁN, EN LOS MESES DE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2019**", realizado por la estudiante Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez quien se identifica con carné número 201516127 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente

Vo. Bo.



Dr. Allan Sánchez

Asesor

Dr. Allan Fernando Sánchez
Ginecólogo y Obstetra
Col. 14,595



Quetzaltenango, mayo de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

Ciudad

Respetables Doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título **"COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA, EN MUJERES PRIMÍPARAS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE LABOR Y PARTOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPÁN, EN LOS MESES DE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2019"**, realizado por la estudiante Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez quien se identifica con carné número 201516127 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente

Vo.Bo.

Lic. Hanea Calderón

Revisora

Mgtr. Hanea Elizabeth Calderón Velásquez
PSICOLOGA
Colegiado No. 2444



DEDICATORIA

A Dios: por darme la vida y la capacidad para poder ejercer en tan hermosa carrera.

A mis padres: Miguel y Gloria por su maravilloso ejemplo como personas y como pareja, por su apoyo incondicional tanto moral como económicamente en todo momento, sin importar las circunstancias, le pido a Dios me permita devolver cada uno de sus favores conmigo.

A mis hermanos: Fernanda, Sucely y David, porque en la manera de lo posible han sido mi apoyo incondicional, confidentes y pilar en momentos importantes, como hermana mayor espero poder ser su ejemplo y guía cuando sea necesario.

A mis tíos y primos: gracias por su apoyo y ayuda moral.

A mis abuelos paternos Agustín y Micaela, por ser en todo momento ejemplo de rectitud y experiencia en la vida, gracias por sus sabios consejos y palabras en momentos oportunos.

A mis abuelos maternos: + Rosa y + Mario quienes a pesar de conocerlos en un breve tiempo sembraron en mis progenitores la semilla de la rectitud y la bondad con la que fui criada.

A mis amigos: de infancia y estudio gracias por su apoyo incondicional en todo momento.

A mi asesor: Dr. Allan Sánchez por haberme guiado en el proceso de la realización de este trabajo.

A mi revisora: Licda. Hanea Calderón por enseñarme y orientarme en el proceso de la realización de este trabajo.

A mis profesores y catedráticos: gracias por sus sabias enseñanzas.

A los centros hospitalarios: Hospital Regional de Occidente y Hospital Departamental de Totonicapán, por abrirme sus puertas para mi enseñanza y aprendizaje continuo en estos años.

A universidad Mesoamericana: gracias por darme la oportunidad de convertirme en una profesional, y trabajar en la esperanza de un mejor país.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. MARCO TEÓRICO	3
A. Anatomía del piso pélvico	3
1. Músculo Bulbocavernoso	4
2. Isquio cavernoso.....	4
3. Transverso perineal superficial	4
4. Esfínter externo del ano	4
5. Transverso profundo del perineo	5
6. Diafragma pélvico: Elevador del ano	5
7. Funciones destacadas del piso pélvico.....	6
B. Episiotomía.....	6
1. Aspectos generales	6
2. Historia	7
3. Epidemiología	8
4. Indicaciones y consecuencias.....	8
5. Objetivos de la realización de una episiotomía.....	11
6. Tipo de episiotomía e indicación	11
7. Clasificación de la episiotomía	12
8. Técnica	13
9. Reparación de la episiotomía o laceración perineal	14
10. Sutura de la episiotomía.....	15
C. Complicaciones.....	18
1. Complicaciones más frecuentes de la episiotomía	18
2. Factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía	19
3. Infección.....	22
4. Desgarro	22
5. Hematoma	25
6. Dehiscencia	25
7. Dolor... ..	26
D.Tratamiento.....	26



1. Analgésicos y antiinflamatorios	26
2. Antisépticos	27
3. Antihemorroidales.....	27
4. Tratamiento Antimicrobiano	27
IV. OBJETIVOS	29
A. Objetivo General	29
B. Objetivos específicos.....	29
V. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR	30
A. Tipo de estudio.....	30
B. Universo	30
C. Población.....	30
D. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
1. Inclusión:.....	30
E. Variables.....	31
F. Proceso de Investigación	36
G. Aspecto Ético	37
VI. RESULTADOS.....	38
A. Datos generales	38
Gráfica A.1.....	38
Gráfica A.2.....	39
Gráfica A.3.....	40
Gráfica A.4.....	41
Gráfica A. 5.....	42
Gráfica A. 6.....	43
Gráfica A.7	44
B.Datos Gineco - obstétricos.....	45
Gráfica B.1	45
Gráfica B. 2.....	46
Gráfica B.3.....	47
Gráfica B. 4.....	48
Gráfica B. 5.....	49



Gráfica B. 6.....	50
Gráfica B. 7.....	51
Gráfica B. 8.....	52
Gráfica B.9.....	53
Tabla B.1.....	54
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
VIII. CONCLUSIONES	61
X. BIBLIOGRAFÍA	63
XI. ANEXOS	68
A. Cronograma de actividades	68
B. Boleta de recolección de datos.....	69



I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación, aborda las complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas que fueron atendidas en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Totoncapán, cuyo procedimiento es utilizado de manera frecuente por el personal para la resolución del embarazo.

La episiotomía se define como la incisión quirúrgica que se realiza en el periné durante el trabajo de parto para facilitar el nacimiento del recién nacido y prevenir desgarros perineales. En la revisión bibliográfica realizada se halló que existen estudios que cuestionan el uso de la episiotomía. En otros, el uso es de forma rutinaria o restrictiva, y en algunos casos, se concluye que los beneficios que clásicamente se han atribuido a la episiotomía no se confirman. La evidencia científica disponible recomienda un uso selectivo, pero a pesar de ello los porcentajes de utilización son muy variables.

Por lo expuesto, la presente investigación tuvo como propósito identificar las complicaciones que se presentaron en el procedimiento de episiotomía. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, debido a que buscó reconocer los factores de riesgo que conllevaron a complicaciones. Para ello, se realizó un estudio que incluyeron a todas las mujeres embarazadas primíparas que se presentaron en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Totoncapán en el periodo de enero 2017 a diciembre del 2019.

La recolección de datos se realizó con los expedientes médicos de las pacientes autorizadas por el Hospital Nacional de Totoncapán. Uno de los obstáculos que se presentó fue el tiempo requerido para la obtención de información, ya que, por prácticas médicas y horarios del departamento de los archivos médicos, se extendió el periodo de recolección; así mismo, en los expedientes médicos, la mayoría no son exactos los datos de las pacientes.

Sin embargo, la investigación logró identificar que el tipo de complicación más frecuente en el procedimiento de episiotomía en el Hospital Nacional de Totoncapán, fue el dolor con un 33%; seguido de los desgarros con un 30%.



II. JUSTIFICACIÓN

La episiotomía implica una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Se establece como una cirugía menor, la cual es practicada con bastante frecuencia pese a que en varios estudios está en duda el procedimiento como uso rutinario; este es uno de los procedimientos quirúrgicos, donde no se necesita el consentimiento informado de la paciente. Dicho procedimiento, es utilizado frecuentemente en el Hospital Nacional de Totonicapán con el propósito fundamental de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vagino-perineales. Secundariamente, se consigue abreviar la duración del período expulsivo y disminuir la compresión de la cabeza del feto durante el período expulsivo; sin embargo, se debe considerar la probabilidad de que este procedimiento puede llegar a causar complicaciones.

Una de las razones que motivaron la presente investigación ha sido la controversia que causa este procedimiento, ya que ha tenido muchas críticas al respecto y su uso sistemático y rutinario es un problema real, tangible y preocupante, porque este se involucra tanto en el puerperio inmediato, mediato o tardío de la mujer y puede llevar a complicaciones no solo físicas sino también psicológicas. Sin embargo, el personal de salud no es ajeno a este problema, y es por eso que el estudio se realizó con la finalidad de demostrar las complicaciones más frecuentes que padecieron las pacientes primíparas a las que se les realizó el procedimiento de episiotomía, atendidas en el servicio de Labor y Partos del Hospital Nacional de Totonicapán, en los meses de enero de 2017 a diciembre de 2019. Por lo anterior, esta investigación pueda ayudar a tomar conciencia sobre este procedimiento para mejorar la atención de las parturientas.

III. MARCO TEÓRICO

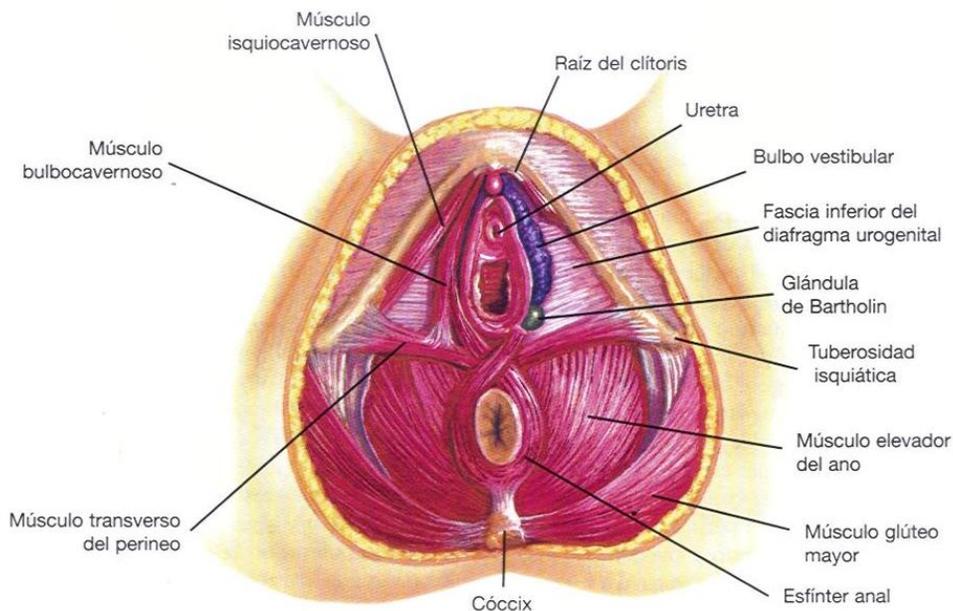
A. Anatomía del piso pélvico

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). (Dolopedia, 2019)

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, entre otros. (Gualán & Guanoluisa, 2014)

Figura 1

Anatomía del piso pélvico



Nota: La presente figura, expone los tejidos del piso pélvico. Obtenido de Fisioterapia Hispanidad (2018).



1. Músculo Bulbocavernoso

El músculo bulbocavernoso, se encuentra situado en el periné anterior, insertándose por detrás en el rafe medio; por delante en la cara superior del bulbo y cubierta fibrosa de la cara dorsal del clítoris, innervado así mismo por el pudendo y su acción principal es acelerador o propulsor de la orina; constrictor de la vagina. (Apuntes de Anatomía, 2018)

2. Isquio cavernoso

Se origina en la tuberosidad isquiática dirigiéndose hacia arriba insertándose en la cara anterior de la sínfisis púbica, 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 glándula sobre el pene. Su vascularización es la misma que la del bulbo cavernoso. La innervación proviene de la rama Isquio cavernosa del nervio perineal (Gualán & Guanoluisa, 2014)

3. Transverso perineal superficial

El músculo perineal transversal superficial es un deslizamiento muscular estrecho, que pasa más o menos transversalmente a través del espacio perineal por delante del ano. Surge por fibras tendinosas de la parte interna y anterior de la tuberosidad del isquion y, corriendo medialmente, se inserta en el punto tendinoso central del perineo, uniéndose en esta situación con el músculo del lado opuesto, con el esfínter del ano externo. Detrás, y con el bulbocavernoso al frente. En algunos casos, las fibras de la capa más profunda del esfínter externo del ano se decusan frente al ano y continúan en este músculo. En ocasiones desprende fibras, que se unen con el bulbocavernoso del mismo lado. (IMAIOS, 2020)

4. Esfínter externo del ano

Músculo circular que rodea al ano para el mecanismo de la continencia. Hay un esfínter interno (músculo de tipo liso, continuación de la muscular de la mucosa del recto, de control nervioso autonómico e involuntario) y otro externo (músculo de tipo



estriado, continuación de los músculos elevadores del ano, de control nervioso voluntario a través de los nervios pudendos). Se encuentran en la porción superficial del conducto anal. Ver continente, esfinteroplastia, esfinterotomía lateral. (Diccionario Médico, 2020)

5. Transverso profundo del perineo

Es un músculo profundo, aplanado y transversal 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. (Carrillo & Sanguinetti, 2013)

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 sínfisis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo. (Gualán & Guanoluisa, 2014)

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 sínfisis del pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis 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. (Carrillo & Sanguinetti, 2013)

“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”. (Gualán & Guanoluisa, 2014)



7. Funciones destacadas del piso pélvico

- a. Funciones de continencia: el suelo pélvico controla los esfínteres para una correcta micción y defecación.
- b. Función sexual: unos músculos perineales tonificados mejoran la calidad de las relaciones sexuales.
- c. Función reproductiva: el periné es el último obstáculo que debe salvar la cabeza del bebé, ayuda a que su cabeza rote y produce una contracción refleja en el útero (reflejo expulsivo) que provoca a la embarazada un deseo de empujar.
- d. Función de sostén: el perineo sostiene la vejiga, el útero, la vagina y el recto. (Carneiro y Araujo, 2010)

B. Episiotomía

1. Aspectos generales

Durante muchos años la episiotomía se ha considerado como una intervención cuyo objetivo es la prevención de desgarros perineales graves, así como los trastornos de a estática pélvica, abrevia la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas; sin embargo, no está exenta de complicaciones, poniendo de manifiesto que este procedimiento no constituye un acto menor y exige una reparación cuidadosa, a fin de no convertirse en una técnica nociva.

a. Se describen dos tipos de indicaciones:

- Necesarias

Estas pueden clasificarse en tres grupos:

- Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo, en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps.
- Fetales: por ejemplo, para evitar la hipoxia fetal haciendo expulsión rápida
- Materna: Desgarro vulvovaginal inminente, madre con hipertensión endocraneana, hipertensión ocular, cardiopatías entre otras. (Berzaín & Camacho, 2017)



- Profilácticas

“Dependen fundamentalmente de la textura, de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal y variedades, presentación y presencia o no de parto precipitado y abrupto”. (Parant, 2013)

2. Historia

La palabra episiotomía se deriva del griego epistón (región púbica) y tome (cortar). En sentido estricto, la episiotomía es la incisión de las partes pudendas (genitales externos). La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común se emplea a menudo el término episiotomía como sinónimo de la perineotomía, práctica que realizan los autores. La incisión se puede efectuar en la línea media, tras crear una episiotomía media o bien puede empezar en la línea media y luego dirigirse en sentido lateral y hacia abajo alejándose del recto, la denominada episiotomía media lateral. (Cunnighman, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey & Spong, 2015, pág. 550)

En el siglo XIX fue estudiada y aplicada nuevamente por Michaelis, Tranier y Crede. De Lee y Pomeroy, científicos que vivieron en el siglo XX también describieron la técnica, haciendo que esta sea tomada en cuenta para realizarla en el segundo periodo del trabajo de parto. (Berzaín & Camacho, 2017)

Es un acto quirúrgico simple. Según datos históricos, parece que fue Sir Fielding Ould (1742) (Irlanda) el primero en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. Su utilización ha sido objeto de múltiples controversias. El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799. Según lo reporta Nugent, el profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad mediolateral de episiotomía en Francia después del año 1847 y diez años más tarde, Carl Braun fue el primero en denominar "episiotomía" a la incisión perineal y el primero en criticarla y considerarla inadmisibles e innecesaria. Por entonces, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse. Anna Broomall en EEUU y Credé y Colpe



en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración íntegra del periné. (Scetti, 2015)

“En 1983 Thacker y Banta desacreditaron el uso rutinario de la episiotomía, poniendo en duda el uso en todas las embarazadas que cumplen los criterios dentro de las indicaciones”. (Scetti, 2015)

3. Epidemiología

Este procedimiento se realiza de forma variada en distintos países. Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los Estados Unidos se lo realiza al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%) y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán. Estos porcentajes van bajando con el pasar del tiempo, luego de muchos estudios sobre la utilización de esta técnica, por ejemplo, en Inglaterra bajo en un 16%. Existen datos, no muy explícitos, sobre la necesidad de realizar episiotomía según la raza de la madre. Donde se llega a la conclusión de que las mujeres de raza asiática suelen tener más necesidad de una episiotomía, al contrario, las mujeres de raza negra suelen sortear la segunda fase del parto sin necesidad de una. (Berzaín & Camacho, 2017)

4. Indicaciones y consecuencias

La episiotomía es una incisión en el cuerpo perineal, realizada en el segundo estadio del parto. Se debe practicar en el momento en que la presentación atraviesa la extremidad inferior del conducto del parto y en el acmé de la contracción. Antes de una episiotomía, se debería infiltrar el periné con un anestésico local (lidocaína al 1 %), en abanico (se requieren tres líneas de infiltración), aunque la mujer ya tenga una anestesia epidural. (Vásquez, Palomo & Romeu, 2016)

a. Las posibles indicaciones de una episiotomía son:

- Periné rígido que impide el parto.



- Cuando se crea inminente un desgarro extenso.
- La mayoría de los partos instrumentados.
- La distocia de hombros.
- El parto de nalgas.
- Parto prematuro. (Vásquez et al., 2016, pág. 259)

b. Para acelerar el parto por anomalías de la frecuencia fetal

A pesar de que la episiotomía es todavía un procedimiento obstétrico frecuente, ha disminuido de forma considerable en los últimos 30 años. Oliphant et al (2010) utilizaron el National Hospital Discharge Survey para analizar la frecuencia de las episiotomías practicadas entre 1979 y 2006 en Estados Unidos. Estos especialistas observaron un descenso de 75% del índice ajustado para la edad de episiotomías. No obstante, en el decenio de 1970 era una práctica común efectuar una episiotomía en casi todas las mujeres que tenían su primer parto. Una de las razones de su aceptación era sustituir una laceración por una incisión quirúrgica recta, más fácil de reparar. Pese a ello, la creencia mantenida durante mucho tiempo de que el dolor posoperatorio es menor y que la cicatrización es mejor con la episiotomía respecto de la laceración ha sido infundada. (Cunnighman et al., 2015, pág. 550)

Otro beneficio de la episiotomía sistemática que se menciona con frecuencia, pero que no se ha comprobado, es que previene las alteraciones del piso pélvico. Sin embargo, en diversos estudios observacionales y en estudios clínicos aleatorizados se ha demostrado que la episiotomía sistémica aumentada la frecuencia de laceraciones del esfínter anal y el recto. (Scott, 2016)

Estudios clínicos Cochrane Pregnancy and Childbirth Group y hallaron un menor índice de traumatismo perineal posterior, reparación quirúrgica y complicaciones de la cicatrización cuando la episiotomía se empleó de manera restringida. Por el contrario, la frecuencia de traumatismo perineal anterior fue menor en el grupo sometido a episiotomías sistemáticas. (Carroli & Mignini, 2014)

Estos resultados hicieron posible comprender que la episiotomía no protege a perineo, sino que contribuye a la incontinencia del esfínter anal y eleva el riesgo de laceraciones de alto grado. La incontinencia fecal y flatulenta aumenta de cuatro a



seis veces en las mujeres sometidas a una episiotomía, en comparación con el grupo de mujeres que pario con un perineo integro. Incluso frente a las laceraciones espontaneas, el riesgo de incontinencia fecal es tres veces mayor con la episiotomía y el de incontinencia de flatulencia dos veces mayor. (Signorello, 2016)

Por lo cual, se considera que conviene más limitar la episiotomía que practicarla en forma sistemática.

Por consiguiente, la episiotomía se debe considerar cuando existe alguna indicación, como distocia de hombros, parto pélvico, feto macrosómico, parto vaginal quirúrgico, posición occipitoposterior persistente y otros casos en los que la ausencia de una episiotomía tendría como resultado una rotura perineal significativa, la regla final es que no existe sustituto para el criterio quirúrgico y el sentido común. (Cunnighman et al., 2015, pág. 550)

c. Según algunos autores la episiotomía está indicada en las condiciones siguientes:

- Para evitar desgarros vaginovulvoperineales (actualmente en controversia):
 - Por distocias de hombro.
 - Por estrechez o hipoplasia vulvovaginal.
 - Por escasa elasticidad vaginovulvoperineal.
 - Por exceso de volumen fetal.
 - Por afecciones locales predisponentes (edema, condilomas o cicatrices).
 - En primíparas.
 - En perineo alto y excesivamente musculoso.
- Para evitar trauma obstétrico y acelerar el período expulsivo:
 - En el parto pretérmino.
 - En la presentación pelviana.
 - En el parto gemelar.
 - En el sufrimiento fetal.
 - En el período expulsivo demorado.
 - Para aplicaciones instrumentales sobre el polo cefálico.
 - Para evitar el prolapso genital (actualmente en controversia)



5. Objetivos de la realización de una episiotomía

- Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
- Evitar posible desgarro perineal.
- Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria. (Mathai, 2016)

a. Las indicaciones para realización de la episiotomía pueden clasificarse en tres grandes grupos:

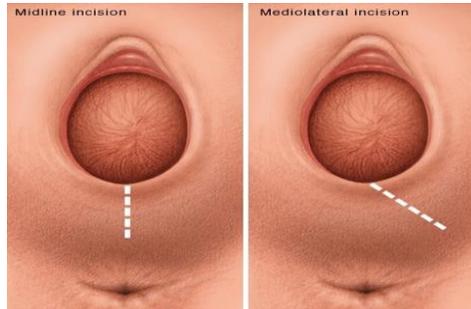
- Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo, en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps o espátulas Thierry.
- Factores fetales: por ejemplo, para evitar la hipoxia del feto haciendo que la expulsión sea más rápida.
- Factores maternos: Desgarro vulvovaginoperineal inminente, madre con hipertensión endocraneana, hipertensión ocular, cardiopatías, entre otras. (Berzaín & Camacho, 2017)

6. Tipo de episiotomía e indicación

Antes de la episiotomía se debe asegurar algún tipo de analgesia, ya sea la analgesia epidural previa para el trabajo de parto, un bloqueo bilateral del nervio pudendo o la infiltración de xilocaina al 1%. Cuando se lleva a cabo demasiado pronto, muchas veces se produce una hemorragia considerable durante el intervalo entre la incisión y el parto. Si se efectúa demasiado tarde no se impiden las laceraciones. La episiotomía se debe realizar cuando la cabeza es visible durante una contracción hasta un diámetro aproximado de 4 cm esto es durante el coronamiento. Cuando se combina con un fórceps, la mayoría practica la incisión después de aplicar las ramas (Cunnighman et al., 2015, pág. 550)

Figura 2

Tipo de Incisión



Nota: La presente figura, se presenta el tipo de incisión que se puede utilizar en la episiotomía. Obtenido de: Mayo Foundation For Medical Education and Reserach (2020).

a. Existen dos tipos de incisiones en la episiotomía:

- Incisión de línea media (mediana). Una incisión de línea media se hace verticalmente. La incisión en la línea media es más fácil de reparar, pero tiene un mayor riesgo de extenderse hacia el área anal. Inicia en la horquilla vulvar posterior y corta el rafemedio en dirección medial, extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo.
- Incisión mediolateral. La incisión mediolateral se realiza en un ángulo de 45°. La incisión mediolateral ofrece la mejor protección contra un desgarro prolongado que afecte el área anal, pero a menudo es más dolorosa y más difícil de reparar. Se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (derecha) en ángulo de 45° en relación con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano. (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2020)

7. Clasificación de la episiotomía

Se describen otros tipos de episiotomía aparte de las ya mencionadas que han sido relatados en la literatura médica:



- a. Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal.
- b. Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.
- c. Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas.
- d. Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.
- e. Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.
- f. Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.
- g. Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital.

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan. Al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboesponjoso y el perineal transversal. Además, existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la grave dispareunia que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía. (Berzaín & Camacho, 2017)

8. Técnica

Para la episiotomía media, los dedos se introducen entre la cabeza coronada y el perineo. La tijera se coloca a las 6:00 del reloj en el introito vaginal y se dirige hacia atrás. La longitud de la incisión varía 2 a 3 cm, según sean la longitud del perineo y el grado de adelgazamiento del tejido. La incisión depende de las necesidades de cada parto, pero debe terminar antes de llegar al esfínter anal externo. En la episiotomía mediolateral, la tijera se dirige hacia las 7:00 o 5:00 del reloj y la incisión

se extiende unos 3 o 4 cm hacia la tuberosidad isquiática ipsolateral. En el cuadro se resumen las diferencias entre ambos tipos de episiotomías. Con excepción de los problemas que representa la extensión a lesiones de tercer o cuarto grado, la episiotomía, media es mejor. Anthony et al (1994) presentaron la información de la Dutch National Obstetric Database de más de 43000 partos y encontraron una reducción cuatro veces menor de laceraciones perineales graves después de una episiotomía media lateral frente al índice después de una incisión en la línea media. La selección adecuada de los casos reduce esta única desventaja. Por ejemplo, si se necesita una episiotomía durante un parto vaginal quirúrgico, en varios estudios se ha publicado que la episiotomía media latera ofrece mayor protección contra una laceración perineal de alto grado. (Cunnighman et al., 2015, pág. 550)

Cuadro 1

Comparativo de episiotomía media - mediolateral

Episiotomía media respecto de la mediolateral		
	Tipo de episiotomía	
CARACTERÍSTICA	MEDIA	MEDIOLATERAL
Reparación quirúrgica	Sencilla	Más difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Más frecuente
Dolor posoperatorio	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelentes	En ocasiones defectuosa
Hemorragia	Menor	Mayor
Dispareunia	Rara	Poco frecuente
Extensión	Frecuente	Poco frecuente

Nota. En este cuadro se describe las características que se pueden obtener al realizar una episiotomía media o mediolateral. Elaboración Propia (2021). Fuente: (Cunnighman y otros, 2015, pág. 551)

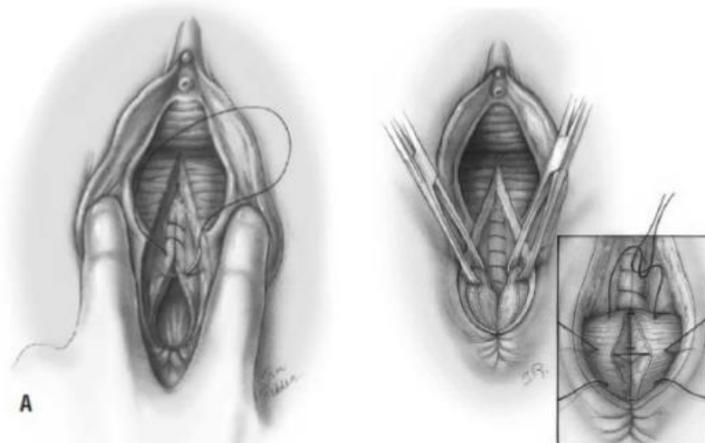
9. Reparación de la episiotomía o laceración perineal

Por lo general, la reparación de la episiotomía se difiere hasta después de la expulsión de la placenta. Esta conducta posibilita concentrarse de manera exclusiva en los signos de separación y alumbramiento placentario. Otra ventaja es que la

reparación de la episiotomía no se interrumpe ni altera por la necesidad evidente de recibir la placenta, en especial cuando la extracción manual alteraría una episiotomía recién reparada. La mayor desventaja es la hemorragia continua hasta concluir la reparación. No obstante, la aplicación de presión directa con una gasa limita el sangrado. Para una reparación adecuada es necesario conocer el soporte y la anatomía del perineo. También es fundamental contar con una analgesia adecuada y una mujer sin anestesia regional sufre dolor intenso durante la sutura del perineo. De nueva cuenta, se puede utilizar lidocaína local sola o combinada con un bloqueo bilateral de los nervios pudendos. En las pacientes con analgesia epidural muchas veces es necesario administrar dosis adicionales. Existen varios métodos para reparar la episiotomía, pero son fundamentales la hemostasia y el restablecimiento anatómico sin suturas excesivas. En la siguiente figura se muestra una técnica que se utiliza con frecuencia para reparar la episiotomía de la línea media. (Cunnighman et al., 2015)

Figura 3

Reparación de Episiotomía



Nota: La presente figura, presenta la sutura para la reparación de la episiotomía. (Cunnighman y otros, 2015, pág. 551)

10. Sutura de la episiotomía

No es conveniente suturar hasta producirse el alumbramiento, así el sangrado no nos dificulta la visión y por si es necesario hacer una revisión de cavidad. Cambio de guantes tras el alumbramiento. Si se observan vasos pulsátiles, clampear con



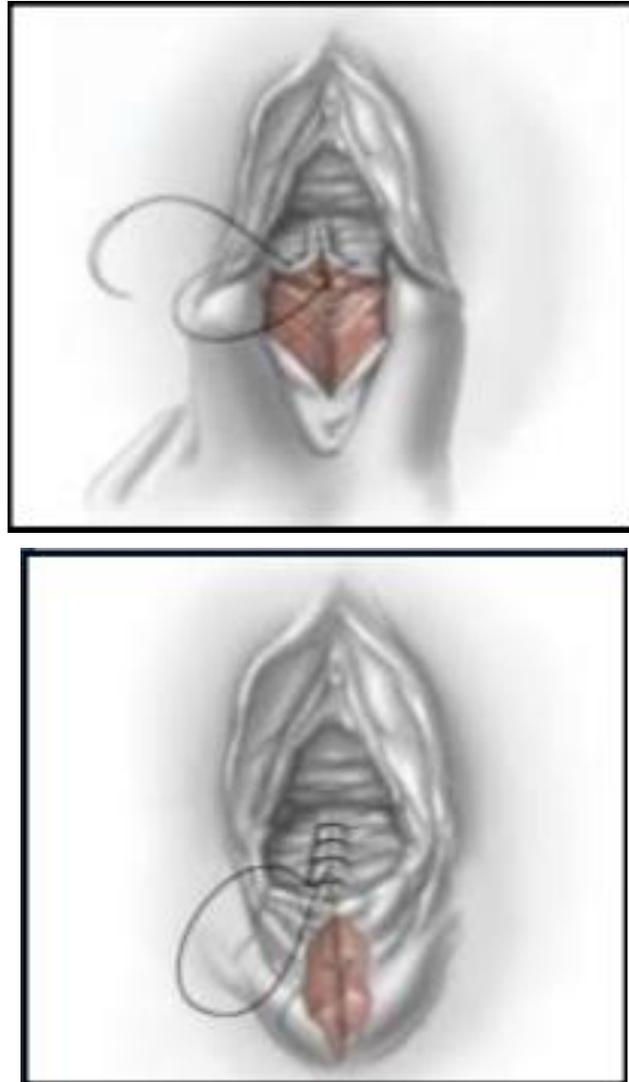
una pinza mientras se prepara la sutura (ligadura o punto en cruz). Antes de comenzar, revisar el cuello uterino y canal blando del parto. Es necesario comprobar que la analgesia sea eficaz. Buena luz. Vamos a necesitar una porta y una pinza. Importante la cobertura del ano con una compresa o gasa estéril cuando se sutura, para evitar la infección de la herida, por el roce de los hilos con el mismo o los alrededores. Se puede introducir en vagina, cuando hay sangrado y para mantener buena visibilidad, una compresa estéril (referenciada para evitar olvidos). La sutura debe ser cuidadosa pero rápida, para evitar la pérdida innecesaria de sangre. La reparación debe efectuarse con material sintético reabsorbible, nº 0 en vagina y músculo profundo del periné, 2/0 en músculo superficial y nº 2/0 - 3/0 en piel. Se comienza por la vagina (desde el ángulo interno con sutura continua), sutura profunda del periné, músculo superficial y sutura cutánea (de abajo a arriba, finalizando en horquilla vulvar). (Vásquez, Palomo & Romeu, 2016)

a. Procedimiento

- Se inicia 1 cm por detrás del vértice vaginal, el cual es el punto de anclaje.
- Continuar con sutura continua y cruzada hasta inmediatamente por detrás de las carúnculas himeneales.
- Teniendo en cuenta incluir en las puntadas iniciales a la submucosa y la porción comprometida del músculo transverso profundo.
- Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de ellas de atrás hacia delante, fijándola con una puntada de mucosa a mucosa por delante de ellas.
- Desde este punto hasta la horquilla vulvar posterior se lleva con sutura continua sin cruzar y se anuda. (Moreira, 2013)

Figura 4

Suturas realizadas en la episiotomía

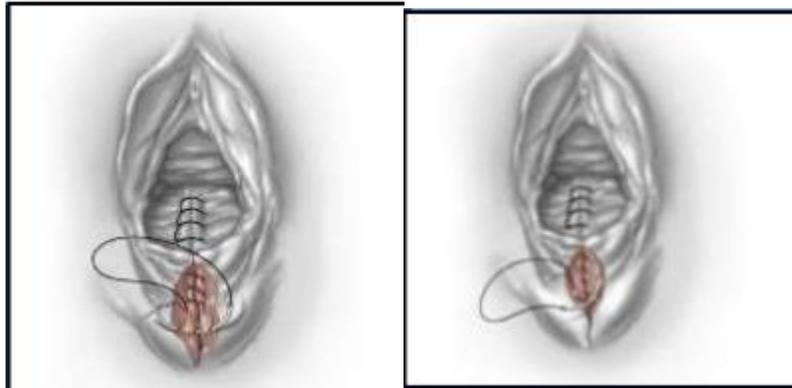


Nota: En las figuras se pueden observar cómo se realiza la sutura iniciándose 1 cm. por detrás del vértice vaginal y por detrás de las carúnculas himeneales, hasta donde se lleva la sutura a la horquilla vulvar posterior con una sutura continúa sin cruzar y se anuda. Figura obtenida de Moreira (2013).

- Se repara entonces la cuña perineal, iniciando en el tendón conjunto en el punto de conjunción del músculo bulbocavernoso. Parte profunda.
- Con sutura continua sin cruzar se baja hasta el vértice perineal inferior.
- Sin interrumpir se pasa a piel y en forma ascendente se afronta piel y celular subcutáneo finalizando al nivel de la fosa navicular donde se anuda para finalizar.
- Se sutura la piel con puntos simples y separados. (Moreira, 2013)

Figura 5

Suturas realizadas en la episiotomía



Nota: en las imágenes se puede observar cómo se repara la cuña perineal en el tendón conjunto en el punto de conjunción del músculo bulbocavernoso con sutura continua, y en la piel se sutura con puntos simples y separados. Imagen obtenida de (Moreira, 2013)

C. Complicaciones

1. Complicaciones más frecuentes de la episiotomía

Hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección, dehiscencia. A la exploración física también se debe de enfocar a la detección de fiebre, dolor, sangrado patológico, edema en sitio de episiotomía.

El diagnóstico debe de sustentarse en la historia clínica obstétrica de calidad que compile todos los antecedentes o factores de riesgo de complicación, evolución del embarazo, aunado a interrogatorio enfocado a síntomas como dolor, sangrado patológico y signos de exploración clínica del canal de parto, detección de fiebre,



sagrado patológico y edema en sitio de infección. (Lineamiento Técnico Médico, 2014)

“El uso de antibióticos en intervenciones obstétricas con fines de prevención de infección está recomendado en pacientes con factores de riesgo”. (ACOG, 2018)

2. Factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía

- Episiotomía rutinaria
- Nuliparidad
- Inducción de trabajo de parto
- Trauma perineal
 - Periodo expulsivo
 - Distocia de hombros
 - Parto instrumentado (Fórceps)
 - Feto mayor de 4000 gramos
 - Variedad de posición Occipitoposterior persistente
- Episiotomía media
- Infecciones genitales previas
- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
- Desgarros cervicales, de vagina y perineales. (GPC, 2018)

El uso restrictivo o selectivo de la episiotomía es recomendable para disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un lapso de 7 días. La episiotomía media lateral se asocia a menos lesiones del esfínter anal y rectal. Cuando la episiotomía está indicada, la técnica medio lateral es recomendable, ya que se encuentra menos relacionada a desgarros del esfínter anal y rectal sugiriendo que el corte de la episiotomía sea un ángulo de 45 a 60 respecto a línea media para evitar lesión del esfínter. La episiotomía medio lateral presenta mayor riesgo de sangrado, dificultad en la reparación y molestia en postparto. Considerando que la episiotomía medio lateral se asocia a mayor sangrado y dificultad en su reparación se debe verificar la hemostasia y la reparación correcta



en estas pacientes con fines de identificar si existen no hematoma o sangrado activo. La higiene de rutina en la atención de trabajo de parto, incluye higiene de manos y guantes desechables, limpieza de la región perineal con agua y jabón quirúrgico. Se debe recomendar a la mujer en el puerperio el aseo de la vulva de la porción anterior hacia la posterior (de vulva hacia el ano). (Althabe, 2016)

En un estudio clínico el uso de antibióticos profilácticos en desgarros de tercer y cuarto grado en el postparto mostro una menor tasa de complicaciones de la herida perineal en el grupo con antibiótico profiláctico respecto al grupo placebo. (Duggai, 2018)

La aplicación de antibióticos con fines profilácticos en pacientes con factores de riesgo de infección debe ser administrada dentro de los 60 minutos antes de la atención obstetricia.

Se debe de evitar múltiples tactos (más de 5), partos distócicos, traumatismos perineales.

“El uso de laxantes suaves se ha recomendado con fines de prevenir la dehiscencia de episiotomía”. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2019)

La episiotomía debe practicarse solo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada. Su indicación debe ser por escrito e informado a la mujer.

a. Complicaciones frecuentes e inmediatas de una episiotomía

- Desgarros.
- Hematoma.
- Edema.
- Infección.
- Dehiscencia.

b. Complicaciones tardías

- Dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia).
- Procesos adherenciales vaginales o bridas.
- Endometriosis sobres cicatriz de episiotomía.
- Quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor.
- Fistulas rectos vaginales.



c. Diversas complicaciones de la práctica de la episiotomía

- Infección.
- Separación de la episiotomía.
- Edemas, hematomas.
- Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) transitoria o permanente.
- Cicatrización dolorosa y molesta.
- Reacción alérgica al hilo empleado para la sutura.
- Abscesos subyacentes.
- Inflamación de las glándulas de Bartholino.
- Retracción muscular o nerviosa.
- Incontinencia urinaria parcial o total.
- Incontinencia fecal parcial o total, transitoria o permanente.
- Nódulos, granulomas inflamatorios, fístulas ano-vaginales, agravación de hemorroides.
- Trombos perineo-vulvares, neurinomas.
- Endometriosis de la cicatriz.
- Pérdida de sangre, anemia.
- Lesiones en el feto, cortes, rasguños, fractura de mandíbula.
- Trauma psicológico. (Mathai, 2016)

En la atención obstétrica vaginal con episiotomía se debe de llevar a cabo asepsia, evitar múltiples tactos o partos distócicos, adecuada higiene postoperatoria, en el control prenatal tratar infecciones genitales o uso de antibióticos profilácticos ante ruptura prematura de membranas y sutura correcta. (NICE, 2017)

d. Complicaciones derivadas de errores cometidos durante la realización de las episiotomías

- Episiotomía corta.
- Realización precozmente antes de la coronación.
- Realización tardía.



“En casos de pérdidas que superan los 500 ml, en primer lugar, deben descartarse desgarros cervicales y/o vaginales y luego utilizar oxitócicos inyectables”. (Duggal, Mercado, Daniels & Bujor, 2018)

3. Infección

En los datos de sospecha de infección de episiotomía se puede ver la presencia de:

a. Fiebre

“El diagnóstico se debe sustentar en la historia clínica obstétrica y de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente”. (Norma Oficial Mexicana, 2013)

En presencia de dolor, fiebre o hemorragia en la paciente en puerperio, realizar exploración física dirigida con sospecha de infección localizada en la episiotomía. Se ha descrito casos excepcionales de celulitis perineal, cuyo punto de partida era la episiotomía es una infección típicamente polimicrobiana que normalmente afecta a pacientes con factores de riesgo que predisponen a la inoculación y extensión de estos microorganismos. Posterior al término del periodo expulsivo todas las pacientes deben ser sometidas a exploración minuciosa con la intención de corroborar integridad del piso pélvico o lesiones del mismo.

En partos traumáticos se debe de realizar en forma sistematizada la exploración del canal de parto incluyendo examen rectal. Las infecciones de episiotomía se presentan entre el 0.5 al 3% de los casos. Los factores que la favorecen son la falta de asepsia, la existencia de un hematoma, sutura incorrecta, múltiples tactos o partos distócicos, higiene postoperatoria insuficiente, infecciones genitales previas, o ruptura prematura de membranas sin protección antibiótica. (Lineamiento Técnico sobre Prevención, 2019)

4. Desgarro

El diagnóstico de los desgarros se hace por inspección directa del canal de parto. La episiotomía media se asocia a mayor tasa de desgarros rectales. Debe pensarse en la posibilidad de desgarro cuando se haya presentado un parto difícil, aplicación de fórceps, o ante la realización de una episiotomía media bien cuando después del



parto se observe perdida continua de sangre fresca y rutilante, aunque sea en cantidad escasa. Con fines de estandarizar el diagnóstico y tratamiento de los desgarros perineales se considera utilizar la clasificación de Sultán, el cual integra cuatro grados de desgarro. (Lineamiento Técnico sobre Prevención, 2018)

Cuadro 2

Clasificación de Desgarros Perineales por Sultan

Grado I:	Solo daño en piel
Grado II:	Daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal
Grado III:	Daño a músculos perineales, involucrando al esfínter anal. 3 a. lesión con afectación < 50 % del esfínter anal 3 b. lesión con afectación > 50 % del esfínter anal 3 c. Desgarro con afectación del esfínter anal interno
Grado IV:	Daño al perineo involucrado el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

Nota: en este cuadro se observa la clasificación de Sultan en donde describe cuatro grados de desgarrs perineales que pueden existir. Cuadro obtenido de Sultan (2019).

En pacientes con desgarrs perineales postparto el uso de antibiótico de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal. Cuando la lesión se puede identificar, se debe reparar con puntos separados o suturas interrumpidas. El desgarro de primer grado sin sangrado y bordes afrontados usualmente no necesita sutura, en cambio los de segundo y cuarto grado, es necesaria su reparación quirúrgica. Se sugiere la técnica de sutura continua en los desgarrs de segundo grado, comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal, ya que estas últimas se asocian con más dolor hasta 10 días postparto.

En desgarrs con lesión del esfínter anal externo, existen dos técnicas quirúrgicas en su reparación:

- Término- terminal (aproximación)
- Reparación con superposición.



La técnica de reparación con superposición en los desgarros del esfínter anal está recomendada con fines de reducir a largo plazo incontinencia anal y urgencia fecal. Los desgarros de cuarto grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal. Estando recomendando el uso de metronidazol. En la sutura del musculo con daño se puede utilizar polidioxanone o sutura de poliglactina y el adecuado de 3 ceros o 2 ceros. El uso de laxantes postoperatorio, son recomendables con fines de reducir la presencia de dehiscencia de herida. (Buppasiri, 2018)

a. Reparación de una rasgadura de cuarto grado

Existen dos métodos para reparar una laceración que abarca el esfínter anal y la mucosa rectal. El primero es la técnica termino-terminal, la preferida de los autores, y la segunda es la técnica superpuesta. La técnica termino-terminal. En todas las técnicas que se han descrito, es fundamental aproximar los bordes lacerados de la mucosa rectal con puntos colocados en la capa muscular del recto a una distancia de 0.5 cm. Una buena opción es el cargut crómico 2- 0 o 3-0. A continuación se cubre la capa muscular y se aproxima el esfínter anal interno. Por último, se aíslan los extremos seccionados del esfínter anal externo, se aproximan y se suturan en forma término- terminal con tres o cuatro puntos separados. El resto de la reparación es igual respecto de la episiotomía media. La técnica superpuesta es otra opción para aproximar el esfínter anal externo. La información proveniente de estudios clínicos comparativos y aleatorizados no sustenta la superioridad de este método en cuanto a resultados anatómicos o funcionales frente a los que se obtienen con el método término- terminal regular. (Sultan, Kettle, Thakar & Radley, 2018)

Los autores, como muchos otros, recomiendan administrar profilaxis periquirúrgica con antimicrobianos para reducir la morbilidad por infecciones vinculada con la reparación de las lesiones perineales de alto grado. Basta con una sola dosis de cefalosporina de segunda generación o clindamicina para las mujeres alérgicas a la penicilina. Si bien esta profilaxis tiene apoyo basado en evidencias, el American College of Obstetricians and Gynecologists concluyó que tal práctica no se ha estudiado de manera extensa. Durante el posoperatorio es importante prescribir algún ablandador de heces fecales durante una semana y evitar enemas y supositorios. Infortunadamente, no siempre es posible garantizar una función



normal, incluso después de una reparación quirúrgica correcta y completa. En algunas mujeres, la incontinencia fecal persiste por lesión nerviosa de los músculos del piso pélvico. (Cunnighman et al., 2015, pág. 553)

5. Hematoma

En el caso de hematomas simples, se pueden manejar en forma expectante y estrecha aunada a tratamiento antiinflamatorio. En un metaanálisis de ECA (Ensayos Clínicos Aleatorizados) sobre el beneficio del uso local de frío (hielo) en el trauma perineal postparto se observó mejoría del dolor en 24 a 72 horas postparto, no así para hematoma y edema. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2017)

La aplicación del frío local con hielo está indicada para el control del dolor en pacientes con trauma perineal postparto.

a. Diagnóstico de hematoma

Los pacientes con signos persistentes de pérdida de volumen, a pesar de la reposición con fluidos, o con hematomas en aumento requieren incisión del hematoma y evacuación del coágulo. El área comprometida debe ser irrigada y deben ligarse los vasos sanguíneos. Se sospechará hematoma puerperal ante la presencia de: Dolor, tumefacción vulvar o edema e induración, tenesmo. En casos graves se observan cambios en los signos vitales por pérdida de sangrado. (Pages & Martell, 2014)

6. Dehiscencia

“La dehiscencia se define como la apertura espontánea de una herida quirúrgica. Ante la referencia de apertura de la herida de episiotomía se debe sospechar dehiscencia de episiotomía”. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2017)

En los casos de abscesos o dehiscencia de la herida se deberá:



- Abrir la herida completamente, mediante el retiro de las suturas quirúrgicas.
- Descartar posible fascitis.
- Desbridamiento.
- Limpieza de la herida al menos 2 veces al día.
- Antibioticoterapia.
- Resutura cuando la herida ya esté libre de infección, celulitis y exudado y cubierta por tejido de granulación.

“Se debe realizar una inspección de la dehiscencia, en búsqueda de infección de comunicación vaginal a vejiga o recto. En los casos de absceso recidivantes realizar cultivos de herida”. (Parant, 2013)

7. Dolor

El bloqueo de los nervios pudendos ayuda a aliviar el dolor perineal posoperatorio. Asimismo, la aplicación local de hielo ayuda a reducir la inflamación y la molestia. La aplicación tópica de pomada de lidocaína al 5% no fue efectiva para aliviar el dolor de la episiotomía o la laceración perineal en un estudio clínico aleatorizado. Los analgésicos como la codeína ofrecieron buen alivio. A veces, el dolor es signo de un hematoma grande vulvar, paravaginal o en la fosa isquiorrectal o bien de celulitis perineal, por lo que estos sitios se deben examinar si hay dolor persistente o intenso. Además de dolor, la recuperación de la episiotomía se complica en ocasiones con retención urinaria. (Mathai, 2016)

“En las pacientes que han sufrido laceraciones de segundo grado o mayor, se recomienda evitar el coito hasta después de la primera consulta puerperal a las cuatro o seis semanas”. (Cunnighman et al., 2015, págs. 553-554)

D. Tratamiento

1. Analgésicos y antiinflamatorios

Si la zona de los puntos molesta, se puede tomar algún medicamento. Si existe inflamación, mejor un antiinflamatorio, pues será más eficaz. Los medicamentos que se pueden tomar en el posparto, y que son además compatibles con la lactancia materna son:



- a. Paracetamol: analgésico, pero no antiinflamatorio.
- b. Ibuprofeno: antiinflamatorio. Si existe alergia al Ibuprofeno, el Metamizol es una buena segunda opción.

Para evitar las molestias digestivas, los antiinflamatorios deben tomarse acompañados de comida.

2. Antisépticos

Si fuera preciso utilizar algún antiséptico para el cuidado de los puntos, es importante que, si se está con lactancia materna, no contengan yodo. La razón es que se excreta por la leche materna, y no son compatibles con la lactancia por contener excesivo yodo para el bebé.

3. Antihemorroidales

Las hemorroides son varices de las venas del recto. Son frecuentes en el embarazo porque el retorno venoso es más lento. En el posparto, la circulación se reestablece y se alivian los síntomas. La aplicación de hielo puede disminuir la inflamación. Si precisamos aplicar una pomada específica, utilizar preferentemente una que no lleve corticoides ni efedrina para no perjudicar la lactancia materna. Debemos evitar que dicha pomada entre en contacto con la herida del periné para no producir infecciones. (NATALBEN, 2019)

4. Tratamiento Antimicrobiano

Los microorganismos más frecuentes en el tracto genitourinario que causan morbilidad postparto como fiebre, endometritis, infección de la episiotomía con o sin desgarramiento vaginal es flora mixta aerobia y anaerobia con un predominio de microorganismos gram negativos como enterococos, estreptococos del grupo B, los estafilococos, los bacilos gramnegativos y los anaerobios, gardnerella vaginalis, staphylococcus aureus y bacterias anaerobias del cuello uterino. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2017)



a. Fármacos útiles en episiotomía infectada

- Eritromicina
- Cefalosporinas de segunda generación (cefuroxima)
- Cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidina).
- Clindamicina
- Metronidazol en casos de contaminación de materia fecal.

Las cefalosporinas de primera y tercera generación son de primera elección por su acción de amplio espectro y mínimo riesgo de reacción alérgica en procedimientos obstétricos. En caso de alergias a cefalosporinas utilizar la clindamicina o eritromicina. En pacientes con desgarros perineales postparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal. (SOGC Clinical Practice Guideline, 2017).



IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General

1. Identificar el tipo de complicaciones asociadas a la episiotomía en mujeres primíparas, atendidas en el Hospital Nacional de Totonicapán entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2019.

B. Objetivos específicos

1. Indicar las complicaciones más frecuentes asociadas a la realización de la episiotomía.
2. Reconocer los factores de riesgo asociados que puedan conllevar a complicaciones en la realización de la episiotomía.
3. Identificar el tipo de tratamiento que se brinda ante un cuadro de complicación de episiotomía en mujeres primíparas.



V. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR

A. Tipo de estudio

Descriptivo retrospectivo, para ello Sampieri (2015, pág.92) indica que:

La investigación tipo descriptivo, busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren.

B. Universo

696 pacientes embarazadas atendidas en el servicio de labor y partos Hospital Nacional de Totonicapán.

C. Población

Se tomó en cuenta el expediente clínico de 104 mujeres primíparas con complicaciones de episiotomía atendidas en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Totonicapán, en los meses de enero 2017 a diciembre del 2019.

D. Criterios de inclusión y exclusión

1. Inclusión:

En este estudio se tomaron en cuenta expedientes de pacientes con las siguientes características:

- a. Haber sido atendidas en el Hospital Departamental de Totonicapán.
- b. Atendidas durante el tiempo estipulado.
- c. Sometidas a procedimiento de episiotomía.
- d. Haber sido ingresadas por el servicio de labor y partos.
- e. Mujeres primíparas.

2. Exclusión:

- a. Expedientes médicos que no cumplan con las variables estudiadas.
- b. Pacientes sometidas a episiotomía que no son primíparas.
- c. Pacientes con comorbilidades.
- d. Atendidas en el tiempo no estipulado.

E. Variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha (Definición, 2019)	Cuantitativa	Se incluirán todas las edades de mujeres primíparas que se presenten.	Discreta	Boleta de recolección de datos.
Procedencia	Procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. (Definición, 2019)	Cualitativa	Se incluirán la procedencia de todas las mujeres que sean primíparas y presenten complicaciones.	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Escolaridad	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza. (The Free Dictionary, 2018)	Cualitativa	No estudio Primaria Básico Diversificado universitario	Nominal	Boleta de recolección de datos.

Variable	Definición	Tipo de variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Primípara	Primer parto vaginal (Ramírez, 2017)	Cuantitativa	Se incluirá en el estudio solamente a las pacientes con primer parto que hayan tenido este procedimiento.	Discreta	Boleta de recolección de datos.
Complicación Médica	En el campo de la medicina, problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. (Instituto Nacional de Cáncer, 2017)	Cualitativa	Hemorragia Desgarros Hematoma Edema Infección Dehiscencia Otros	Nominal	Boleta de recolección de datos.

Variable	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Antecedente Médico	Registro con información sobre la salud de una persona. (Instituto Nacional de Cáncer, 2017)	Cualitativa	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial ITS Otra	Nominal	Boleta recolección de datos.
Médico que atendió el parto	Persona que brinda atención de salud a otra persona. (Instituto Nacional de Cáncer, 2017)	Cualitativa	Médico especialista Médico General Médico Residente Interno Externo Enfermero	Nominal	Boleta recolección de datos.
Tipo de tratamiento	Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, (Definición, 2019)	Cualitativa	Se registrará el nombre del tratamiento que se brindó.	Nominal	Boleta recolección de datos.

Variable	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Factor de Riesgo	Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud. (Definición, 2019)	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Nuliparidad • Inducción de trabajo de parto • Trauma perineal: • Periodo expulsivo prolongado • Distocia de hombros • Parto instrumentando • Feto mayor a 4,000 gramos • Variedad de posición occipitoposterior persistente • Episiotomía media • Infecciones genitales previas • Trabajo de parto prolongado • Exploraciones vaginales múltiples. 	Nominal	Boleta recolección de datos.

Variable	Definición	Tipo de Variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Nivel socioeconómico.	Posición que ocupa una persona en la sociedad en relación a otros de acuerdo a sus ingresos, educación y empleo. (Actividades económicas, 2018)	Cualitativa	Clase alta Clase media Clase baja	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Área	Área rural: al territorio con escasa cantidad de habitantes donde la principal actividad económica es la agropecuaria. Área Urbana: tiene un mayor número de habitantes y una economía orientada a la industria o a los servicios (Definición, 2019)	Cualitativa	Rural Urbana	Nominal	Boleta de recolección de datos.

Variable	Definición	Tipo de variable	Dimensión	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos
Cuidados post quirúrgicos.	Los cuidados postoperatorios tienen como objetivo principal identificar y tratar precozmente las posibles complicaciones derivadas de la cirugía y/o de la anestesia. (Elsevier, 2021)	Cualitativa	Ambulatorio Expectante Hospitalario	Nominal	Boleta de recolección de datos.

F. Proceso de Investigación

1. Se inició con la identificación del problema a través de la observación.
2. Posteriormente se sugirió el tema de la investigación, la cual, ya aprobado, se continuó con la realización de anteproyecto, el cual proporcionó una introducción a cerca de la investigación que se llevó a cabo y que dio una respuesta más detallada a la pregunta de investigación, así mismo, se realizó la delimitación de marco teórico y antecedentes de la investigación.
3. Posteriormente se procedió a su aprobación por la revisora encargada.
4. Seguidamente, se realizó el protocolo en el que se incluyó el marco teórico, cronograma de actividades y la presentación de la boleta de recolección de datos; investigación donde se describió el fenómeno que se deseó estudiar.
5. Aprobado el protocolo se procedió a la fase de Tesis, en este caso, el trabajo de campo sobre las complicaciones que se presentaron asociadas a la episiotomía en mujeres primíparas atendidas en el Hospital Nacional de Tonicapán, el cual se llevó a cabo a



través de métodos de apoyo como estadísticas, por medio del expediente de la paciente.

6. Finalmente, se aborda la presentación de los resultados finales.

G. Aspecto Ético

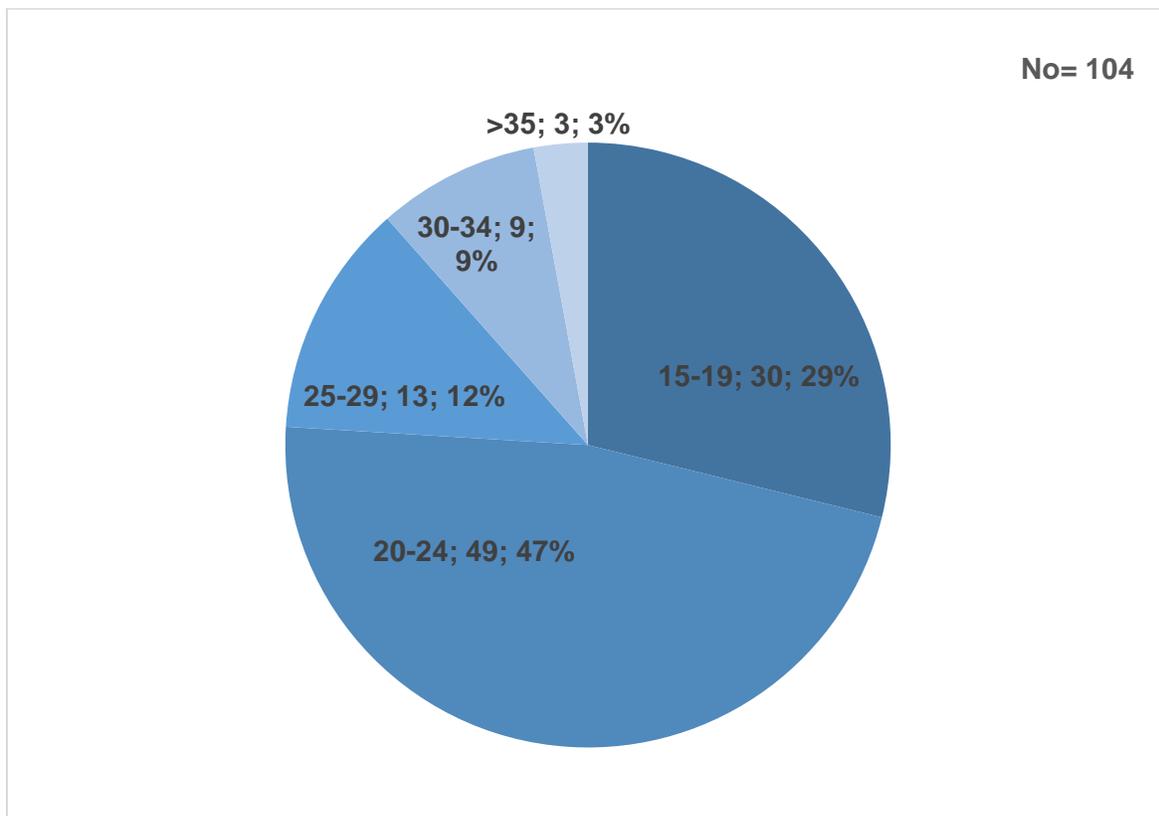
Cualquier dato que se recopiló para la investigación, fue bajo estrictas normas de confidencialidad, de esta forma se cuidó de manera ética la privacidad cada paciente.

VI. RESULTADOS

A. Datos generales

Gráfica A.1

Edad de las mujeres que presentaron complicaciones en el procedimiento de episiotomía, en el servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Tonicapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

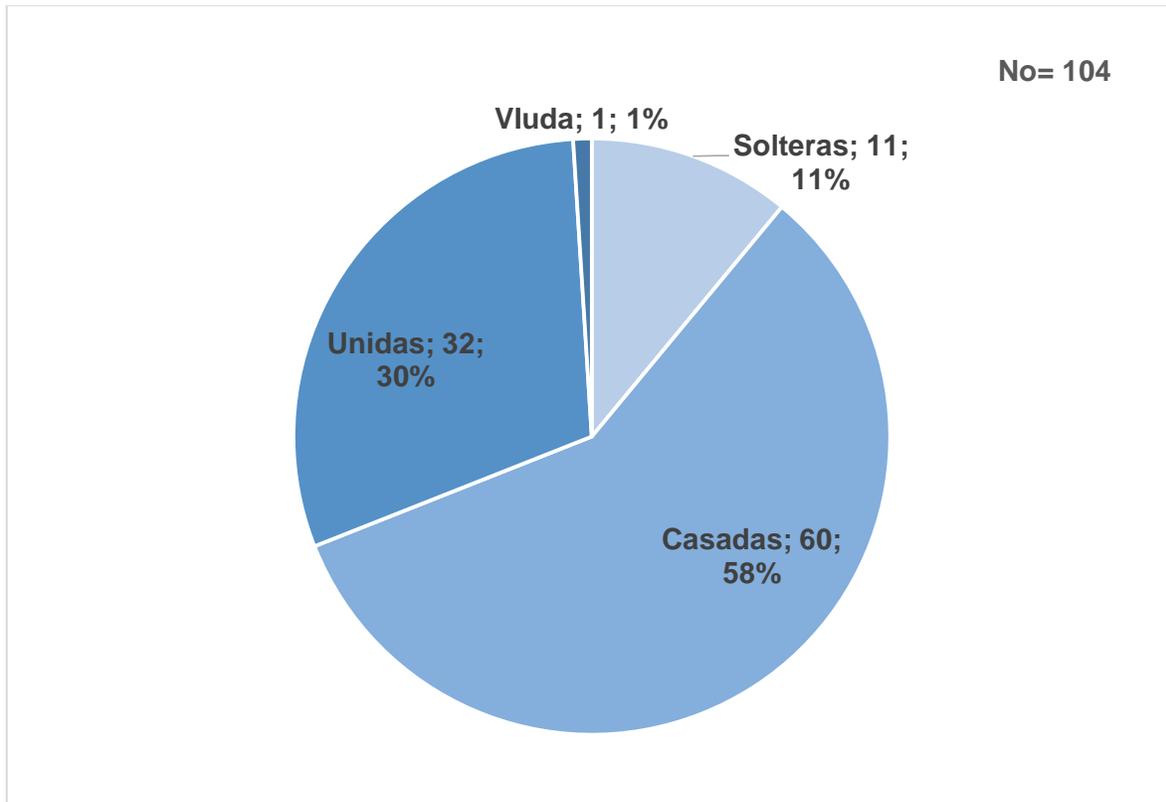


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la siguiente gráfica, se indica los rangos de edades de pacientes primíparas que se le realizó el procedimiento de episiotomía y presentaron complicaciones. La edad más frecuente fue de 20 a 24 años con 47%; y en menor porcentaje las pacientes mayores de 35 años con 3%.

Gráfica A.2

Estado civil de las mujeres primíparas que presentaron complicaciones de episiotomía en el servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Totoncapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

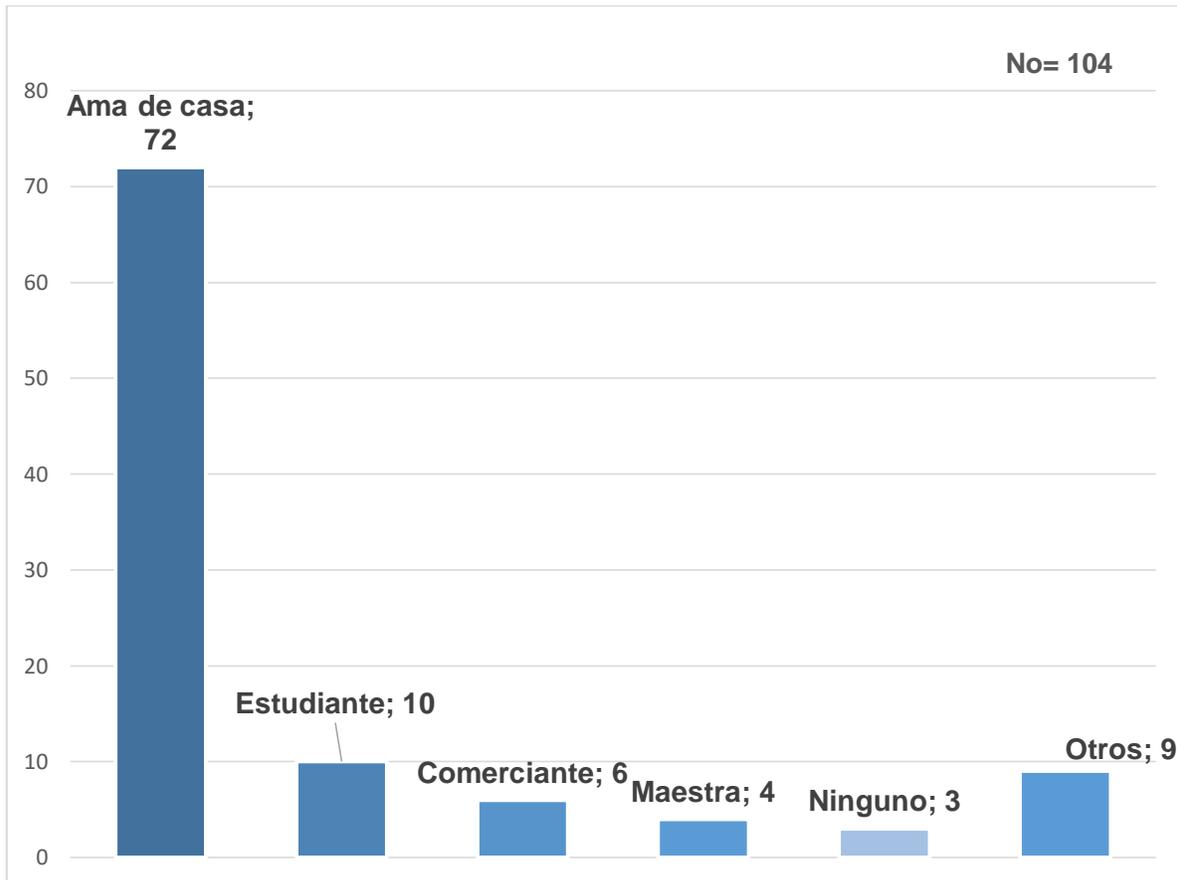


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la siguiente gráfica, se expone que la mayoría de pacientes fueron mujeres casadas en un 58%, seguidas de mujeres unidas en un 30%, solteras en 11% y viuda en 1%.

Gráfica A.3

Ocupación de las mujeres primíparas que presentaron complicaciones de episiotomía en el servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Totoncapán, en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

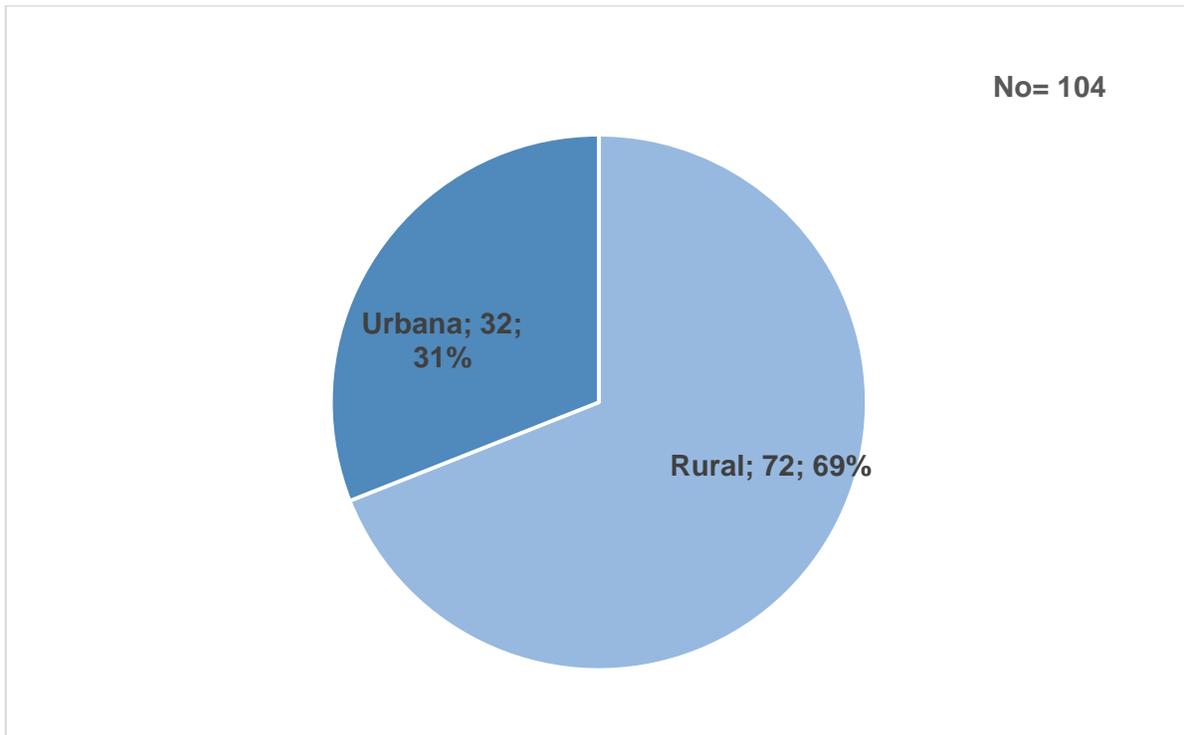


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se observa que la principal ocupación fue ama de casa con 72 pacientes, seguido de estudiantes que fueron 10 pacientes, 6 comerciantes, 4 maestras y 3 no indicaron ningún tipo de ocupación.

Gráfica A.4

Área a la que pertenecen las mujeres primíparas que presentaron complicaciones en el procedimiento de episiotomía del servicio de Labor y Partos del Hospital Nacional de Tonicapán, del periodo de enero 2017 a diciembre de 2019.

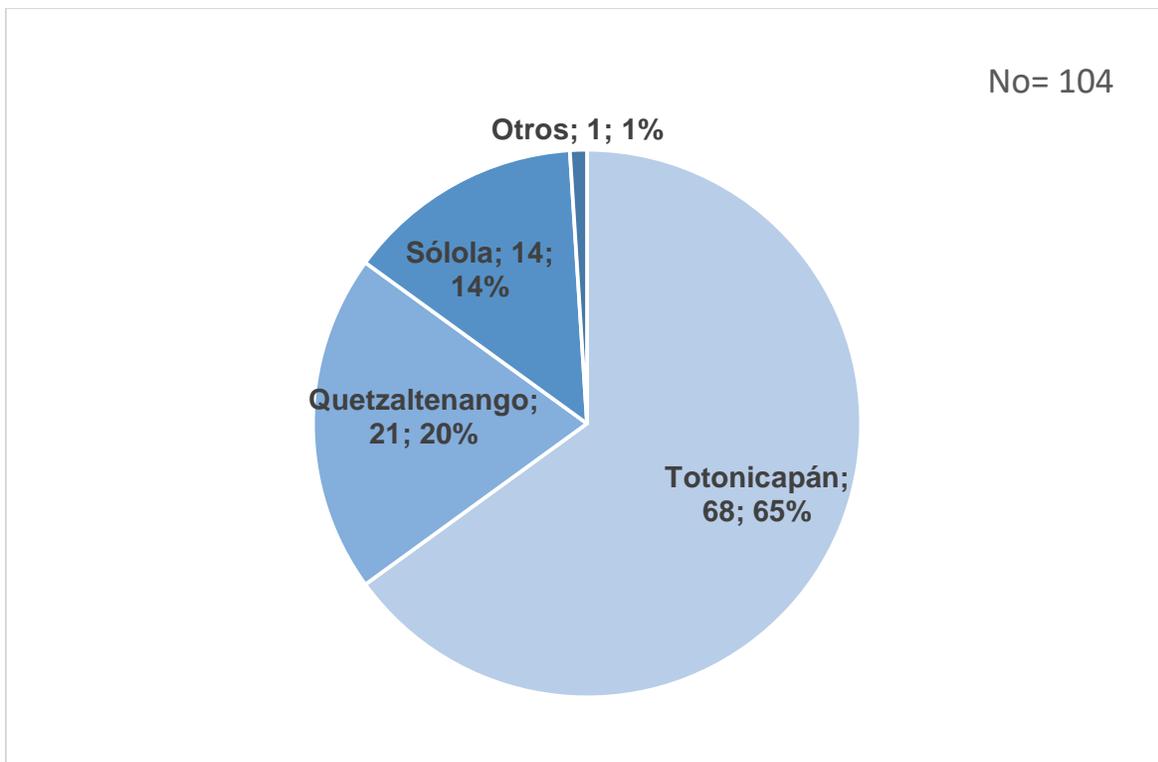


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se expone que la mayoría pertenecen al área rural con un 69%, seguido del área urbana en un 31%.

Gráfica A. 5

Lugar de procedencia de las mujeres primíparas que presentaron complicaciones de episiotomía del servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Totonicapán, en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

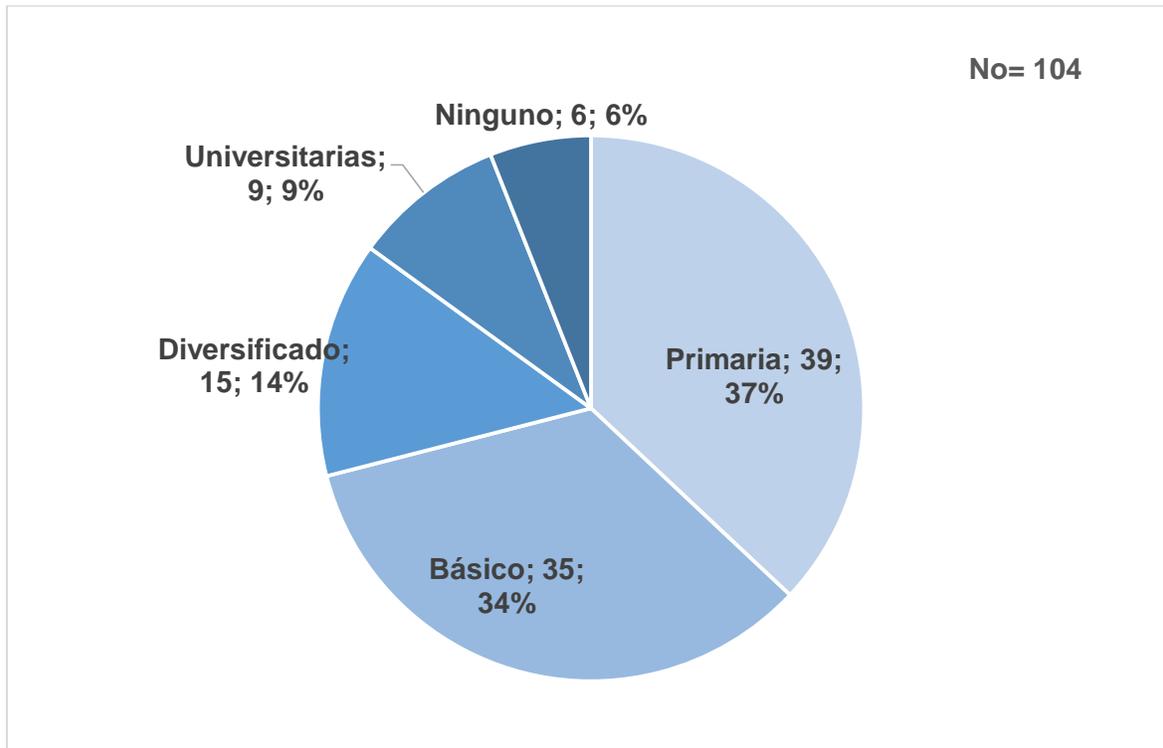


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se indica que la mayoría de pacientes son de Totonicapán con un total de 65%, seguido de Quetzaltenango 20%, Sololá 14% y otros en un 1%.

Gráfica A. 6

Escolaridad de mujeres primíparas que presentaron complicaciones de episiotomía en el servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Tonicapán, en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

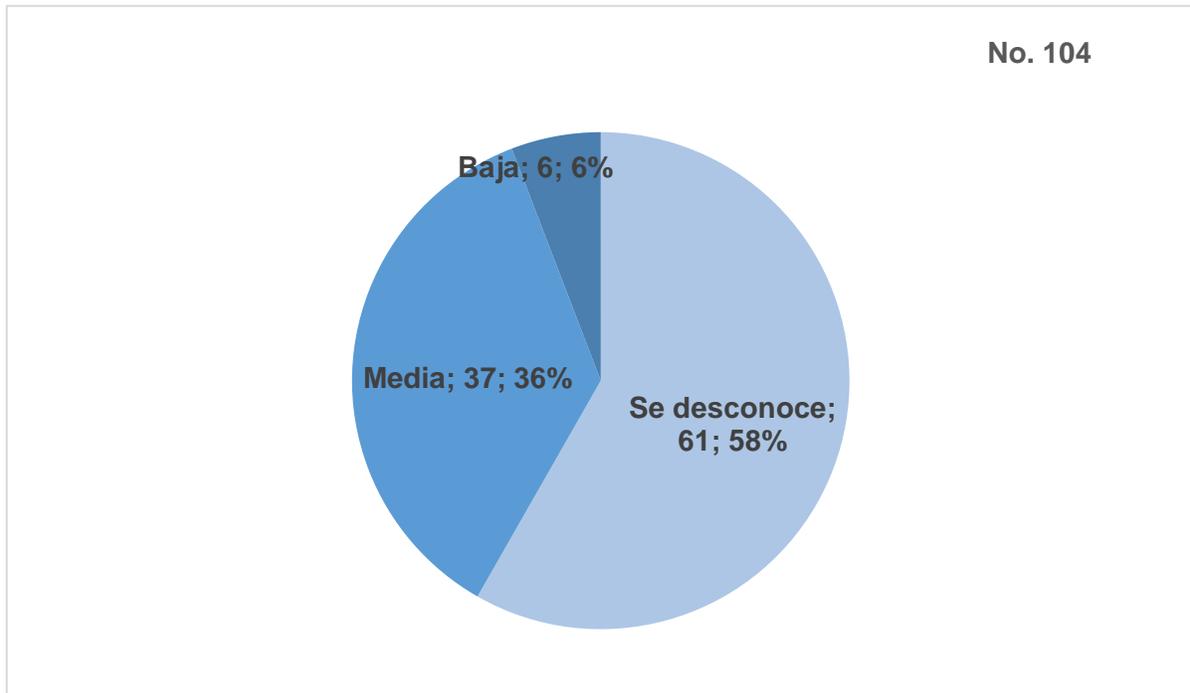


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la presente gráfica la mayoría de las pacientes cursaron nivel primario en un 37%, básico con 34%, diversificado 14%, universitarias 9%, y el 6% ninguno.

Gráfica A.7

Nivel Socioeconómico de las mujeres primíparas que presentaron complicaciones de episiotomía en el servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Tonicapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.



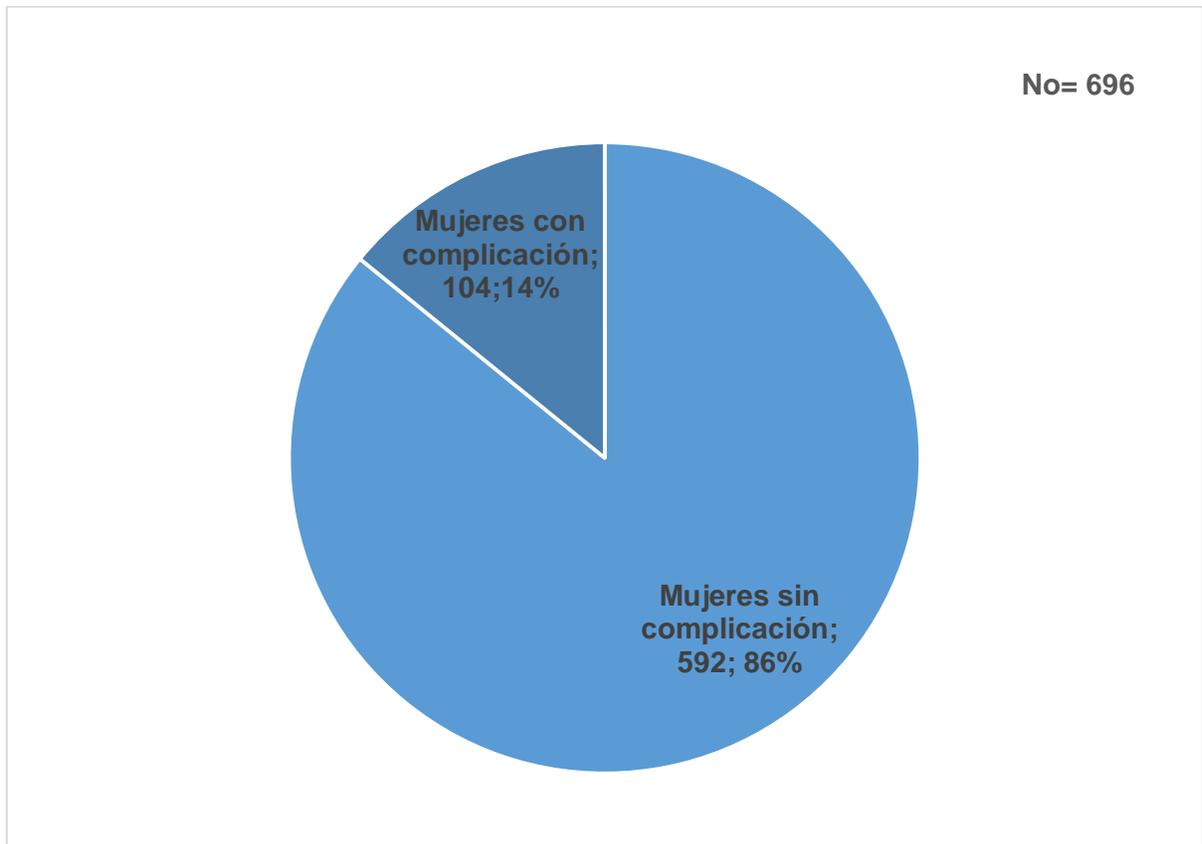
Fuente: boleta de recolección de datos.

La gráfica indica que el 58% de pacientes no indicaron el nivel socioeconómico al que pertenecen, por lo tanto, se desconoce; seguido del 36% que indican pertenecer al nivel medio y 6% del nivel bajo.

B. Datos Gineco - obstétricos

Gráfica B.1

Mujeres embarazadas atendidas en el servicio de labor y partos del hospital nacional de Totonicapán en los meses de enero de 2017 a diciembre de 2019.

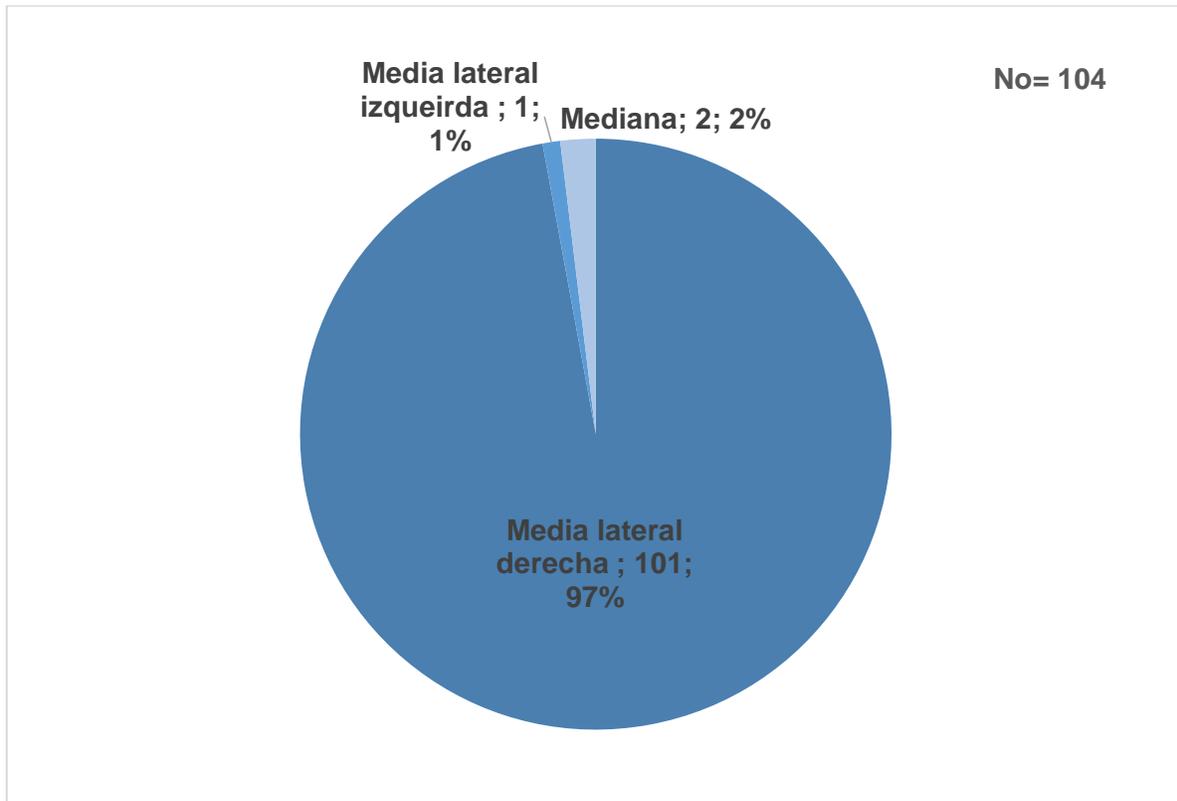


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la presente gráfica, indica que de 696 mujeres primíparas que se les realizó el procedimiento de episiotomía, 592 no presentaron complicaciones en el procedimiento, en contraparte, a una población de 104 que sí presentaron.

Gráfica B. 2

Tipo de episiotomía que se realizó a las mujeres primíparas que presentaron complicaciones en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Totonicapán en el periodo de enero 2017 a diciembre de 2019.

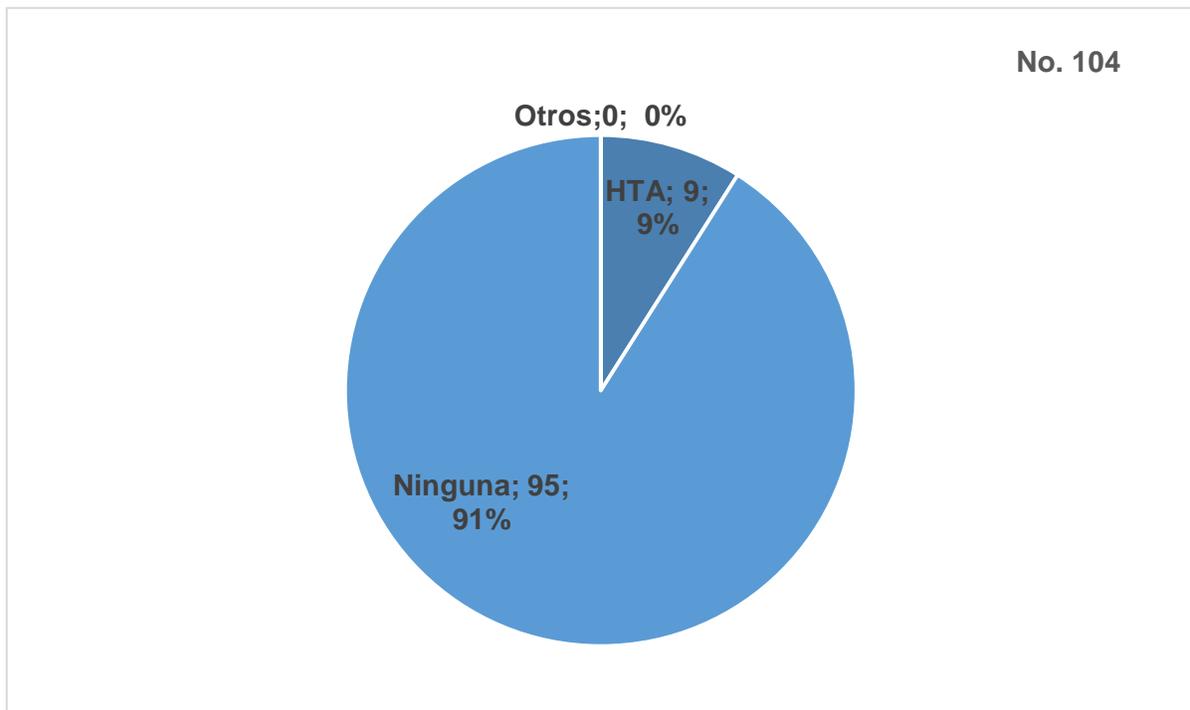


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la presente gráfica se observa que la episiotomía más utilizada fue la media lateral derecha con el 97% pacientes, seguida de la mediana la cual fue utilizada solamente en un 2% pacientes y la media lateral izquierda en 1% paciente.

Gráfica B.3

Antecedente médico en mujeres primíparas que presentaron complicaciones de episiotomía en el servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Tonicapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

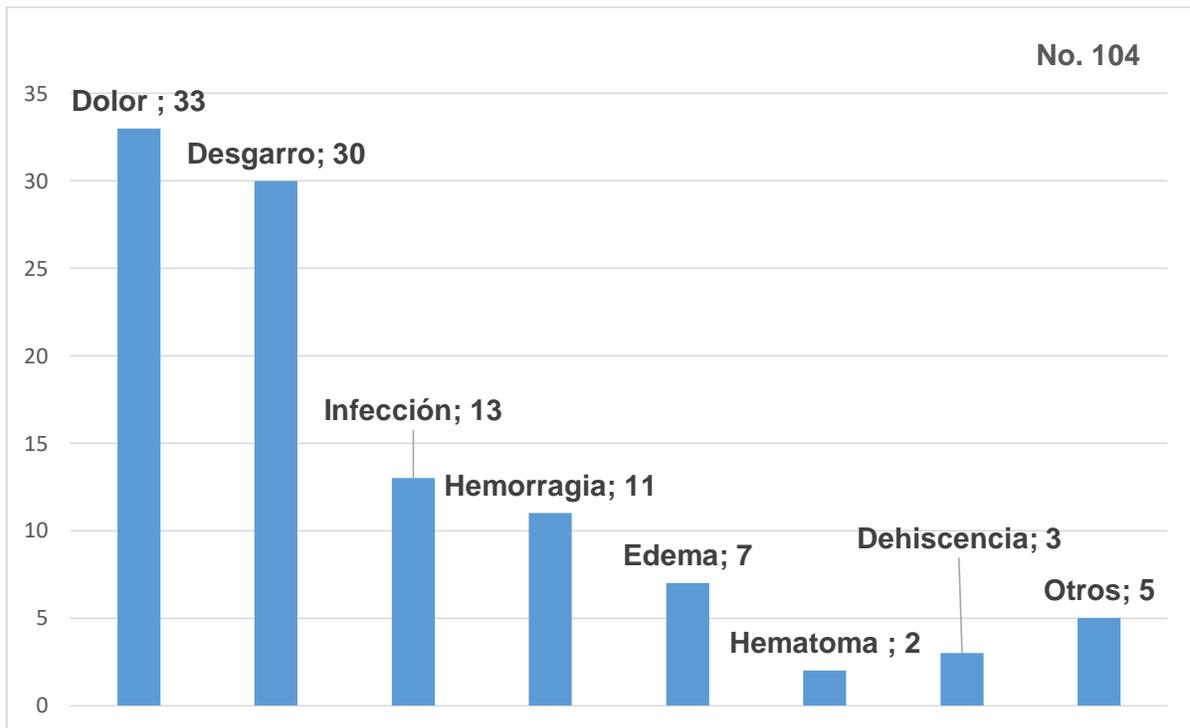


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se exponen los antecedentes médicos que se presentaron, donde un 91% no tuvo ningún tipo de antecedente médico de importancia y se documentó que el 9% de ellas presentaron hipertensión arterial.

Gráfica B. 4

Tipo de complicación que presentaron las mujeres primíparas que se le realizó procedimiento de episiotomía en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Totonicapán en el periodo de enero 2017 a diciembre de 2019.

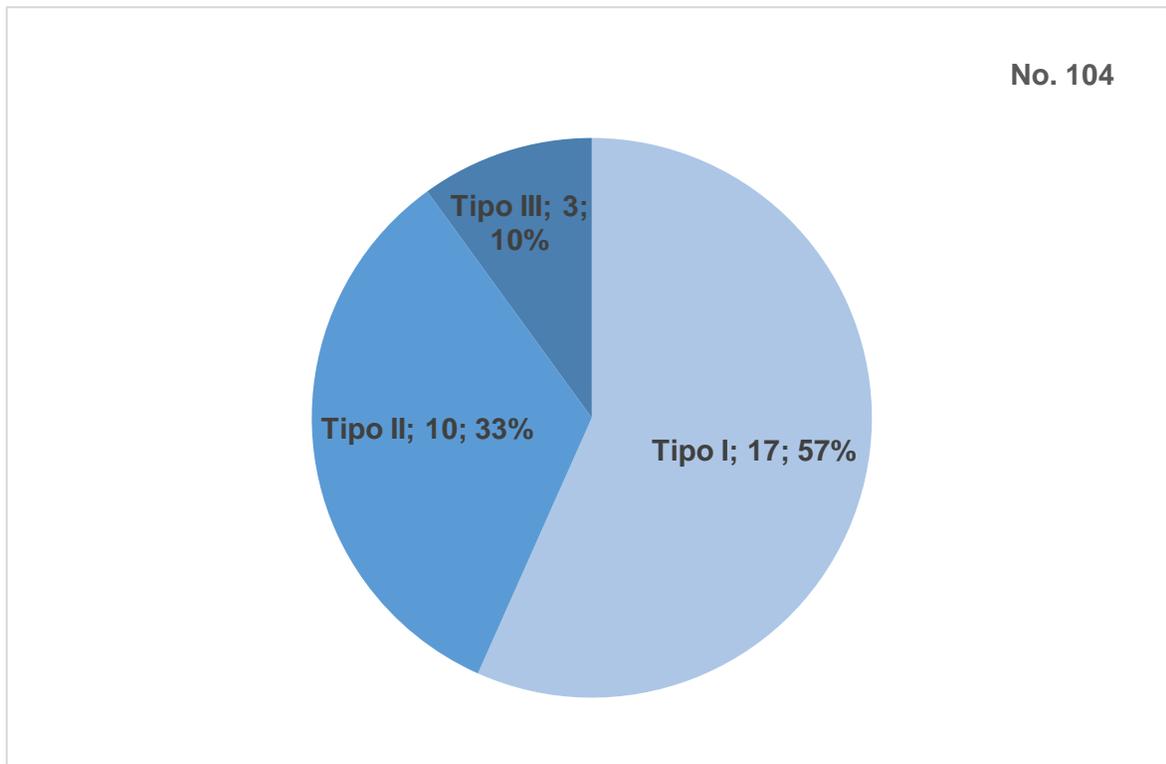


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se interpretan los tipos de complicaciones más frecuentes asociadas al procedimiento de episiotomía en mujeres primíparas; 33 pacientes presentaron dolor, seguido de desgarro en 30 pacientes, las cuales fueron las más relevantes.

Gráfica B. 5

Tipo de desgarro que presentaron las mujeres primíparas que se realizó procedimiento de episiotomía con complicación en el servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Totoncapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

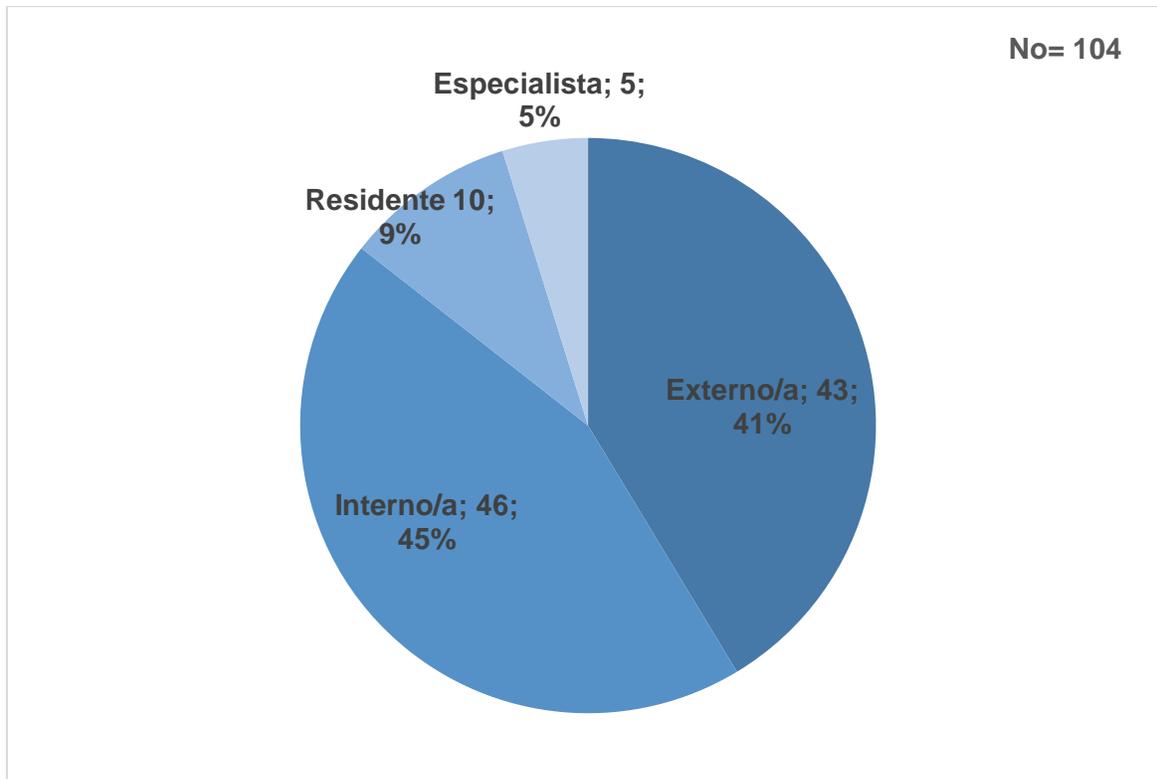


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se identifica el tipo de desgarro más frecuente, en un 57% fueron pacientes presentaron un desgarro tipo I; y el tipo de desgarro menos frecuente corresponde al tipo III con un 10% de pacientes.

Gráfica B. 6

Personal de salud que atendió el parto y realizaron el procedimiento de episiotomía y presentaron complicaciones en mujeres primíparas del servicio de labor y parto del Hospital Nacional de Tonicapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

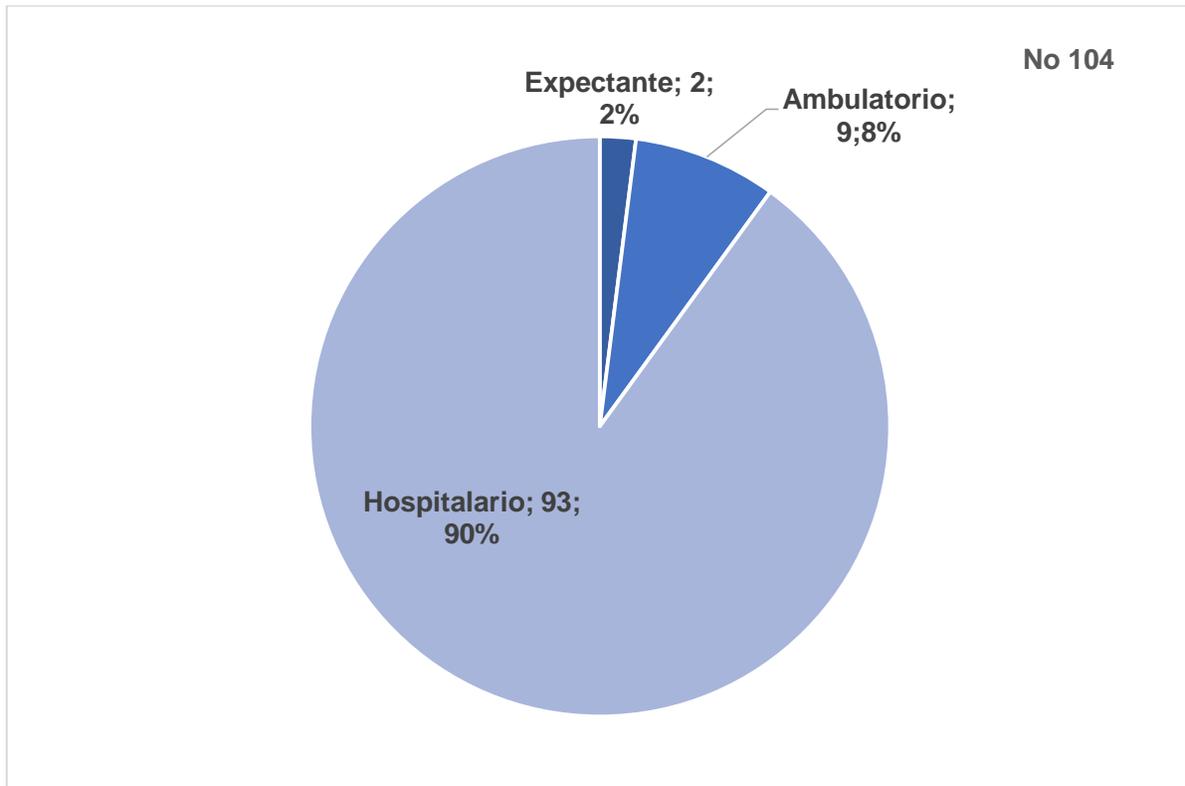


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se observa el personal médico que realizó el procedimiento de episiotomía el cual fue efectuado en su mayoría por estudiantes internos en un 46% y en menor escala, por médicos especialistas en un 5%.

Gráfica B. 7

Tipo de tratamiento que se les brindo a las mujeres primíparas que presentaron complicaciones en el procedimiento de episiotomía en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Tonicapán en el periodo de enero 2017 a diciembre de 2019.

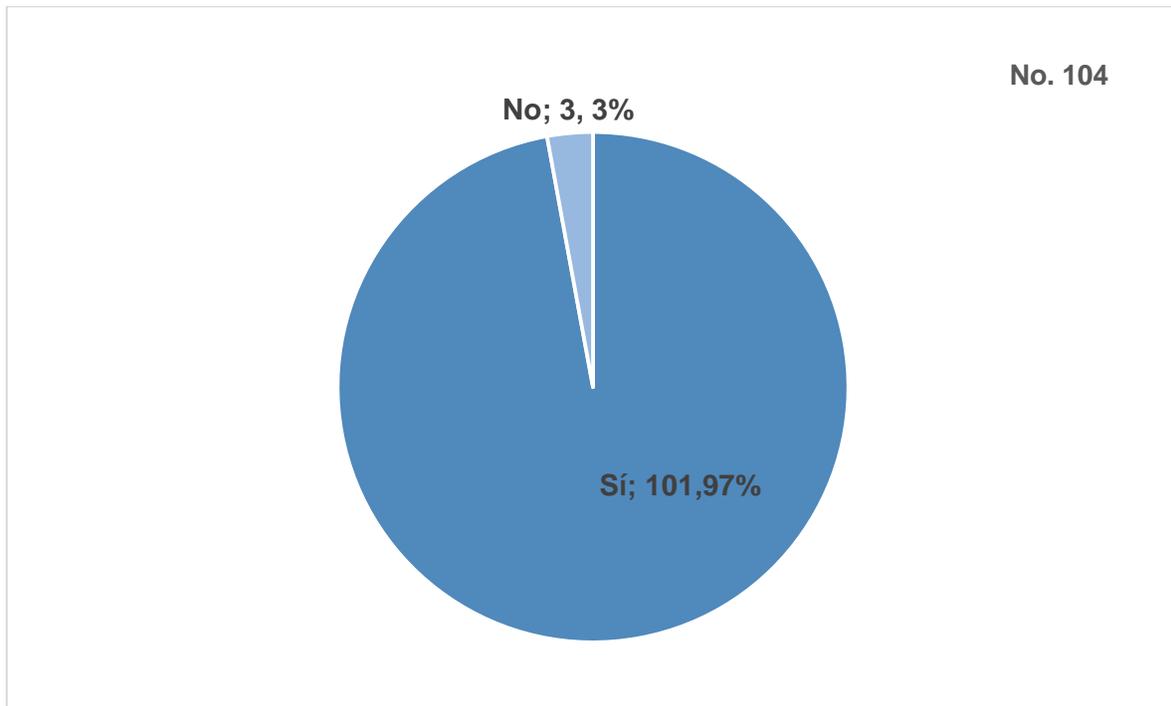


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se expone que en el 90% de pacientes requirieron tratamiento hospitalario y en menor porcentaje tratamiento expectante con un 2%.

Gráfica B. 8

Uso de tratamiento analgésico utilizado en las complicaciones de episiotomía en mujeres primíparas que se presentan en el servicio de labor y parto del hospital nacional de Totonicapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

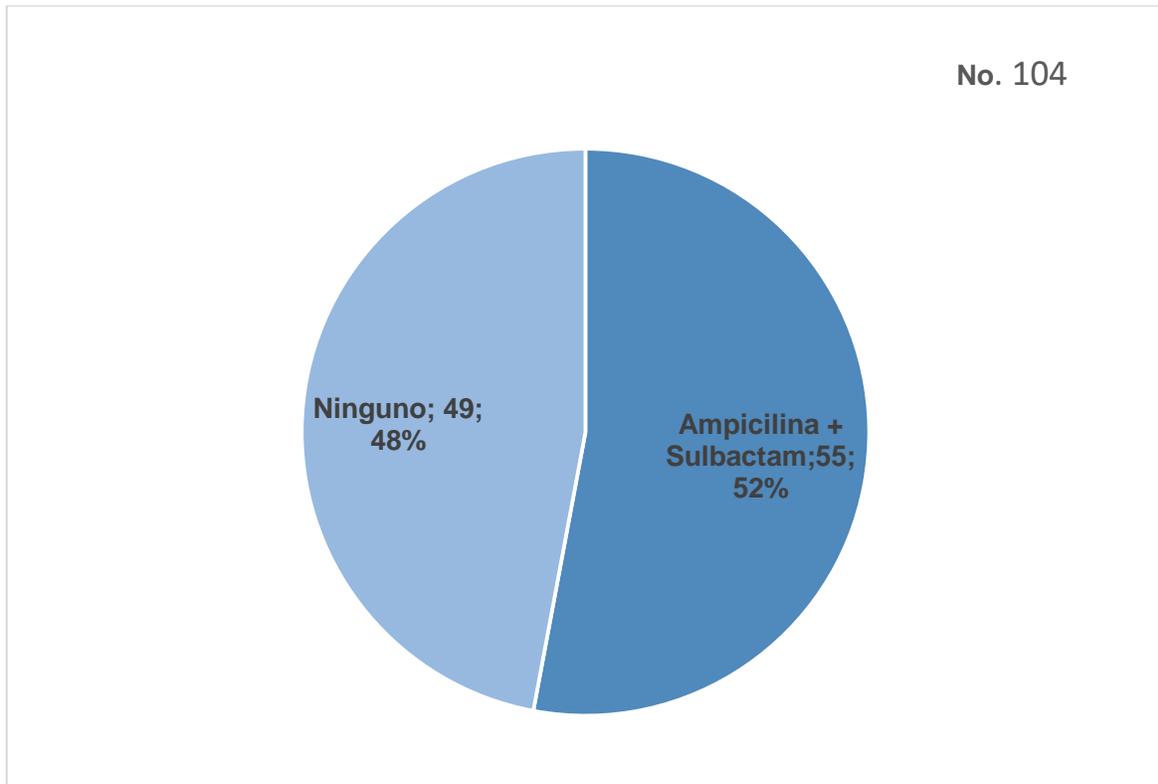


Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se identifica que 101 (97%) pacientes recibieron tratamiento analgésico y solo a 3 (3%) pacientes no se les brindó tratamiento.

Gráfica B.9

Uso de antibiótico utilizado en las complicaciones de episiotomía en mujeres primíparas que se presentan en el servicio de labor y parto del hospital nacional de Totonicapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.



Fuente: boleta de recolección de datos.

En la gráfica se indica que el 52% de las pacientes recibieron tratamiento antibiótico con ampicilina + sulbactam y 48% no recibieron tratamiento antibiótico.



Tabla B.1

Factor de riesgo asociado a complicaciones de episiotomía en mujeres primíparas que se presentaron en el servicio de labor y parto del hospital nacional de Tonicapán en los meses de enero 2017 a diciembre de 2019.

Factor de riesgo asociado	Frecuencia	Porcentaje
Nuliparidad	51	49
Manipulada por personal no capacitado	14	13
Periodo expulsivo prolongado	11	10
Inducción	7	7
Trauma	5	5
Trabajo de parto prolongado	2	2
Exploraciones vaginales múltiples	2	2
Infecciones	2	2
Distocia de hombros	1	1
Feto mayo a 4000 gramos	1	1
Variedad posición Occipitoposterior	1	1
Otros	7	7

Fuente: boleta de recolección de datos.

En la tabla B.1, se aprecia el factor de riesgo más frecuente fue la nuliparidad con 49%, seguido de manipulación por personal no capacitado con un 13%.



VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un estudio tipo descriptivo retrospectivo titulado: Complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas, atendidas en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Tonicapán, en el periodo de enero de 2017 a diciembre de 2019.

En esta investigación se obtuvo una población de 104 pacientes, en las que se identificaron datos como tipo de complicación, factores asociados y tratamiento brindado con relación a los datos obtenidos de expedientes médicos en las pacientes a las que se les practicó este procedimiento.

La presente investigación tuvo como propósito, estudiar y determinar el tipo de complicaciones que se presentan con más frecuencia en el procedimiento de episiotomía en mujeres primíparas, ya que, por ser un hospital de referencia de tercer nivel, recibe un número bastante alto de pacientes con factores de riesgo, tanto maternos como fetales que pueden derivar en complicaciones en el procedimiento de episiotomía.

Por lo anterior, la investigación encontró los siguientes hallazgos:

Según los datos registrados al comparar la edad de las pacientes como se muestra en la gráfica A.1, las mujeres que presentaron mayor complicación se encontraban en el rango de de 20 a 24 años de edad (48%). Dicho estudio se puede relacionar con Sánchez (2016) que demuestra que las complicaciones se presentaron en su mayoría en pacientes menores de 19 años sin partos previos, en un 95%. Por lo anterior, estos datos coinciden en que la mayoría se presenta en pacientes jóvenes, ya que el procedimiento comúnmente se realiza en mujeres primíparas, población en la que se enfocó la investigación, y la mayoría de pacientes mayores de edad por lo regular son multíparas, por lo que en rara ocasión se realiza este procedimiento.

Dentro del estudio destaca el estado civil de las pacientes como indica la gráfica A.2, que en un 58% son casadas. Este estudio puede relacionarse a una investigación realizada en Nicaragua por Flores (2019) donde demuestra que el mayor porcentaje se realizó en mujeres unidas en un 58.8%, en esta comparativa se puede demostrar que el estado civil



juega un papel importante, ya que el grupo de solteras son quienes en menor frecuencia se enfrentan a esta problemática.

En el estudio también se observa la gráfica A.3, que indica la ocupación de las pacientes, en donde se tiene mayor porcentaje ser ama de casa en un 71% y en menor porcentaje con el 3% de las pacientes, que indican no tener ocupación, dicho estudio puede relacionarse al de Sernaque y Tomario (2016), el cual refiere que en cuanto a la ocupación el de mayor porcentaje lo obtuvo ama de casa en un 70.4%. Lo anterior se puede relacionar que en ambos estudios la mayoría de pacientes que se les realiza este procedimiento son mujeres dedicadas al cuidado de los hijos y del hogar.

Asimismo, en la gráfica No A.4, se indica el tipo de población la que pertenecen las mujeres primíparas que presentaron complicación, con un 69% de ellas que pertenecen al área rural y el 31% del área urbana. Lo anterior se basa en que, en el Departamento de Tonicapán por ser un hospital Nacional, la mayoría de pacientes de área rural deciden acudir a este centro hospitalario por el nivel económico y la facilidad de acceso.

En el presente estudio también se logró determinar que el departamento con mayor origen de pacientes atendidas como se muestra en la gráfica No A.5 fue el departamento de Tonicapán con un 65%, esto debido a que la mayoría de pacientes tienen una mayor facilidad a acceder a este centro hospitalario.

En cuanto al nivel de escolaridad, como se observa en la gráfica No A.6, se interpreta que el 37% cursó la primaria y en menor porcentaje se documentó que no tuvieron estudios en un 6%, dicho estudio se puede comparar a la investigación realizada por Gualán y Guanoluisa (2014) donde el 67.2% de pacientes tuvo un nivel académico de secundaria, mientras que el 7.5% poseen un nivel superior y solo el 0.5% no poseen educación y en otro estudio como el de Valverde (2015) mencionó que de la revisión de 150 historias clínicas de las púerperas, se encontró que en el grado de educación en el 2% son analfabetas, el 12.7% tienen solo primaria completa, el 84.7% estudio secundaria completa, y el 0.7% tienen estudio superior técnico. Por lo cual, se puede relacionar al estudio de que la mayoría de pacientes completó nivel primario, sin embargo, el nivel educativo es escaso.

En la gráfica No A.7, se interpreta el nivel socioeconómico de las pacientes donde 60 (58%) se desconoce su clase social ya que dicho dato no se encontraba documentado en los



expedientes médicos de las pacientes, mientras que se si se documentó que el 39 (36%) son de clase media y el 6 (6%) clase baja.

En la gráfica No B.1, se demostró que de la muestra obtenida fueron 104 que se les realizó el procedimiento de episiotomía presentaron complicaciones. Esta proporción es similar a un estudio realizado en Colombia por Mellizo (2017) donde se obtuvo una frecuencia de complicaciones en episiotomías realizadas del 29%, como se puede observar en ambos estudios, un porcentaje mayor no sufren de complicaciones en el procedimiento de episiotomía.

En la gráfica No B.2, se puede observar el tipo de episiotomía realizada, la cual expone que la episiotomía medio lateral fue la más utilizada en 97% pacientes, mientras la episiotomía mediana se utilizó solamente en 2% en este estudio se puede apreciar que existen diferentes tipos de episiotomía. Por lo anterior, Berzain y Camacho (2017) exponen que la más utilizada en Estados Unidos es la mediana, aunque está más asociada a riesgo de extensión y daño de músculo y esfínter anal, pero sus ventajas incluyen menor pérdida sanguínea y fácil reparación, luego está la episiotomía medio lateral la cual puede ser izquierda o derecha y es una incisión de al menos 45 grados desde la fosa vestibular la cual es menos utilizada en Estados Unidos pero más utilizada en el resto del mundo, está asociada a menos extensión de la episiotomía y menos desgarros y su desventaja es mayor sangrado y difícil reparación.

En la gráfica No B.3, se interpretan los antecedentes médicos que presentaron las pacientes donde el 91% se documentó que no presenta ningún antecedente médico de importancia y que el 9% indica hipertensión arterial; para ello, en una guía didáctica publicada en Ecuador por Sarmiento y Gordillo (2018) definen que una de las indicaciones maternas en la cual puede tomarse en cuenta la realización de episiotomía y así abreviar el periodo expulsivo y la intensidad de los pujos es en pacientes que presentan hipertensión arterial ya que el mismo podría presentar complicaciones secundarias. También se describe en una investigación realizada en Perú por Huaroto (2019) describe que el 16.15% de las mujeres que ingresaron en trabajo de parto se diagnosticó las siguientes patologías: preeclampsia, eclampsia, hipertensión arterial, hemorragia; a pesar de ser patologías que se debe de acelerar el parto para no poner en riesgo la salud del perinato se tiene mayor proporción de las complicaciones mencionadas en el grupo de los que no se hizo



episiotomía. Por lo cual en relación a la investigación realizada se observa que uno de los principales antecedentes médicos que se presentan es hipertensión arterial y tiene indicaciones para realización de episiotomía para poder reducir el tiempo de trabajo de parto y el mismo presente complicaciones secundarias.

En la gráfica No B.4, se describe los tipos de complicaciones ya que al igual que cualquier procedimiento quirúrgico pueden existir, se observa como principal complicación el dolor en un 32%, la cual se puede comparar en una publicación realizada por la Fundación de Medicina Fetal de Barcelona (2020) que indican que en la mayoría de las mujeres que se les realiza el procedimiento de episiotomía debería de ser poco o nada dolorosa. Sin embargo, en otra investigación similar a esta por Amorim, Junquiera y Santos (2017) describen que el dolor perineal estuvo presente entre el 86.5% y 82.7% de las mujeres, a las 20 y 48 horas, respectivamente el mismo predominio de un dolor leve. En la gráfica también se observa que la segunda complicación más frecuente fue el desgarro y se reportan 30 (29%) de pacientes y este estudio se puede comparar con un estudio realizado en Perú por Ávila (2017) en el cual describe que de las 81 primíparas que incluyo en su estudio, la mayoría fueron sometidas a episiotomía, en un 65.4% y las que sufrieron desgarros representaron el 34.6%, Por lo cual se puede decir que aunque la episiotomía está indicada para evitar desgarros en el estudio se comprobó que existe un porcentaje que si presentaron desgarro incluso en el procedimiento.

En la gráfica No B.5, se muestra los tipos de desgarros que se presentaron donde el desgarro de I grado se obtuvo en 17 (57%), desgarro de II grado 10 (33%), desgarro de III grado 3(10%), y sin presentarse desgarro de IV grado. Esta complicación al ser una de las principales encontradas en la investigación se puede basar en un estudio realizado en la Ciudad de México documentando por Mendoza y Ramírez (2018) que describe que la episiotomía se asocia a mayor tasa de desgarros y debe pensarse en la posibilidad de desgarro cuando se haya presentado un parto difícil, aplicación de fórceps, o ante la realización de una episiotomía media, o después del parto donde se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante, aunque sea en cantidad escasa. Con fines de estandarizar el diagnóstico y tratamiento de los desgarros perineales se considera utilizar la clasificación de Sultán, el cual integra cuatro grados. Y en la investigación se determinó que el desgarro fue una de las principales complicaciones presentadas en la episiotomía.



En la gráfica No. B.6, se observa sobre el personal médico que atendió el parto de las mujeres primíparas y le realizaron episiotomía donde 46 (45%) partos fueron atendidos por médicos internos, 43 (41%) por médicos externos, mientras que médicos residentes atendieron solamente 10 (9%) considerado que por el periodo en el que se realizó la investigación no todo el tiempo hubo residentes y los médicos especialistas atendieron 5 (5%) pacientes que presentaron complicaciones. Dicho procedimiento como lo indica Berzain y Camacho (2017) debería de ser realizado por personal de salud capacitado, por lo cual al considerar que el hospital de Tonicapán es un hospital escuela entonces este procedimiento se debería de instruir bien al personal médico y se cuente con las capacidades necesarias y de esta forma disminuir la prevalencia de complicaciones que se puedan presentar.

Uno de los objetivos de la investigación fue determinar el tipo de tratamiento que se les brindó a las pacientes y se decidió dividir en 3 grupos, se basó en el tipo de complicación que presentaron como se demuestra en la gráfica No B.7, donde la mayoría de pacientes se les brindó tratamiento hospitalario en un 90%. Este estudio se puede relacionar a un artículo publicado por Jacobson (2020) que describe sobre tratamiento posoperatorio, que incluye pedirle al personal de enfermería que aplique compresas frías en las primeras 24 horas, tomar medicamentos analgésicos como ibuprofeno para el dolor, y como profilaxis o infección iniciar con tratamiento antibiótico, de las cuales en este estudio se les inicio tratamiento farmacológico con analgesia y antibióticos, y se les brindo cuidados generales de la herida, que fueron brindados tanto por personal médico y enfermería.

En el estudio en la gráfica B.8, se demuestra que se le brindó tratamiento analgésico a la mayoría de pacientes que presentaron complicaciones de las cuales fueron 101, en un artículo publicado por Natalben (2019) describe que los Analgésicos y antiinflamatorios se pueden administrar si la zona de los puntos molesta, se puede tomar algún medicamento. Si existe inflamación, mejor un antiinflamatorio, pues será más eficaz. Y los medicamentos que se puede brindar en el posparto, y que son además compatibles con la lactancia materna que pueden ser: paracetamol, ibuprofeno. De la cual al comparar que la principal complicación era el dolor se les brindo tratamiento analgésico a la mayoría de pacientes donde por la lactancia materna su mayor uso fue acetaminofén.



En la gráfica No B.9, se observa el tratamiento antibiótico que se utilizó con las pacientes de las cuales el 54% con complicaciones de episiotomía se les brindó tratamiento con cobertura antibiótica mientras que el otro 46% no recibió. En una publicación realizada por la OPS (2020) indican que el uso de tratamiento antibiótico se ha definido como el uso de un antimicrobiano con el fin de prevenir la colonización o la multiplicación de microorganismos en un huésped sensible y también evitar el desarrollo de enfermedades latentes. El rango de incidencia de infecciones (de múltiples formas clínicas de presentación) después de parto vaginales de 3.9% al 10%, la etiología de la infección puerperal es generalmente de naturaleza polimicrobiana, mixtas de predominio anaeróbico, causadas por gérmenes que habitualmente colonizan el tracto genital inferior y ascienden a la cavidad uterina, y así llegar a alcanzar anexos, debido a esto es fundamental para evitar su instalación al respecto por las normas básicas de asepsia y antisepsia por parte de los proveedores de atención y la limitación de las intervenciones a aquellas demostradas como necesarias para una atención calificada del parto. Por lo cual en esta investigación se observa que en un mayor porcentaje las pacientes con complicaciones recibieron tratamiento antibiótico con ampicilina+ sulbactam, medicamento que se brinda por lactancia materna y el que se encuentra disponible en el hospital.

Existen diversos factores de riesgo que se pueden encontrar en el parto para que en el proceso de episiotomía se puedan presentar complicaciones como se describe en la tabla No B.1 donde como primera causa en la investigación se documenta la nuliparidad 51 (49%), seguido de pacientes que fueron manipuladas por personal no capacitado 14 (13%). En una investigación realizada por Strivens (2019) al comparar los resultados obtenidos, coinciden con la nuliparidad como uno de los principales factores de riesgo. La episiotomía en primíparas debería considerarse el uso y debe evitarse en todo lo posible, ya que no hay indicaciones absolutas ni específicas. 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 y así evitar que se presenten complicaciones en el procedimiento.



VIII. CONCLUSIONES

1. Se concluyó que el tipo de complicación más frecuente en el procedimiento de episiotomía en el Hospital Nacional de Tonicapán fue el dolor con un 33%; seguido de desgarros con un 30%.
2. Se estableció que, entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de algún tipo de complicación, se encuentran en primer lugar, la nuliparidad, con un 49%; seguido de pacientes que fueron manipuladas por personal no capacitado con un 13%.
3. El tipo de tratamiento indicado a las pacientes fue en un 90% hospitalario, donde las pacientes recibieron tratamiento médico asistencial, como analgésicos, antibióticos y cuidados posoperatorios.



IX. RECOMENDACIONES

1. Es necesario realizar capacitaciones por parte de médicos especialistas de ginecología y obstetricia sobre la atención de partos sin episiotomía hacia los médicos internos, externos y residentes, ya que estos disminuirán notablemente la incidencia de complicaciones.
2. Hacer énfasis en los factores de riesgo encontrados por el personal de salud con acciones que modifiquen los factores de riesgo, como valoración de realizar la episiotomía de forma rutinaria, disminuir el número de tactos vaginales, mejorar en la asepsia y antisepsia al momento de realizar episiotomía o en reparación de rasgadura e identificar con prontitud problemas en el avance del trabajo de parto para evitar un trabajo de parto prolongado y así evitar que las pacientes presenten complicaciones.
3. Valorar administrar tratamiento antibiótico por parte de los médicos en aquellas pacientes con factores de riesgo a quienes se les realiza episiotomía y tratamiento analgésico, para disminuir el dolor, ya que fue una de las principales complicaciones.



X. BIBLIOGRAFÍA

- Althabe , F. (2016). *Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study*.
- ACOG. (2018). *www.acog.org*. Obtenido de *www.acog.org*: <https://www.acog.org/womens-health/experts-and-stories/ask-acog/what-is-an-episiotomy>
- Actividades economicas. (2018). *www.actividadeseconomicas.org*. Obtenido de *www.actividadeseconomicas.org*:
<https://www.actividadeseconomicas.org/2018/02/estatus-economico-o-socioeconomico-guia.html>
- Aguilar Lopez. (2016). *www.slideshare.net*. Obtenido de *www.slideshare.net*:
<https://www.slideshare.net/FrankyLpez/episio-y-descarros-gyo>
- Aguilar, S. (2020). *Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud*. México.
- Albino, F. (2015). *Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de apoyo de Sullana Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* .
- Apuntes de Anatomía. (2018). *www.iqb.es*. Obtenido de *www.iqb.es*:
<https://www.iqb.es/cbasicas/anatomia/musculos/musculos5.htm>
- Ballesteros Meseguer, C. (2014). *www.tesisenred.net*. Obtenido de *www.tesisenred.net*:
<https://www.tesisenred.net/handle/10803/134965>
- Berzain, R. M., & Camacho, T. L. (2017). *Revision*. Bolivia.
- Berzaín, R. M., & Otros. (2017). *Revision*. Bolivia.
- Buppasiri , L. (2018). *Profilaxis para el desgarro perineal de grado 4 durante el parto vaginal*. Obtenido de *Profilaxis para el desgarro perineal de grado 4 durante el parto vaginal*:
www.update-software.com
- Carneiro, E. F. (2010). *Actas Urológicas Españolas. Las características anatomofuncionales del suelo pélvico*, 788-793.
- Carneiro, E. F., & Araujo, N. (2010). *Las características anatomofuncionales del suelo pélvico*, 788-793.
- Carrillo, G. k., & Otros. (2013). *Anatomía del piso pélvico*. *Revista Médica*. 185-189.
- Carrillo, G. K., & Sanguinetti, M. A. (2013). *Anatomía del piso pélvico*. *Revista Médica*. 185-189.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2014). *Episiotomy for vaginal birth*. *Pregnancy and Childbirth Group*.
- Consejo de Salubridad General. (2016). *Guía de Practica Clinica*. Mexico.



- Cunnighman, F. G., & Et al. (2015). *Williams Obstetricia*. Mexico D.F: Mc GrawHill.
- Cunnighman, F. G., Kenneth, J. L., Steven, L. B., Jodi, S. D., Hoffman, L. B., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2015). *Williams Obstetricia*. Mexico D.F: Mc Graw Hill.
- Davila Samaniego, E. V., & Huaroc Segovia, P. (2017). *repositorio.uoosevelt.edu.pe*.
Obtenido de *repositorio.uoosevelt.edu.pe*:
repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/58/T_105_47857951.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Definicion. (2019). *definicion.de*. Obtenido de *definicion.de*: <https://definicion.de/edad/>
- Diccionario Médico. (2020). *www.cun.es*. Obtenido de *www.cun.es*:
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/esfinter-anal>
- Dolopedia. (2019). *dolopedia.com*. Obtenido de *dolopedia.com*:
<https://dolopedia.com/categoria/cavidad-pelvica>
- Duggai. (2018). *uso de antibiotico profilactivos en desgarros y episiotomia* .
- Duggal, N., Mercado, C., Daniels, K., & Bujor, A. (2018). *Antibiotic Prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications a randomized controlled trial*. *Obstetrics & Gynecology*.
- Elsevier. (2021). *www.elsevier.es*. Obtenido de *www.elsevier.es*:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-cuidados-postoperatorios-incluyendo-tratamiento-del-S0034935613700148>
- Enciclopedia Juridica. (2017). *www.encyclopedia-juridica.biz14.com*. Obtenido de *www.encyclopedia-juridica.biz14.com*:
<http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
- Fisioterapia Hispanidad. (2018). *www.fisioterapiahispanidad.es*. Obtenido de *www.fisioterapiahispanidad.es*:
<https://www.fisioterapiahispanidad.es/que-es-el-suelo-pelvico/>
- GPC. (2018). *Prevencion, Diagnostico y Tratamiento de Episiotomia Complicada*. Mexico: GPC. Obtenido de *dcs.uqroo.mx*:
<http://dcs.uqroo.mx/paginas/guiasclinicas/gpc/docs/IMSS-608-13-ER.pdf>
- Gualan, C., & Guanoluisa, C. (2014). *dspace.ucuenca.edu.ec*. Obtenido de *dspace.ucuenca.edu.ec*:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21517/1/Tesis.pdf>
- Hernandez, V. M. (2016). *Endometriosis en cicatriz tardia de episiorrafia posparto eutocico*. México: IMSS.
- IMAIOS. (2020). *www.imaios.com*. Obtenido de *www.imaios.com*:
<https://www.imaios.com/es/e-Anatomy/Estructuras-anatomicas/musculo-transverso-superficial-del-perine>



- Instituto Mexicano de Seguro Social. (2017).
- Instituto Nacional de Cancer. (2017). *www.cancer.gov*. Obtenido de *www.cancer.gov*: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/complicacion>
- invsalud. (2018). *www.uv.es*. Obtenido de *www.uv.es*: [https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm#:~:text=b\)%20Se%20consideran%20retrospectivos%20aquellos,el%20efecto%20y%20la%20exposici%C3%B3n](https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm#:~:text=b)%20Se%20consideran%20retrospectivos%20aquellos,el%20efecto%20y%20la%20exposici%C3%B3n).
- Lineamiento Técnico. (2018). *Prevencion, Diagnostico y Manejo de la Hemorragia Obstetrica*. Mexico: Secretaria de la Salud.
- Lineamiento Técnico Médico. (2014).
- Lineamiento Técnico sobre Prevencion. (2019). *Diagnostico y manejo de la infeccion puerperal*. Derechos Reservados.
- Maria Vanessa. (2017). *www.pinterest.de*. Obtenido de *www.pinterest.de*: <https://www.pinterest.de/pin/302726406179208239/>
- Mathai, M. (2016). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. World Health Organization.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2020). *ww.mayoclinic.org*. Obtenido de *ww.mayoclinic.org*: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282>
- MINSA. (2017). *Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo*. Managua: Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud República de Nicaragua. 9. Nicaragua.
- Moreira, S. C. (2013). *GUÍA DIDÁCTICA TALLER DE EPISIOTOMIA*. Ecuador.
- NATALBEN. (2019). *www.natalben.com*. Obtenido de *www.natalben.com*: <https://www.natalben.com/parto/episiotomia/complicaciones-episiotomia>
- NICE. (2017). *Care of the healthy women and their babies childbirth*. clinical guideline 55.
- Norma Oficial Mexicana. (2013). *Atencion de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. Mexico.
- Observatorio Laboral. (s.f.). *www.graduadoscolombia.edu.co*. Obtenido de *www.graduadoscolombia.edu.co*: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>
- Ortiz Alvarado, M. (2018). *recursosbiblio.url.edu.gt*. Obtenido de *recursosbiblio.url.edu.gt*: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/18/Ortiz-Miriam.pdf>
- Pages, G., & Martell, A. (2014). *Intervenciones Menores. Lesiones del canal de parto*.



- Paiz Rosales, R. A. (2015). *biblioteca.usac.edu.gt*. Obtenido de biblioteca.usac.edu.gt: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10035.pdf
- Parant, O. (2013). EMC Ginecología - Obstetricia. Francia, hôpital de La Grave, Fédération de gynécologie-obstétrique,.
- Ramirez, J. V. (2017). *www.uv.es*. Obtenido de *www.uv.es*: [https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-06%20\(2006\).pdf](https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-06%20(2006).pdf)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). *www.rcog.org*. Obtenido de *www.rcog.org*: <https://www.rcog.org.uk/>
- Sampieri. (2015). *Metodología de la Investigación*. Mexico.
- Scetti, R. M. (2015). USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 6-7.
- Scetti, R. M., Serracani, G. S., & Zalazar, L. A. (2015). USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 6-7.
- Scetti, R. M., Serracani, G. S., & Zalazar, L. A. (2015). USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 6-7.
- Scott, J. R. (2016). *Obstetrics & Gynecology Clinics*.
- Significados. (2019). *www.significados.com*. Obtenido de *www.significados.com*: <https://www.significados.com/religion/>
- Signorello, L. B. (2016). Midline episiotomy and anal incontinence. *THE BMJ*.
- SOGC Clinical Practice Guideline. (2017). *NS Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures*.
- Stanford Children's. (2019). *www.stanfordchildrens.org*. Obtenido de *www.stanfordchildrens.org*: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
- Sultan AH. (2019). *Obstetric peroneal injury and anal incontinence*.
- Sultan, F., & Et al. (2018). *Métodos para la reparación de lesiones obstetricas del esfínter anal*. La biblioteca Cochrane Plus.
- Sultan, F., Kettle, C., Thakar, R., & Radley, S. (2018). *Métodos para la reparación de lesiones obstetricas del esfínter anal*. La biblioteca Cochrane Plus.
- The Free Dictionary. (2018). *es.thefreedictionary.com*. Obtenido de *es.thefreedictionary.com*: <https://es.thefreedictionary.com/escolaridad>
- Vasquez, J. M., & Otros. (2016). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.



Vasquez, L. J., Pálomo, G. R., & Romeu, M. M. (2016). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.



XI. ANEXOS

A. Cronograma de actividades

Actividad	Febrero (2019)	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero-Diciembre	Enero (2021)	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero (2022)	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
3 temas propuestos con su respectivo cuestionario de pertinencia	x	x	x	x																									
Anteproyecto					x	x	x																						
Protocolo							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
Recolección de datos																			x	x	x	x							
Revisión final de boletas y resultados																							x	x	x	x			
Revisión de informe final																										x	x	x	x
Entrega final de proyecto de tesis																													x

Fuente: Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez



B. Boleta de recolección de datos

Instrucciones: a continuación, se presenta una serie de preguntas el cual deberá de responder claramente.

Edad: _____ Estado Civil: _____

Procedencia: _____

Área: Urbana _____ Rural _____ Nivel Socioeconómico: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Primípara: Si _____ No: _____ Tipo de episiotomía: _____

Complicación Médica (marcar con x)

Hemorragia		Edema	
Desgarro		Infección	
Hematoma		Dolor	
Dehiscencia		Otros	

Si la respuesta es otro especifique cual: _____

Antecedente Médico:

Diabetes Mellitus: _____ Hipertensión Arterial: _____ Infección

Transmisión Sexual: _____ Otra cual _____

Personal de salud que atendió el parto: (marcar con x)

Médico especialista		Médico Residente		Medico externo	
Médico General		Médico interno		Enfermero	

Manejo Post quirúrgico: (marque con una x) Ambulatorio ___ Expectante ___ Hospitalario ___

Tratamiento: _____

Uso de Antibiótico:

Si		No	
----	--	----	--



Especifique cual: _____

Factor de riesgo asociado:

Marcar con una X el factor asociado a la complicación de la episiotomía:

- Nuliparidad _____
- Inducción de trabajo de parto _____
- Trauma perineal: _____
- Periodo expulsivo prolongado _____
- Distocia de hombros _____
- Parto instrumentando _____
- Feto mayor a 4,000 gramos _____
- Variedad de posición occipitoposterior persistente _____
- Episiotomía media _____
- Infecciones genitales previas _____
- Trabajo de parto prolongado _____
- Exploraciones vaginales múltiples _____
- Otros _____

Especifique cuál _____



FORMATO PARA SOLICITAR APROBACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN

YO, Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez con número de carnet 201516127 actualmente realizando la rotación de Electivo en Hospital Nacional San Juan de Dios Guatemala

SOLICITO APROBACIÓN

Para realizar investigación del tema: Complicaciones de la episiotomía en mujeres primíparas atendidas en el Hospital Nacional de Totonicapán

Para el cual propongo como Asesor a: Dr. Allan Sánchez teniendo previsto que se lleve a cabo en Hospital Nacional de Totonicapán

Y abarcará el período de Enero de 2017a diciembre 2019

Quetzaltenango, 19 de marzo de 2019

Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez

Firma

Fecha de Recepción de Universidad

USO DE LA UNIVERSIDAD

TEMA APROBADO

TEMA RECHAZADO

AMPLIAR INFORMACIÓN

OBSERVACIONES:

Por Comité de Investigación

[Handwritten Signature]
Dr. *[Handwritten Name]*
COLEGADO No. 8629
DOCENTE

Tutor Asignado

[Handwritten Signature]
Dr. Ana Leimer

Vo. Bo. Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda



Of. 061-2021
Comité de Docencia

Totonicapán, 28 de septiembre del 2021.

Estudiante:

Josseline Jatziri Alejandra Aguilar Sánchez

Presente

Apreciable estudiante:

De manera atenta me permito saludarle deseándole éxitos en sus diversas actividades.

Asimismo, en relación a su solicitud, me permito informarle que el Comité de Docencia e Investigación autoriza que realice en este Centro Hospitalario su trabajo de investigación titulado "Complicaciones de la Episiotomía, en Mujeres Primíparas, atendidas en el servicio de Labor y Partos del Hospital Departamental de Totonicapán, en los meses de enero 2017 a diciembre 2019". Solicitándole únicamente se sirva indicar el nombre de su asesor.

Sin otro particular y agradecida por su atención, me suscribo de usted.

Atentamente;


Dra. Viviana Domínguez
Coordinadora Comité de Docencia e Investigación

c.c.Archivo