

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y
CIRUJANO.**

Indicaciones de episiotomía en pacientes que dieron a luz en el servicio de labor y parto del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Febrero-Mayo del 2017.

AUTORES

Br. Adara de Jesús Reyes Zavala.

Br. Meyling Raquel Urbina Martínez.

TUTOR

MSC. MD José de los Ángeles Méndez

Managua, Nicaragua. Marzo del año 2019

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi mamá Ruth Zavala que a pesar de las dificultades nos ha podido sacar adelante a mis hermanas y a mí. Por todo el esfuerzo que ha hecho para hacer de sus hijas unas profesionales.

A mi Papá Javier Reyes que a pesar de ya no estar presente físicamente, me inspiró con su amor, abnegación y buen ejemplo.

A toda mi familia y seres queridos por su apoyo incondicional.

Adara Reyes Zavala.

A los seres que merecen este trabajo más que nadie, por darme su apoyo incondicional, a pesar de las circunstancias, siempre lucharon y dieron su mayor esfuerzo para que siguiera adelante y no flaqueara, a los que estuvieron siempre a lado de mi para levantarme cada vez que sintiera decaer, a mis padres Juan Urbina y Sabina Martínez a ustedes, con todo mi amor.

Meyling Urbina Martínez

Agradecimiento

A dios por darnos la salud, fuerza y perseverancia para culminar este proyecto.

A nuestros padres por su apoyo incondicional.

A nuestro tutor MSC. MD José de los Ángeles Méndez quien nos ha dado la oportunidad de aprender de sus conocimientos y vasta experiencia clínica para la realización de este trabajo monográfico.

Al personal que labora en el hospital Bertha calderón Roque por su amabilidad y disposición para colaborar con nuestra investigación.

A toda la comunidad docente de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua por su excelente y valiosa labor en nuestra formación profesional.

Opinión del tutor

Abordar temas de investigación de la actualidad que conllevan a controversias, es sumamente valioso.

Hablar de episiotomía, es hablar de técnicas quirúrgicas, las cuales tienen un valor importante en la calidad de atención del binomio madre-hijo. En este estudio las investigadoras abordaron este tema con mucha ética profesional y sus resultados estamos seguros serán de mucho valor en el desempeño profesional con calidad y calidez.

Reciban las investigadoras mis más sinceras muestras de felicitaciones por haber cumplido con su primera etapa de formación profesional.

Atentamente

MSC. MD José de los Ángeles Méndez

Tutor

Resumen

La Episiotomía fue introducida en la práctica clínica con la finalidad de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vaginoperineales, así también es utilizada bajo otras indicaciones. La Organización Mundial de la Salud, establece un máximo de un 15% del total de partos atendidos. Su uso se ha generalizado más allá del límite establecido por la OMS, sometiendo a mujeres a esta técnica de forma innecesaria.

El objetivo de este estudio fue valorar las indicaciones de episiotomía en las pacientes que dieron a luz en el servicio de labor y parto del hospital Bertha calderón Roque en el periodo de Febrero-Mayo del 2017. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, donde se revisó el expediente clínico de 109 pacientes sometidas a la realización de episiotomía en el periodo antes descrito.

La mayoría de las pacientes fueron menores de 20 años de edad 61 (56%), originarias de área urbana 85 (78%), secundaria incompleta 54 (49.5%), primigestas 98 (89.9%), nulíparas 103 (94.5%), síndrome hipertensivo gestacional fue la indicación materna más frecuente con 14 casos (12.8 %) y feto pretérmino fue la indicación fetal más frecuente con 3 casos (2.7%).

La incidencia de episiotomía en el hospital Bertha calderón en el periodo febrero-mayo 2017 fue de 546 (34%). Las indicaciones de episiotomía en orden de frecuencia fueron síndrome hipertensivo gestacional, poca elasticidad perineal, feto pretérmino, retardo del crecimiento intrauterino y en último lugar neumopatías en la madre y pérdida del bienestar fetal. De 109 pacientes estudiadas 27 (24.7%) tenían indicación justificada en su expediente clínico, mientras que el restante que fueron 82 pacientes (75.2%) no la tenían.

Esto sugiere la toma de medidas organizativas en torno a la indicación de esta con el fin de disminuir las tasas de su ejecución y así disminuir las complicaciones que esta puede tener o los costos a los que su práctica puede conllevar.

Contenido

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Opinión del tutor	iii
Resumen	iv
Introducción.....	1
Antecedentes	2
Justificación.....	4
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Marco teórico.....	7
Generalidades	7
Clasificación	9
Epidemiología.....	11
Indicaciones de episiotomía.....	11
Diseño Metodológico.....	14
Tipo de Estudio:	14
Área de estudio:	14
Universo.	14
Unidad de estudio.	14
Muestra:	15
Criterios de Inclusión.....	15
Criterios de exclusión	15
Fuente de información	15
Métodos, Técnicas e Instrumentos:	15
Procedimientos:.....	15
Plan de Tabulación y análisis:.....	16
Consideraciones éticas	16
Enunciado de variables según objetivo	17
Operacionalización de variables.	18
Resultados	22
Discusión y análisis.....	23
Conclusión.....	27
Recomendaciones.....	28
Bibliografía	29
Anexos.....	31
Ficha de recolección de datos	31
Tablas y gráficos	33

Introducción

La episiotomía consiste en la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto, con la finalidad de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vaginoperineales. Así mismo, se consigue abreviar la duración del período expulsivo, y reducir la compresión de la cabeza del feto pre-término durante el periodo expulsivo (Sarmiento & Torres, 2013) .

Etimológicamente la palabra "episiotomía" derivada de episeión: pubis y temno: yo corto, significa cortar pubis. También llamada Colpoperineotomía, fue descrita por primera vez por Sir FieldingOuld, científico Irlandés que dio a conocer la técnica al mundo en 1742 en su obra "Teatrise of midwifery in threeparts". 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 (médica, 2014).

En España, según datos hasta 2005, existe una amplia variabilidad sobre el porcentaje de episiotomías, desde un 33% hasta un 73%, según Comunidades Autónomas. En el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, la tasa se encuentra en torno al 50% del total de partos. Esta cifra se aleja de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que establece un máximo de un 15% (Ballesteros & Carrillo, La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen , 2016).

En Latinoamérica, su práctica está generalizada y se realiza entre el 87 y el 90% de la atención del parto de las mujeres nulíparas y entre el 57 y el 70% los partos atendidos en instituciones hospitalarias (Calezulto & Arancibia, 2012)

Actualmente la episiotomía se ha convertido en la técnica obstétrica frecuentemente más utilizada esto debido a su objetivo triple por un lado abreviar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal; en segundo lugar evitar el posible desgarro y por último prevenir el prolapso genital y la incontinencia urinaria , sin embargo su uso se ha generalizado más allá del límite establecido por la OMS, sometiendo a mujeres a esta técnica de forma innecesaria.

Antecedentes

En el estudio realizado por Lorenzana y Rodríguez sobre “Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela concluye que: Del total de madres a 929(48%) se les realizó episiotomía y a 3007(52%) no se les realizó episiotomía. La prevalencia total de desgarros fue de 23.08%. Al hacer la episiotomía la frecuencia de desgarros grado III fue de 6.2% y 6.3% para grado IV, lo cual resultó estadísticamente significativo comparado al no realizar episiotomía con 0% al grado III y 0.45% al grado IV. (Lorenzana & Espinal 2001)

Otras investigaciones como la de Wagner, M: “Buscando la máquina de natalidad: la búsqueda de una tecnología de parto apropiada” demuestran que la restricción de la episiotomía para indicaciones específicas tanto para la madre como para el feto conlleva a disminuir las tasas de trauma perineal posterior y la necesidad de suturar así como evitar las complicaciones del periné (Blendón & Mailing, 2007)

Según el estudio “Episiotomía selectiva vs rutinaria para la prevención de laceraciones de tercer o cuarto grado en mujeres nulíparas” 2008: En el grupo de 223 pacientes que se sometieron a una episiotomía de rutina, 32 (14,3%) presentaron laceraciones perineales de tercer o cuarto grado en comparación con 15 (6,8%) en el grupo de 222 pacientes con episiotomía. Sólo la reducción de las laceraciones en el tercer grado fue significativa cuando se analizan por separado. Por otra parte, periuretral, labios Y las laceraciones vaginales superficiales fueron significativamente más frecuentes en el grupo de episiotomía selectiva. La política de realizar episiotomía de línea media selectiva en pacientes nulíparas da como resultado una reducción del riesgo de laceraciones perineales de tercer grado. (Rodriguez A, 2008)

Según el estudio “Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas” La tasa de episiotomía en las mujeres nulíparas en el HUMS de Zaragoza es de un 62%. Entre los factores que influyen en la realización de una episiotomía se encuentran el mayor peso del feto, así como el criterio individual del profesional que asiste el parto. Otros factores como la edad gestacional, el sexo fetal, la analgesia epidural, no influyen en su

realización. El no hacer episiotomía incrementa los desgarros perineales de primer grado, y en menor medida los de segundo, sin que ocasione un mayor riesgo para el bienestar fetal. (Hernandez & Azon, 2014)

En un estudio realizado en 2016 llamado “La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización” el porcentaje global de episiotomías fue de 50%. Las variables clínicas que presentaron una asociación significativa fueron: primiparidad, edad gestacional > 41 semanas, inicio del parto estimulado o inducido, uso de analgesia epidural, uso de oxitocina, posición de litotomía durante la expulsión fetal e instrumentación. Por otra parte, la edad materna fue ≥ 35 años y el peso del recién nacido < 2500g se asoció con una menor incidencia de episiotomía. Concluyendo que las intervenciones obstétricas que se realizaron durante el transcurso del parto fueron las que condicionaron la realización de la episiotomía. (Ballesteros-Meseguer, 2016)

Justificación

La episiotomía es en la actualidad la operación obstétrica que se realiza con más frecuencia. Esta se realiza como coadyuvante de la cirugía obstétrica y en determinadas indicaciones maternas y fetales. Dentro de la práctica de la episiotomía se deben tomar en cuenta que no solo se limita al corte que se realiza, sino también a otros factores como: la técnica, las posibles complicaciones inmediatas, mediatas y a largo plazo, entre otras. Sin embargo, la realización sistemática de la episiotomía es hoy un tema de controversia, al no haberse comprobado clínicamente sus potenciales efectos beneficiosos para la madre (prevención de desgarros complicados, incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso genital) (De Miguel & Mar).

En el trabajo de investigación que se presenta, se realiza una investigación acerca de Indicaciones de episiotomía en pacientes que dieron a luz en el servicio de labor y parto del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Febrero-Mayo del 2017, de esta manera se presenta un aporte para reflexionar y analizar para así establecer de manera acertada a quienes de las pacientes se les debe de realizar la episiotomía; ya que no solamente se realiza cuando existe riesgo para la madre o producto sino de manera regular acarreando consecuencias indeseadas para la usuaria; además se provee información para posteriores investigaciones relacionadas al tema.

Planteamiento del problema

En la actualidad la realización de episiotomías para muchos es un método excelente para evitar desgarros o laceraciones, expulsivos prolongados a la hora del parto, sin embargo se ha generalizado, lo cual ha creado diferentes puntos de vista acerca de sus efectos beneficiosos para la madre.

En el hospital Bertha Calderón en la revisión del cuaderno de registro del servicio de labor y parto del mes de febrero del 2017 se contabiliza que de 340 partos a 136 se les realizó episiotomía lo que representa el 40% lo cual puede justificarse con criterios que avalan su ejecución o al mismo tiempo puede que no tengan justificación válida y se realizan rutinariamente ya sea por falta de conocimiento, por falta de individualización del procedimiento, por falta de humanización al no tomar en cuenta las consecuencias que puede traer a la mujer, aún más al realizarse injustificadamente.

Estas consecuencias o complicaciones pueden alargar la estancia de la paciente en la institución durante el puerperio siendo una carga de estrés para ellas y suponiendo también una carga en cuanto a recursos e insumos que el hospital tiene que costear para su atención. Por tal razón nos hemos planteado la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las indicaciones de episiotomía en las pacientes que dieron a luz en el servicio de labor y parto del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Febrero - Mayo del 2017?

Objetivos

Objetivo general

Valorar las indicaciones de episiotomía en las pacientes que dieron a luz en el servicio de labor y parto del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Febrero-Mayo del 2017.

Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
2. Describir las características obstétricas de la población en estudio.
3. Identificar los tipos de indicación en los que se sustentó la realización de episiotomía.

Marco teórico

Generalidades

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental. Se propuso su uso, por primera vez, de la mano de Ould quien, en 1742, alabó sus beneficios, y se difundió en los países occidentales, hasta un uso rutinario, a partir de 1920 tras los trabajos de Lee y Pomeroy. En las décadas del 70 y 80, con el surgimiento del movimiento naturalista en Estados Unidos, el uso rutinario de la episiotomía comenzó a ser cuestionado. La revisión de toda la literatura publicada en inglés entre 1960 y 1980 realizada por Thacker y Banta en 1983, revelaba la falta de evidencia científica que sustentara los beneficios promulgados en relación a la episiotomía, particularmente respecto a su uso rutinario. Por el contrario, encontraron evidencias considerables sobre los riesgos asociados a la episiotomía, en especial la media, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia. Los autores concluyeron que la episiotomía debería ser restringida a ciertos casos en los que existan indicaciones estrictas para su uso y desafiaron a la comunidad obstétrica a practicar medicina basada en la evidencia y probar los beneficios de la episiotomía en estudios clínicos adecuadamente diseñados. Lamentablemente, este artículo tan polémico no logró estimular la discusión en relación al uso de la episiotomía y no tuvo el impacto esperado en la comunidad obstétrica (Figueira & Ibarra, 2004).

Se realiza, fundamentalmente, para prevenir los desgarros perineales graves, pero su uso de forma rutinaria ha sido cuestionado, y si bien algunos autores defienden que este tipo de intervención debería emplearse libremente, y disminuir la incidencia de desgarros vaginoperineales y de complicaciones a largo plazo, las investigaciones más recientes defienden que su utilización debería restringirse a indicaciones fetales, basándose en que los desgarros perineales de I y II grado causan en la mujer problemas menores, que la propia episiotomía (Juste, Luque, & colaboradores, 2007).

Definición

La episiotomía es una incisión vagino-vulvo-perineal, realizada por el obstetra en el momento del parto, destinada a enderezar, acortar y ampliar el canal del parto. Abrevia el período expulsivo y eventualmente previene desgarros. Es la operación más frecuente que se realiza en las mujeres. (Nassif, 2012)

Descripción anatómica

Los límites del perineo están dados por un marco osteofibroso que tiene forma romboidal, donde: el vértice anterior está dado por el borde inferior de la sínfisis del pubis y las ramas isquiopúbicas, el vértice posterior lo marca la extremidad del cóccix y los ligamentos sacrociáticos mayores, las tuberosidades isquiáticas son los vértices laterales.

La superficie romboidal es dividida en 2 triángulos trazando una línea transversal entre las tuberosidades isquiáticas. Queda así delimitado:

- Un triángulo posterior (o triángulo ano rectal): atravesado por la parte anal del recto, es el perineo posterior o periné anal.
- Un triángulo anterior (o triángulo urogenital): atravesado por la uretra en el hombre, y en la mujer por la uretra y la vagina; es el perineo anterior o periné urogenital.

Músculos

Plano superficial

- Músculo esfínter externo del ano
- Músculo transverso superficial
- Músculo isquiocavernoso
- Músculo bulboesponjoso, que recubre la cara externa del bulbo
- Músculo constrictor de la vulva

Plano medio

- Músculo transverso profundo del periné
- Músculo esfínter uretrovaginal: se extiende formando un esfínter abierto en su parte posterior, que rodea a la uretra y a la vagina
- Músculo compresor de la uretra

Plano profundo

- Músculo elevador del ano
- Músculo isquiococcígeo

Irrigación e inervación

La inervación del periné viene dada por el nervio pudendo, un nervio motor y sensitivo, el cual nace del plexo sacro (S2-S4). En su trayecto es acompañado por la arteria pudenda interna, recorriendo las paredes laterales de la pelvis de cada lado adosado al músculo piriforme. Cuando llega a la espina ciática—aún un tronco nervioso común—la arteria abandona al nervio, el cual sale de la pelvis por el agujero ciático mayor, da un giro y entra de nuevo a la pelvis por el agujero ciático menor hasta la tuberosidad isquiática, donde comienza a dar sus ramas:

- Ramas perineales profundas y superficiales, las cuales inervan los planos superficiales y profundos del periné. Alcanza los tejidos subcutáneos de la vulva. Inerva a los músculos del plano superficial del periné, la piel y las porciones internas de los labios mayores, menores y el resto del vestíbulo vulvar.
- Rama hemorroidal inferior, inerva al músculo esfínter externo del ano y a la piel adyacente.
- Nervio dorsal del clítoris, que es su rama terminal en el sexo femenino y el nervio dorsal del pene, su homólogo masculino (EcuRed, 2017).

Clasificación

Mediana:

Inicia en la horquilla vulvar posterior y corta el rafe medio 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 desgarró del mismo (Moreira & Torres, 2013).

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> Más fácil de reparar Mejor resultado estético Se asocia con menos dolor después del parto 	<ul style="list-style-type: none"> La principal es que esta se relaciona con una mayor incidencia de desgarros obstétricos de tercer y cuarto grado en comparación con una episiotomía medio lateral o sin episiotomía. (Nassif, 2012)

Medio lateral:

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 rafe medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano (Moreira & Torres, 2013).

Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen (Moreira & Torres, 2013).

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> La incisión quirúrgica se aleja del esfínter anal lo que protege al esfínter y recto de lesiones debido a extensión. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnicamente más difícil de reparar. Se asocia a una mayor pérdida sanguínea. Se ha asociado a más dolor postparto y dispareunia.

Lateral:

Desde el tercio inferior del labio mayor hacia el costado y se dirige a la tuberosidad isquiática abarcando los tejidos del labio mayor. Existe mayor riesgo de compromiso de las glándulas de Bartholino. Es la menos utilizada. (Nassif, 2012)

Epidemiología

Con el tiempo han cambiado las tendencias en la práctica obstétrica y esto dio lugar a una disminución de la prevalencia del procedimiento (1,6 millón de procedimientos en 1992 frente a 716.000 en 2003). La tasa de episiotomías es de aproximadamente 60% en los Estados Unidos y 30% en promedio en Europa. (Nassif, 2012)

En los Estados Unidos se realiza episiotomía 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%) según una revisión de trabajos desde 1996 y 2012; y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán. (Rodríguez & Camacho, 2014) La Argentina tiene tasas de episiotomías mayores del 80%. (Nassif, 2012)

En los últimos años empieza a observarse una reducción de esta práctica. En el momento actual se estima que la práctica de la episiotomía no debería exceder del 30% de los partos.

Indicaciones de episiotomía

Los objetivos al realizar una episiotomía pueden resumirse en los siguientes:

- Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal.
- Evitar posible desgarro perineal.
- Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

(Rodríguez & Camacho, 2014)

Según la normativa 011 del MINSA “Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo” realización de episiotomía solo si es imprescindible. La episiotomía no se debe realizar como procedimiento de rutina. Si se estima que los factores que predisponen a desgarros son insuperables, se debe efectuar

infiltración perineal con anestesia local antes de iniciado el desprendimiento, para posteriormente realizar una episiotomía.

La episiotomía debe considerarse sólo en los casos de: Parto vaginal complicado: nulíparas con periné resistente, parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica, cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados, sufrimiento fetal.

De ello se deduce que las indicaciones se clasificarán en tres grandes grupos:

Maternas

- Inminencia de desgarro vulvo-vaginoperineal: Existen nulíparas que no la ameritarían y, por el contrario, en algunas multíparas es preciso realizarla. Un arco subpúbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino selectiva (Moreira & Torres, 2013).
- Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo:
- Talla menor de 150 cm
- Pre-Eclampsia/Eclampsia/hipertensión arterial, (Síndrome Hipertensivo Gestacional)
- hipertensión endocraneana
- patologías vasculares del S.N.C
- hipertensión ocular
- cardiopatías
- neumopatías

Fetales

- Macrosomía
- Pérdida del bienestar fetal en el segundo período del parto, con objetivo de prevenir la hipoxia fetal mediante una expulsión rápida.
- Presentación pélvica.
- Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas.

- Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacra.

Pueden resumirse en el siguiente cuadro extraído de Rubio Romero (2004):

Tabla 1. Uso y evidencia de la episiotomía en la práctica clínica:

Ventajas teóricas e indicaciones de la episiotomía	
Evitar degarros (evidencia en contra)	Embarazo múltiple (indicación especulativa)
Prevención de un desgarro o lesión del esfínter anal (evidencia en contra)	Sufrimiento fetal (indicación relativa)
Minimiza el trauma del piso pélvico (evidencia en contra)	Mejoría de la actividad sexual (evidencia en contra)
Prevención de cistocele o rectocele y Relajación pélvica (evidencia en contra)	Parto pretérmino: por la reducción de la presión intracranial fetal. Depende que tan prematuro; (indicación especulativa con escasa evidencia en contra)
Requisitos para la instrumentación del parto. (evidencia contradictoria) no es indicación absoluta en uso de espátulas, fórceps o vacuum. Indicación real cuando sea absolutamente necesario el parto expedito antes de nueve minutos o 2 – 3 contracciones	Acortamiento del expulsivo (lo acorta aproximadamente en nueve minutos en las nulíparas pero no en todas las multíparas; si existe temor por el bienestar fetal, la episiotomía esta indicada)
Complicaciones y desventajas de la episiotomía	
Extensión hasta el recto. Aumento significativo del riesgo de laceraciones complicadas	Resultado anatómico insatisfactorio y dispareunia
Infecciones	Sangrado
Fístula	Celulitis y fascitis necrotizante

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio:

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El presente estudio se realizará en el Hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en el sector sur de Managua, cercano al Mercado Israel Lewites. Es considerado el centro nacional de referencia para las patologías gineco-obstétricas y cuenta con los servicios de: Emergencia, Consulta Externa, centro adolescente, labor y Parto, Alto Riesgo Obstétrico, Maternidad (Puerperio Fisiológico y Patológico, Post Quirúrgico), Complicaciones Obstétricas, Ginecología, Oncología, Neonatología y Patología.

El servicio de Labor y Parto es el sitio en donde todas aquellas mujeres con trabajo de parto, aptas para finalización del embarazo por vía vaginal, llegan a dar a luz, ya sea proveniente de la emergencia o del área de inducción en Alto Riesgo Obstétrico. Este servicio cuenta con 4 cuartos de expulsivo, equipados con una camilla ginecológica, mesa de mayo, cuna térmica y lámpara de cuello de cisne. Existen 6 cuartos disponibles para las pacientes, cada uno con una o dos camillas y monitores cardíacos fetales para cada una; también se dispone de un cuarto de revisión. Finalmente se encuentra disponible el área conocida como “pre-labor” en donde se envían a aquellas pacientes que no tienen trabajo de parto activo. Diariamente nacen aproximadamente 12 bebés en este servicio.

Universo.

Constituido por 1618 pacientes que dieron a luz, basadas en el historial de atención, que consta en registros del servicio de labor y parto del hospital durante el período de febrero a mayo del 2017.

Unidad de estudio.

Constituido por 546 pacientes a las cuales se les realizaron episiotomía.

Muestra:

Tamaño muestral

Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó la regla de tres para sacar el 20% de nuestra unidad de estudio:

$$546/100\%=X/20\%$$

$$546 \times 20\% / 100\% = X$$

$$10920 / 100 = X$$

$$X = 109$$

El tamaño de la muestra es de 109 pacientes a la cuales se les realizó episiotomía.

Tipo de Muestreo

Se realizará muestreo probabilístico aleatorio simple. Utilizando la tabla de números aleatorios.

Criterios de Inclusión

Expediente completo para el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes cuyos datos de atención del parto estén incompletos o con letra ilegible en el expediente.

Fuente de información

La información a obtener para el desarrollo del estudio utilizará una fuente secundaria, considerando que los datos serán tomados del expediente clínico.

Métodos, Técnicas e Instrumentos:

Procedimientos:

Para la revisión de expedientes clínicos se solicitará la autorización para la obtención de los mismos, a través de una carta dirigida a las autoridades administrativas del hospital, con copia al servicio de labor y parto y al departamento de estadística. Dicha carta será elaborada por los autores y tutores con la autorización de las autoridades académicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua.

Una vez obtenidos los datos se aplicará un instrumento con preguntas cerradas, posterior a ello se llevará a cabo el procesamiento de datos, análisis y presentación de los resultados.

Técnica a utilizar:

La técnica a utilizar será la revisión documental, específicamente los expedientes clínicos de las pacientes a estudio proporcionados por el departamento de estadística.

Instrumento:

Se elaborará una ficha para la recolección de los datos provenientes del expediente clínico, que contendrá los siguientes acápite:

1. Características sociodemográficas.
2. Características obstétricas
3. Indicaciones de episiotomía:
 - a. Maternas
 - b. Fetales

Se realizará la validación de dicho instrumento en un 10% de la muestra, en expedientes clínicos obtenidos del servicio de Maternidad del hospital, de aquellas pacientes ingresadas en Puerperio Fisiológico o Patológico al momento de la validación, con el propósito de identificar potenciales errores y realizar los ajustes requeridos.

Plan de Tabulación y análisis:

Para el procesamiento y la tabulación de la información se diseñará una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics 19. Se elaborarán tablas de frecuencias absolutas y porcentajes para cada variable a estudio.

Consideraciones éticas

La información obtenida de los expedientes clínicos será manejada de forma confidencial, se protegerá la privacidad de las mujeres involucradas en el estudio. No se darán a conocer datos personales que puedan comprometer la integridad del paciente o el personal de salud. En ningún momento se transgredirán los principios básicos de la ética: justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía

Enunciado de variables según objetivo

Características sociodemográficas

- Edad
- Escolaridad
- Procedencia

Características obstétricas

- Gestas
- Para
- Abortos
- Semanas de gestación
- Índice de masa corporal
- Peso

Tipos de indicaciones de episiotomía

- Indicaciones maternas
- Indicaciones fetales

Operacionalización de variables.

Objetivo#1 Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.				
Variable	Definición operativa	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual		Años	< 20 20-35 >35
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la mujer hasta el momento del estudio		Registro en expediente clínico.	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad completa Universidad incompleta Técnico superior
procedencia	Zona geográfica en la que habita el individuo		Registro en expediente clínico	Urbano Rural

Objetivo #2 Describir las características obstétricas de la población en estudio.

Variable	Definición operativa	Dimensión	Indicador	Escala
Características obstétricas	Condiciones presentes en la mujer al momento de la gestación y parto (incluyendo antecedentes de gestaciones previas)	Gestas	Número de embarazos previos	Primigesta Bigesta Multigesta Gran multigesta
		Para	Número de partos previos	Nulipara Primipara Multipara Gran multipara
		Abortos	Número de abortos	0, 1, 2, 3, 4, 5, más
		Semanas de gestación	Número de semanas de gestaciones	<37 37- 41 >41
		Índice de masa corporal	<18.5 Bajo peso 18.5-24.9 Peso normal 25-29.9 Sobrepeso >0= a 30 Obesidad	<18.5 18.5-24.9 25-29.9 >0= a 30
		Peso	kilos	<50 50-70 >70

Objetivo#3 Identificar los tipos de indicación en los que se sustentó la realización de episiotomía.

Indicaciones maternas	Condiciones clínicas presentes en la madre que ameritan la realización de episiotomía descritas en el expediente	Inminencia de desgarro vulvo-vaginoperineal	Poca elasticidad perineal	Si no
			Síndrome hipertensivo gestacional	Si no
			Hipertensión endocraneana	Si No
			Patologías vasculares del sistema nervioso central.	Si No
			Hipertensión ocular	Si No
			Cardiopatías	Si No
			Neumopatías	Si No
Indicaciones fetales	Condiciones clínicas presentes en el feto que ameritan la realización de episiotomía descritas en el expediente.		Edad Gestacional	Pretérmino Termino Postérmino
			Macrosomía	Si No
			Feto con retardo del	Si

			crecimiento intrauterino.	No
			Perdida del bienestar fetal	Si No
			Presentación pélvica.	Si No
			Distocia de hombros	Si No
			Presentación cefálica en variedades deflexionadas	Si No
			Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacro.	Si No

Resultados

El universo lo constituyeron 1618 pacientes que dieron a luz en los meses de Febrero a Mayo de 2017, de este total a 546 (34%) pacientes se les realizó episiotomía. En el estudio se analizó una muestra total de 109 pacientes a las cuales se les realizó episiotomía y se encontraron las siguientes características demográficas: La edad mínima 14 años y máxima 31 con una media de 19 años, las edades más frecuentes son menores de 20 años con 61 pacientes (56%), seguido de 20 a 35 años con 48 mujeres (44%) (Tabla 1).

En cuanto a la escolaridad se encontró que la mayoría de las pacientes eran de secundaria incompleta con 54 (49.5%) mujeres, seguido de primaria incompleta con 13 (11.9%) casos, secundaria y primaria completa con 12 (11.0%) mujeres, universidad incompleta con 11 (10.1%) casos, universidad completa 5 (4.6%) pacientes, analfabeta 2 (1.8%) y técnico superior 0 pacientes. (Tabla 2). Se encontró que 85 (78%) de las pacientes estudiadas eran originarias de zona urbana y 24 (22%) de zona rural (Tabla 3).

Respecto a las características obstétricas se encontró que 98 (89.9%) eran primigestas, 9 (8.3%) bigestas, 2 (1.8%) multigestas y ninguna gran multigesta (Tabla 4). En cuanto a la paridad, 103 (94.5%) fueron nulíparas y 6 (5.5%) primíparas no encontrándose múltiparas ni gran múltiparas (Tabla 5). En relación al antecedente de aborto 102 (93.6%) pacientes no poseían, 6 (5.5%) mujeres tuvieron 1 y 1 (0.9%) paciente poseía 2 (Tabla 6). Las semanas de gestación más frecuentes estaban entre las 37-41 semanas de gestación con 106 (97,2) casos y 3 (2,8%) mujeres tenían menos de 37 semanas y no se encontró mayores de 41 semanas (Tabla 7). El peso más frecuente se encontraba entre el rango de 50-70 kg con 73 (67%) pacientes, seguido de las mayores de 70 kg con 31 (28%) mujeres y por ultimo las que pesaban menos de 50 kg que fueron 5 (5%) pacientes (Tabla 8). En cuanto al índice de masa corporal 49 (45%) mujeres estaban entre el rango de 25-29, 34 (31.2%) casos mayor de 30 y 26 (23.9%) pacientes entre 18-24 (Tabla 9).

En relación a las indicaciones maternas 86 (78%) mujeres no tenían ninguna indicación, seguido de síndrome hipertensivo gestacional con 14 (12,8%) casos, poca elasticidad perineal con 9 (8.3%) pacientes y neumopatía con 1 (0.9%) caso (Tabla 10).

Dentro de la indicaciones fetales 103(94,4%) bebés no presentaron ninguna, feto pretérmino 3 (2.7%) casos, retardo del crecimiento intrauterino con 2 (1.8%) casos y pérdida del bienestar fetal con 1 (0.9%) caso (Tabla 11). Del total de las pacientes estudiadas que fueron 109, 82 mujeres (75.22%) fueron sometidas a episiotomías sin ninguna indicación escrita en su expediente clínico, incluidas tanto las indicaciones maternas y fetales, y solo en 27 pacientes (24.77%) la incisión fue justificada por una o más indicaciones. (Tabla 12).

Discusión y análisis

Del total de pacientes que dieron a luz en los meses de Febrero a Mayo al 34% se les practicó la técnica quirúrgica de episiotomía, lo cual duplica el porcentaje recomendado por la organización mundial de la salud de 15% de todos los partos, sin embargo este resultado se encuentra por debajo en relación a la práctica de esta técnica en algunos países europeos, tal es el caso de España (Zaragoza) en donde un estudio de 2014 sobre factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en mujeres nulíparas, encontró que al 62% de las pacientes se les realizó episiotomía. En Latinoamérica, su práctica está generalizada y se realiza entre el 87 y el 90% de la atención del parto de las mujeres nulíparas y entre el 57 y el 70% los partos atendidos en instituciones hospitalarias (Calezulto & Arancibia, 2012)

Refiriéndonos a la edad se observó que la mayoría de las pacientes eran menores de 20 años lo cual se corresponde a lo encontrado en el trabajo de Barrera (2005) en donde las edades más frecuentes eran menores de 20 años de edad seguido de aquellas que se encuentran en edad fértil de 20-35 años, lo que también concuerda con las altas tasas de embarazo en adolescentes en el país, a nivel nacional 3 de cada 10 mujeres de 20 a 24 años resultaron embarazadas antes de los 18 años (Baca, 2017); siendo la mayoría menores de 20 años podría suponer falta de colaboración por parte de estas al momento del parto, pudiendo alargar el periodo expulsivo poniendo en riesgo la vitalidad fetal (Tabla 1).

El embarazo en la adolescencia es un factor importante que afecta la salida femenina de la secundaria, lo que reafirma los datos encontrados en escolaridad ya que predominó la secundaria incompleta con 54 pacientes de nuestra muestra, seguido de primaria incompleta, por otro lado se encontró que 85 de las pacientes son originarias del área urbana, no obstante estas variables no son de importancia a la hora de realizar la técnica quirúrgica de episiotomía (Tabla 2 y 3).

En cuanto a los antecedentes obstétricos el 89.9% eran primigestas lo que puede evidenciarse con que la mayoría de las pacientes fueron menores de 20 años de edad con su primer embarazo y por ende la mayor parte eran nulíparas; según

la literatura estas pacientes pueden presentar periné resistente es decir con poca capacidad elástica; dada esta característica, durante el movimiento de cornada, la nariz del bebé (que es empujado con fuerza y velocidad por el útero) impacta contra el piso pélvico de manera abrupta y como consecuencia se produce el desgarro; con respecto a esto según la normativa 011 del MINSA “Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo” enfatiza que la episiotomía debe considerarse solo en caso de nulíparas con periné resistente, con esto se puede asumir que ser primigesta o nulípara no es una indicación definitiva para realizar episiotomía sino que es valorable hasta el momento del parto; en este estudio solo a 7 de las 103 nulíparas se les justifico la episiotomía por periné resistente en el expediente, 16 nulíparas poseían alguna otra indicación ya sea materna o fetal y 80 nulíparas no tenían ninguna otra indicación reflejada (Tabla 4 y 5).

Se pudo observar que casi en su totalidad los embarazos estaban entre las semanas 37-41 ya que aquellos pretérminos en trabajo de parto se trata de prolongar lo más posible las semanas de gestación hasta llegar a término y los postérmino se les indica cesárea, a pesar de ello dentro del total de la muestra 3 pacientes cursaban con semanas de gestación menor de 37, la literatura menciona que la frecuencia de anomalías de la presentación fetal (pélvica) es mayor que en el parto a término, existe un mayor riesgo de traumatismo fetal, menor tolerancia y mayor sensibilidad a la asfixia, por lo que los objetivos de la asistencia son disminuir el riesgo de asfixia y traumatismo fetal (Tabla 7).

En lo que respecta al IMC el 45% está en sobrepeso y el 31.2% en obesidad; esta última en la gravidez se representa mayor riesgo para el binomio, según un artículo sobre gestación y obesidad “desde el punto de vista de la morbilidad materna, la obesidad pregrávida materna incrementa de manera significativa el riesgo de diversas complicaciones ya sea durante el embarazo, parto y posparto inmediato”, derivado a esta condición se desencadena otros factores decisivos para realizar episiotomía como trastornos hipertensivos, parto pretérmino, enfermedades respiratorias (asma, apnea obstructiva del sueño), mayor riesgo de fetos macrosómicos (independientemente de la presencia o no de diabetes gestacional), en estas gestantes los partos son de mayor duración a expensas de una fase de dilatación activa de evolución mucho más lenta, pérdida del

bienestar fetal, parto pretérmino (Gallos, 2013). Aquí juega un papel muy importante los controles prenatales de estas paciente donde el monitoreo, vigilancia e intervención constante en el peso es crucial para evitar tanto complicaciones maternas (ya sea mediatas o futuras) como fetales (Tabla 8 y 9).

De aquellas pacientes que fueron sometidas a la realización de episiotomía el 12.8% fue por síndrome hipertensivo gestacional; en este caso la principal causa de compromiso fetal ocurre como consecuencia de la reducción de la perfusión úteroplacentaria reducida (Ciero, Rodriguez, & Fernández, 2003) , 8.3% poca elasticidad perineal, 0.9% neumopatía, según la literatura la principal consecuencia es la hipoxia que sufren ambos madre y bebé más aún en las exacerbaciones de las enfermedades, y que aumenta en el momento del parto lo cual supone riesgo mortal principalmente para el bebé; de manera que estos tres factores (síndrome hipertensivo, poca elasticidad perineal y neumopatías) encontrados en el estudio tienen como consecuencia común mayor riesgo de hipoxia para el bebé por tal razón la intervención debe ser dirigida a disminuir la morbi mortalidad; no obstante el resto de pacientes 78% no tenían ninguna indicación materna en el expediente(Tabla 10).

La indicación fetal más frecuente fue feto pretérmino 2.7% (3), seguido por CIUR con 1.8%, en este estudio se encontraron 2 casos, según un artículo sobre crecimiento intrauterino retardado realizado por el Dr Ramón Pérez el parto puede resultar un estrés excesivo para estos fetos, ya que se reconoce en esta patología un franco incremento del sufrimiento fetal intraparto, riesgo de depresión neonatal, acidosis entre otros que en conjunto a largo plazo representaría un obstáculo para el desarrollo del bebé tanto en aumento de la morbilidad, retraso del aprendizaje, alteraciones del comportamiento, trastornos neurológicos (Pérez & Rodriguez, 2011) (Tabla 11).

Por último pérdida del bienestar fetal con 0.9% que representa 1 caso del total de la muestra, esta es una condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que causan una perturbación metabólica compleja, debida a disminución del intercambio gaseoso materno fetal, de una evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la hemostasia fetal, da lugar a hipoxia, hipercapnea y acidosis fetal, pudiendo llegar a lesiones tisulares

irreparables, la muerte del feto o comprometiendo la adaptación neonatal y sumado a esto el trabajo de parto produce fisiológicamente periodos intermitentes de hipoxemia relativa lo que es tolerado por los fetos sanos sin embargo en estos casos se debe guiar el parto de manera que se evite lo más posible la vitalidad del feto por tal motivo la episiotomía se realiza como una técnica que acorta el periodo crítico; el restante de la muestra 94.4% no tenía ninguna indicación fetal expresada en el expediente (Tabla 11).

De las 109 pacientes estudiadas, solamente 27 mujeres (24.77%) poseían alguna indicación expuesta en su expediente para la realización de la episiotomía; el resto, 82 pacientes (75.22%) no tenían ninguna indicación planteada en su expediente clínico, que justificara la ejecución de la incisión quirúrgica (Tabla 12).

Conclusión

Se estudiaron 109 pacientes a las que se les realizó episiotomía, predominando en las características demográficas la edad menor de 20 años; secundaria incompleta y zona urbana.

Referente a las características obstétricas sobresalieron las pacientes primigestas, nulíparas, no poseían antecedentes de abortos y gran parte del grupo estudiado se encontraban en sobrepeso.

Las indicaciones maternas encontradas fueron abreviar el expulsivo en pacientes con síndrome hipertensivo gestacional, neumopatía y poca elasticidad perineal; en indicaciones fetales se encontró retardo de crecimiento intrauterino, pérdida del bienestar fetal y feto pretérmino.

Recomendaciones

- A los directores de hospitales, junto a sub director docente y jefes de servicio principalmente del servicio de labor y parto mantener una educación continua a todo el personal médico, paramédico referente a las indicaciones propias de una episiotomía.
- A los jefes de servicio de labor y parto mantener una vigilancia estricta sobre el personal médico que atiende partos para que escriba de forma clara y concreta en el expediente el motivo por el cual se le está realizando un corte en sus genitales; lo cual servirá de base científica para evaluaciones sub siguientes de la calidad de atención brindada.

Bibliografía

- Baca, L. (2017). Banco mundial inquieto por deserción en secundarias de Nicaragua. *La prensa*.
- Ballesteros, C., & Carrillo, C. (2016). *La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02686.pdf
- Ballesteros, C., & Carrillo, C. (2016). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02686.pdf
- Blendón, T., & Mailing, C. (Mayo de 2007). Episiotomía rutinaria en primigestas riesgo beneficio en la sala de labor y parto de hospital Amistad de Japón-Nicaragua del departamento de Granada Septiembre Noviembre del 2006. Managua, Managua, Nicaragua.
- Calezulto, M., & Arancibia, F. (Agosto de 2012). *Revistas bolivianas*. Obtenido de Scielo: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S8888-88882012000200008&script=sci_arttext
- Ciero, M., Rodriguez, D., & Fernández, F. (Diciembre de 2003). Hipertensión arterial: riesgos para la madre y el bebé. *Pharmacy Practice*, 91-98. Obtenido de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=69010301>
- De Miguel, C. j., & Mar, S. (s.f.). *Episiotomía: criterio obstétrico actual*. Obtenido de <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/documentos/obstetricia/nuevo/cap6a.pdf>
- EcuRed. (Septiembre de 2017). *EcuRed*. Obtenido de Periné: <https://www.ecured.cu/Perin%C3%A9>
- Figueira, L., & Ibarra, M. (Septiembre de 2004). *SCIELO*. Obtenido de Revista de de obstreticia y ginecología de Venezuela: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000300001
- Gallos, J. L. (2013). *Hospital Universitario Virgen de las nieves*. Obtenido de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_09_gestacion_y_obesidad.pdf
- Juste, A., Luque, R., & colaboradores, y. (Agosto de 2007). *Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizados por matronas*. Obtenido de www.federacion-matronas.org/rs/172/...54ec.../05-11-art-orig-episio-indd.pdf
- médica, R. c. (2014). Episiotomía: procedimiento de elección y no de rutina. *Scielo*, 1.

Moreira, C., & Torres, A. (Septiembre de 2013). *Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarras perineales y su reparación*. Obtenido de <https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/images/Gui%CC%81a%20taller%20Episiotomi%CC%81a%2C%20episiorrafi%CC%81a.pdf>

Nassif, J. C. (2012). *Obstetricia - Fundamentos y enfoque practico*. Panamericana.

Pérez, R., & Rodriguez, A. (2011). *Ilustrados*. Obtenido de <http://www.ilustrados.com/tema/8542/Crecimiento-intrauterino-retardado-Algunos-Aspectos.html>

Rodríguez, C., & Camacho, L. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Med*, 53-57.

Sarmiento, C., & Torres, A. (Septiembre de 2013). *Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarras perineales y su reparación*. Obtenido de <http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/images/Gui%CC%81a%20taller%20Episiotomi%CC%81a%2C%20episiorrafi%CC%81a.pdf>

Anexos

Ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Edad: _____	< o = 20	
	21-25	
	26-30	
	31-35	
	>35	
Escolaridad	Analfabeta	
	Primaria completa	
	Primaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Universidad completa	
	Universidad incompleta	
Técnico superior		
Procedencia	Urbano	
	Rural	

Características obstétricas	Gestas	
	Paras	
	Abortos	
	SG	
	IMC	
	Peso	

		SI	No
Indicaciones maternas	Poca elasticidad perineal		
	Síndrome hipertensivo gestacional		
	Hipertensión endocraneana		
	Patologías vasculares del SNC		
	Hipertensión ocular		

	Cardiopatías		
	Neumopatías		
Indicaciones fetales	Edad gestacional	Pretérmino	
		Término	
		postérmino	
	Macrosomía		
	Feto con retardo del crecimiento intrauterino		
	Pérdida del bienestar fetal		
	Presentación Pelvica		
	Distocia de hombros		
	Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas		
	Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacro.		

Tablas y gráficos

Tabla No. 1

Edad de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 20 años	61	56%
20 - 35 años	48	44%
>35 años	0	0
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 2

Escolaridad de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	1,8%
Primaria completa	12	11%
Primaria incompleta	13	11,9%
Secundaria completa	12	11%
Secundaria incompleta	54	49,5%
Universidad completa	5	4,6%
Universidad incompleta	11	10,1%
Técnica superior	0	0
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 3

Procedencia de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	85	78%
Rural	24	22%
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 4

Gesta de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Gesta	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	98	89,9%
Bigesta	9	8,3%
Multigesta	2	1,8%
Gran Multigesta	0	0
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 5

Para de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Para	Frecuencia	Porcentaje
Nulipara	103	94,5%
Primipara	6	5,5%
Multipara	0	0
Gran Multipara	0	0
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 6

Antecedentes de aborto en las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
0	102	93,6%
1	6	5,5%
2	1	0,9%
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 7

Semanas de gestación/ Edad gestacional de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
Pretermino (<37 semanas)	3	2,8%
Término (37-41 semanas)	106	97,2%
Postérmino (>41 semanas)	0	0
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 8

Peso de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Peso	Frecuencia	Porcentaje
<50 kg	5	5%
50-70kg	73	67%
>70	31	28%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 9

IMC de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

IMC	Frecuencia	Porcentaje
<18.5 Bajo peso	0	0%
18.5-24.9 Peso normal	26	23,9%
25-29.9 Sobrepeso	49	45%
>O = 30 Obesidad	34	31,2%
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 10

Indicaciones maternas de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Indicaciones Maternas	Frecuencia	Porcentaje
Poca elasticidad perineal	9	8,3%
Síndrome hipertensivo gestacional.	14	12,8%
Hipertensión endocraneana	0	0
Patologías vasculares del sistema nervioso central.	0	0
Hipertensión ocular	0	0
Cardiopatías	0	0
Neumopatías	1	0.9%
Ninguna	86	78%
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 11

Indicaciones fetales de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.

Indicaciones fetales	Frecuencia	Porcentaje
Retardo del crecimiento intrauterino	2	1,8%
Perdida del bienestar fetal	1	0,9%
Feto pretermino	3	2.7%
Macrosomia	0	0
Presentación pélvica	0	0
Distocia de hombros	0	0
Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas.	0	0
Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacra.	0	0
Ninguna	103	94,4%
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Tabla No. 12

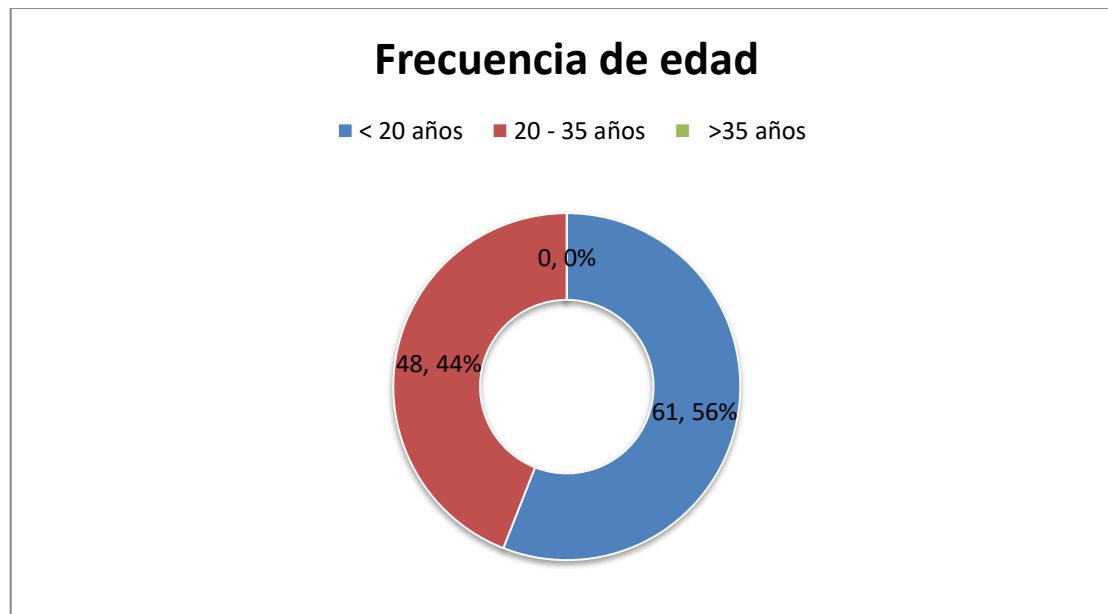
Pacientes a las que se les realizó episiotomía con justificación en expediente clínico en el periodo febrero – mayo del 2017.

Indicación	Frecuencia	Porcentaje
Con Indicación justificada en expediente clínico.	27	24.77%
Sin indicación justificada en expediente clínico.	82	75.22%
Total	109	100%

Fuente: Expediente clínico

Grafico No. 1

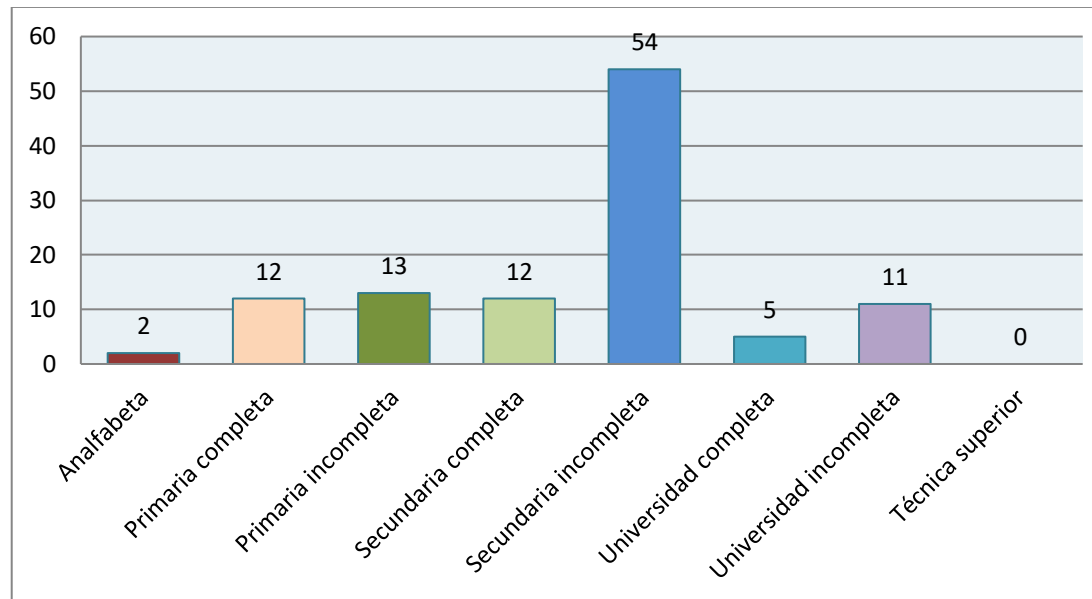
Edad de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 1

Grafico No.2

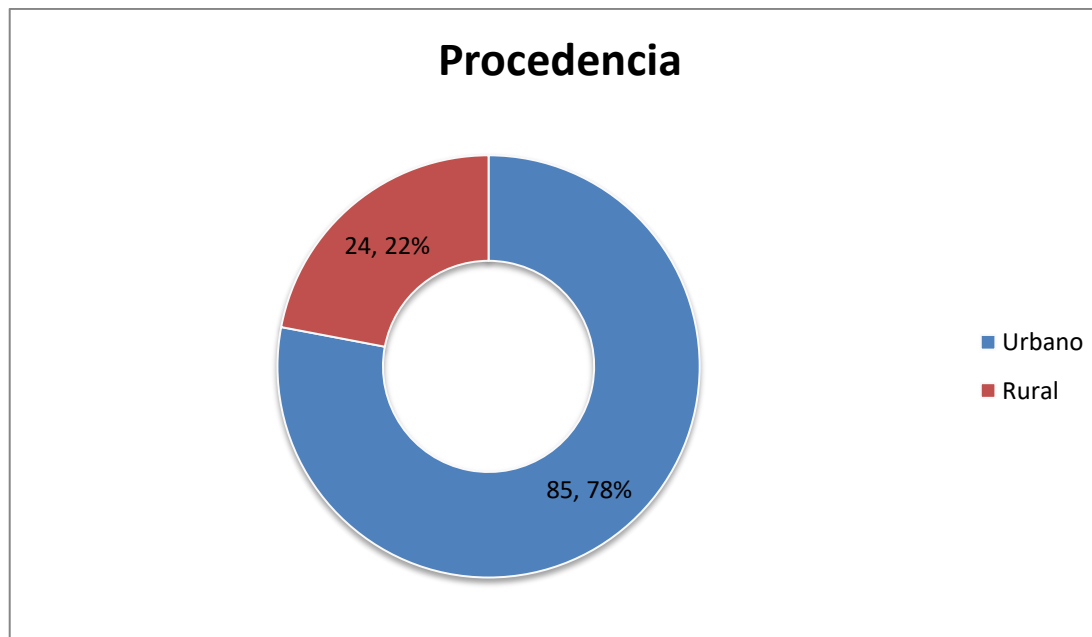
Escolaridad de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No.2

Grafico No. 3

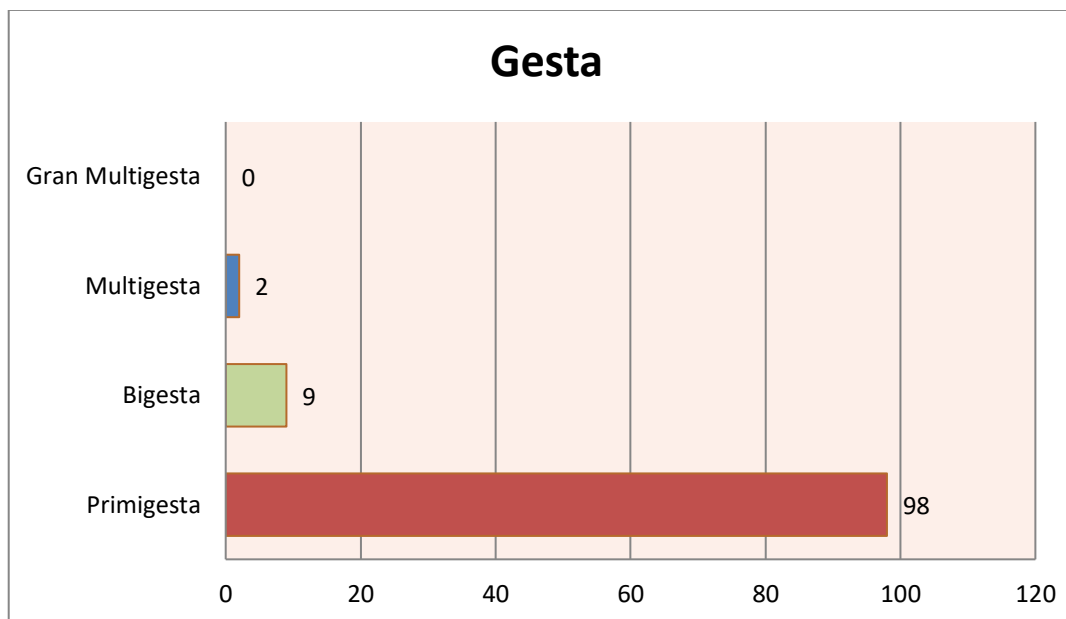
Procedencia de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 3

Grafico No. 4

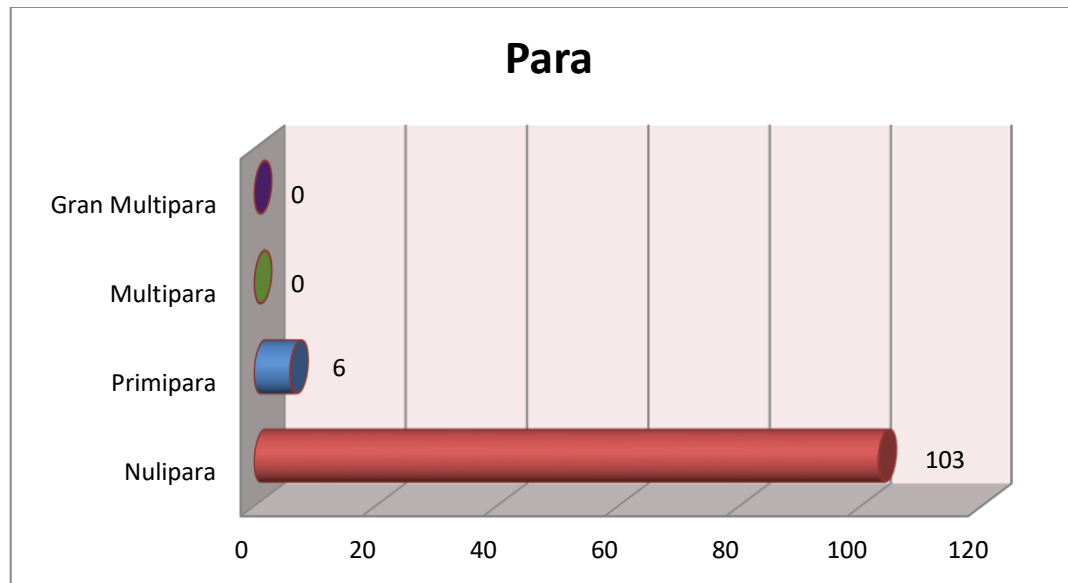
Gesta de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 4

Grafico No.5

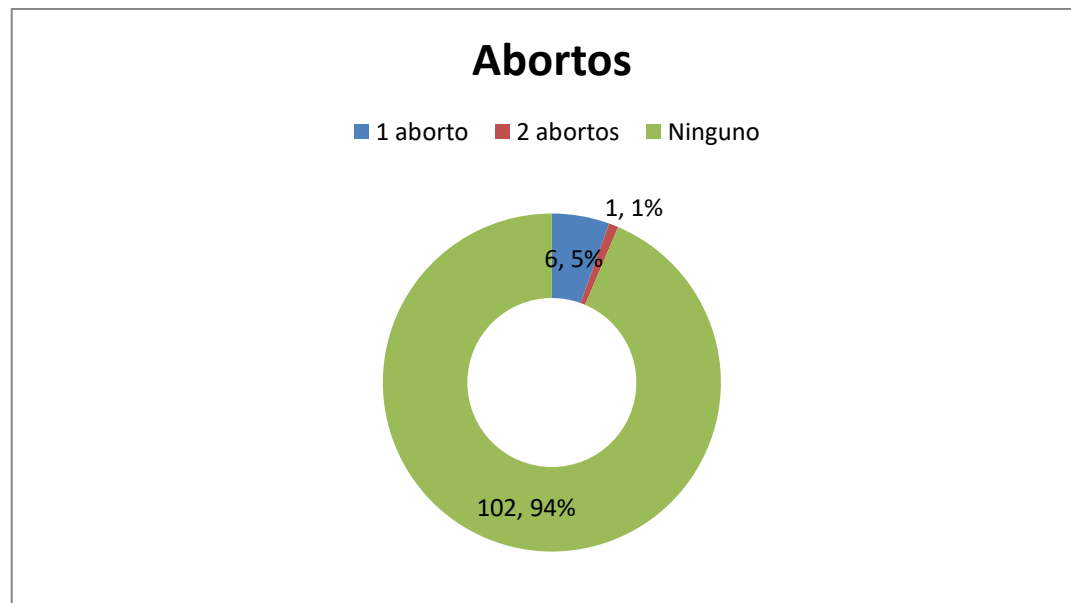
Para de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 5

Grafico No. 6

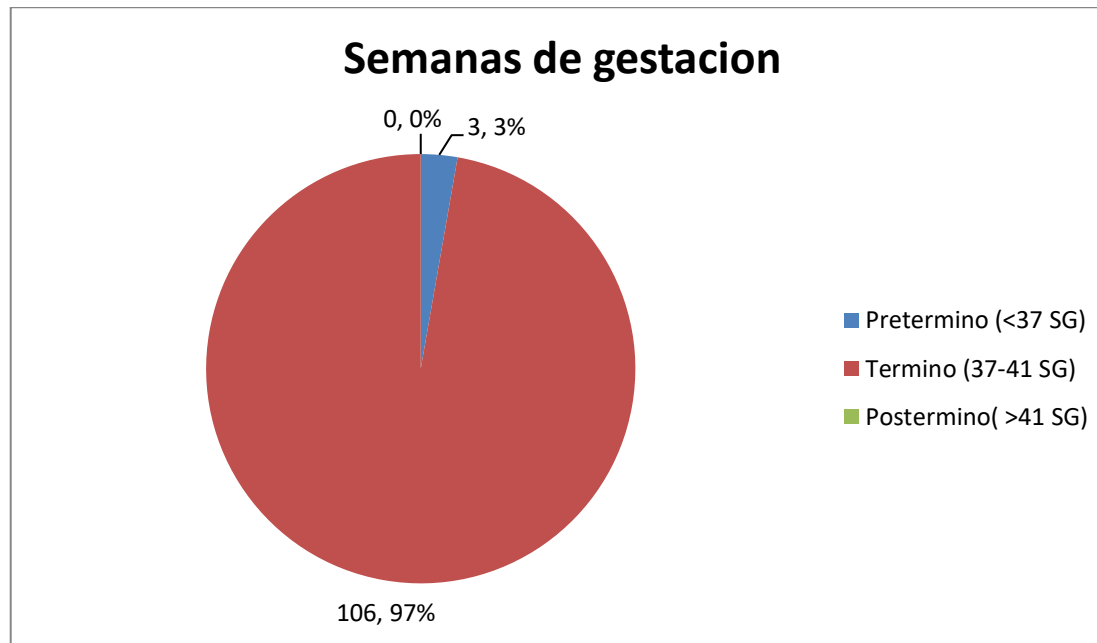
Antecedentes de aborto en las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 6

Grafico No. 7

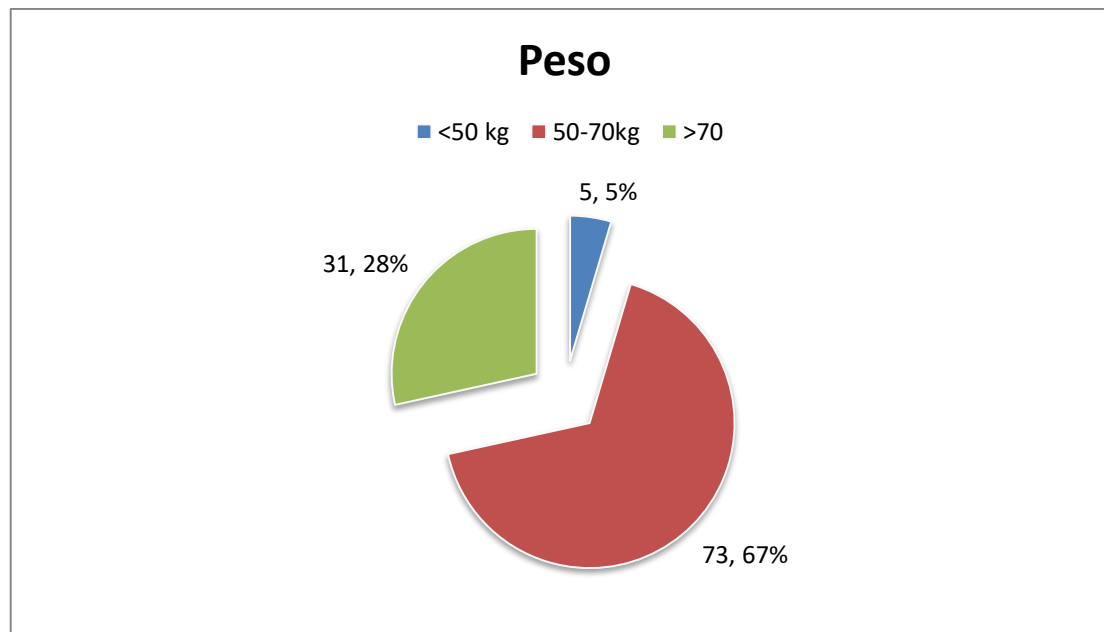
Semanas de gestación/edad gestacional de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 7

Grafico No. 8

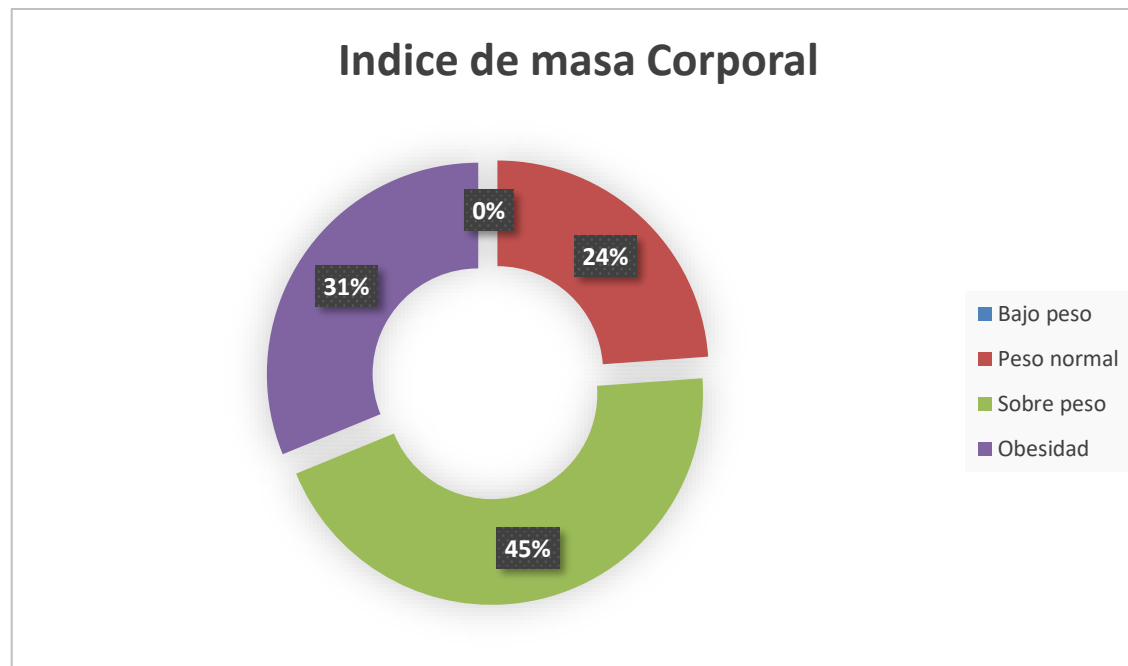
Peso de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 8

Grafico No. 9

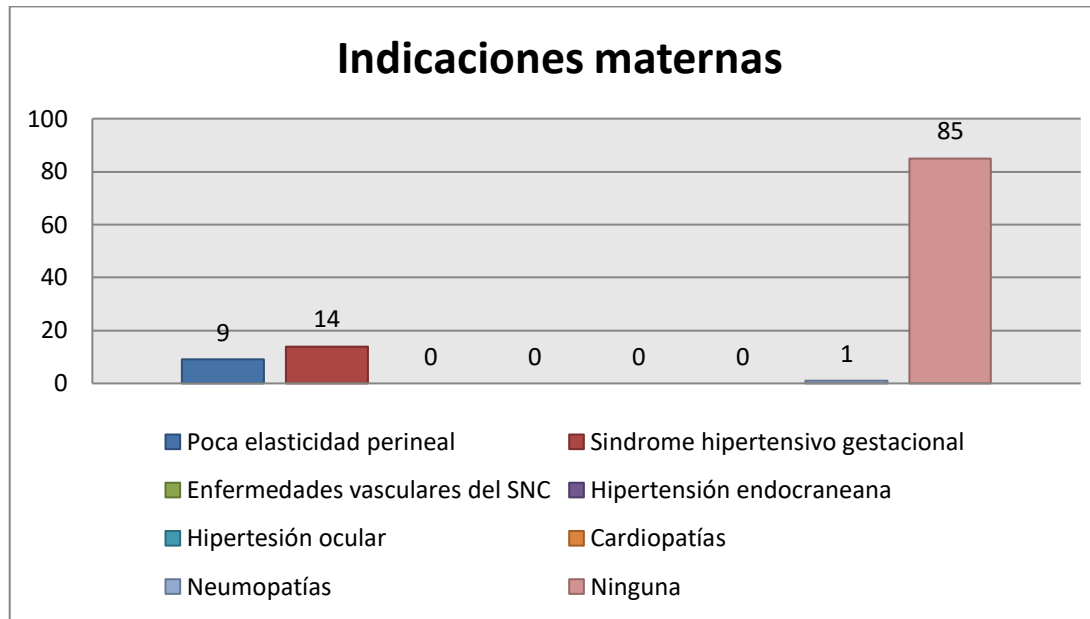
Índice de masa corporal de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 9

Grafico No. 10

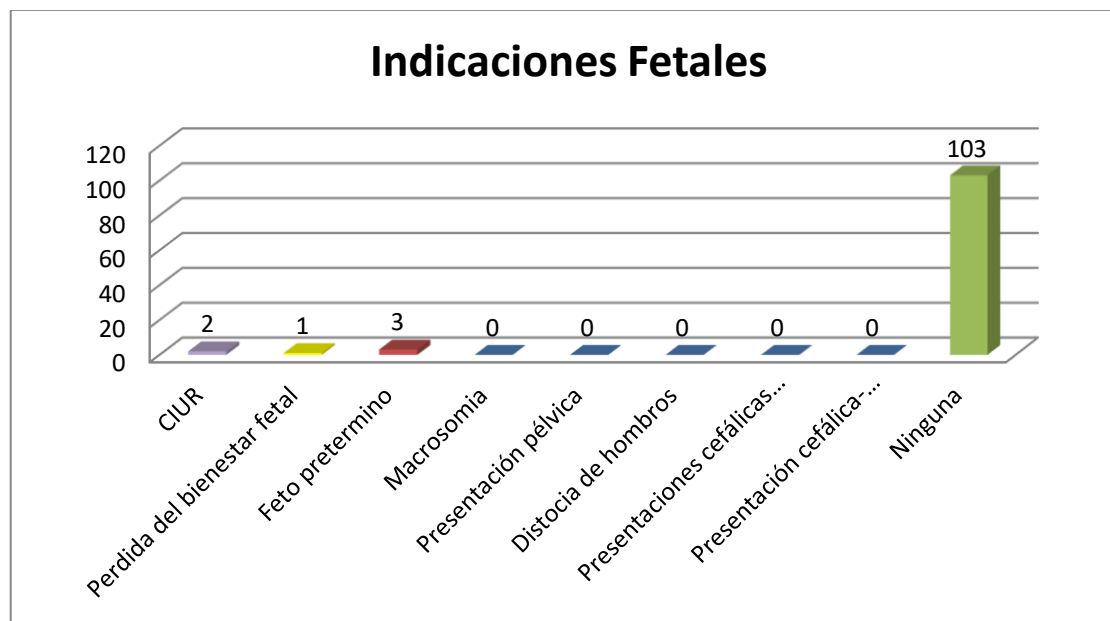
Indicaciones maternas de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No.10

Grafico No. 11

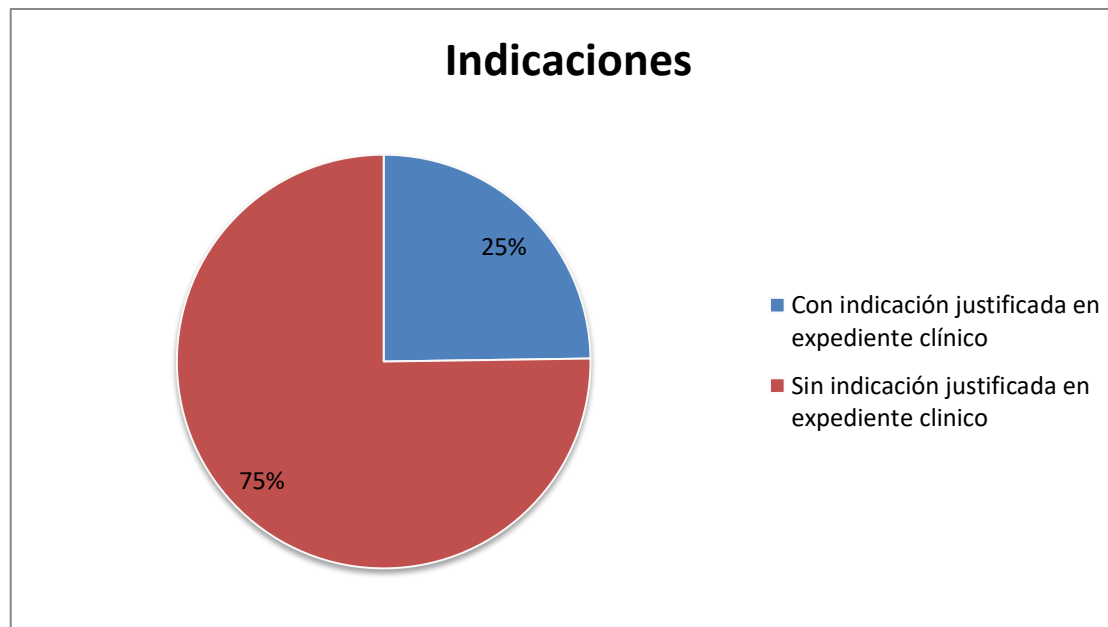
Indicaciones fetales de las pacientes a las que se les realizó episiotomía en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 11

Grafico No. 12

Pacientes a las que se les realizó episiotomía con justificación en expediente clínico en el periodo febrero – mayo del 2017.



Fuente: Tabla No. 12