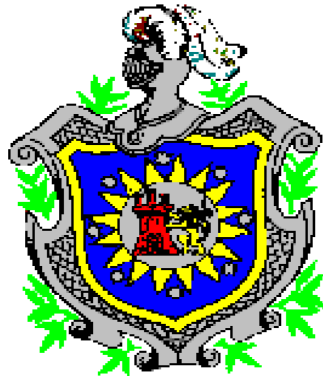


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA**



Tesis de investigación para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2014.

Autora:

Dra. Daphnee Lourdes Ortega Flores

Residente del cuarto año de la especialidad en ginecología y obstetricia

Tutora:

Dra. Ana Lorena Urbina Loaisiga

Especialista en ginecología y obstetricia

Máster en salud sexual y reproductiva.

Febrero 2015

DEDICATORIA

A Dios y María Santísima, por brindarme sabiduría, entendimiento, fortaleza, protección y por permitirme superar las dificultades para concluir mi carrera.

A mi esposo Cesar Arostegui, por su amor, comprensión, apoyo incondicional y por ser la fuerza que me empuja cada día a ser mejor.

A mi hijo Cesar Gabriel, por ser la razón de mi existir y mi motivo de superación.

A mi tía, Hilda Flores, quien es una persona especial en mi vida, por brindarme su cariño y ayuda incondicional en todo momento.

A mis padres, Guillermo y Marlen, por haberme dado la vida y hacer de mí el ser humano que hoy soy.

A mis hermanos, Yahoska, Guillermo, Juan Manuel y Jamilie, con quienes he compartido mi vida, en especial a mi hermana Yahoska por ser el pilar fundamental de la familia, quien más que una hermana ha sido mi amiga y me ha brindado su amor y apoyo en las buenas y en las malas.

A mis tíos y abuelitos, por su cariño, ayuda y sus buenos consejos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque gracias a Él pude lograr la meta propuesta.

A mi tutora, Dra. Ana Lorena Urbina, quien dedico su tiempo, disposición y esmero en la culminación de esta tesis.

Al personal de estadística quienes hicieron posible la realización del estudio.

A las pacientes, quienes son la razón de ser de nuestra especialidad.

RESUMEN

La episiotomía es la incisión del periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto o del parto en sí.

Objetivo principal del estudio es conocer la frecuencia y tipo de complicaciones de la episiotomía en las primigestas atendidas en el Hospital Alemán de Enero a Diciembre 2014.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el cual se realizó en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2014. En donde se estudiaron 80 pacientes a las cuales se les realizó episiotomía y se describieron las complicaciones.

Resultados: Se encontró que el rango de edad predominante fueron las adolescentes de 14 a 19 años, con un 72.5%, el estado civil acompañada, con un 58.8%, la complicación más frecuente se encontró el desgarro en un 21.25%, seguido de las prolongaciones de episio en un 20.25%, hematomas en un 13.75%. Al comparar la edad de las pacientes con la complicación no se encuentra diferencia significativa ya que en todos los rangos tuvieron un alto porcentaje de complicación. Comparando la relación entre el medico que atendió el parto y la frecuencia de complicaciones encontramos que el más alto porcentaje corresponde a los residentes de II año con el 67%,

Conclusiones: Las pacientes en estudio se caracterizan por ser principalmente adolescentes, la mayoría acompañada. El porcentaje global de complicaciones es del 48%. Los tipos de complicación más frecuentes son los desgarros principalmente, seguido de las prolongaciones de episiotomía y los hematomas.

No se observa relación con la edad de la paciente y el médico residente de segundo año fue el que tuvo el porcentaje más alto de complicaciones

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	2
JUATIFICACION.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVOS.....	9
MARCO DE REFERENCIA.....	10
MATERIAL Y METODO.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la episiotomía es una de las prácticas más comúnmente realizadas en Latinoamérica y en algunos países europeos y asiáticos en mujeres primíparas. 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 la estática pélvica, abrevia la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas.(5)

Durante mis años de residencia he observado muchos casos de complicaciones de la episiotomía en pacientes primigestas ya que generalmente se realiza de rutina y además no se encuentra en el expediente las indicaciones precisas como lo sugiere la norma de atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo (nulíparas con periné resistente, parto de nalgas, distocia de hombros, uso de fórceps o ventosa).

El presente estudio trata de determinar la frecuencia y tipo de complicaciones asociadas a la episiotomía en mujeres primigestas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Enero a Diciembre de 2014; encontrando que de los partos atendidos en primigestas en este periodo a 1200 que se le realizo episiotomía, lo que corresponde al universo, sin describir la indicación, por lo que se estudió una muestra de 80 pacientes de las cuales 38 pacientes que corresponde al 48% presentaron alguna complicación, de la cuales se describen solamente las complicaciones inmediatas.

En nuestro medio la información disponible a nivel de los centros hospitalarios es limitada o incluso ausente con relación a los beneficios y riesgo del uso rutinario de la episiotomía, en especial con relación al grupo de mujeres primigestas. Uno de los pocos datos que se registran a nivel hospitalario es la presencia y grado del desgarro perineal. Sin embargo no hay cifras oficiales reportadas por lo que se decidió realizar dicho estudio.

ANTECEDENTES

Desde hace más de una década hay información sobre las complicaciones asociadas a la episiotomía

Fernando Althabe y colaboradores publican en el 2002 en el BMJ (British Medical Journal) un estudio sobre la práctica de la episiotomía en mujeres primíparas en 16 países de América Latina. Según expresan los autores, la evidencia científica actual muestra que la episiotomía de rutina no está justificada: no tiene beneficios para la madre o para el niño, aumenta la necesidad de suturas perineales y el riesgo de complicaciones del proceso de cicatrización a los siete días postparto, produce dolor y malestar innecesario, y potencialmente posee efectos perjudiciales a largo plazo. Los autores estudiaron más de 400 000 partos atendidos entre 1995 y 1998 en 122 hospitales (Althabe et al., 2002).

Graham y colaboradores publicaron una revisión en el 2005 donde recopilan de forma extensa información sobre la tasa de uso de episiotomía alrededor del mundo y examinaron que si se estaban cumpliendo las guías propuestas para el uso restrictivo (selectivo) de la episiotomía. Los autores concluyeron que hasta ese período las tasas de uso de episiotomía en general eran altas, pero que algunos países mostraban una tendencia hacia la reducción de su uso. Sin embargo los autores también concluyeron que hubo gran variabilidad en las tasas de uso entre países, dentro de un mismo país e incluso dentro un mismo grupo de profesionales de la salud. Los autores recomendaron que era necesario realizar mayores esfuerzos para reducir el uso de la episiotomía, particularmente en los países en vía de desarrollo.(1)

Este mismo estudio de Graham y colaboradores recopila información sobre tasas de uso de episiotomía entre 1995 y 2003 según países y regiones seleccionados. Las tasas de episiotomía (incluyendo a primíparas y nulíparas) variaban entre 9.7% (Suecia) hasta 100% (Taiwan).

Las tasas solo para primíparas variaban de 63.3% (Sudáfrica) hasta 100% (Guatemala). Los autores indican que estos datos son evidencia de que hay una mayor probabilidad de que en las mujeres primíparas se aplique episiotomía. En general la tasa de uso de episiotomía es menor en países desarrollados. Por otro lado, las cifras presentadas también son evidencia que al menos hasta la mitad de la década pasada las tasas de uso de episiotomía, especialmente en países en vías de desarrollo de Asia, África y América Latina, permanecía muy altas. Un ejemplo presentado por los autores, es el caso de Argentina, donde, al menos hasta el 2003, 9 de cada 10 primíparas eran sometidas a episiotomía (1).

Contreras y colaboradores publicaron en el 2007 un estudio que tuvo entre sus propósitos conocer, en dos maternidades del sur de Chile, las prácticas con ventajas y desventajas en la atención del parto y parto. Entre las prácticas investigadas se incluyó el uso de la episiotomía y se revisaron 205 casos en estas dos maternidades, seleccionados de forma aleatoria, entre mujeres con parto vaginal normal atendidas en estas unidades de salud entre mayo y septiembre del 2005. En este estudio se encontró que al 77% de las nulíparas se les hizo episiotomía y que la tasa de episiotomía para todos los partos fue del 52% (3)

En el marco de un estudio publicado en el 2009, sobre uso de prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en hospitales públicos de Argentina, se evaluaron 6.661 partos en 9 hospitales. Este estudio encontró que el 41.2% de los partos se evitó el uso de la episiotomía para las madres primigestas. Sin embargo se observó una gran variabilidad de un hospital a otros con porcentajes que variaron entre 3,7% y 65%. (2)

En el 2009 se publicó una revisión Cochrane por Carroli y Mignini, que tuvo como objetivo evaluar los efectos del uso restrictivo de episiotomía comparado con el uso rutinario durante el parto vaginal.

Para identificar los estudios a ser incluidos en dicha revisión, Los autores examinaron la base de datos denominada “Cochrane Pregnancy and Childbirth Group’s Trials Register” hasta marzo del 2008. Se incluyeron 8 ensayos clínicos, analizando el resultado en 5541 mujeres. Los resultados del estudio indicaron que el uso restrictivo (selectivo) de episiotomía se asociaba a un menor riesgo de morbilidad de importancia clínica, incluyendo trauma perineal severo (riesgo relativo [RR] de 0.66, intervalo de confianza [IC] del 95% de 0.84 a 0.92), trauma perineal posterior (RR 0.88, 95% 0.84 a 0.92), necesidad de sutura del trauma perineal (RR 0.71, 95% CI 0.61 a 0.81), resolución de las complicaciones a los 7 días postparto (RR 0.69, 95% CI 0.56 a 0.85). Los autores no observaron diferencias en cuanto a la incidencia de eventos adversos mayores tales como trauma severo vaginal o perineal, o bien en cuanto a la presencia e intensidad del dolor, la ocurrencia de dispareunia o de incontinencia urinaria. La única desventaja observada del uso restrictivo fue un incremento en el riesgo de trauma perineal anterior (RR 1.84, 95% CI 1.61 a 2.10) (3).

Albino (2009) publicó los resultados de un estudio cuya finalidad fue determinar, en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas de parto vaginal. Este se efectuó en el Hospital de Apoyo de Sullana entre los meses de marzo y septiembre de 2005 y concluyó que, la episiotomía se relaciona, significativamente, con una mayor prevalencia de desgarros, prolongaciones y hematomas perineales, está ligada a una mayor prevalencia de edemas vulvo-perineales y agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal, lo cual ocasiona un mayor número de dehiscencias.

Amorín y colaboradores publicaron en el 2012 un estudio descriptivo donde evaluaron el efecto del dolor perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. Los autores investigaron 52 mujeres entre 20 y 48 horas después del parto, con aplicación de la escala numérica de dolor (0-10).

Los autores reportaron que el dolor perineal estuvo presente entre 86,5% y 82,7% de las mujeres, a las 20 y 48 horas, respectivamente. Hubo un predominio del dolor leve (64,4% a 72,1%), seguido de moderado (28,9% a 18,6%).

La restricción de las actividades varió entre 92,3% y 86,5% de las mujeres, 20 y 48 horas después del parto, respectivamente. Los autores concluyeron que aunque de la mayoría de las mujeres después del parto atribuye nota de intensidad leve, se señaló que esto limita las actividades esenciales.

Cárdenas y colaboradores publicaron un estudio en el 2012 que tuvo por objetivo evaluar los factores relacionados con la maternidad adolescente, con relación a un grupo de gestantes adultas y las particularidades potenciales que pueden repercutir en la salud de la madre y el neonato. Como parte del estudio se investigaron todas aquellas gestantes cuyos partos fueron atendidos en el centro de salud San Cayetano de ASSBASALUD E.S.E (Manizales, Colombia) entre los años 2009 y 2010. Se analizaron 900 historias, encontrándose que en menores de 19 años el porcentaje de episiotomías fue 33,3% y en las mayores de 19 años fue 8,7%. Los autores explican que esta diferencia obedece a que en este grupo de edad (<19 años) se hace más necesaria la episiotomía debido a los factores anatómicos propios de la madre, por ejemplo, desproporción fetopélvica, la inmadurez de las estructuras, lo que puede traer como consecuencias mayor incidencia de partos instrumentados o quirúrgicos. Sin embargo los autores en el artículo publicado no dan ninguna evidencia de esta afirmación (Cárdenas et al., 2012)

Turmo y colaboradores publicaron en el 2014, un estudio observacional de cohortes prospectivo en parturientas a las que se les realizó episiotomía. Se incluyeron las pacientes con edad igual o superior a 18 años. Se evaluó la presencia de dolor en el área de la episiotomía a las 24 y 48 h del parto mediante encuesta presencial estructurada, y a los 5 meses mediante encuesta telefónica.

La variable principal fue la presencia de dolor crónico a los 5 meses. También se investigó la presencia de dolor al expulsivo y su intensidad, la presencia o no de analgesia epidural, parto instrumentado, desgarro perineal, dolor en el momento de la realización de la episiotomía, y la presencia de dispareunia e incontinencia urinaria a los 5 meses postepisiotomía.

De 87 parturientas que se incluyeron, finalizaron el estudio 78. De las pacientes que finalizaron el estudio, el 12,8% refirieron dolor crónico postepisiotomía. La analgesia epidural se relacionó con una mayor incidencia de parto instrumentado y menor dolor en el momento de la episiotomía y del expulsivo ($p < 0,0005$, $p < 0,02$ y $p < 0,01$, respectivamente). El dolor crónico se relacionó con el parto instrumentado ($p < 0,017$), así como con la presencia de dolor en reposo a las 24 y 48 h ($p < 0,01$), de complicaciones de la herida ($p < 0,026$) y de dispareunia ($p < 0,001$). Los autores concluyeron de forma general que 12,8% de mujeres presentaron cronificación del dolor tras el parto con episiotomía.

JUSTIFICACION

En nuestro país, uno de los objetivos del Ministerio de Salud es la atención calificada del parto, para mejorar la salud materna y perinatal del país y de esta forma disminuir el número de complicaciones obstétricas derivadas que finalizan aumentando la tasa de mortalidad materna.

Es por ello que se protocolizó la atención del parto humanizado en un ámbito institucional con la atención calificada del parto con los cuidados obstétricos de emergencia, para lo cual se emitió la normativa-011, donde se establece entre otras cosas que la episiotomía no se debe de realizar como procedimiento de rutina, misma que define escuetamente, tres indicaciones para su realización, tales como: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas y distocia de hombros.

Sin embargo aún, se puede observar como de forma sistemática en las salas de labor y parto en nuestros hospitales se sigue ejerciendo esta práctica de forma rutinaria.

A la fecha no contamos con información sobre cuán frecuente se presentan complicaciones en las mujeres en las que se realiza un episiotomía. Por lo tanto desconocemos la magnitud del impacto sobre la salud y calidad de vida de las pacientes.

Conocer la frecuencia y el tipo de complicación es un paso vital para tomar decisiones informadas sobre su uso, y poner en prácticas mecanismos efectivos que permitan prevenir dichas complicaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La episiotomía es un procedimiento que genera controversias aun en la actualidad por lo que requiere revisión de las bases científicas que las sustentan, debido a que no hay consenso sobre el tema entre los profesionales ginecólogos. Una preocupación importante entre los profesionales de la ginecología es la ocurrencia de complicaciones asociadas a la episiotomía, sin embargo no se cuentan con datos oficiales o estudios locales que nos indiquen cuan frecuente ocurren dichas complicaciones en los hospitales de nuestro medio. Es por eso que a partir de la experiencia del Hospital Alemán, queremos contribuir a llenar este vacío de información y por lo tanto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las complicaciones inmediatas asociadas a la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2014?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la frecuencia y tipo de complicaciones inmediatas asociadas a la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2014.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Estimar el porcentaje de complicaciones asociadas a la episiotomía, en las pacientes primigestas en estudio.
3. Describir el tipo de complicación que se presentaron en las pacientes primigestas en estudio.
4. Determinar el recurso que atiende el parto y su asociación con las complicaciones.

MARCO DE REFERENCIA

Complicaciones de la episiotomía

La episiotomía complicada es la presencia de complicaciones de una episiotomía siendo las más frecuentes en general: hemorragia, desgarro, hematoma, edema, infección y dehiscencia

Factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía

Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son:

- Episiotomía de rutina.
- Nuliparidad
- Inducción del trabajo de parto
- Trauma perineal
- Expulsivo prolongado
- Distocia de hombros
- Parto instrumentado
- Feto mayor de 4000 gr.
- Variedad de posición occípito posterior persistente
- Episiotomía media
- Infecciones genitales previas
- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones genitales múltiples
- Desgarros cervicales, de la vagina y perineales

Complicaciones de la episiotomía.

Las complicaciones se pueden clasificar en dos categorías: inmediatas y tardías.

Complicaciones inmediatas:

1. Hemorragias
2. Desgarros
3. Hematomas
4. Edemas
5. Infección
6. Dehiscencia

Complicaciones tardías:

1. Dispare unías.
2. Procesos adherencia les vaginales o bridas.
3. Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía.
4. Quiste de glándula de bartholino por sección del conducto excretor.
5. Fistulas recto vaginales.

Otra clasificación incluye una tercera categoría que la mediata. Por lo que el grupo de complicaciones podría clasificarse en: Inmediatas, Mediatas y Tardías.

1.Inmediatas incluye: Desgarros y Prolongaciones, Sangrado, Hematomas y Dolor.

Prolongaciones y desgarros: La prolongación se entiende como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4cms en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al

tipo de episiotomía. En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior.

En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada. La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta al recto.

En el caso de la medio lateral la extensión es hacia los planos profundos donde el compromiso del elevador es mayor, imponiendo una reparación muy cuidadosa.

Si bien la fuerza de expulsión que se realiza durante el parto se ejerce principalmente sobre el periné, que es el que con más frecuencia se lesiona, la incidencia de los desgarros de la pared anterior no son raros, en especial si la vejiga está llena y en el momento de la “cornada fetal” no se protege adecuadamente.

Los desgarros perineales se clasifican en grados que van del I al IV. Teniendo en cuenta las estructuras que se comprometen, tal como se describen a continuación:

- Grado I: Compromiso de piel y/o mucosa vaginal.
- Grado II: Compromete piel, mucosa, músculos perineales superficiales respetando el esfínter externo. Frecuentemente suele observarse el compromiso de las paredes laterales de la vagina, dando lugar a una lesión triangular debida a la retracción de los músculos perineales superficiales.
- Grado III: Compromete el esfínter externo del ano.
- Grado IV: Compromete la mucosa anal.

Sangrado: Se presenta en caso de medio lateral que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y

ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento.

Hematomas: Asociados casi siempre a las medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvoperineales por desgarros.

Dolor: Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías.

2. Complicaciones mediatas: Infección, Dehiscencia, Granulomas.

Infección: Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gram negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.

Dehiscencia: Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.

Granulomas: Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.

3. Complicaciones tardías: Fibrosis, Fístulas.

Fibrosis: De incidencia más frecuente con medios laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia.

Fístulas: Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria.

Criterios de la episiotomía.

Indicaciones

La indicación precisa para el uso de la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal y el polémico beneficio sobre los trastornos de la estática pélvica, facilitando abreviar la expulsión fetal, variedades, presentación y presencia o número de partos precipitados o abruptos.

Requisitos: Al igual que en todo procedimiento quirúrgico, deberán llenarse unos requisitos básicos:

1. Operador cómodo.
2. Asepsia y Antisepsia.
3. Instrumental adecuado.
4. Anestesia.
5. Conocimiento de la técnica quirúrgica.
6. Sutura adecuada.
7. Hemostasia.
8. Cierre por planos.

Indicaciones son muy precisas. Se clasifican en Maternas y Fetales:

Maternas:

1. Inminencia de desgarro vulvo-vagino-perineal.

Nótese que a propósito no se hace referencia estricta a la paridad de la paciente, pues sí es cierto que existen nulíparas que no la ameritarían y, por el contrario, en algunas multíparas es preciso realizarla. Un arco sub púbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino selectiva.

2. Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de valsalva forzada), importante en las siguientes patologías maternas:

2.1- Pre-Eclampsia-Eclampsia.

2.2- Hipertensión Arterial.

2.3- Hipertensión Endocraneana y Patologías Vasculares del S.N.C.

2.4- Hipertensión Ocular.

2.5- Cardiopatías.

2.6- Neumopatías.

3. Parto Vaginal Instrumentado. Utilización de fórceps o espátulas.

Fetales:

1. Macrosomia.

2. Prematurez.

3. Feto con Retardo del crecimiento intrauterino.

Contraindicaciones

1. Relajación y flaccidez del piso pélvico.

2. Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.

3. Enfermedades granulomatosas activas.

4. Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.

5. Fístulas recto-perineales.

6. Antecedentes de Perineoplastia.

7. Cáncer Ano-rectal.

Tipos de episiotomías

En la actualidad se suelen practicar la Medio-lateral (Derecha o Izquierda, de acuerdo a la destreza del cirujano) y la mediana. Las laterales y las "doble" episiotomías han caído en franco desuso por su importante morbilidad. La incisión intermedia entre la mediana y la medio lateral no la reconocemos como un tipo especial de episiotomía, y hacemos referencia de ella solo para mencionar que se trata de una incorrecta orientación del corte quirúrgico.

La incisión mediana se inicia en la horquilla vulvar posterior y en dirección medial corta el rafé medio 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 desgarró del mismo. La medio-lateral, se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (a la derecha o a la izquierda, de acuerdo a la destreza del operador), 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. Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen.

Aplicación y técnica

El momento oportuno para realizar la incisión es muy importante, pues, si se realiza "tempranamente", la pérdida sanguínea puede ser importante, sobre todo en caso de la medio lateral, y por el contrario, si se realiza "tardíamente", la distensión de los músculos perineales ha podido ser tal que no puede evitarse su desgarró, propósito capital de la técnica.

Este momento se reconoce objetivamente, observando que la presentación apoyada ya en el piso pélvico en estación de +2, al final o inicio de una contracción distiende y adelgaza la cuña perineal, entreabriendo el ano y la horquilla vulvar a través de la cual se visualiza un diámetro de 3 ó 4 cm de la

presentación fetal. Es recomendable realizar el corte un poco antes de la contracción siguiente de manera que las manos estén libres para ejecutar las otras maniobras destinadas a proteger el periné y el desprendimiento de la presentación fetal; además si la incisión es realizada en el momento de la contracción, llegaría a ser prolongada por la presión de la presentación al distender la cuña perineal.

Para realizar el corte, puede usarse el bisturí, pero, se aconseja el uso de tijeras especialmente diseñadas, que se reconocen fácilmente, primero porque su hoja anterior o interna termina en un borde transversalmente romo, que al no ser punzante, evita penetrar y lesionar inadvertidamente la luz rectal; y segundo, por la angulación pronunciada que sus hojas tienen con relación al mango, permitiendo la realización del corte cómodo del cuerpo perineal abarcado entre ellas.

Recomendamos la Anestesia local infiltrativa, con lidocaína simple al 1%, un volumen casi nunca superior a los 10 cc, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal.

El momento de realizar la episiorrafia es posterior al alumbramiento; primero porque el obstetra se obliga a estar pendiente de la evolución de este período crítico del parto y retirar la placenta inmediatamente se realice el descenso de la misma evitando un sangrado retro placentario excesivo; segundo no se obliga a interrumpir el procedimiento para retirar y revisar la placenta y sus anexos; y tercero, en el caso de tener que realizar extracción manual no existe riesgo de lesionar la rafia.

Medio lateral versus mediana: La única y verdadera razón de no hacer una episiotomía mediana es el riesgo inminente de que llegue a prolongarse y lesionar el esfínter externo y el ano, y se le tema a esta complicación, o no sentirse bien adiestrado para corregirla.

En la Episiotomía mediana se produce un corte limpio y totalmente perpendicular a la cuña perineal con sangrado escaso, por ello su reparación es más fácil y más anatómica, se utiliza menor cantidad de sutura consiguiéndose mejores resultados estéticos-funcionales y menor fibrosis con mucho menos dolor postquirúrgico y postcoital.

En la episiotomía medio lateral, en cambio, hay mayor pérdida de sangre y el corte es oblicuo a las fibras musculares de la cuña perineal, es más difícil de reparar y amerita mayor cantidad de sutura; el dolor postoperatorio es más intenso y más frecuente; ocurre mayor fibrosis, los resultados anatómicos son desfavorables en más o menos un 10% de los casos (aún en "buenas manos"). A veces es seguida de dispareunía.

Episiorrafia - técnica quirúrgica

Se recuerdan dos aspectos básicos, el primero, realizarla una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente, y segundo, tener siempre presente que una buena Episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía.

Se proscribe la introducción de gases u otros materiales en vagina durante la realización de esta cirugía, la posibilidad de dejarlos "por olvido", causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos, y crea en la paciente y en la comunidad dudas sobre la idoneidad y la reputación del médico.

Se prefieren las suturas reabsorbibles. Utilizamos el Catgut cromado 2/0 para los planos de mucosa, submucosa y muscular intermedio. El cromado 0, para el esfínter y su fascia; y el cromado intestinal 3/0, para mucosa rectal.

Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario, para evitar el molesto dolor, que de presentarse, por momentos "enfrenta" a la paciente con su médico.

Se reconocen los planos incididos, descartando o verificando las prolongaciones y/o los desgarros, que de existir, se suturaran en orden inverso a su grado.

Episiorrafia sin prolongación

En el caso de la mediana, se reconocen los siguientes planos y vértices: A nivel del extremo vaginal la línea de corte se extiende hasta unos 2 ó 3 cm por detrás de las carúnculas himeneales y el extremo perineal no se compromete más allá de la fascia del esfínter externo. En el plano medio, hacia el extremo vaginal, se alcanzan a notar las fibras más externas del transverso profundo y en la región de la cuña perineal, el tendón conjunto se expone nítidamente.

Para el caso de la medio lateral, los hallazgos a nivel del extremo vaginal son exactamente iguales que para la mediana; Hacia el extremo perineal en razón de la orientación del corte, no debe observarse el esfínter, y los músculos de la cuña se exponen claramente, aunque no tanto como en la mediana.

En ambos casos, se insiste que la profundidad de los planos, no debe comprometer más allá del plano medio, si ello ocurre, debe considerarse que se trata de una prolongación y proceder a su cierre según se expondrá más adelante, de no hacerlo así, se caerá en el error de dejar "espacios muertos", cuya reparación es muy "dudosa", cuando se realiza la técnica convencional, que se expone a continuación.

Técnica:

Se inicia un centímetro por detrás del vértice vaginal, continuándola con sutura continua y cruzada hasta inmediatamente por detrás de las carúnculas himeneales, teniendo en cuenta de incluir en las puntadas iniciales a la submucosa y la porción comprometida del transverso profundo.

Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de ellas en sentido 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.

Se repara entonces la cuña perineal, iniciándose a nivel del tendón conjunto en el punto de conjunción del bulbocavernoso del cual con sutura continua sin cruzar se baja hasta el vértice perineal inferior del cual 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 utiliza como única sutura, el Catgut crómico 2/0.

Episiorrafia con prolongaciones a esfínter y ano:

En estos casos los planos se reparan en orden inverso a su grado, como se mencionó anteriormente. Para el caso de desgarro grado IV, se aconseja que el cirujano se calce dos guantes en la mano cuyo dedo índice va a colocarse en la luz rectal, sirviendo de referencia para evitar que la puntada penetre al recto, al tiempo que mostrará a trasluz si queda un trayecto sin suturar o incorrectamente afrontado; Una vez culminado este paso, se retira y desecha el guante contaminado sin incomodidades ni pérdida de tiempo para el obstetra.

La mucosa rectal se sutura en dos planos, el primero mucosa-mucosa, iniciándose al menos 0.5 cm por detrás del vértice y dejando reparado su extremo; Sin penetrar a la luz rectal, utilizando sutura continua sin cruzar (para evitar necrosis), según la técnica de sutura intestinal de Lembert, en la que cada puntada se hace en cada extremo mucoso para que al traccionarse la sutura, éstos se enfrenten en aposición de sus extremos evitándose los espacios "muertos" tras el cierre.

Hay que tener especial cuidado que en este primer plano no quede incluida la fascia peri rectal ni las fibras del esfínter externo al aproximarse al borde mucocutáneo del ano, el cual sí debe incluirse en este tiempo; desde este punto se devuelve para realizar el segundo plano, donde se aproxima

medialmente sobre la sutura anterior la fascia peri rectal, anudándose para concluir en el extremo reparado. Se comprueba que no hayan quedado "ventanas" pasando el dedo índice repetidamente por la luz rectal y observando el cierre a través de la sutura.

Seguidamente se aproximan los extremos del esfínter externo del ano utilizando pinzas de allis que se introducen a través de las depresiones laterales que se observan en este plano de la cuña perineal y que característicamente identifican la fascia de este músculo. Las pinzas introducidas se abren y atrapan las fibras musculares retraídas dentro de la fascia y se traen medialmente; así reparadas se sutura este músculo con dos o tres puntos individuales o con una sutura que iniciándose en el extremo superior izquierdo abarque el espesor de la fascia y el músculo en ese extremo, y se repara, se toma otra puntada parecida al extremo inferior derecho, de aquí se tira otra tercera puntada que tome el extremo inferior izquierdo y finalmente una última que tome el espesor de la masa muscular en el extremo superior derecho; se tracciona fuertemente y se anuda con el reparo inicial de la sutura; Es la puntada en "ocho", haciendo referencia a la orientación general que se le da a esta sutura en forma de "reloj de arena".

Siempre se debe revisar si existe prolongación en el extremo vaginal, que de existir compromete al elevador del ano; En estos casos recomendamos su cierre con puntadas individuales en número de dos o tres, reparando las masas musculares con pinzas de allis, que en forma característica siempre terminan cruzadas al soltarlas. Solo de esta forma se asegura un cierre anatómico, sin temor a dejar espacios "muertos". El resto del cierre se realiza según la técnica anterior. Para el caso de desgarro grado IV, se aconseja que el cirujano se calce dos guantes en la mano cuyo dedo índice va a colocarse en la luz rectal, sirviendo de referencia para evitar que la puntada penetre al recto, al tiempo que mostrará a trasluz si queda un trayecto sin suturar o incorrectamente afrontado; Una vez culminado este paso, se retira y desecha el guante contaminado sin incomodidades ni pérdida de tiempo para el obstetra.

La mucosa rectal se sutura en dos planos, el primero mucosa-mucosa, iniciándose al menos 0.5 cm por detrás del vértice y dejando reparado su extremo; Sin penetrar a la luz rectal, utilizando sutura continua sin cruzar (para evitar necrosis), según la técnica de sutura intestinal de Lembert, en la que cada puntada se hace en cada extremo mucoso para que al traccionarse la sutura, éstos se enfrenten en aposición de sus extremos evitándose los espacios "muertos" tras el cierre. Hay que tener especial cuidado que en este primer plano no quede incluida la fascia perirectal ni las fibras del esfínter externo al aproximarse al borde mucocutáneo del ano, el cual sí debe incluirse en este tiempo; desde este punto se devuelve para realizar el segundo plano, donde se aproxima medialmente sobre la sutura anterior la fascia perirectal, anudándose para concluir en el extremo reparado. Se comprueba que no hayan quedado "ventanas" pasando el dedo índice repetidamente por la luz rectal y observando el cierre a través de la sutura.

Seguidamente se aproximan los extremos del esfínter externo del ano utilizando pinzas de allis que se introducen a través de las depresiones laterales que se observan en este plano de la cuña perineal y que característicamente identifican la fascia de este músculo. Las pinzas introducidas se abren y atrapan las fibras musculares retraídas dentro de la fascia y se traen medialmente; así reparadas se sutura este músculo con dos o tres puntos individuales o con una sutura que iniciándose en el extremo superior izquierdo abarque el espesor de la fascia y el músculo en ese extremo, y se repara, se toma otra puntada parecida al extremo inferior derecho, de aquí se tira otra tercera puntada que tome el extremo inferior izquierdo y finalmente una última que tome el espesor de la masa muscular en el extremo superior derecho; se tracciona fuertemente y se anuda con el reparo inicial de la sutura; Es la puntada en "ocho", haciendo referencia a la orientación general que se le da a esta sutura en forma de "reloj de arena".

Siempre se debe revisar si existe prolongación en el extremo vaginal, que de existir compromete al elevador del ano; En estos casos recomendamos su cierre con puntadas individuales en número de dos o tres, reparando las masas musculares con pinzas de allis, que en forma característica siempre terminan

cruzadas al soltarlas. Solo de esta forma se asegura un cierre anatómico, sin temor a dejar espacios "muertos". El resto del cierre se realiza según la técnica anterior.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Para cumplir los objetivos de investigación se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo

Área y período de estudio

El estudio se realizó en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2014.

Población y muestra

Universo

Está conformado por 1200 pacientes primigestas a quienes se les atendió el parto y se les realizó episiotomía en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Muestra

La estimación del tamaño de la muestra se llevó a cabo a través de la siguiente fórmula para estimar proporciones en un solo grupo.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde,

n= Tamaño de la muestra estimada,

N= universo estimado: 1,200

Z= estadígrafo para un nivel de confianza del 90% = 1.64

B= Precisión o error admitido: 0.06

p= proporción estimada de la variable relevante

Con una tasa de episiotomía cercana al 87% y con un rango de incidencia de complicaciones que varía entre 10/100 y 15/100 (promedio 13%)

q= 1-p

El tamaño de la muestra fue estimado en 80 primigestas.

Técnica de muestreo (procedimiento de selección)

Selección de sujetos para el estudio de incidencia

Se aplicó un muestro probabilístico, aleatorio simple:

- Para la selección de los individuos se siguió un **procedimiento aleatorio**. La identificación de los casos se llevó a cabo de una forma retrospectiva, a partir del 31 de diciembre del 2014.
- Se elaboró un listado del total de casos atendidos tomado la información de los libros de labor y parto y los registros de estadísticas del HAN, incluyendo en este listado la información de los expedientes. Este listado fue digitado en el programa SPSS, y a partir de este listado se aplicó un algoritmo de selección aleatoria (al azar). El programa selecciono de forma aleatoria 80 pacientes. Todos los procedimientos se realizarán con el programa SPSS 20.0 versión para Windows

Técnicas y procedimientos de recolección de la información

Fue validada la ficha de recolección de datos realizando una prueba piloto con 30 expedientes.

Una vez identificados los expedientes de las pacientes seleccionadas, se revisaron y se llenaron las fichas de recolección a partir de la información

encontrada en los expedientes. Estas fichas de recolección de información fueron previamente elaboradas y validadas.

La ficha de recolección de información consistió en un formato (cuestionario) estructurado, conteniendo las variables relevantes para los siguientes acápite:

1. Características sociodemográficas y antecedentes relevantes
2. Antecedentes patológicos y gineco-obstétricos de la madre
3. Complicaciones

Técnicas y procedimientos para procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento o ficha de recolección fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó con fines estrictamente académicos, la identidad de los participantes no será expuesta, y los resultados obtenidos serán de mucho beneficio para conocer un poco más sobre la atención de las primigestas que se les hace episiotomía.

LISTADO DE VARIABLE

A. Características generales

1. Edad
2. Estado civil

B. Antecedentes

3. Diabetes
4. Hipertensión
5. ITS
6. Otra

C. Complicaciones inmediatas

7. Hemorragia
8. Grado de hemorragia
9. Hematoma
10. Dehiscencia
11. Prolongación de episiotomía
12. Desgarros
13. Grados de desgarros
14. Otras

D. Médico que atendió el parto

15. Residente de primer año
16. Residente de segundo año
17. Residente de tercer año
18. Residente de cuarto año
19. Médico de base

CRUCE DE VARIABLES

1. Complicaciones inmediatas / Edad
2. Antecedentes Patológicos/ Complicaciones
3. Médico que atiende el parto/ Complicaciones

Definición operacional de variables

Nº	Variable	Definición	Fuente de verificación	Intervalo, escala o valor.
1	Pacientes primigestas con episiotomía	Nº de pacientes primigestas a las que se le realizo episiotomía de rutina	Libro de registro de parto	Número total de pacientes
3	Hemorragias	Se denomina hemorragia postparto a la pérdida de 500 ml de sangre o más en las primeras 24 horas después del periodo expulsivo o descenso del hematocrito igual o mayor al 10% del valor preparto	Expediente clínico	Compensada (500-1000 ml) Leve (1000-1500 ml) Moderada (1500-2000ml) Severa (2000-3000 ml)
4	Desgarro perineal	Constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.	Expediente clínico/ Registro de libro de partos	Desgarro de I grado De II grado De III grado

				De IV grado
5	Hematoma	Asociados casi Siempre a las episiotomías medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato	Expediente clínico/ Ficha de recolección de información	
6	Dolor	Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías.	Expediente. Clínico/ Ficha de recolección de la información	Leve Moderado Severo
7	Dehiscencia	Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.	Expediente. clínico	Todas
18	Resutura de episiotomía	Nº de pacientes a las que se les practica	Expediente clínico/	Total

	dehiscente	re sutura de episiotomía dehiscente	Cuaderno de procedimientos de la sala de labor y partos	
20	Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos	Número de pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos posterior a una complicación grave derivada de la episiotomía de rutina	Cuaderno de egresos de puerperio patológico/ Expediente. Clínico/ Cuaderno de ingresos a UCI del HAN	Total
21	Pacientes que enfermaron secundario al uso de episiotomía de rutina	Número de pacientes que enfermaron con complicaciones derivadas del uso de episiotomía de rutina	Expediente Clínico/ Registros estadísticos	Total
22	Pacientes que murieron a consecuencia de episiotomía de rutina	Número de pacientes que murieron por complicaciones asociadas a la episiotomía de rutina	Expediente. clínico Registros estadísticos	Total
23	Mortalidad derivadas de la episiotomía de rutina	Principales causas de mortalidad derivadas del uso de la episiotomía de rutina	Ficha de defunción/ Expediente clínico	Causas de muerte

RESULTADOS

En el presente estudio se describieron las características generales de las pacientes, sus antecedentes patológicos, la frecuencia y tipo de complicaciones y se trató de explorar algunos determinantes. A continuación se destacan los resultados más relevantes

El rango de edad predominante fueron las pacientes de 14 a 19 años con 58 pacientes lo que corresponde al 72.5%, seguido del rango de 20 a 24 años, con 16 pacientes, que equivale al 20%, 25 a 29 años, 3 pacientes con el 3.8%, finalizando con el rango de mayor de 30 años, 3 pacientes con el 3.8%. (ver cuadro 1)

En el estado civil de las pacientes se encontró un 58.8% acompañadas lo que corresponde a 47 pacientes, seguido de las que están solteras con un 27.5%, que equivale a 22 pacientes, por último las que se encuentran casadas con un 13.8%, que corresponde solamente a 11 pacientes. (ver cuadro 2)

Las gran mayoría de antecedentes patológicos estaban negados, solo hubo un caso reportado de pancreatitis, que equivale al 1.25%. (cuadro 3)

La complicación asociada a episiotomía más frecuente fue el desgarro con 21.25%, que corresponde a 17 casos, seguido de la prolongación de la episiotomía (20.25%, con 16 casos), hematomas (13.75%, con 11 casos) y las hemorragias (3.75%, con 3 casos). (Cuadro 4)

En aquellas personas que presentaron hemorragia, el volumen más frecuente fue moderado (de 1000 a 1,500 ml) (66.7%, con 2 casos) y una paciente que presentó hemorragia con pérdida entre 500 a 1,000, que corresponde al 33.3% ml, entre las que presentaron desgarros el más frecuente fue grado I (64.7%, con 11 casos), seguido de grado II (35.3%, con 6 casos). (Cuadro 5)

Al comparar la edad de las pacientes que se complicaron, no se encuentra diferencia significativa ya que todos los rangos de edad son similares, encontrando que de 14 a 19 años, el 46.6%, que equivale a 27 pacientes tuvieron algún tipo de complicación, seguido del rango de 20 a 24 años con 43.8% que corresponde a 7 pacientes, 25 a 30 años, que corresponde a 3 pacientes, de las cuales el 100% presento alguna complicación y por último el rango de edad de mayor de 30 años, de las cuales una presento complicación que equivale al 35.3%.

Con respecto al médico que atendió el parto encontramos que los residentes de segundo año, tuvieron el porcentaje más alto de las complicaciones, con un 67%, seguido de los residentes de IV año, con un 57%, residentes de III año con 50% de las complicaciones, residentes de I año con 25% de las complicaciones y los médicos de base que no tuvieron complicaciones.

DISCUSION DE RESULTADOS:

El rango de edad predominante en el estudio fueron las pacientes adolescentes de 14 a 19 años, lo cual corresponde con un estudio publicado por Amorin y colaboradores, en donde se analizó los factores relacionados con la maternidad adolescente, encontrando un porcentaje de 33.3% de realización de episiotomía en menores de 19 años y un 8.7% mayores de 19 años, lo cual lo justifican por desproporción cefalopélvica, inmadurez de estructuras etc.

En cuanto al estado civil de las pacientes se encontró que predominan las acompañadas; sin embargo no hay relación con las complicaciones, además estudios publicados no reportan relación entre el estado civil y el porcentaje de complicaciones.

La complicación más frecuente asociada a episiotomía fue el desgarro perineal, seguido de prolongaciones de episiotomía y hematomas, esto se corresponde con un estudio realizado por Albino en el 2009, en hospital de apoyo de Sullana entre Marzo a Septiembre sobre el uso rutinario de episiotomía, concluyendo que la episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales.

Con respecto a la hemorragia posparto, la edad de las pacientes que presentaron complicaciones y el médico que atendió el parto no se encontraron estudios comparativos.

CONCLUSIONES

1. Las pacientes primigestas investigadas se caracterizan por ser principalmente adolescentes, con vida de pareja acompañada, sin antecedentes patológicos.
2. Se observó que casi la mitad de las pacientes presentaron complicaciones.
3. Los tipos de complicación más frecuentes son los desgarros, seguido prolongación de la episiotomía y hematomas.
4. En este estudio no se observaron factores relacionados con las características de la madre (edad), con respecto el médico tratante que realizo la episiotomía, se encontró que los que tuvieron mayor porcentaje de complicaciones fueron los residentes de segundo año.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la subdirección docente realizar talleres de capacitación dirigidos a médicos de base y médicos residentes sobre norma de parto humanizado y norma de Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo, verificando posteriormente su cumplimiento.
2. A médicos de base realizar un plan de intervención dirigido a médicos residentes sobre la técnica adecuada de atención del parto y restricción de episiotomía, con monitoreo y evaluación continua, mediante la elaboración de listas de chequeo.
3. A médicos residentes se les recomienda cumplir con la norma de parto humanizado y norma de atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo, y así reducir la práctica de la episiotomía, disminuyendo por ende el porcentaje de complicaciones, plasmando cada indicación debidamente en el expediente

BIBLIOGRAFIA

1. Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*, 324(7343), 945-946.
2. Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol*, 199(5), 445-454. doi: 10.1016/j.ajog.2008.06.093
3. Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
4. Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J. M. (2005). Episiotomy Rates Around the World: An Update. *Birth*, 32(3), 219-223.
5. Karolinski, A., Micone, P., Mercer, R., Gibbons, L., Althabe, F., Belizán, J. M., . . . Latorra, C. (2009). Uso de prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en los hospitales públicos de Argentina. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 28(4), 147-153.
6. Levitt, C., Hanvey, L., Bartholomew, S., Kaczorowski, J., Chalmers, B., Heaman, M., & Li, X. (2011). Use of routine interventions in labour and birth in Canadian hospitals: comparing results of the 1993 and 2007 Canadian hospital maternity policies and practices surveys. *J Obstet Gynaecol Can*, 33(12), 1208-1217.
7. Mathai, M., Sanghvi, H., & Guidotti, R. J. (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors* (pp. 354): World Health Organization.
8. MINSA Nicaragua. (2008). Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo *Normativa 011* (pp. 252). Managua: Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud República de Nicaragua.
9. Pietras, J., & Taiwo, B. F. (2012). Episiotomy in modern obstetrics--necessity versus malpractice. *Adv Clin Exp Med*, 21(4), 545-550.
10. Shen, Y. C., Sim, W. C., Caughey, A. B., & Howard, D. H. (2013). Can major systematic reviews influence practice patterns? A case study of

episiotomy trends. *Arch Gynecol Obstet*, 288(6), 1285-1293. doi: 10.1007/s00404-013-2904-y

11. Villanueva-Egan, L. A., & Schiavon-Ermani, R. (2013). Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. *Revista CONAMED*, 18(1), 21-30.
12. WHO. (2009). WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC) clinical guidelines* (2nd ed.). Geneva, Switzerland: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization.
13. Contreras, Y., Olavaria, B., Pérez, M., Haemmerli, P., Cafferata, M. L., & Belizán, J. M. (2007). Prácticas en la atención del parto de bajo riesgo en hospitales del sur de Chile. *Ginecol Obstet Mex*, 75, 24-30.
14. Cárdenas S. Castaño Castrillón JJ. Loaiza N. Orjuela A. Pinilla M. Sabogal A. Villegas OA. Zuluaga J. (2012). Principales hallazgos prenatales y postnatales en mujeres embarazadas adolescentes y adultas, cuyos partos fueron atendidos en la clínica San Cayetano de ASSBA SALUD E.S.E Manizales (Colombia), 2009-2010. *Archivos de Medicina*, 12(2), 141-153.
15. Albino, F. (2009). 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* 1(4).
16. Althabe F, Belizán J and Bergel E. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324: 945-946.

ANEXOS

**FICHA DE RECOPIACION DE INFORMACION APLICADA A MUJERES
PRIMIGESTAS QUE SE LES PRACTICO EPISIOTOMIA DE RUTINA**

Datos generales de la paciente.

Nombre y apellidos:_____.

Numero de cedula:_____.

Edad:_____.

Estado civil:_____.

Dirección:_____.

Teléfono:_____.

Fecha de Ingreso:_____.

Registros de ingresos y atención en Hospital.

Fecha de ingreso:_____.

Fecha de parto:_____.

N° de expediente:_____.

Libro de registro pagina N°:_____.

Nombre del especialista que la atendió:_____ y N°
código asignado._____.

Antecedente clínico de paciente y/o enfermedades crónicas.

Diabetes:_____.

Hipertensión:_____.

ITS (tipo):_____.

Otra:_____.

Observaciones:_____

_____.

Complicaciones encontradas en las pacientes post-episiotomía.

Hemorragia	Compensada: _____.(500-1000 ml). Leve: _____. (1000-1500 ml) Moderada: _____. (1500-2000ml) Severa: _____. (2000-3000 ml)
Desgarro perineal	Desgarro de: I grado: _____. De II grado: _____. De III grado: _____. De IV grado
Hematoma	Si: _____. No: _____.
Dolor	Leve: _____. Moderado: _____. Severo: _____.
Dehiscencia	Si: _____. No: _____. Tipo: _____.

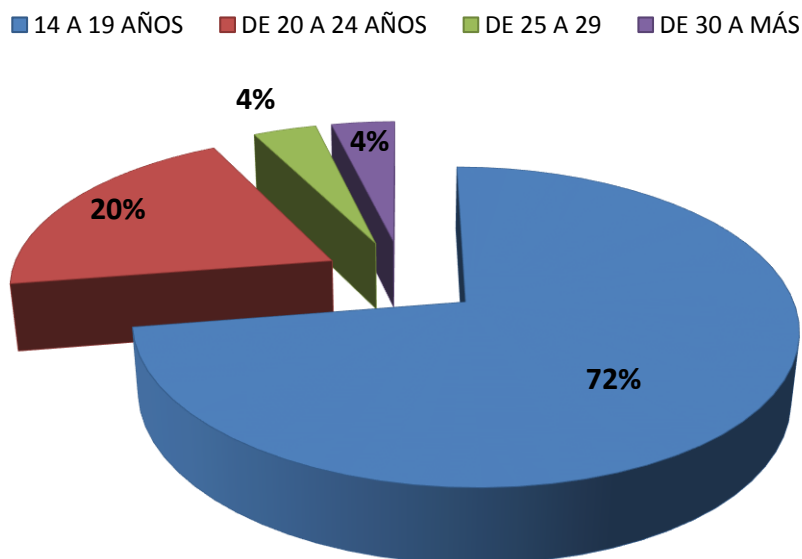
CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1: EDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS EN LAS QUE SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
EDAD	14 A 19 AÑOS	58	72.5
	DE 20 A 24 AÑOS	16	20.0
	DE 25 A 29	3	3.8
	DE 30 A MÁS	3	3.8
	Total	80	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRÁFICO 1: EDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS EN LAS QUE SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.



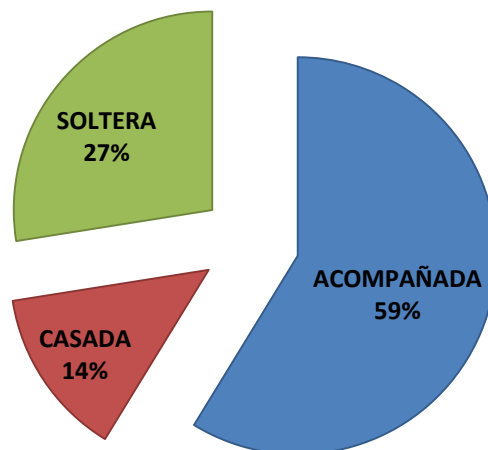
FUENTE: CUADRO 1

CUADRO 2: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS EN LAS QUE SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
ESTADO CIVIL	ACOMPAÑADA	47	58.8
	CASADA	11	13.8
	SOLTERA	22	27.5
	Total	80	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO 2: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS EN LAS QUE SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.



FUENTE: CUADRO 2

CUADRO 3: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE PACIENTES PRIMIGESTAS EN LAS QUE SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
DIABETES	0	0
HTA	0	0
SHG	0	0
PANCREATITIS	1	1.25
OTRAS	0	0
NEGADOS	79	98.75
TOTAL	80	100

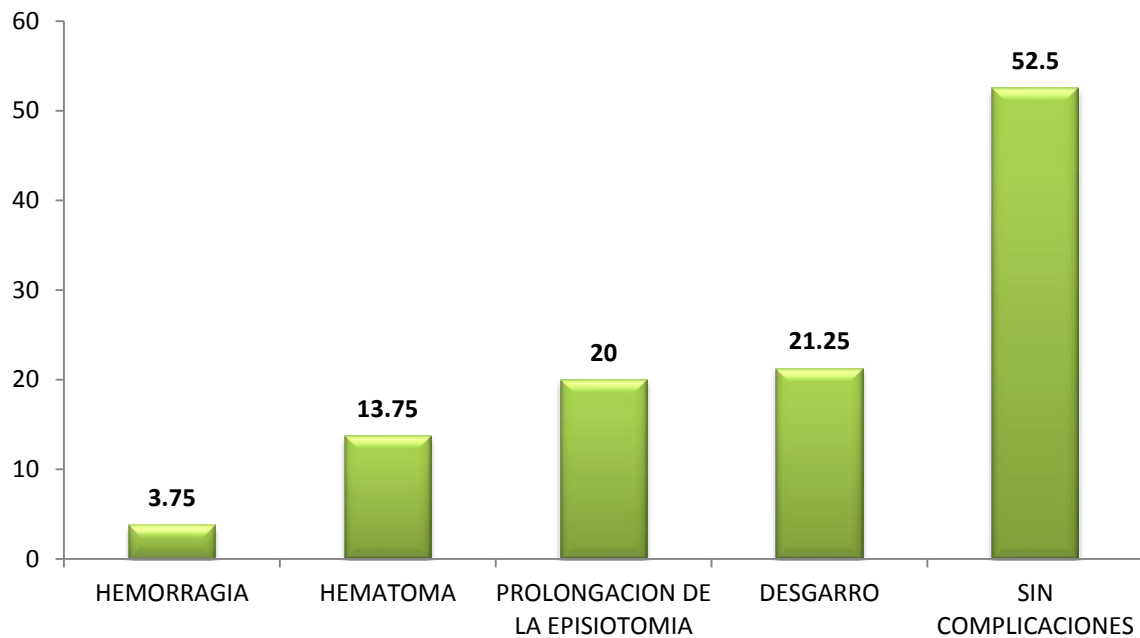
FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO 4: COMPLICACIONES INMEDIATAS ASOCIADAS A LA EPISIOTOMÍA EN PACIENTES PRIMIGESTAS (n=80) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
		a	e
COMPLICACIONES	HEMORRAGIA	3	3.75
	HEMATOMA	11	13.75
	PROLONGACION DE LA EPISIOTOMIA	16	20.25
	DESGARRO	17	21.25
	SIN COMPLICACIONES	42	52.5

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO 4: COMPLICACIONES INMEDIATAS ASOCIADAS A LA EPISIOTOMÍA EN PACIENTES PRIMIGESTAS (n=80) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.



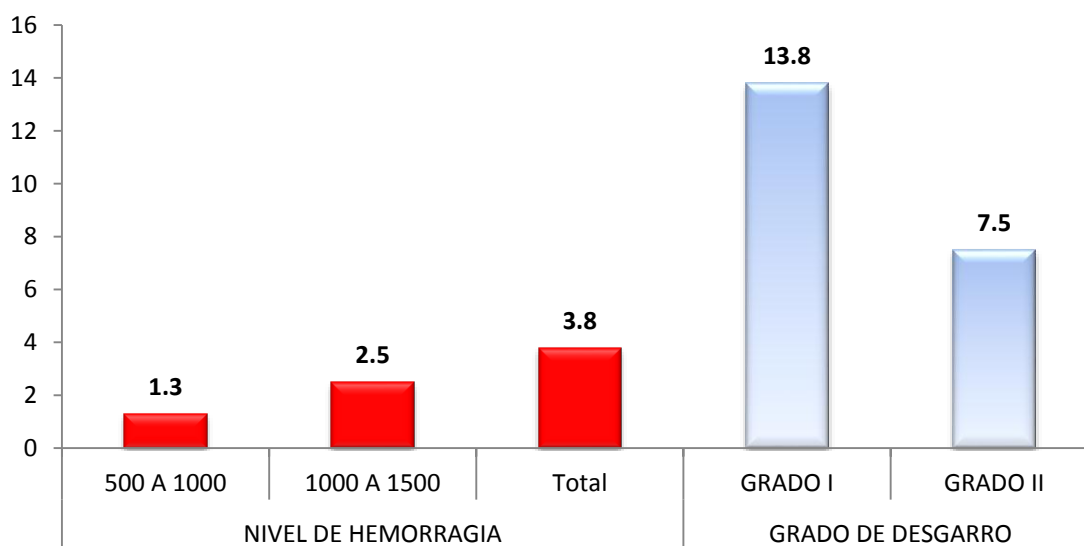
FUENTE: CUADRO 4

CUADRO 5: COMPLICACIONES INMEDIATAS ASOCIADAS A LA EPISIOTOMÍA EN PACIENTES PRIMIGESTAS (n=80) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NIVEL DE HEMORRAGIA	500 A 1000	1	1.3	33.3	33.3
	1000 A 1500	2	2.5	66.7	100.0
	Total	3	3.8	100.0	
SIN HEMORRAGIA		77	96.3		
Total		80	100.0		
GRADO DE DESGARRO	GRADO I	11	13.8	64.7	64.7
	GRADO II	6	7.5	35.3	100.0
	Total	17	21.3	100.0	
SIN DESGARROS		63	78.8		
Total		80	100.0		

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRAFICO 5. COMPLICACIONES INMEDIATAS ASOCIADAS A LA EPISIOTOMIA EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE, EN EL 2014.



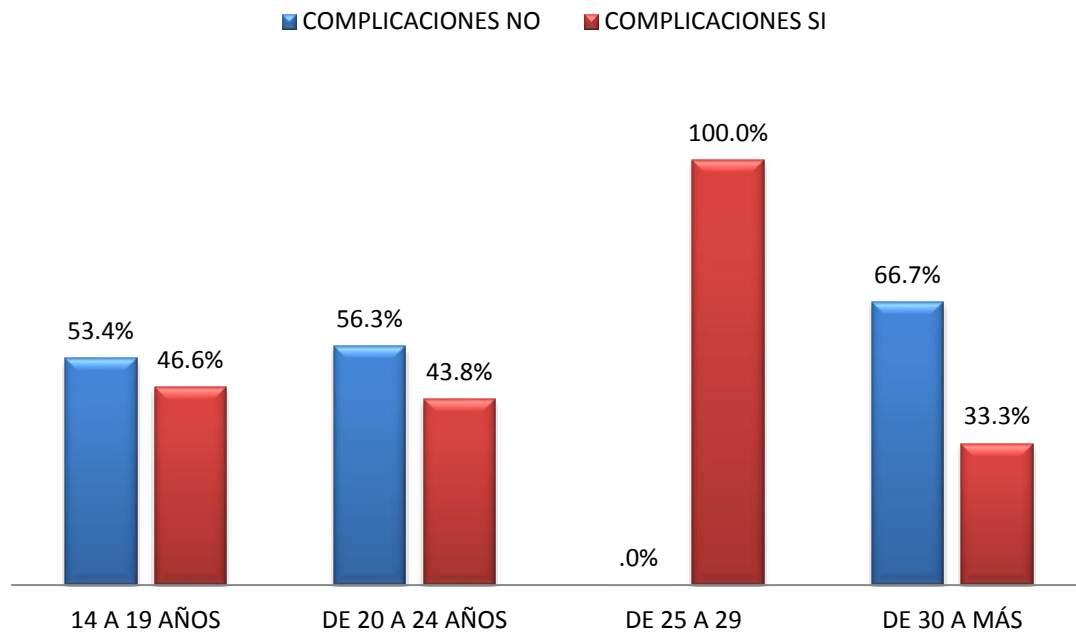
FUENTE: CUADRO 5

CUADRO 6: COMPARACIÓN DE LA EDAD ENTRE PACIENTES PRIMIGESTAS (n=80) CON Y SIN COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.

		COMPLICACIONES				Total		Pruebas de chi-cuadrado		
		NO		SI				Valor	gl	p
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje			
EDAD	14 A 19 AÑOS	31	53.4%	27	46.6%	58	100.0%			
	DE 20 A 24 AÑOS	9	56.3%	7	43.8%	16	100.0%			
	DE 25 A 29	0	.0%	3	100.0%	3	100.0%			
	DE 30 A MÁS	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%			
Total		42	52.5%	38	47.5%	80	100.0%			

FUENTE:EXPEDIENTECLINICO

GRAFICO 6: COMPARACIÓN DE LA EDAD ENTRE PACIENTES PRIMIGESTAS (n=80) CON Y SIN COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE, EN EL 2014.



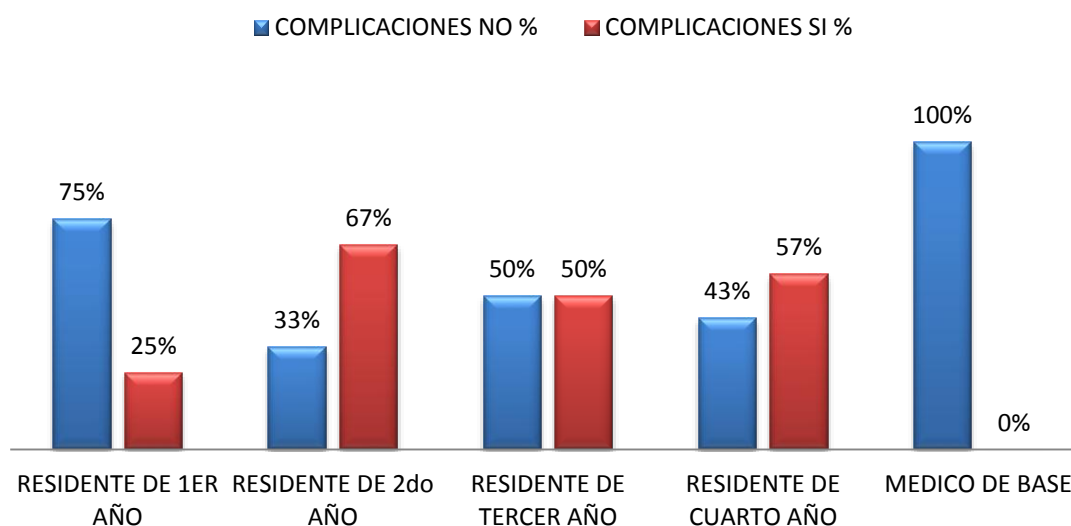
FUENTE: CUADRO 6

CUADRO 7: COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE COMPLICACIONES Y MEDICO QUE ATIENDE EL PARTO

MÉDICO	COMPLICACIONES				Total	
	NO		SI			
	n	%	n	%	n	%
RESIDENTE DE 1ER AÑO	18	75%	6	25%	24	100%
RESIDENTE DE 2do AÑO	9	33%	18	67%	27	100%
RESIDENTE DE TERCER AÑO	10	50%	10	50%	20	100%
RESIDENTE DE CUARTO AÑO	3	43%	4	57%	7	100%
MEDICO DE BASE	2	100%	0	0%	2	100%
	42	53%	38	48%	80	100%
Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	P			
Chi-cuadrado de Pearson	10.970 ^a	4	.027			

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICO 7: COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE COMPLICACIONES Y MEDICO QUE ATENDIO EL PARTO.



FUENTE: CUADRO 7