



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“INDICACIONES DE EPISIOTOMÍA EN PRIMIPARAS
VERSUS RIESGO Y COMPLICACIONES”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JONNATHAN ANDRES MOSQUERA MOGROVEJO

DIRECTOR: DR. JUAN PABLO MUÑOZ CAJILIMA

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“INDICACIONES DE EPISIOTOMÍA EN PRIMIPARAS
VERSUS RIESGO Y COMPLICACIONES”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JONNATHAN ANDRES MOSQUERA MOGROVEJO

DIRECTOR: DR. JUAN PABLO MUÑOZ CAJILIMA

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

1. DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Jonnathan Andrés Mosquera Mogrovejo portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0103655668**. Declaro ser el autor de la obra: “**INDICACIONES DE EPISIOTOMÍA EN PRIMIPARAS VERSUS RIESGO Y COMPLICACIONES**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 11 de abril de 2023

F: 

Jonnathan Andrés Mosquera Mogrovejo

C.I. 0103655668

2. CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado " **INDICACIONES DE EPISIOTOMÍA EN PRIMIPARAS VERSUS RIESGO Y COMPLICACIONES** " realizado por **Jonnathan Andrés Mosquera Mogrovejo** con documento de identidad No. **0103655668**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 11 abril de 2023


F:
Dr. Juan Pablo Muñoz Cajilima
DIRECTOR / TUTOR

Dr. Juan Muñoz C.
GINECOLOGÍA
REG. M.S.P. Libro 3^{er} Folio 07 No 256
SENECYT: 1007-12-749808

3. DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis, primero a Dios, a mis padres por su sacrificio y dedicación a lo largo de mi vida estudiantil y universitaria; a mis hermanos que han sido un apoyo fundamental para lograr mi meta de vida profesional y humana. También a Pablo quien ha estado presente en los momentos difíciles de mi carrera con su apoyo y ayuda incondicional. A mis sobrinos por ser un motor en mi vida, y me han dado esa luz para seguir en mi camino.

4. AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi mas sentido agradecimiento a mi Tutor Dr. Juan Pablo Muñoz C., ya que con su experiencia y capacidad me ha llevado a completar y terminar con éxito este trabajo de titulación. Al Dr. Lauro Mejía y Dr. Freddy Cárdenas por sus consejos y paciencia para seguir en este camino de servicio y dedicación a nuestros prójimos.

5. RESUMEN

Durante el parto normal, en la fase expulsiva, pueden existir complicaciones como desgarros, distocia de hombros, macrosomía fetal, entre otras, las mismas que se presentan con mayor frecuencia en mujeres primigestas, por lo que la episiotomía resulta necesaria para evitar dichas complicaciones. Por lo que se planteó este estudio con el objetivo de Establecer la pertinencia del uso de episiotomía en primíparas versus sus complicaciones. La metodología que utilizada corresponde a un enfoque cualitativo, mismo que comprende una revisión sistemática sobre el uso de episiotomía. Para ello, se considerarán una serie de estudios o artículos científicos siguiendo estos criterios de inclusión: estudios realizados en los últimos 5 años, estudios tomados de bases de datos indexadas como Scopus, Pubmed, Science, entre otras. El presente estudio se realizó con la finalidad, de determinar los efectos beneficiosos de la episiotomía en pacientes nulíparas. Después de haber realizado la revisión bibliográfica pertinente se determinó que en las mujeres primíparas es necesario realizar una episiotomía en el 80% y 90% de los casos pues el conducto vaginal se encuentra estrecho y resulta riesgoso si no se realiza la práctica quirúrgica, en el 85% de casos en donde no se ha aplicado esta técnica se presenta algún tipo de trauma perianal y entre el 1 y 8% existirá un desgarro perianal severo. Dentro de las principales complicaciones tenemos el dolor perianal, hematoma, hemorragias, infecciones, entre otras.

PALABRAS CLAVE: Episiotomía, primíparas, desgarros

6. ABSTRACT

During normal childbirth, in the expulsive phase, there may be complications such as tearing, shoulder dystocia, and fetal macrosomia, among others, which occur more frequently in primigravid women, so episiotomy is necessary to avoid these complications. Therefore, this study establishes the pertinence of episiotomy use in primiparous women versus its complications. The methodology used corresponds to a qualitative approach, which includes a systematic review of the use of episiotomy. For this purpose, a series of studies or scientific articles will be considered following these inclusion criteria, studies carried out in the last five years, and studies taken from indexed databases such as Scopus, PubMed, and Science, among others. The present study was carried out to determine the beneficial effects of episiotomy in nulliparous women. After reviewing the pertinent literature, it was determined that in primiparous women, it is necessary to perform an episiotomy in 80% to 90% of the cases because the vaginal canal is narrow, and it is risky if the surgical practice is not done. In 85% of the cases where this technique has not been applied, some type of perianal trauma is present, and between 1 and 8% of the cases, there will be severe perianal tearing. Among the main complications, there are perianal pain, hematoma, hemorrhages, infections, among others.

KEYWORDS: Episiotomy, primiparous women, tears

ÍNDICE

CONTENIDO

1.	DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD	3
2.	CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR.....	4
3.	DEDICATORIA	5
4.	AGRADECIMIENTO	6
5.	RESUMEN	7
6.	ABSTRACT.....	8
7.	INTRODUCCIÓN.....	11
8.	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	12
9.	JUSTIFICACIÓN	14
10.	MARCO TEORICO.....	15
10.1.	DEFINICIÓN.....	15
10.2.	HISTORIA	15
10.3.	TIPOS DE EPISIOTOMÍA:	16
10.4.	INDICACIONES	16
10.5.	COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMIA	17
10.6.	TÉCNICA	17
10.7.	PROCEDIMIENTO.....	17
10.8.	EPISIORRAFIA	18
11.	OBJETIVOS.....	19
11.1.	General:.....	19
11.2.	Específicos:.....	19
12.	METODOLOGÍA	19
13.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
14.	CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	23
15.	RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS.....	23
15.1.	RECURSOS HUMANOS:.....	23
15.2.	RECURSOS MATERIALES:	23
16.	RESULTADOS.....	24
17.	DISCUSION.....	30
18.	CONCLUSIONES	31

19. RECOMENDACIONES: 32

20. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL 36

7. INTRODUCCIÓN

Al hablar de episiotomía, se refiere un procedimiento de la obstetricia, en la actualidad es uno de los procedimientos más empleados, pues se realiza en aproximadamente el 60% de los partos vaginales, siendo este un proceso empleado a nivel mundial. En LATAM la práctica es común pues se realiza entre el 87% y 90% de los casos, en donde con muy poca frecuencia se solicita el permiso informado de las pacientes (1).

La técnica es necesaria en al menos el 60% de los partos vaginales, sin embargo, para el caso de las mujeres primíparas se aplica en el 90% de los casos. Durante los partos vaginales al menos el 85% de los casos donde no se haya aplicado la técnica existirá el riesgo de un trauma perianal. Entre el 1 y el 8% de mujeres sufrirán de un desgarro perianal severo y en el 60 y 70% de los casos será necesario saturación.

Los síntomas más comunes de los desgarros perianales incluyen hemorragia, dolor perianal, hematomas, infecciones, abscesos, aunque estos son síntomas de corto plazo, también se presentan síntomas de largo plazo como prolapsos genitales, incontinencia y disfunción sexual. (2)

Aplicar la técnica trae consigo ciertas ventajas para las mujeres, pues disminuye el trauma en el piso pélvica, disminuye la probabilidad de que existan desgarros perianales , previene la hipoxia del feto y también favorece en la recuperación del periné, sin embargo así como existen beneficios también se presentan riesgos al momento de realizarla pues se pueden presentar alteraciones en genitales y en el esfínter anal, además que necesita un cuidado adecuado para evitar infecciones o sangrados. (3)

La episiotomía consiste en un procedimiento quirúrgico realizado a mujeres en labor de parto, en donde se realiza una incisión quirúrgica en los músculos vaginales y el periné, de tal manera que se permita la ampliación del canal por donde emerge el feto, evitando así desgarros en el suelo pélvico y su musculatura. Después del nacimiento del bebe, se procede a suturar el corte realizado. Esta práctica es comúnmente realizada en madres primíparas, aunque actualmente es posible evitarla (4). Esta investigación busca establecer la pertinencia del uso de episiotomía en primíparas versus sus complicaciones.

8. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Los desgarros perineales se presentan con frecuencia en mujeres primigestas en un 91% de los casos, lo que desencadena morbilidad materna en el puerperio mediato, dificultando la convalecencia rápida de las pacientes. Además de existir síntomas a corto y largo plazo que dificultan la recuperación. (2) La episiotomía es una incisión quirúrgica del perineo para aumentar el tamaño del conducto vaginal para facilitar el parto o nacimiento del bebé durante la última parte de la segunda etapa del parto (5). Con el objetivo de proteger el piso pélvico y prevenir traumatismos fetales durante el parto, su uso rutinario fue ampliamente aceptado en el pasado, principalmente en primíparas (mujeres en su primer trabajo de parto y parto) (6).

Las técnicas de episiotomía más comunes descritas en la literatura son la técnica de línea media y medio lateral. La episiotomía de la línea media comienza en la horquilla posterior seguida de un corte recto hacia abajo, la episiotomía medio lateral comienza en la horquilla posterior y continúa con un corte de 40 a 60° desde la línea media (7). La técnica MLE está relacionada con mucho más dolor perineal que los otros tipos de episiotomía, se asocia con dispareunia posparto y dolor perineal (8). Las técnicas como masaje perineal, compresas frías o calientes y técnicas de manejo perineal para prevenir el trauma y reducir la episiotomía (9)

Para mujeres primíparas o primerizas esta técnica se emplea alrededor del 80% y 90% de las veces, desde el segundo parto la utilización oscila en el 50%, no es común su uso en mujeres con partos múltiples, sin embargo, si existen complicaciones es necesario emplearla. Existen diversos tipos de episiotomía, la más frecuente es la medio lateral, en donde se corta desde la vulva al periné, pues así se previene un desgarro anal. (4)

Al momento de presentarse las contracciones y empezar la labor de parto, la cabeza del bebe se empieza a visibilizar y por lo tanto a comprimir el borde de la vagina permitiendo así la dilatación de aproximadamente 4 o 5 centímetros, en ese instante es necesario que el medico analice los tejidos para determinar si es posible que se expandan lo suficiente para permitir el paso del bebe o es necesario proceder con la incisión. Para este procedimiento quirúrgico es necesario la aplicación de anestesia local, al momento de la contracción el medico debe realizar el corte, después que la placenta haya sido expulsada y el útero deje de perder sangre, se debe proceder con la sutura (10).

Según estudios realizados en los últimos años por la OMS (11), mencionan que la episiotomía se practica tan solo en un reducido porcentaje de casos necesarios. Por el contrario, realizarla

sin necesidad representa riesgos de hemorragias severas o infecciones postparto, a la vez representa un riesgo para un desgarro anal y debilita los músculos perianales lo que puede provocar prolapsos e incontinencias. Durante un parto normal se pueden dar desgarros vaginales y en el tejido circundante en especial al momento de expulsar la cabeza del bebé, con frecuencia estos desgarros se desplazan hasta el recto, esto se pueden reparar quirúrgicamente. (12)

Por muchos años se tenía una idea de que la episiotomía podía ayudar en la prevención de desgarros vaginales extensos durante el parto, también se mencionaba que este procedimiento ayudaba a preservar el tejido muscular y conectivo del suelo pélvico, sin embargo, actualmente después de investigaciones se puede decir que la episiotomía de rutina no evita estas complicaciones por completo.

9. JUSTIFICACIÓN

La episiotomía es uno de los procedimientos obstétricos más utilizados y debatidos ya que ha sido identificada tanto como un factor de riesgo como protector del esfínter anal en mujeres primíparas [3]. Su uso rutinario puede ser recomendable en casos de partos asistidos por vacío y en presentación occipitoposterior [4]. No obstante, la episiotomía se asocia con algunas complicaciones como dolor, infección y molestias de las suturas perineales para las madres [5]. Asimismo, la episiotomía puede inducir signos inflamatorios como enrojecimiento, edema, equimosis y dolor que pueden permanecer más allá del período de hospitalización [6]. Se ha encontrado que el dolor perineal posparto afecta a más personas con episiotomía en comparación con los desgarros perineales espontáneos o la contusión en las primeras dos semanas [7].

El presente estudio considera el tema relacionado con la episiotomía, la cual es una técnica utilizada en determinados casos de trabajos de parto. Se espera conocer la pertinencia del uso de episiotomía, específicamente en primigestas, y determinar tanto su eficacia como las diversas complicaciones que puedan derivarse. Por consiguiente, los resultados arrojados en esta revisión se esperan sean de utilidad para otras investigaciones relacionadas.

10. MARCO TEORICO

EPISIOTOMÍA

10.1. DEFINICIÓN

Se puede definir a la episiotomía como una cirugía de carácter menor, la cual ensancha la abertura vaginal durante el parto, esta consiste en un corte perineo (los músculos entre la vagina y el ano) (5) con el fin de aperturar en mayor medida el canal vaginal para que el feto pueda salir sin complicaciones. Este procedimiento es realizado con bisturí o tijeras de ser necesario y debe ser reparado con una sutura después de haber sido expulsado el bebé, la placenta y luego que el útero haya dejado de sangrar. (10)

10.2. HISTORIA

En el siglo XVIII existían escritos acerca del tratamiento del perineo, donde se pretendía preservarlo de manera intacta, buscando así una dilatación natural, lenta y controlada. En el año de 1828 Ferdinand Von Ritgen plantea una maniobra que pretendía disminuir los desgarros perianales (13) Puzoz sugería la protección del periné pues en la antigüedad los desgarros eran tratados con reposo, incluso en algunos casos se ataba de piernas a las mujeres para que el área pueda sanar, según Scott “la primera mención en la literatura de una incisión en el periné para facilitar un parto dificultoso fue realizada por un comadrón de Dublín, Sir Fielding Ould (1710-1789) en 1742”. En el año de 1857 Carl Braun sugiere el término episiotomía para referirse al procedimiento de la incisión genital externa durante el parto. Antiguamente la episiotomía se consideraba como un gran avance para proteger el periné, el suelo pélvico y el bebé durante el parto (14).

Scott data que la primera episiotomía se sugirió en el año de 1799, realizando un corte de la línea media del periné. En el año de 1874 se practicó por primera vez una episiotomía medio lateral, sin embargo, hasta 1878 se efectuó este proceso en Estados Unidos, introduciendo así la técnica a Norte América desde Austria (14) De Lee Y Pomeroy, sugirieron la realización sistemática de la práctica quirúrgica durante el parto, pues esta presenta diversos beneficios tanto para el recién nacido como para la madre. Para la mujer es importante pues reduce el

traumatismo del área perianal, la disfunción del suelo pélvico, prolapsos, posibles incontinencias urinarias o fecales o incluso la disfunción sexual. Para él bebe también es beneficioso pues permite que se expulse en menor tiempo lo que también decrementa riesgos y disminuye el traumatismo en la cabeza (15)

Estas indicaciones resultaron de gran relevancia entre los médicos, se puede decir que represento un avance considerable para la obstetricia como tal (16) La episiotomía entre la comunidad médica desde los especialistas, médicos, enfermeros obstetras, incluso estudiantes se posiciono fuertemente de tal manera que llego a ser una práctica común (15)

10.3. TIPOS DE EPISIOTOMÍA:

Media: Consiste en una incisión recta que va desde la cavidad vaginal hasta el ano, esta permite una apertura más considerable durante el parto, de tal manera que se evitan grandes traumatismos en el esfínter anal (17)

Mediolateral: Consiste en una incisión realizada en un ángulo de más o menos 45 grados (+/- 45°) esta va desde la vagina hacia el ano, a pesar de que esta práctica necesita más tiempo de cicatrización es la más utiliza, pues ayuda a evitar daños anales. (17)

10.4. INDICACIONES

Entre las indicaciones para la aplicación de esta técnica esta la profilaxis, con la finalidad de evitar morbilidad de las parturientas, acelerar o disminuir el tiempo que demora el periodo expulsivo, facilitar la expulsión fetal y evitar traumas de la presentación en el recién nacido. Cabe destacar que la episiotomía debe ser practicada por personal médico calificado que tenga conocimiento previo de la técnica de reparación, la indicación debe realizarse por escrito y bajo consentimiento de la paciente (4)

10.5. COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMIA

Entre las complicaciones más frecuentes inmediatas de la episiotomía son: Desgarros, hemorragias, edema, dehiscencia, infección. Entre las complicaciones tardías se puede nombrar al dolor perianal con o sin actividad sexual, procesos de adherencia vaginales o bridas, endometriosis, quiste de glándula de Bartolino (18).

10.6. TÉCNICA

Para sanitizar la zona se debe limpiar con agua y jabón y después aplicar una solución antiséptica, se debería aplicar anestesia con una dosis de novocaína al 1% o 2% o similar. Se realiza una sección con tijera o bisturí. Se introduce una de las ramas de la tijera en la vagina entre los dedos medio e índice de la mano del operador mismos que sirven para guiar el corte y de protección al polo fetal para evitar heridas (19)

10.7. PROCEDIMIENTO

Para realizar esta técnica se debe informar al paciente en que consiste el procedimiento a aplicar. Seguido a esto se debe revisar la historia clínica con el fin de asegurarse que no exista alguna alergia a lidocaína o a anestesia similares, además se debe evaluar el tamaño del periné, se debe revisar si está muy tenso, ver si existen condiloma o varices. Para iniciar el proceso se debe preparar una jeringa esterilizada con la anestesia a aplicar, generalmente se emplean 10 milímetros de anestésico sin epinefrina con una aguja numero 21 o 22. Proteger la cabeza del bebe, pues existe riesgo de que haya una confusión y se pueda inyectar la cabeza del feto, se coloca dos dedos entre el periné y la cabeza del bebe. Para iniciar insertamos la aguja desde la horquilla por completo debajo de la mucosa vaginal, debe ir por debajo de la piel del periné en el musculo perineal, antes de proceder con la aplicación del anestésico se aspira el embolo de la jeringa de tal manera que se pueda asegurar que no se ha pinchado algún vaso sanguíneo.

Después de esto, hay que esperar entre 1 y 2 minutos antes de la incisión, es recomendable realizar una episiotomía medio lateral, en el caso de no tener experiencia en sutura de laceraciones complejas. En el caso de estar en capacidad profesional se sugiere la episiotomía

mediana grande, pues esta no es tan sangrante y se puede suturar rápidamente. Al momento de realizar el corte en el periné se debe procurar que se haga cuando este está más delgado y está siendo presionado por la cabeza del feto. Es necesario ampliar el corte de la pared vaginal en aproximadamente 1 o 2 centímetros pues así se puede evitar lesiones vaginales las cuales se tornen difíciles de suturar. (21)

10.8. EPISIORRAFIA

La episiorrafia es la reparación del periné después de haber realizado la incisión quirúrgica, esta se realiza al terminar el segundo periodo del parto. Esta se debe hacer una vez se haya extraído al bebé por completo y se analice la estabilidad hemodinámica de la paciente. Es recomendable introducir gases en la vaginal de tal manera que se produzca hemostasia durante el procedimiento, sin embargo, es menester tener cuidado al retirarlas, pues el olvidarlas puede ocasionar serias infecciones y molestias a la paciente. (20)

La técnica generalmente inicia a 1 centímetro por detrás el vértice vaginal, se debe continuar la sutura continua y cruzada hasta detrás de las carúnculas himeneales, se debe tener en cuenta incluir las puntadas iniciales a la submucosa y la parte comprometida del músculo transverso profundo, una vez en las carúnculas se fijan con una puntada de mucosa a mucosa por el frente de las mismas, desde ahí hasta la horquilla vulvar posterior se realiza la sutura continua y se anuda. La sutura debe ir continua sin cruzar hasta el vértice perineal inferior, ininterrumpidamente se pasa a piel y de manera ascendente se afronta el celular subcutáneo y la piel, de tal manera que se finalice en la fosa navicular donde se anuda finalmente.

Como técnica en la episiorrafia sin prolongación mediana en el extremo vaginal la línea de corte se debe extender en aproximadamente 2 o 3 centímetros por detrás de las carúnculas himeneales, el extremo perineal no se compromete. En el plano medio no se debe observar el esfínter, mientras que los músculos de la cuña se exponen claramente (21)

Existen ciertas complicaciones inmediatas tales como desgarros y prolongaciones, donde aumenta la extensión de los vértices y de la profundidad de la incisión. Se puede presentar sangrado en casos de medio-laterales. También pueden aparecer hematomas asociados a las medio laterales, usualmente aparecen tempranamente en conjunto con dolos perineal intenso y

crecimiento de masa subyacente. El dolor es otra complicación común usualmente se da en una intensidad moderada a leve. (21)

11. OBJETIVOS

11.1. General:

- Establecer la pertinencia del uso de episiotomía en primíparas versus sus complicaciones.

11.2. Específicos:

- Determinar la prevalencia de la episiotomía en mujeres primigestas.
- Analizar las indicaciones de la episiotomía en mujeres primigestas.
- Determinar las complicaciones más frecuentes de la episiotomía.

12. METODOLOGÍA

La metodología a ser empleada se corresponde con un enfoque cualitativo, que comprende una revisión sistemática sobre el uso de episiotomía, así como las complicaciones que esta puede ocasionar en las mujeres primípara. Para ello se tomó en cuenta el método de Preferred Reporting Items for Systemic reviews and Meta-Analyses o más conocido como método PRISMA, el cual trata de revisar artículos científicos encontrados en bases establecida como PubMed, Scopus, Google Academic, Taylor y Francis, entre otros. Entre los criterios de inclusión se tomaron en cuenta a revistas científicas arbitradas con estudios que hayan sido publicados durante los últimos 10 años, publicaciones realizadas tanto en inglés como en español, en cuanto a criterios de exclusión se plantearon a publicaciones con acceso restringido y artículos poco relevantes acerca de la episiotomía.

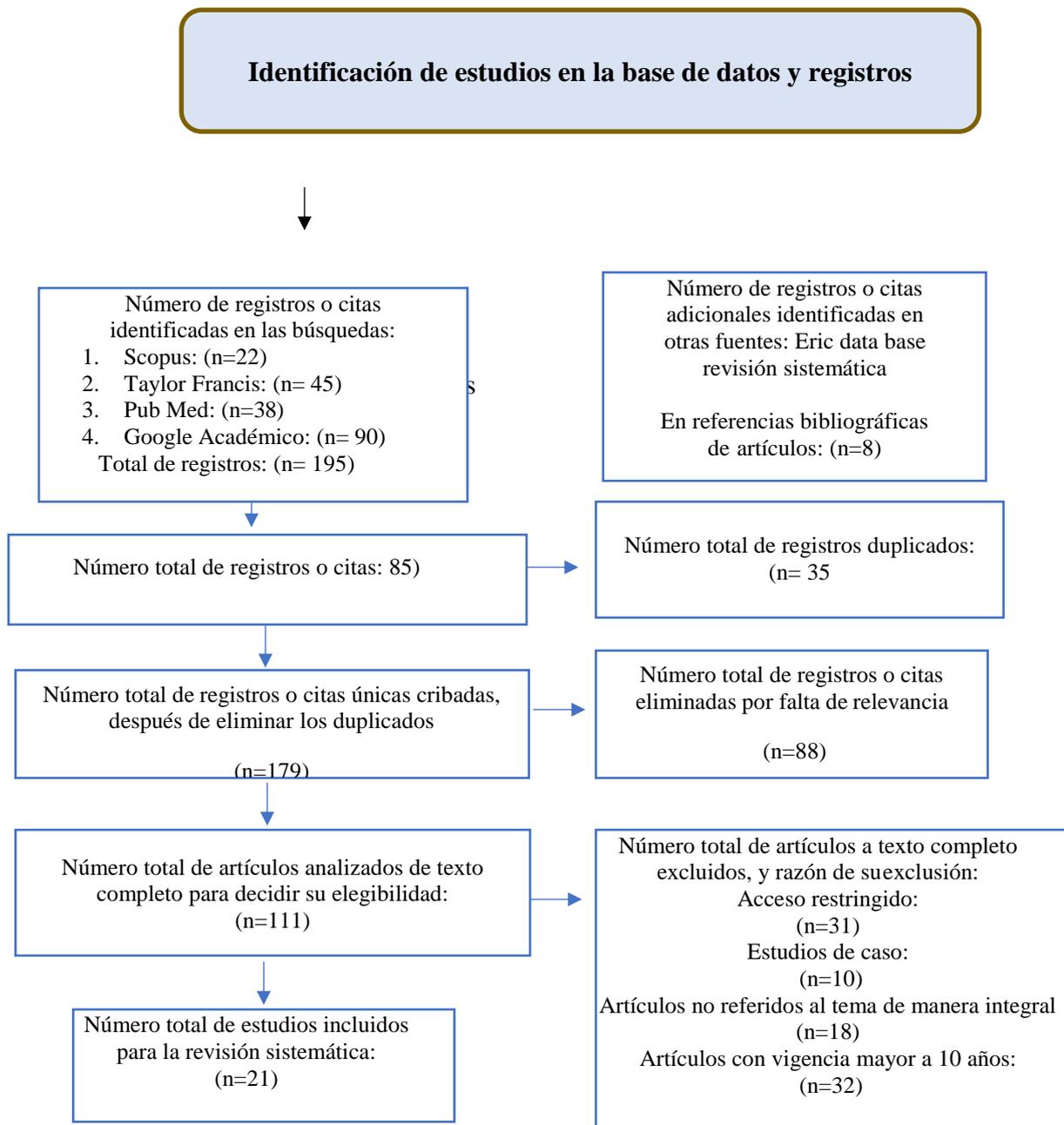


Figura 1. Diagrama PRISMA

13. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para poder establecer una pertinencia del uso de episiotomía en primíparas versus sus complicaciones, se tomaron en cuenta a 9 artículos, mismos que se establecieron como base teórica, de esta manera poder determinar la eficacia del uso de episiotomía en primíparas, reconocer la complicación más frecuente durante el uso de episiotomía, así como su porcentaje y a su vez categorizar en que grupo etario es frecuente las complicaciones obstétricas por el uso de episiotomía. Cabe señalar, que los estudios en cuestión son estudios con un análisis cualitativo, cuantitativo y revisiones sistemáticas.

Tabla 1. Criterios: referencia, cuartil, características de los estudios, factores analizados, organización por región.

N°	Referencia	Cuartil	Características de estudios (País, tamaño de muestra, tipo de estudio)	Factores analizados
1	Bozdag H, et al.; 2021 (5)	Q3	Canadá; N= 64; cuantitativo	Is mediolateral episiotomy angle associated with postpartum perineal pain in primiparous women?
2	Campos, G. 2014. 60 (6)	Q2	Peru; N=38; Estudio de caso. Rev. Assoc. Med. Bras.	Factores y riesgos de la episiotomía.
3	Huamán Quispe, Liz Nataly (2017) (22)	Q2	Peru; N=5; cualitativo	Las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas
4	Zafran N, Salim R.2012 (4)	Q1	; n.e.; revisión cuantitativo	Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of

				obstetric anal sphincter tear. Arch Gynecol Obstet
5	Salas, E. (2012) (15)	Q1	Costa Rica; Rev. N=32; estudio prospectivo; cualitativo	Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía
6	García Núñez, L (2018) (23)	Q3	España: n.e: revisión cualitativa	Efectos de la episiotomía sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal. Una revisión bibliográfica
7	Barjon, K (2022) (24)	Q2	Florida: n.e.; revisión cualitativa	Episiotomy
8	Santos, K. (2016) (25)	Q1	México; N:12; cuantitativo	Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal
9	Aasheim, V. Nilsen, (2017) (9)	Q1	Estados Unidos; cualitativo Cochrane Database of Systematic Reviews,	Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma.

COMPARACIÓN: pacientes con indicaciones de episiotomía en primíparas versus riesgo y complicaciones del no uso.

14. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Tomando en cuenta que esta investigación está fundamentada en la revisión sistemática mediante el análisis de investigaciones autorizadas que hayan sido publicadas en bases certificadas e indexadas de libre acceso, no es necesario una autorización del Comité de Bioética de la Unidad Académica de Bienestar y Salud de la Universidad Católica de Cuenca. Sin embargo, es menester la aprobación y evaluación del comité para desarrollar esta investigación dentro del marco establecido.

15. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

15.1. RECURSOS HUMANOS:

- Jonnathan Mosquera (investigador)
- Docentes colaboradores

15.2. RECURSOS MATERIALES:

- Impresiones
- Materiales de oficina
- Internet
- Computadoras
- Transporte

16. RESULTADOS

Tabla 2. prevalencia de la episiotomía en mujeres primigestas

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	POBLACION	PREVALENCIA
Moncayo C, et al.,	2018	Ecuador	Documental, descriptivo, retrospectivo, de tipo transversal descriptivo, comparativo, retrospectivo, de corte transversal.	453	Edad promedio fue de 18 a 35 años. El (66.22%) son multíparas y (33.77%) son nulíparas, del total de partos de las primigestas el (35.95%) no se realizó episiotomía. La prevalencia de episiotomía en primigestas fue de (64.05%,) la técnica realizada en el 100% de los casos fue el medio lateral.
García A, et al.,	2019	Murcia	Cuantitativo observacional, descriptivo y transversal	10.630	Edad materna: Menor de 20 años, entre 20 y 35 años, mayor de 35 años. La prevalencia de episiotomía en primigestas fue de (34,01%).
Mejía J, et al.,	2017	Ecuador	Estudio de prevalencia analítico	3.798	La prevalencia de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue del (35.5%), valor inferior a los datos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito (42.6%) y a otros estudios a nivel mundial. De las 206 pacientes que se realizaron episiotomía-mía, 59.2% tuvieron una edad menor a 19 años, y 40.8% son mayores a 20 años
	2017	Perú	Descriptivo, comparativo, retrospectivo, de corte transversal.	679	

Huamán Q, et al., Zafrán N, et al.,	2017	Israel	Cuantitativo	25.170	Del total de las primíparas que es el 8.8%, la prevalencia de episiotomía fue del 50%, menor a 19 años 36.7% y de 20 a 34 años 63.3%. Edad promedio 20.9 ± 2.7 años, la edad gestacional promedio fue de 39.2 ± 1.1 semanas, la prevalencia de episiotomía es de (27.1%).
--	------	--------	--------------	--------	--

Autor: Jonnathan Andrés Mosquera

Después de haber realizado la revisión literaria pertinente se determinó que en las mujeres primíparas es decir en el primer parto es necesario realizar una episiotomía en el 80% y 90% de los casos pues el conducto vaginal se encuentra estrecho y resulta riesgoso si no se realiza la práctica quirúrgica, a partir del segundo parto es necesario realizarla tan solo en el 50% de los casos, en cuanto a mujeres con varios partos o multíparas no se realiza con frecuencia (8). Esta investigación nos indica una alta prevalencia de episiotomía en comparación por lo recomendado por la OMS que debería ser el 20%, según los autores en sur América (Ecuador y Perú) tenemos entre el (35,5%), (64,05) y (50%), respectivamente, en comparación a un estudio realizado en Murcia-España que tiene un (34,01%) y con (27,1%) en Israel, siendo estos dos países los que mas se acercan a lo recomendado por la OMS.

Tabla 3. Indicaciones de la episiotomía en mujeres primigestas

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	INDICACIONES
Beltrán W, et al.,	2019	Colombia	Revisión literaria	47.88% fueron primigestas. Cuando se realizaron episiotomías se tuvieron como indicación periné corto y poca distensibilidad con un 19.3%, acortamiento del periodo expulsivo 16%, prevención de desgarro y acortamiento de trabajo de parto 6.4%, primigesta 3.2%.
González M, et al.,	2017	España	Revisión bibliográfica	Prevención de lesiones obstétricas del esfínter anal se consideran el principal factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia fecal, La episiotomía disminuye el riesgo de desgarros perineales y de desgarro obstétrico del esfínter anal.
Barjon, K	2022	Florida	Cualitativo	Las situaciones en las que los proveedores de atención médica pueden considerar una episiotomía incluyen: ayudar en un parto vaginal quirúrgico, distocia de hombros o sufrimiento fetal.
García L, et al.,	2018	España	Cualitativo	factor protector de las lesiones obstétricas del esfínter anal.
Salas E	2017	Costa Rica	Estudio prospectivo; cualitativo	Profilaxis, acelerar el parto, evitar la anoxia fetal, evitar lesiones traumáticas, sobre todo si existe macrosomía fetal o posición podálica, prematuridad, distocia de hombros, presentaciones en occípito posterior.

Autor: Jonnathan Andrés Mosquera

La episiotomía presenta beneficios durante el parto en especial para mujeres primíparas, pues esta ayuda a evitar desgarros vaginales, al llevar un proceso adecuado existe una fácil cicatrización, a la vez este procedimiento disminuye e incluso evita lesiones musculares perianales y vaginales,

la expulsión del bebe dura menos tiempo al tener una cavidad más amplia para su salida por lo que se evitan traumatismos tanto el en recién nacido como en la madre. En algunos casos es necesario practicar una episiotomía tales como cuando el conducto vaginal es muy estrecho, en el caso de una distocia de hombro donde el hombro del bebe se encuentra atorado detrás de los huesos pélvicos o cuando existen frecuencias cardiacas de carácter anormal y resulta riesgos para él bebe y la madre (18).

Tabla 4. Complicaciones secundarias frecuentes de la episiotomía

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	Complicaciones
Bozdag H, et al.,	2021	Canadá	Cuantitativo	El estudio se realizó en 86 mujeres primigestas que se les realizó episiotomía, en la cual se evidencia dolor primer día posparto (85%) puntuaron el dolor perineal entre 0 y 3 en la VPS y (15%) puntuaron el dolor entre 4 y 6. El día 7 fue significativamente más alto, con una mayor puntuación de dolor perineal y una mayor necesidad de analgésicos durante los primeros días del posparto.
García A, et al.,	2019	Murcia	Cuantitativo observacional, descriptivo y transversal	El estudio se realizó en 10.630 gestantes, de las cuales a 4.543 se le realizó episiotomía donde se observó una tendencia a desgarros con el siguiente orden segundo grado con 184 (4,05%), seguidos de primer grado 151 (3,32%), de tercer grado 83 (1,84%) y de cuarto grado apenas el 5 (0,11%). Es decir que 423 (9,31%) sufrieron algún tipo de desgarro después de practicarse la episiotomía.
Castañeda K, et al.,	2017	México	Caso clínico	Entre las complicaciones inmediatas frecuentes de una episiotomía se encuentran: hemorragia, hematoma, desgarros, edema 10,66%, infección 13,33%, dehiscencia. Las complicaciones tardías corresponden a: el dolor perineal con o sin vida sexual, proceso de adherencias o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula vestibular mayor o de Bartolino por sección del conducto excretor, así como fístulas rectovaginales
Barjon k.	2022	Canadá	Cuantitativo	Sangrado, cicatrización prolongada de heridas, complicaciones en partos vaginales posteriores, dispareunia 12%, disfunción del suelo pélvico, fístulas urinarias y cicatrización inapropiada de heridas. La complicación más importante de una episiotomía es una lesión en el músculo del esfínter anal externo, que puede provocar incontinencia y formación de fístulas.

Autor: Jonnathan Andrés Mosquera

Dentro de las principales complicaciones podemos mencionar el dolor perianal, presentándose desde el primer día, sin embargo, el mismo va ser más intenso al séptimo día posparto, entre las complicaciones inmediatas se puede mencionar la hemorragia, edema, infecciones, y dehiscencia, en cuanto a las complicaciones tardías se habla del dolor perianal con o sin actividad sexual, procesos de adherencias, endometriosis, quiste en la glándula de Bartolino, fistula rectovaginales, complicaciones en paros vaginales posteriores, disfunción del suelo pélvico, lesión del musculo del esfínter anal externo y desgarros siendo el más frecuente el de segundo grado y el que menos se presenta es el de cuarto grado. Sin embargo, a pesar de los beneficios mencionados que posee de la episiotomía, existen varios autores quienes consideran a esta técnica como antinatural e incluso como innecesaria pues ellos manifiestan que el desgarro perianal que algunas veces se da durante el parto es menor invasivo que realizar la episiotomía, pues esta necesita más cuidados postparto al ser una incisión quirúrgica. (12)

17. DISCUSION

Como cualquier técnica quirúrgica la episiotomía según ciertos autores goza de grandes beneficios, pero también existen complicaciones secundarias a este procedimiento, por lo que algunos especialistas no recomiendan realizarse esta técnica, sin embargo, los estudios revisados muestran una alta prevalencia de la episiotomía en nulíparas como podemos evidenciar en los estudios realizados por Moncayo C, et al., con un (64,05%), Huamán Q, et al., con (50%), esto hablando por sur América, en comparación con un estudio realizado en España que tiene un (49.64%) de episiotomías en primigestas, estando por encima de lo que recomienda la OMS que es el (20%), aun dentro de este revisión podemos mencionar un estudio realizado por Zafrán N, et al., en Israel que tiene un porcentaje del (27,1%), siendo el que más se acerca a lo recomendado.

Dentro de las indicaciones para realizar una episiotomía los autores coinciden considerando que una de las más importante es la prevención de un daño perianal la misma que podría desencadenar una incontinencia fecal, otras indicaciones que menciona Beltrán W, et al., son el periné corto y poca distensibilidad con un (19.3%) y el acortamiento de trabajo de parto con (6.4%). García L, et al., y Salas mencionan que la episiotomía está indicada para evitar la anoxia fetal, evitar lesiones traumáticas, sobre todo si existe macrosomía fetal o posición podálica, prematuridad, distocia de hombros, presentaciones en occípitoposterior. De esta manera podemos decir que dentro de las indicaciones no existen contradicciones entre los autores.

Finalmente, entre las complicaciones más comunes podemos hablar del dolor perianal, siendo más intenso en los 7 días post parto según Bozdag H, et al., y Castañeda K, et al., mencionándolo al dolor como una complicación tardía, dentro de estas también menciona el quiste de glándula de Bartolino, fístulas rectovaginales, etc. Las complicaciones inmediatas son hemorragia, hematoma, edema, infección, dehiscencia y los desgarros coincidiendo con Santos, K. y García A, et al., quienes describen en sus investigaciones alta probabilidad de presentar desgarros de primer, segundo y tercer grado.

18. CONCLUSIONES

Se puede concluir que la episiotomía presenta beneficios para las madres y para el bebé, ya que las primíparas a quienes se les realiza la incisión quirúrgica tan solo el 30% tienen un desgarro en la zona perianal, sin embargo, de las mujeres primíparas a quienes no se les realiza la episiotomía el 60% tiene un desgarro. Además, esta técnica es útil para evitar lesiones obstétricas del esfínter anal, que el parto sea más eficiente y acortar el tiempo del mismo, ya que existen complicaciones que podrían poner en riesgo la vida de la madre y del feto como distocia de hombro y sufrimiento fetal, entre otras.

También se evidenció que las complicaciones más frecuentes son el dolor perianal que se presentó en un gran porcentaje de las pacientes, las infecciones en la zona de la herida, dispareunia, edemas, hemorragias, daños en el suelo pélvico, y de los desgarros, pudiendo decir que es un poco contradictorio ya que la episiotomía se usa para evitar los mismos, sin embargo, el porcentaje fue mínimo, siendo una complicación poco frecuente. Además las complicaciones obstétricas no tienen una relación directa con la edad, ya que la episiotomía se realiza con más frecuencia a mujeres menores de 19 años y que sean primíparas, pero también existen casos en los que a mujeres mayores de 34 años también es necesario aplicar la técnica, las complicaciones obstétricas post episiotomía se dan según la técnica empleada y el cuidado de la herida.

19. RECOMENDACIONES:

Se recomienda la aplicación de esta técnica en el caso de que el especialista tratante lo considere necesario pues esta debe ser selectiva y no rutinaria, si bien su aplicación presenta diversas ventajas en especial para las mujeres primíparas esta debe ser realizada por un especialista que tenga experiencia para aplicar la incisión, es recomendable informar a la paciente acerca del procedimiento a seguir y que ella brinde su consentimiento para la misma.

Para las mujeres que hayan pasado por una episiotomía se recomienda tener el cuidado pertinente en la zona, con una limpieza y cuidado adecuado, es necesario limpiar el are con agua o solución salina y dejarla en ventilación, pues es muy común que se presente infecciones en el área al ser un procedimiento quirúrgico delicado.

Para futuras investigaciones es recomendable ampliar el campo de estudio e incluir nuevos temas de interés, de tal manera que se puedan analizar más casos con el fin de obtener nuevos hallazgos que aporten a futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mellizo A, Lopez L, Montoya R. Frecuencia de la realización de 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. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2016.
2. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Instrucciones para las pacientes tras. 2018.
3. Beltran W, Duran M, Losada M, Maya M, Orjuela C, Rojas F. Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. *Revista Médica de Risaralda*. 2019.
4. Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. *Arch Gynecol Obstet*. 2012.
5. Bozdog H, Akdeniz E, Dondu D. Is mediolateral episiotomy angle associated with postpartum perineal pain in primiparous women? *North Clin Istanb*. 2021.
6. Campos G, Pereira S, Neves P. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2014.
7. Kalis V, Laine K, Ismail K. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012.
8. Senol D, Aslan E. The Effects of Cold Application to the Perineum on Pain Relief After Vaginal Birth. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2017.
9. Vigdis A, Vika A, Merete L. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017.
10. Stendenfelt M, Pirhonen J, Blix E. Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women - a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Womens Health*. 2014.
11. Organización Mundial de la Salud. Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos. *OMS Gulati*. 2018.
12. Karbanova J, Rusavy Z, Betincova L. Clinical evaluation of peripartum outcomes of mediolateral versus lateral episiotomy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014.
13. Chelab M, Courjon M, Eckman A. Impact of a major decrease in the use of episiotomy on perineal tears in a level III maternity ward. *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014.
14. Bedoya J. Episiotomías. *Toko-gin Pract*. 1984; 43(1): p. 31-44.

15. Salas E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. *Enfermería Actual en Costa Rica*. 2013.
16. Rubino J. Indicaciones Actuales de la Episiotomía. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2004.
17. Pebalo F, Ajeani J, Kabonge K. Episiotomy related morbidities measured using redness, edema, ecchymosis, discharge and apposition scale and numerical pain scale among primiparous women in Mulago National Referral Hospital, Kampala, Uganda. *Pan Afr Med J*. 2020.
18. Albino F. Uso rutinario de la episiotomia y complicaciones asociadas en mujeres multiparas atendidas de parto vaginal. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*. 2009.
19. Kilpatrick M, Garrison E, Fairbrother E. *Gabbe's Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies Philadelphia*; 2008.
20. de Anda L, Castañeda K, Perez J. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2017.
21. Moreira C, Torres A. GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER: “EPISIOTOMÍA, EPISIORRAFIA, DESGARROS PERINEALES Y SU REPARACIÓN”. Laboratorio de destrezas clínicas. 2013.
22. Huaman LN. Estudio comparativo de las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomia en primiparas. 2016.
23. Garcia L, Soto M. Efectos de la episiotomía sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal. Una revisión bibliográfica. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2018.
24. Barjon K, Heba M. Episiotomy. *Health and obstretic*. 2022.
25. Santos K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en púerperas atendidas en el Servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. *Medicina*. 2014.
26. Moncayo C, vazquez V. Frecuencia y factores asociados a episiotomia en primigestas atendidas en el Hospital "Luis F. Martinez". *ciencia digital*. 2018
27. Garcia A, Viguera M, Ballesteros C. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Española de Salud Pública*. 2019.
28. Gonzalez M. Impacto de la episiotmia en la funcion del suelo pelvico: Reviación Bibliografica. *Ciencias de la Salud*. 2017.

29. Beltran W, Durán M, Losada M, Maya M. Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. *Revista Médica de Risaralda*. 2019.
30. Anda L, Castañeda A, Perez J. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. *Revista de la facultad de Medicina*. 2017.
31. Chamorro G, Torres J. Prevención y complicaciones de episiotomia en gestantes primiparas. 2021.
32. Baggish M, Karram M. *Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery Philadelphia*; 2005.

20. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jonnathan Andrés Mosquera Mogrovejo portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0103655668**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“INDICACIONES DE EPISIOTOMÍA EN PRIMIPARAS VERSUS RIESGO Y COMPLICACIONES”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **11 de abril de 2023**

F: 
Jonnathan Andrés Mosquera Mogrovejo
C.I. **0103655668**