



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina**

**Prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas,
periodo 2019, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2021.**

Proyecto de investigación
previo a la obtención del título
de Médico

Autoras:

Viviana Graciela Coellar Cando

CI: 0104881743

Correo electrónico: viviana_coellar@hotmail.com

María Paz Flores Araujo

CI: 0105392401

Correo electrónico: pazflores_92@hotmail.com

Director:

Jorge Victoriano Mejía Chicaíza

CI: 0101557890

Cuenca, Ecuador

13-julio-2021



Resumen:

Antecedentes: la episiotomía en 1920 se realizaba rutinariamente, en 1983 se determinó que debe realizarse de manera selectiva. La OMS recomienda que un porcentaje menor al 10% de episiotomías es aceptable mientras que estudios internacionales indican altas prevalencias de episiotomía.

Objetivo: determinar la prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas del período 2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Metodología: se realizó un estudio retrospectivo, analítico, transversal. El universo estuvo constituido por 1119 historias clínicas obtenidas con el CIE-10 O80.9, de las cuales 294 historias clínicas formaron la muestra. Se usó los programas Epi Info versión 23, Microsoft Excel 2019, SPSS Statics 25 con el fin de obtener, tabular y correlacionar variables, el Chi cuadrado de Pearson determinó la significancia estadística de la correlación de variables.

Resultados: la prevalencia de episiotomía en primíparas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019 fue de 76%. Existió asociación estadística entre la edad menor a 19 años, peso del recién nacido entre a 2501-3000gr y edad gestacional a término. Además, el 6.3% presentó desgarro.

Conclusiones: según los datos obtenidos, el uso de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso es semejante a datos estadísticos obtenidos en diferentes países, demostrando que su uso debe ser individualizado según las necesidades particulares de cada gestante y el feto.

Palabras claves: Episiotomía. Prevalencia. Factores asociados. Primíparas. Uso selectivo.



Abstract:

Background: episiotomy in 1920 was performed routinely, in 1983 it was determined that it should be performed selectively. The WHO recommends that a percentage of less than 10% of episiotomies is acceptable, while international studies indicate high prevalences of episiotomy.

Objective: determine the prevalence of episiotomy and associated factors in primiparous women in the 2019 period at the Vicente Corral Moscoso Hospital.

Methodology: a retrospective, analytical, cross-sectional study was carried out. The universe consisted of 1119 medical records obtained with the ICD-10 O80.9, of which 294 medical records formed the sample. The Epi Info version 23, Microsoft Excel 2019, SPSS Statics 25 programs were used in order to obtain, tabulate and correlate variables, Pearson's Chi-square determined the statistical significance of the correlation of variables.

Results: the prevalence of episiotomy in primiparous women at the Vicente Corral Moscoso Hospital in 2019 was 76%. There was a statistical association between age less than 19 years, newborn weight between 2501-3000gr, and term gestational age. In addition, 6.3% presented tears.

Conclusions: according to the data obtained, the use of episiotomy at the Vicente Corral Moscoso Hospital is similar to statistical data obtained in different countries, showing that its use must be individualized according to the particular needs of each pregnant woman and the fetus.

Keywords: Episiotomy. Prevalence. Associated factors. Primíparas. Selective use.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	7
DEDICATORIA	12
CAPÍTULO I	13
1.1. INTRODUCCIÓN	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3. JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II	18
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	18
2.1 EPISIOTOMÍA.....	18
2.2 ANATOMIA DE PISO PÉLVICO	18
2.2.1. PERINÉ	18
2.2.2 TRIÁNGULO ANTERIOR	19
2.2.3. TRIANGULO POSTERIOR.....	20
2.2.4. NERVIO PUDENDO	20
2.2.5. MÚSCULOS DEL PERINÉ	20
2.3 TIPOS DE EPISIOTOMÍA.....	22
2.4 TÉCNICA	23
2.5 FACTORES DE RIESGO.....	23
2.6 COMPLICACIONES.....	24
2.7 INDICACIONES	25
2.8 VENTAJAS Y DESVENTAJAS	25
2.8.1 Ventajas.....	25
2.8.2 Desventajas.....	26
2.9 CRITERIO DE OMS, MSP, COMPONENTE MATERNO INFANTIL MSP ...	26



2.10 FACTORES ASOCIADOS	27
CAPÍTULO III	28
3. OBJETIVOS	28
3.1. OBJETIVO GENERAL	28
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
CAPÍTULO IV	29
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	29
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	29
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	29
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	30
4.5. VARIABLES	30
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	31
4.7. PROCEDIMIENTOS	31
4.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS	32
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	33
CAPÍTULO V	35
5. RESULTADOS	35
CAPÍTULO VI	45
6. DISCUSIÓN.....	45
CAPÍTULO VII	49
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
CAPÍTULO VIII	52
8. BIBLIOGRAFÍA.....	52
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
CAPÍTULO IX	56
9. ANEXOS.....	56
ANEXO 1: Operacionalización de variables	56



ANEXO 2: Formulario de recolección de información	60
ANEXO 3: Autorización Hospital	62
ANEXO 4: Cronograma de trabajo	63



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Viviana Graciela Coellar Cando en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas, periodo 2019, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2021.", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 13 de julio del 2021

Viviana Graciela Coellar Cando

C.I: 0104881743



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

María Paz Flores Araujo en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas, periodo 2019, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2021.", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 13 de julio del 2021

María Paz Flores Araujo

C.I: 0105392401



Cláusula de Propiedad Intelectual

Viviana Graciela Coellar Cando autora del proyecto de investigación "Prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas, periodo 2019, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2021." certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de julio del 2021

Viviana Graciela Coellar Cando

C.I: 0104881743



Cláusula de Propiedad Intelectual

María Paz Flores Araujo autora del trabajo de titulación "Prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas, periodo 2019, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2021.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de julio del 2021

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname, positioned above a horizontal line.

María Paz Flores Araujo

C.I: 0105392401



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis docentes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, al doctor Jorge Victoriano Mejía Chicaiza tutor de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia y su rectitud como docente. Agradezco a mi familia, compañeros y amigos quienes me han impulsado a lograr mis sueños y han compartidos conmigo estos años de vida.

Viviana Graciela Coellar Cando

Mi profundo agradecimiento a mis padres, y abuelos y a todas las autoridades y personal que hacen parte de la Universidad de Cuenca, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso de formación como médica, a mis profesores en especial al doctor Jorge Victoriano Mejía Chicaiza, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza permitió el desarrollo de este trabajo. A mi familia por la paciencia y el amor que me animan a seguir cumpliendo mis sueños.

María Paz Flores Araujo



DEDICATORIA

A Dios, mis padres, hermanas y sobrinos, quienes han sido mi pilar y mi fuerza en cada logro, a quienes les debo mi fortaleza, entrega y dedicación.
Gracias por darme tanto de todo y por darme lo mejor de ustedes.

Viviana Graciela Coellar Cando

A Dios, mis padres, hermanos, abuelos, y todos quienes fueron parte de este camino, e hicieron de mí la persona que soy, gracias por ser ese apoyo incondicional, a todos ustedes les dedico mis logros.

María Paz Flores Araujo



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Históricamente, la episiotomía, como procedimiento, inicia en el siglo XVIII; principalmente fue utilizado en partos que presentaban cierta dificultad, pero en el año 1920 DeLee y Pomeroy, obstetras, indicaron su uso de manera sistemática y profiláctica para evitar daño perineal, volviéndolo un procedimiento rutinario. En 1983, Thacker y Banta se cuestionaron si era realmente necesario utilizar esta técnica de forma rutinaria, tras estudios concluyeron que este procedimiento no estaba justificado y que, además podía traer consigo varios riesgos. En 1996 la OMS (Organización Mundial de la Salud) realiza una publicación donde afirma que no existen evidencias que el uso rutinario de episiotomías brinde beneficios, pero sí existe evidencia de que esta cause daños; lo mismo fue mencionado por Oladapo, en el año 2018. Y a partir de esto, se han realizado más estudios que están a favor de la práctica de episiotomía selectiva (1,2).

La OMS tiene como recomendación un porcentaje menor al 10% de episiotomías como aceptable, mientras que llegar a porcentajes del 20% no está justificado (1). A pesar de esta recomendación, se realiza este procedimiento por encima de las cifras recomendadas, por ejemplo, en un estudio realizado en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, en el año 2016, se encontró un porcentaje de 30,45% de episiotomías realizadas (2,3). Por otro lado, en el año 2018, el Hospital General Docente Ambato, Ecuador, publicó una tesis realizada por Ana Altamirano donde se reporta un 47,58% de episiotomías realizadas, lo cual implica aún un alto porcentaje (4).

En un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso por Gualán C. y Guanoluísa O., en la ciudad de Cuenca, 2014, se obtuvo un porcentaje de 35.5%



de episiotomías al cabo de un año. Además, en este trabajo también se estudiaron los factores asociados a la episiotomía, y se concluye que la edad de la gestante, el peso y el perímetro cefálico del recién nacido son factores con significancia estadística que se correlacionan con la realización de este procedimiento (5). Los datos del estudio realizado previamente en la ciudad de Cuenca serán de vital importancia para nuestro trabajo de investigación, ya que será usado para compararlos con datos actuales del mismo hospital.

La importancia de la realización de este trabajo, radica en la falta de datos actuales sobre este tema, lo que representa que es de utilidad como material estadístico y bibliográfico actualizado de nuestra población y sus características propias.

La episiotomía es una técnica utilizada en la obstetricia donde se realiza una incisión perineal-vaginal, comúnmente en sentido medio lateral para ensanchar el canal del parto y facilitar la salida del feto. Se ha visto que en los últimos años se ha utilizado rutinariamente y no como se recomienda (6,7). La realización rutinaria de este procedimiento ha presentado complicaciones, por ello, en investigaciones se recomienda que la episiotomía se realice de manera selectiva e individualizada dependiendo del caso que estrictamente lo requiera. Este procedimiento se debe considerar cuando las circunstancias clínicas ponen a la paciente en riesgo de laceraciones y cuando es necesario acelerar el parto vaginal (8).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para facilitar el parto vaginal evitando la prolongación del expulsivo y posibles desgarros, pero esta práctica se ha realizado de manera frecuente. Posterior a estudios se recomienda



su uso selectivo, puesto que este procedimiento puede traer complicaciones como infecciones, dolor en área perineal, dispareunia, hematomas, hemorragia, entre otros.

Al mencionar que esta técnica debe ser de uso selectivo, donde existan factores de riesgo que lleven al personal a cargo de la paciente a tomar la decisión de realizar una episiotomía, debido a que se considera que los beneficios son mayores a los posibles daños que pueda sufrir la paciente posteriormente. Por lo que estos factores deberían ser plenamente identificados, con la finalidad de tomar una decisión acertada, brindando la mejor atención a la paciente.

A diferencia de Europa donde la práctica de episiotomía ha ido disminuyendo significativamente, en América Latina ha aumentado. En Ecuador, el porcentaje de la realización de episiotomía es de 96.2% lo cual supera por mucho a lo sugerido por la OMS. En países latinoamericanos como Perú existe una prevalencia de 65.5% mientras que en Colombia el porcentaje es del 49.64%. Turquía tiene una prevalencia del 93.3%, Irán del 41.5% y Uganda del 73% (9,10).

En nuestro país, una de las iniciativas del Ministerio de Salud Pública es “Ecuador sin muertes maternas”, y uno de los objetivos del Componente Normativo Materno, es la episiotomía selectiva. Sin embargo, aún, se puede observar cómo de forma sistemática en las salas de labor y parto en nuestros hospitales se sigue ejerciendo esta práctica de forma rutinaria e injustificada (11).

Existe una prevalencia determinada de episiotomía en primíparas en estudios previos realizados en la ciudad de Cuenca y alrededor del mundo, así como una serie de factores asociados que se relacionan a la ejecución de este procedimiento o a la prevalencia del mismo en el grupo de mujeres primíparas, por lo cual se busca conocer dicha prevalencia en un periodo actual y sus factores asociados en el



Hospital Vicente Corral Moscoso, determinando si se ha dado cumplimiento a la realización selectiva del procedimiento.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas del periodo 2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La episiotomía es una técnica obstétrica de gran utilidad, siempre y cuando ésta se realice de manera selectiva, y no rutinaria como se acostumbraba a realizarla años atrás. La importancia de esta investigación radica en determinar si se está cumpliendo o no la nueva normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP), y si éste procedimiento se está realizando correctamente según los factores de riesgo asociados que condicionen utilizar este procedimiento necesariamente. Además, creemos que es esencial tener datos e información actualizada sobre nuestra población, ya que los datos que se manejan no son acordes a las características de nuestra localidad, lo cual puede llevar a un manejo incorrecto de este procedimiento.

Con esta investigación, quienes se verán beneficiados serán el área de salud y las futuras maternas, puesto que se obtendrá información actual sobre el uso de episiotomía y se analizará el cumplimiento de la normativa formulada por el agente rector de salud de nuestro país. También se beneficiará el Hospital Vicente Corral Moscoso al obtener datos estadísticos locales actualizados, e indirectamente se beneficiarán las futuras pacientes, ya que con la información estadística y bibliográfica recogida se podrá realizar un análisis a mayor profundidad de los casos en los que se deberá realizar este procedimiento.



El estudio se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador, con la finalidad de encontrar nuevos resultados, y con esto realizar una correlación y comparación con datos estadísticos de otras publicaciones.

Este estudio se encuentra en la línea de investigación del Ministerio de Salud Pública de Maternas, obstrucción de labor. En Ecuador, se aplica la normativa de la Guía de Práctica Clínica: Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. GPC- MSP (2015) donde cita que “no se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo” (11). Al concluir nuestro estudio, a más de comparar los datos, queremos analizarlos y concluir si el porcentaje de episiotomías ha disminuido y se acerca más a la recomendación de la OMS, y cuáles son los factores tanto maternos como fetales que se asocian mayoritariamente a la toma de decisión para realizar una episiotomía.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 EPISIOTOMÍA

La episiotomía es un procedimiento que consiste en realizar una incisión quirúrgica que amplía la parte inferior de la vagina, el anillo bulbar y el tejido perineal durante la fase de expulsión fetal en el parto (12).

Uno de los fines de este procedimiento es evitar desgarros, los cuales pueden producirse en diferentes grados:

- Grado I: involucra la horquilla, mucosa vaginal y piel perineal sin comprometer fascia y músculo subyacente.
- Grado II: incluye tejido subcutáneo subyacente, fascia y músculo perineal, pero no el esfínter anal.
- Grado III: incluye la musculatura del esfínter anal externo.
- Grado IV: el desgarro se extiende por completo a través de la mucosa rectal, lacerando el esfínter anal externo e interno (12,13).

2.2 ANATOMIA DE PISO PÉLVICO

2.2.1. PERINÉ

Es una estructura en forma de rombo que se encuentra entre los muslos, delimitada por la sínfisis del pubis por delante, las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas en la región anterolateral, en el área posterolateral se encuentran los ligamentos sacrociáticos mayores y en la región posterior, el cóccix. Además, se puede dividir el periné por una línea que une las tuberosidades en triángulo anterior



y posterior, que a su vez en su unión se encuentra el cuerpo perineal (masa fibromuscular), mide 2cm de alto, 2cm de ancho y 1.5cm de espesor. En el plano superficial encontramos los músculos bulbocavernoso, transversos superficiales del periné y el esfínter anal externo que convergen en el tendón central. En el plano profundo se encuentran las porciones del músculo pubococcígeo y esfínter anal interno (14,15).

2.2.2 TRIÁNGULO ANTERIOR

Está delimitado superiormente por la rama púbica, a los lados por las tuberosidades isquiáticas y posteriormente por los músculos transversos superficiales del periné. La membrana perineal lo divide en superficial y profundo (15).

El espacio superficial anterior está limitado en el plano profundo por la membrana perineal y en plano superficial por la fascia de Colles. Además, posee las glándulas de Bartholin, cuerpo y base del clítoris, ramas de vasos y nervios pudendos internos, bulbos vestibulares, músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos y el transverso superficial del periné. El espacio profundo anterior se continúa por arriba con la cavidad pélvica, conteniendo porciones de la uretra, vagina, segmentos de las ramas de la arteria pudenda interna, músculo compresor uretral y el esfínter uretrovaginal (14,15).

El diafragma pélvico está constituido por los elevadores del ano y el músculo pubococcígeo. El músculo elevador del ano está formado por los músculos pubococcígeo, puborectal e ileococcígeo, estos suponen gran importancia en el parto vaginal ya que pueden ocurrir daños a los mismos o a su inervación, predisponiendo a prolapso pélvico e incontinencia urinaria (14,15).



2.2.3. TRIANGULO POSTERIOR

Contiene la fosa isquiorrectal, conducto anal, complejo del esfínter anal, ramas del nervio pudendo y vasos pudendos internos. Las fosas isquiorrectales son espacios que contienen grasa lateralmente al conducto anal, dando soporte a los órganos circundantes y hace posible la distensión del recto en la defecación y de la vagina durante el parto. El conducto anal tiene varias capas de tejido lateral, las internas incluyen la mucosa anal, el esfínter anal interno y el espacio interesfintérico que se continua con la muscular lisa longitudinal del recto. Contiene tres plexos arteriocavenosos submucosos vascularizados que ayudan al cierre del conducto anal. Los dos esfínteres anales rodean el conducto anal para proveer la continencia y estos se pueden ver afectados al aparecer una laceración de cuarto grado durante partos vaginales (14,15).

2.2.4. NERVIO PUDENDO

El nervio pudendo interno está formado por las ramas anteriores del segundo al cuarto nervio raquídeo que emerge a través del orificio ciático mayor, deja su conducto para ingresar al periné y se divide en tres ramas, labial posterior, muscular y rectal inferior (14,15).

2.2.5. MÚSCULOS DEL PERINÉ

Los músculos perineales se sitúan en tres planos: profundo, medio y superficial. La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte para los órganos de la pelvis. El músculo más importante es el elevador del ano (14–17).

2.2.5.1. BULBO CAVERNOSO

Músculo par y superficial del periné que rodea el orificio de la vagina. Se origina en el centro fibroso del periné, rodeando al bulbo del clítoris. Sus fibras corren al lado



de la vagina y se implantan en los cuerpos cavernosos del clítoris. Uno de los fascículos pasa sobre el cuerpo del clítoris para prensar la vena dorsal profunda del clítoris y favorecer la erección del mismo. En la parte posterior, se disipa en el rafe medio, núcleo central o rafe ano bulbar del periné. Entre sus funciones se destacan la erección, orgasmo femenino y cierre la vagina. Durante la micción sus fibras están distendidas y se contraerán al finalizar el proceso (14-15,17-18).

2.2.5.2 TRANSVERSO SUPERFICIAL DEL PERINÉ

Proviene de fibras que se amplían de la porción interna y anterior de la tuberosidad isquiática. Acaba en el núcleo fibroso del periné, conectándose con el músculo del lado opuesto, espacio donde se encuentra con el esfínter externo del ano en la parte posterior, y el músculo bulboesponjoso del mismo lado. Contribuye en la fijación del núcleo fibroso del periné, también se le asocia con la compresión del conducto anal, innervado por el nervio pudendo (14,16,19).

2.2.5.3 ESFÍNTER EXTERNO DEL ANO

Se encuentra en la parte inferior del recto en el periné posterior. Posee la forma de un anillo aplanado. Se inserta por detrás en el rafe anococcígeo. Se encuentra innervado por nervio hemorroidal (14,15).

2.2.5.4 MÚSCULO ELEVADOR DEL ANO

PUBORRECTAL

Haz con origen en la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis. El origen medial da inicio al haz pubococcígeo (14).

PUBOCOCCIGEO



Es un fascículo muscular grueso que avanza hacia la parte posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U”. El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la sínfisis del pubis, sobrepasando el recto y se inserta a nivel del cóccix (14).

ILEOCOCCIGEO

Se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso del músculo elevador del ano y posteriormente se inserta en el ligamento anococcígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas (14).

2.3 TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Existen dos tipos de episiotomía que son descritos en Williams, la media y la mediolateral, cabe recalcar que existen otros tipos de episiotomía, pero no son de uso común (14).

La episiotomía media hace referencia a una incisión vertical que se dirige hacia atrás a través del tendón central perineal, iniciando la incisión en el introito vaginal hacia el esfínter anal externo, pero no debe llegar hacia este (14,15).

La episiotomía mediolateral hace referencia a una incisión que parte de la línea media y se dirige hacia uno de los lados de manera diagonal lejos del recto, llegando hacia una de las tuberosidades isquiáticas (14,20).

Según Williams, la mejor técnica es la episiotomía media, exceptuando casos en los que se puede presentar ciertas complicaciones como la extensión de la misma, llegando a ser una laceración de tercer o cuarto grado, siendo así la episiotomía mediolateral la de elección por ofrecer mayor protección ante una laceración perineal de alto grado (14,20).



2.4 TÉCNICA

En el caso de la episiotomía media, los dedos se deben colocar entre la zona de la cabeza coronada y el perineo, mientras que la tijera se coloca a la hora 06:00 del reloj en el introito vaginal y se dirige hacia atrás aproximadamente 3 cm, es importante recalcar que el tamaño de la incisión depende de cada caso, pero debe terminar antes de llegar al esfínter anal externo (15,18,21).

En la episiotomía mediolateral la tijera se dirige hacia las 05:00 o 07:00 del reloj, y la incisión se extiende 4cm aproximadamente con dirección a la tuberosidad isquiática ipsilateral (15,22).

Para la reparación de esta técnica quirúrgica se debe realizar una sutura, conocida como episiorrafia, con el fin de conseguir una buena hemostasia y el restablecimiento anatómico (15,18).

2.5 FACTORES DE RIESGO

Existen varios factores de riesgo maternos, neonatales y obstétricos que pueden llevar a un desgarro perineal, mismo que puede ser minimizado si se realiza una episiotomía (19,20).

Factores de riesgo maternos: talla materna considerándose que mientras menor sea la talla es mayor el riesgo; edad materna señalando que cuanto más joven sea la mujer, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir con relación al parto; anemia materna debido a que déficit de hemoglobina reduce la oxigenación de los tejidos (periné) jugando un papel fundamental en el desarrollo del parto (19,20).

Factores de riesgo obstétricos: paridad, ya que la elasticidad del periné por el número de partos realizados es diferente en una primípara que en las demás gestantes, considerándose factor de riesgo la nuliparidad (19-21).



Factores de riesgo neonatales: el peso, talla y perímetro cefálico del recién nacido puede provocar estiramiento en las estructuras perineales al momento del parto (19-21).

2.6 COMPLICACIONES

Daphnee Ortega en el año 2014, Nicaragua, concluye que el porcentaje global de complicaciones por episiotomía es del 48%, donde se encontró un 21.25% de desgarros, seguido de las prolongaciones de episiotomía en un 20.25%, hematomas con un 13.75% (20,23).

- Complicaciones inmediatas: desgarros, sangrado, hematomas, dolor.
- Complicaciones mediatas: infección, dehiscencia, granulomas.
- Complicaciones tardías: fibrosis, fístulas (20-21,23).

Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía que se resaltan son:

- Episiotomía de rutina
- Nuliparidad
- Inducción del trabajo de parto
- Trauma perineal
- Expulsivo prolongado
- Distocia de hombros
- Parto instrumentado
- Feto mayor de 4000g
- Variedad de posición occípito posterior persistente
- Episiotomía media
- Infecciones genitales previas
- Trabajo de parto prolongado



- Exploraciones genitales múltiples
- Desgarros cervicales, vaginales y perineales (20).

2.7 INDICACIONES

Para seleccionar a una gestante como candidata a episiotomía, se encuentran las siguientes indicaciones:

- Inminencia de desgarro bulbo-vagino-perineal.
- Abreviar el período del expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, importante en patologías maternas como: preeclampsia, eclampsia, hipertensión arterial, hipertensión endocraneana y patologías vasculares del sistema nervioso central, hipertensión ocular, cardiopatías, neumopatías, parto vaginal instrumentado.
- Periné cicatricial, rígido, corto, parto precipitado y urgencia materna.
- Utilización de fórceps o espátulas.
- En caso de patologías fetales como: macrosomía, prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino para evitar hipoxia neonatal.
- Compromiso fetal.
- Presentación occipito-posterior.
- Presentación podálica.
- Preventivas: impedir prolapso urogenital e incontinencia urinaria a corto y mediano plazo. (20–25, 31).

2.8 VENTAJAS Y DESVENTAJAS

2.8.1 Ventajas

Según algunos estudios y criterios consideran la episiotomía como una técnica que:



- Evita los desgarros espontáneos
- Favorece una cicatrización fácil
- Evita lesiones en los músculos del periné y la vagina
- Disminuye el tiempo para la expulsión del feto
- Evita el sufrimiento fetal y el cansancio extremo de la madre (21,23,25).

2.8.2 Desventajas

Algunos estudios afirman que el corte de la episiotomía es mucho mayor que un desgarro espontáneo, que provoca:

- Infecciones
- Hemorragias
- Hematomas
- Desgarros: I-IV
- Dolor postparto
- Dispareunia (21,23,26).

2.9 CRITERIO DE OMS, MSP, COMPONENTE MATERNO INFANTIL MSP

De acuerdo con el criterio de los profesionales de la OMS, el parto debe ser una práctica fisiológica normal que debe seguirse sin mayores dificultades en la totalidad de los casos. Sin embargo, varias investigaciones demuestran que muchas de las mujeres embarazadas sanas pasan por al menos una intervención clínica cuando están en proceso de parto. Según la OMS, esas intervenciones en muchas ocasiones son “innecesarias y potencialmente dañinas” (11,27-28). Es decir, que lamentablemente en varios países en vías de desarrollo se sigue practicando este procedimiento, sobrepasando el límite establecido por la OMS de procedimientos



clínico-quirúrgicos a los que podría ser sometida una mujer que esté en proceso de parto.

El objetivo primordial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador acorde a la guía de Atención del trabajo de parto, parto y post parto hace énfasis en que en cuanto una mujer entra en labor de parto: “las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o de litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal” (11).

Haciendo referencia a la misma guía de atención, en los protocolos establecidos para labor de parto en el sector público y para una mejor atención integral en cuanto al Ministerio de Salud Pública es de manera específica que:

“No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo” (11).

Y que cuando el caso haya sido excepcional “la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzando en la comisura posterior de la vulva, dirigida habitualmente hacia el lado derecho en un ángulo entre 45 y 60 grados” (11).

2.10 FACTORES ASOCIADOS

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso se ha visto influenciado además por la edad materna, talla materna y fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal (29,30).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de episiotomía y factores asociados en primíparas del período 2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir la prevalencia de episiotomía en primíparas con parto único espontáneo.
2. Identificar el grupo de edad con mayor prevalencia de primíparas con parto único espontáneo.
3. Identificar las características demográficas más prevalentes como: religión, estado civil, zona de residencia, nivel de instrucción y etnia en primíparas.
4. Establecer los factores asociados a episiotomía en primíparas como edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetro cefálico fetal y edad gestacional al realizar la episiotomía de primíparas.
5. Determinar la asociación de los factores de riesgo maternos con la episiotomía en primíparas.
6. Determinar la asociación de los factores de riesgo neonatales con la episiotomía en primíparas.
7. Determinar la frecuencia de desgarros perineales en mujeres primíparas.



CAPÍTULO IV

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico, de corte transversal.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Vicente Corral Moscoso en el área de estadística de ginecología y obstetricia del cantón Cuenca, provincia del Azuay.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El presente estudio se aplicó al universo de 1119 historias clínicas obtenidas con el CIE-10 O80.9 correspondiente a parto único en el año 2019, este es demasiado amplio por lo cual la población con la que se trabajó es de 294 historias clínicas, la misma que se obtuvo con el programa Open Epi.

Muestra: Para obtener la muestra con la que se desarrolló la investigación se utilizó la fórmula de cálculo de muestras estadísticas, con nivel de confianza del 95%, y un error esperado del 5%.

$$n = \frac{[N * Z^2]}{[(d^2/Z^2) - \alpha/2 * (N - 1) + p * (1 - p)]}$$

$$n = 294$$

Donde:

N: es el tamaño de la muestra para la frecuencia en una población: 1119

(p): frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población: 35%+/-5



(d): Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%): 5%

EDFF: Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

En el estudio se incluyó a todas aquellas historias clínicas de parto único espontáneo que hayan dado a luz por parto natural en el periodo enero-diciembre del 2019, escogidas aleatoriamente en base a la muestra obtenida.

Criterios de exclusión

Se excluyó del estudio a todas las mujeres menores a 10 años y mayores o igual a 40 años de edad y pacientes cuya labor de parto haya concluido en cesárea. Además, aquellas mujeres que no se disponga la historia clínica completa.

4.5. VARIABLES

Independientes:

- Episiotomía

Dependientes:

- Paridad
- Edad
- Religión
- Estado civil
- Zona de residencia
- Nivel de instrucción



- Etnia
- Perímetro cefálico del recién nacido
- Peso del recién nacido
- Talla de la madre
- Edad gestacional
- Desgarro perineal

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver Anexo 1

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: observación, con aplicación de formulario.

Técnicas: aplicación de formularios a través de preguntas de las historias clínicas.

Instrumento: se aplicó un formulario, instrumento que se utilizó para la aplicación preguntas de la encuesta acerca del tema a investigar. Ver Anexo 2.

4.7 PROCEDIMIENTOS

Autorización: para la inscripción del proyecto investigación se solicitó la aprobación de la comisión de trabajos de titulación (CTT), del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) y finalmente la aprobación del consejo directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Para la realización de los cuestionarios se pidió la autorización respectiva al área de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso, dirigida hacia el gerente del Hospital Vicente Corral Moscoso por parte de las estudiantes quienes realizamos la investigación. Ver anexo 3.



Capacitación: las personas que realizamos esta investigación nos capacitamos por medio de la revisión bibliográfica obtenida en libros, revistas médicas, guías del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, páginas web, entre otros.

Supervisión: este proyecto de investigación previo a la obtención del título de médico fue supervisado y dirigido por el Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza, docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

4.8 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se utilizó el programa Epi Info versión 23 para introducir los datos previamente obtenidos de las historias clínicas, una vez ingresada esta información se empleó Microsoft Excel 2019, donde con esta base de datos filtrada se procedió a su tabulación mediante el programa SPSS Statics versión 25 usada para correlacionar variables, con la ayuda de la herramienta estadística Chi cuadrado de Pearson se pudo verificar la significancia estadística de la correlación de las variables. Además, se obtuvo el OR con IC al 95% para determinar si las variables asociadas son factor de riesgo o de protección.

- Variable de episiotomía en primíparas con parto único espontáneo.
- Variable de grupo etario y variable de incidencia de primíparas con parto único espontáneo.
- Variable de características demográficas más prevalentes como: religión, estado civil, zona de residencia, nivel de instrucción y etnia en primíparas.
- Asociación de variable de los factores de riesgo maternos y variable de episiotomía en primíparas.
- Asociación de variables de los factores de riesgo neonatales con variable de la episiotomía en primíparas.
- Asociación de las variables de episiotomía en primíparas con variable de grupo etario materno, variable de talla materna, variable de peso del recién



nacido, variable de perímetro cefálico fetal, variable edad gestacional al realizar la episiotomía de primíparas.

- Asociación de variable paridad con variable desgarro perineal.

Por último, se usó el programa Paquete de Office Microsoft Excel 2019 para establecer mediante tablas estadísticas, los cuadros y gráficos de los valores analizados en programas previamente mencionados para su posterior colocación de datos en Microsoft Word 2019 y obtener un análisis e interpretación de los mismos.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Basándose en los aspectos éticos aplicables en la investigación cualitativa se dará el reconocimiento respectivo a la contribución de cada uno de los autores de los que se obtuvo información para el fundamento teórico que se encontrará en la bibliografía. Toda la información recolectada en los formularios se utilizó con absoluta confidencialidad. La información y resultados de esta investigación es de utilidad académica y estadística para la realización del trabajo de titulación como médicos de la Universidad de Cuenca, con el fin de obtener resultados para la elaboración de tabulaciones datos e interpretación de los mismos. Además, que se facultará a quién crea conveniente la verificación y utilización de la información. Los formularios se anonimizaron al utilizar el número de historia clínica única del Hospital Vicente Corral Moscoso a los cuales tiene acceso únicamente el personal de salud y de estadística. Los formularios se guardaron en un archivador bajo llave donde solo los investigadores tendrán acceso y la base de datos se protegió con contraseña. Una vez obtenida la calificación del trabajo de titulación, la base de datos será eliminada permanentemente del ordenador y los formularios serán destruidos.



Los beneficios potenciales directos de la investigación se basan en la obtención y actualización de datos estadísticos propios tanto para el Hospital Vicente Corral Moscoso, como para base de futuras investigaciones.

No existe conflicto de interés por parte de los autores.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla 1.

Prevalencia de episiotomía en 294 primíparas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2019.

Cuenca-Ecuador 2021

EPISIOTOMÍA	Frecuencia	Porcentaje
SI	223	76%
NO	71	24%
Total	294	100%

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

Interpretación: de 294 primíparas con parto único espontaneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, el 76% (223) de primigestas fueron realizadas episiotomía y solo el 24% (71) no han tenido la intervención.

**Tabla 2.**

Distribución de 294 primíparas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2019, de acuerdo al grupo etario.

Cuenca-Ecuador 2021

Episiotomía	Grupo etario					
	10-19 años	Porcentaje	20-29 años	Porcentaje	30-39 años	Porcentaje
NO	35	11.9%	32	10.9%	4	1.4%
SI	113	38.4%	99	33.7%	11	3.7%
Total	148	50.3%	223	75.9%	76	25.8%

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

Interpretación: de 294 primíparas con parto único espontaneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, el grupo etario de mayor prevalencia fue de 10-19 años con el 50.3% (148), de las cuales dentro de su mismo grupo etario se encontró el mayor porcentaje de episiotomías realizadas del grupo analizado, siendo este el 38.4% (113).

**Tabla 3.**

Distribución de 294 primíparas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2019, de acuerdo a las variables religión, estado civil, zona de residencia, nivel de instrucción y etnia.

Cuenca-Ecuador 2021

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católico	257	87.4%
Cristiano	23	7.8%
Ateo	5	1.7%
Testigo de Jehová	6	2.0%
Catecúmeno	2	0.7%
Otros	1	0.3%
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	132	44.9%
Casada	45	15.3%
Unión Libre	116	39.5%
Divorciada	1	0.3%
RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	148	50.3%
Rural	146	49.7%
EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	105	35.7%
Secundaria	161	54.8%
Superior	28	9.5%
ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mestizo	290	98.6%



Indígena	4	1.4%
Total	294	100%

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

Interpretación: de 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, las características demográficas de mayor prevalencia son: religión católica con 87.4% (257); estado civil soltera con 44.9% (132); viven en la zona urbana 50.3% (148); mujeres que han terminado la secundaria 54.8% (105); la etnia más prevalente es mestizo con 98.6% (290).

Tabla 4.

Asociación de factores de riesgo como edad materna a episiotomía en 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

Cuenca-Ecuador 2021

EDAD	SI	NO	Chi-cuadrado de Pearson
10-19	113	35	,078a
20-29	99	32	a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,62.
30-39	11	4	

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

p: 0.4206

Razón de riesgo: 1.013 (0.8907 – 1.153)

Chi²: 1.056

Interpretación: de las 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, la mayor prevalencia del grupo etario según el Chi-cuadrado de Pearson es de ,078^a en primíparas entre 10 y 19 años de edad con un 38.4% lo que indica que es un factor predisponente.

**Tabla 5.**

Asociación de factores de riesgo como talla materna a episiotomía en 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

Cuenca-Ecuador 2021

TALLA DE LA MADRE	SI	NO	Chi-cuadrado de Pearson
Menor a 145 cm	15	6	2,588 ^a
146-150 cm	69	15	a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que
Mayor a 151 cm	139	50	5. El recuento mínimo esperado es 5,07.
Total	223	71	

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

p: 0.99

Razón de riesgo: 1.013 (0.8907 – 1.153)

Chi²: 2.588

Interpretación: de las 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, la prevalencia en la que afecta la talla de la madre mayor a 151cm según el Chi-cuadrado de Pearson con 2,588^a es de 47.3%.

**Tabla 6.**

Asociación de factores de riesgo como perímetro cefálico del recién nacido a episiotomía en 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

Cuenca-Ecuador 2021

PERIMETRO CEFÁLICO DEL RECIEN NACIDO	SI	NO	Chi-cuadrado de Pearson
Menor o igual a 35cm	206	67	,321 ^a
Mayor a 35 cm	17	4	a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,07.

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

p: 0.75

Razón de riesgo: 1.013 (0.8907 – 1.153)

Chi²: 0.321

Interpretación: de las 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, la prevalencia en que afecta el perímetro cefálico del recién nacido menor o igual a 35cm es el 70.1%, por lo que Chi-cuadrado de Pearson con ,321^a determina que no existe relación entre el perímetro cefálico y la episiotomía.

**Tabla 7.**

Asociación de factores de riesgo como peso del recién nacido a episiotomía en 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

Cuenca-Ecuador 2021

PESO DEL RECIEN NACIDO	SI	NO	Chi-cuadrado de Pearson
Menor o igual a 2500gr	32	21	9,200 ^a
2501-3500 gr	179	45	a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,11.
mayor a 3500 gr	12	5	

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

p: 0.4206

Razón de riesgo: 1.013 (0.8907 – 1.153)

Chi²: 1.056

Interpretación: de las 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, la prevalencia en que afecta al peso del niño al nacer un 60.9% es de 2501- 3500gr por lo que Chi-cuadrado de Pearson con 9,200^a determina que si existe relación entre el peso del niño al nacer y la episiotomía.

**Tabla 8.**

Asociación entre las semanas de gestación y primíparas con episiotomía en 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

Cuenca-Ecuador

EPISIOTOMÍA					
EDAD GESTACIONAL	NO	PORCENTAJE	SI	PORCENTAJE	Chi-cuadrado de Pearson
PRETERMINO	15	5,1	32	10,9	16,394a
TERMINO	55	18,7	190	64,6	a. 15 casillas (57.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.
POSTERMINO	1	0,3	1	0,3	
Total	71	24,1	223	75,9	

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

p: 0.3

Razón de riesgo: 1.013 (0.8907 – 1.153)

Chi²: 0,24

Interpretación: En 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, la asociación de las semanas de gestación a la realización de episiotomía según el Chi-cuadrado de Pearson de 16,394^a dando un porcentaje de 64.6% que llegan a término y se les realiza episiotomía. Según estos datos existe una mayor prevalencia de asociación de las variables.

**Tabla 9.**

Prevalencia de desgarros en primíparas con episiotomía en 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

Cuenca-Ecuador

EPISIOTOMÍA		
Desgarro	SI	PORCENTAJE
NO	209	93,7%
Grado 1	7	3,1%
Grado 2	4	1,8%
Grado 3	1	0,4%
Grado 4	2	0,9%
Total	223	100%

Fuente: Formulario de recolección de información

Autores: Viviana Coellar, María Flores

Interpretación: de la población estudiada conformada por 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, se asocio desgarro a la episiotomía previamente realizada en un 3.1% en desgarros grado 1, 1.8% en desgarros grado 2, 0.4% en desgarros grado 3, y 0.9% desgarros grado 4, dando una totalidad de 6.3% de episiotomías asociadas a desgarros.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En un estudio antiguo, publicado por Althabe, F; indica estadísticas de episiotomía en latinoamerica, entre las cuales menciona a Ecuador con un 96.2% (5), lamentablemente no se cuenta con datos actuales a nivel nacional, pero en diversos hospitales del país se han llevado a cabo estudios en los últimos años, donde se reporta un 35.5% en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – 2014 (5); 64.05% en el Hospital Luis F. Martinez, Cañar – 2016 (32); 55.61% en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, Guayaquil - 2018 (33); 47.58% en el Hospital General Docente de Ambato, Ambato – 2018 (5), lo que llama la atención al diferir de las recomendaciones de la OMS, por lo que podría ser que las mismas no se apliquen en todas las poblaciones en general.

Además, se ha evidenciado en varios estudios realizados en latinoamérica que el porcentaje también es significativamente alto, por ejemplo, Ávila et. al, Lima - Perú, indica que la prevalencia en primíparas es de 65.5%, mientras Mellizo et. al, Popayán - Colombia, menciona que es del 49.64%. En cuanto a estudios realizados a nivel mundial, García, A et. al. indica que la prevalencia de episiotomía en primíparas es del 49.64%, Bahtışen Kartal en el año 2017, en un estudio retrospectivo en Turquía obtiene como resultado el 93.3%; Masoumeh Rasouli, 2016 en Irán, concluye que el 41.5% de primíparas han sido realizadas una episiotomía, Francis Pebalo en 2019, indica que su prevalencia es del 73% en Uganda. Todos estos estudios indican una prevalencia alta de realización de episiotomía, valores elevados sobre lo sugerido por la OMS, haciéndonos pensar que la decisión de hacer uso de ella es algo controversial y se debe individualizar según las necesidades y características de cada paciente, por lo que una cifra del



10% ha sido difícil de alcanzar, y no solo en nuestro medio sino a nivel mundial (1,3,34-37).

Nuestro estudio indica una prevalencia del 76% en primíparas practicadas episiotomía en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, mismo que difiere del estudio realizado en el año 2014 por Oscar Guanoluisa y Cristian Gualán en el mismo hospital, donde se obtuvo un 35.5% de episiotomías. Al igual que en otras especialidades; esto se debe a la derivación de los procedimientos complejos a los centros con mayor dotación tecnológica y humana. Es importante mencionar que el Hospital Vicente Corral Moscoso es un hospital con fines de docencia, donde gran parte de los partos son atendidos por estudiantes de pregrado y postgrado bajo supervisión del personal de ginecología y obstetricia (5).

Es controversial la decisión de realizar o no episiotomía, debido a que la literatura indica ventajas y desventajas de su uso, siendo importante en este caso tener claras las indicaciones y complicaciones de su práctica, y sopesar la relación riesgo/beneficio individualizando la situación de cada paciente previo a la toma de decisión que beneficie tanto a la madre como al feto.

El grupo etario de mayor prevalencia es de 10 a 19 años de edad con un 50.3% siendo el 38.4% de estas intervenidas con episiotomía, estableciéndose como el grupo más dominante, además de factor asociado a la episiotomía. Este dato estadístico se asemeja a lo obtenido por Guanoluisa y Gualán en el año 2014 en el mismo hospital con un 49.5% del mismo grupo etario y el 59.2% de ellas fueron realizadas episiotomía (5).

Acorde las características demográficas de mayor prevalencia son: religión católica con 87.4%; estado civil soltera con 44.9%; residen en la zona urbana 50.3%; mujeres que han finalizado la secundaria 54.8%; la etnia más prevalente es mestizo



con 98.6%. En el estudio realizado por Guanoluisa y Gualán en el año 2014 en el mismo hospital se obtienen estadísticas similares, siendo el estado civil e instrucción más prevalente soltera y secundaria, correspondientemente (5).

En cuanto a los factores de riesgo, según Mellizo et. al., en su estudio realizado, la nuliparidad fue el único factor asociado al uso de la episiotomía, mismo que difiere del actual estudio realizado, puesto que en este se identificó como factores asociados a la realización de episiotomía la edad de las primíparas de 10 a 19 años, el peso del recién nacido entre 2501-3000gr, y un embarazo a término (37-41.6 SG) (3).

Uno de los factores asociados a episiotomía que se encontró en este estudio fue el peso de 2501-3000gr. del recién nacido con un Chi-cuadrado de Pearson con 9,200^a, dato estadístico similar y corroborativo obtenido en un estudio realizado por Carmen Ballesteros y colaboradores en el año 2016, donde se concluyó que el peso del recién nacido menor a 2500gr se asoció con una menor incidencia de episiotomía. A su vez, en el mismo estudio realizado por Ballesteros, se indica que la edad gestacional mayor a 41 SG presenta una asociación significativa con la episiotomía, resultado similar a nuestro estudio que concluye que el haber llegado a un embarazo a término es un factor asociado a realización de episiotomía, mientras que un embarazo pre término no tiene asociación significativa (8).

Otro factor asociado a la episiotomía es el grupo etario que según el Chi-cuadrado de Pearson con un ,078^a afecta a las primíparas entre 10 y 19 años de edad con un 38.4%, al comparar con bibliografía internacional se obtuvieron datos contradictorios en el trabajo realizado por García y colaboradores en el año 2019, quienes indican que no existe asociación entre el uso de episiotomía y edad materna, coincidiendo con el estudio de Camacho-Morell et al (8,38).

Acorde al perímetro cefálico del recién nacido el 70.1% es menor o igual a 35cm, por lo que Chi-cuadrado de Pearson con ,321^a determina que no existe relación



entre el perímetro cefálico y la episiotomía, misma conclusión a la que se llega en el estudio de Guanoluisa y Gualán, 2015, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, y en el estudio realizado por Kartal et al, Turquía. La talla de la madre con una prevalencia de 47.3% es mayor a 151cm, por lo que Chi-cuadrado de Pearson con 2,588^a determina que no existe relación entre la talla materna y la episiotomía, coincidiendo con Guanoluisa y Gualán (5,35).

En cuanto a desgarros, Mellizo et. al., señala que la complicación más frecuente fue el desgarro perineal, con 29%. García et. al., observó una tendencia a desgarros de segundo grado con un porcentaje de 43.40%, seguidos de primer grado con 35.61% y de tercer grado con 19.81% asociados a episiotomía. Este estudio difiere del realizado actualmente, ya que del total de primíparas realizadas episiotomía, el 6.3% de ellas presentó además desgarros, siendo el mas prevalente el desgarro grado 1 en un 3.1% (1,3).



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia de episiotomía en primíparas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019 fue de 76%, y los factores asociados a la misma fueron la edad materna de 10 a 19 años de edad, peso del recién nacido entre 2501-3000gr, y embarazo a término, las demás variables no tuvieron asociación estadística significativa.
- La prevalencia en 294 primíparas con parto único espontáneo atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019 que fueron realizadas episiotomía fue de 76%, mientras que el 24% no han sido intervenidas con este procedimiento quirúrgico.
- El grupo etario con mayor prevalencia dentro de nuestro estudio fueron primíparas entre 10 a 19 años con un porcentaje de 50.3%, de las cuales al 34.8% de las mismas se les realizó episiotomía, siendo también el mayor grupo etario con uso de esta técnica, siendo un factor predeterminante para el uso de episiotomía.
- Acorde a las características demográficas de mayor prevalencia son: religión católica con 87.4%; estado civil soltera con 44.9%; residencia en zona urbana con 50.3%; nivel de instrucción secundaria del 54.8%; la etnia más prevalente es mestizo con 98.6%.
- Dentro de las variables estudiadas en primíparas se encontró una asociación significativa con la edad materna entre 10 a 19 años de edad, indicando que este es un factor predisponente para la realización de episiotomía. Además, se observó que existe significancia estadística entre el peso del recién nacido y la episiotomía, siendo un peso entre 2501 y 3000gr el factor asociado.



También, se encontró que la variable semanas de gestación tuvo significancia estadística, estableciendo como factor asociado a la episiotomía el embarazo a término.

- En el factor de riesgo talla materna no se encontró asociación estadística con la realización de episiotomía.
- En el factor de riesgo neonatal perímetro cefálico no se observó significancia estadística, por lo que no se incluye dentro de factores asociados a episiotomía en este estudio.
- La frecuencia de desgarros perineales fue de 14 de las 223 primíparas que habían sido realizadas episiotomía, dando un porcentaje de 6.3% de desgarros asociados a episiotomía, de los cuales se produjo en mayor porcentaje desgarró grado 1 con un 3.1%.

7.2. RECOMENDACIONES

En el Ecuador hace falta una guía de práctica clínica actualizada que permita estandarizar procedimientos para que estos sean aplicados por los profesionales de la salud con el fin de realizar un abordaje y manejo apropiado, ya que de la población estudiada no existe una estandarización de factores de riesgo asociados por los que se haya seleccionado a la paciente como candidata para el uso de episiotomía. Se debe tomar en cuenta diferentes variables a la hora de llegar a un consenso en las guías clínicas para el manejo al momento del parto y los criterios de selección para episiotomía.

Se recomienda que este estudio se realice en otros centros de atención médica con servicio de atención del parto, para comparar los resultados obtenidos y determinar niveles de significancia estadística para estandarizar el uso de protocolos sobre la aplicación de episiotomía en nuestro país. Asimismo, se recomienda realizar otros estudios sobre episiotomía a nivel nacional, puesto que no se cuenta con datos estadísticos como país al momento.



Generar por parte de la entidad rectora de salud de nuestro país una actualización para profesionales de la salud y estudiantes de pregrado sobre manejo de parto y criterios de selección para episiotomía, con el fin de que esta se realice de manera selectiva e individualizada dependiendo de la situación de cada paciente.

Generar un estudio a mayor profundidad en el que se determine las causas de desgarro en pacientes que se han realizado episiotomía previa.



CAPÍTULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Lorca AI, Viguera-Martínez M de LÁ, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón M de las M, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Rev Esp Salud Publica. 2020;93.
2. WHO.INT. Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. 2018; 18(04):210.
3. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2018;69(2):88.
4. Altamirano A. Estudio sobre complicaciones hospitalarias posteriores a episiotomía en partos asistidos en el Hospital General Docente Ambato. 2018. Rev. Uniandes. 2018; 9 (1):10.
5. Gualán, C; Guanoluisa, O. Prevalencia De Episiotomía Y Factores Asociados, En Pacientes Del Centro Obstétrico Del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. 2014. Rev Fac Cienc Médicas Univ Cuenca. 27 de julio de 2017;35(1):61-7.
6. Chozo K. Complicaciones De La Práctica Rutinaria De La Episiotomía En Comparación A La Práctica Restrictiva En Primíparas. Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque, 2016. 2018.



7. Barahona V, Narcisa L. Complicaciones inmediatas secundarias a episiotomía realizada en primigestas entre los 15 a 19 años, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. octubre de 2018.
8. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;24(0).
9. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, Canteras-Jordana M, Martínez M. La Episiotomía en el Marco De La Atención Al Parto Normal. Asociacion matronas murcia. 2020;04(0).
10. Cuba K. Frecuencia Y Complicaciones Del Uso Rutinario De La Episiotomía En Primíparas. Hospital Regional Docente De Cajamarca. 2017.
11. Ministerio De Salud Pública. Atención del trabajo parto posparto y parto inmediato. 2014;05 (0).
12. Arredondo I. Trauma Obstétrico Rev. Flasog.2017; 13(0).
13. Condori S, Reynaldo F. Factores asociados a prolapso genital femenino en el Hospital Regional del Cusco, 2017-2019. Univ Nac San Antonio Abad Cusco. 2020.
14. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C. Williams Obstetricia. Mcraw-Hill. Interamericana Editores, S. A. de C.V; 2015. 550-554.
15. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Enferm Glob. julio de 2014;13(35):398-411.
16. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal (Revisión). Biblioteca Cochrane. 2017;2:1-18.
17. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Científica Cienc Médica. 2014;17(2):53-7.



18. Rubio J. Episiotomy in nulliparous women: an entrenched habit? Rev Colomb Obstet Ginecol. junio de 2018;69(2):85-7.
19. Nacional Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. 2017;90.
20. Moncayo C, Vázquez V. Frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital "Luis F. Martínez". Ciencia Digital.2020
21. Guerrero M, Gabriela I. Parto eutócico simple: episiotomía ventajas y desventajas en pacientes de 18 a 25 años estudio a realizarse en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período 2015. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2016.
22. Armas E, Veliz J. Factores asociados a la Episiotomía en pacientes atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil El Tambo-2017. Univ Peru Los Andes. 2018.
23. Ortega D. 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. 2015.
24. Rodríguez M, Terceros L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. 2014;(2):6.
25. Tomasso G, Althabe F, Cafferata M, Alemán A, Sosa C, Belizán J. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Rev Obstet Ginecol Venezuela. junio de 2016;62(2):115-22.
26. García E, Marquez A, Aragundez P. Eficacia del dispositivo Epi-no como prevención del daño perineal del parto. 2018.
27. Roig N, Quijada M, Sala M, Palacios A, Marín D. Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel. Ginecol Obstet México. 2020;7.
28. Escobar Martínez M, Gonzales M, Aramayo G. Frecuencia Del Uso De Episiotomia En El Servicio De Obstetricia Del Hospital Materno Infantil. Rev Médica Paz. 2019;15(2):27-31.



29. Aguilar L, Castañeda A. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. 2017.
30. Mosquera M, García S, Liñayo J. El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse? Ginecol Obstet México. enero de 2017;85(1):13-20.
31. Arredondo, I; Peña, R; Vargas, M. Trauma obstétrico. Gineco Flasog. Órgano de difusión de la Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología. Marzo de 2020: 13: 12-27.
32. Moncayo, C; Vázquez, V. frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital Luis F. Martínez. Cañar, Ecuador. 2017.
33. Núñez, A. Episiotomía y sus complicaciones en el puerperio. 2019. Guayaquil, Ecuador. 2019.
34. Ávila, F; Adela, C. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Lima, Perú. 2017.
35. Kartal, B; Kizilirmak, A; Calpbincici, P; Demir, G. Retrospective analysis of episiotomy prevalence. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2017 Dec: 18 (4): 190-194.
36. Rasouli, M; Keramat, A; Khosravi A; Mohabatpour, Z. Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud city, northeast of Iran. International Journal of women's health and reproductive sciences. July 2016, 4(3)125-129.
37. Pebalo, P; Ajeani, J; Kaye, K. Prevalence and factors associated with episiotomy practice among primiparous women in Mulago National Referral Hospital Uganda. International Journal of Pregnancy and Child Birth. 2019, 5(6).
38. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simón A, Belda-Pérez A. Factors affecting the performance of an episiotomy in spontaneous vaginal deliveries. Matronas Profesión. 2017;18(3):98-104.



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Número de embarazos en la persona	Información obtenida en la historia clínica	Nulípara Multípara
Episiotomía	Incisión quirúrgica en el área de periné de una mujer durante el parto para evitar desgarros.	Medio Medio lateral	Información obtenida en la historia clínica	Presente Ausente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Edad en años cumplidos	Información obtenida en la historia clínica	10-19 20-29 30-39 Mayor a 39 años



Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella.	Tipo de religión con la que se identifica la persona	Información obtenida en la historia clínica	Católico Cristiano Ateo Mormón Catecúmeno Judío Otros
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	El estado civil que refiere la paciente	Información obtenida en la historia clínica	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Zona de residencia	Zona de una ciudad donde residen o se agrupan personas o habitantes.	Sitio de domicilio que refiere paciente	Información obtenida en la historia clínica	Urbano Rural
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Años escolares aprobados	Información obtenida en la historia clínica	Analfabeto Primaria Secundaria



				Superior
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Tipo de etnia con la que se identifica la persona	Información obtenida en la historia clínica	Blanco Mestizo Indígena Afroecuatoriano Otros
Perímetro cefálico del recién nacido	Circunferencia del cráneo del recién nacido en centímetros	Medida en centímetros	Información obtenida en la historia clínica	Menor o igual a 35cm Mayor a 35cm
Peso del Recién Nacido	Medida de la fuerza gravitatoria que actúa en un cuerpo	Peso en gramos	Información obtenida en la historia clínica	Menor o igual a 2500gr 2500-3500gr Mayor a 3500gr
Talla de la madre	Talla en centímetros en posición erguida de la gestante.	Talla en centímetros	Información obtenida en la historia clínica	Menor a 145cm 145-150cm Mayor a 150cm
Edad gestacional	Número de semanas comprendidas entre el primer día del último	Semanas de gestación estimadas	Información obtenida en la historia clínica	Pretérmino (menor a 37 semanas)



	período menstrual y el día del parto.			Término (37-41.6 semanas) Postérmino (mayor 42 semanas)
Desgarro perineal	Desgarro o un daño a la piel y/o a los músculos entre el introito vaginal y el orificio anal.	Grado de desgarro (I, II, III, IV)	Información obtenida en la historia clínica	Si No



ANEXO 2: Formulario de recolección de información



**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Medicas**

FORMULARIO

“PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y FACTORES ASOCIADOS EN PRIMÍPARAS, PERIODO 2019, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. 2021.”

DATOS INFORMATIVOS	
Fecha:	Nº. Formulario:
HC:	Edad:
1. Primigesta Multípara 2. EpisiotomíaSiNo 3. Edad 10-1920-2930-39Mayor a 39 años 4. ReligiónCatólico	8. EtniaBlancoMestizoIndígenaAfroecuatorianoOtros 9. Perímetro cefálico del recién nacidoMenor o igual a 35cmMayor a 35cm 10. Peso del Recién Nacido



.....CristianoMenor o igual a 2500gr
.....Ateo2500-3500gr
.....MormónMayor a 3500gr
.....Testigo de Jehová	11. Talla de la madre
.....CatecúmenoMenor a 145cm
.....Otros145-150cm
5. Estado civilMayor a 150cm
.....Soltera	12. Edad gestacional
.....Casada
.....Unión libre	13. Desgarro
.....DivorciadaSiNo
.....Viuda	Grado 1
6. Zona de residencia	Grado 2
.....UrbanaRural	Grado 3
7. Nivel de educación	Grado 4
.....Analfabeto	
.....Primaria	
.....Secundaria	
.....Superior	



ANEXO 3: Autorización Hospital

Cuenca, 19 de febrero del 2021

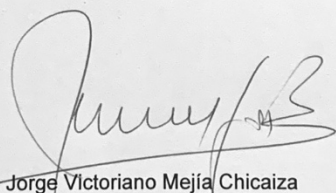
Dra. Viviana Barros
COORDINADORA DE DOCENCIA

De mis consideraciones

Yo, JORGE VICTORIANO MEJIA CHICAIZA, con CI 0101557890, en calidad de director de proyecto de titulación previo a la obtención de título de médico realizado por las estudiantes Viviana Graciela Coellar Cando con CI 0104881743 y María Paz Flores Araujo con CI 0105392401 titulado "PREVALENCIA DE EPISIOTOMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PRIMÍPARAS, PERIODO 2019, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. 2021", solicito comedidamente dar factibilidad a este proyecto de investigación debido a que se considera que es un trabajo valioso para el campo de la Medicina.

Anticipo mi más sincero agradecimiento.

Atentamente,



Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza
0101557890 *Dr. Jorge V. Mejía Ch*
GINECO-OBSTETRA
REG. MSP. L: 14 - F: 28 - N°: 84
CMA: 1396



ANEXO 4: Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	Meses							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Revisión final del protocolo y aprobación	<input checked="" type="checkbox"/>							
2. Diseño y prueba de instrumentos		<input checked="" type="checkbox"/>						
3. Recolección de datos			<input checked="" type="checkbox"/>					
4. Procesamiento y análisis de datos.				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
5. Informe final						<input checked="" type="checkbox"/>		