



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**“FRECUENCIA Y USO DE EPISIOTOMÍA EN PACIENTES  
NULÍPARAS QUE ACUDEN A LA SALA DE PARTOS DEL  
HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA  
DICIEMBRE 2005 – MARZO 2006.”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**AUTORES:**

**CARRERA MENDOZA JOSÉ RAÚL  
DE LA TORRE VELEZ KATIA CECILIA**

**DIRECTORA: DRA. CARMEN CAMPUZANO**

**Portoviejo, Mayo 2006**

## DEDICATORIA

“Las grandes alegrías nacen de los grandes esfuerzos”

Este documento es evidencia de la constancia, del sacrificio, del esmero y quiero dedicarlo a:

Katia Cecilia, la amiga, compañera y esposa quien siempre confió en mí, la que siempre estuvo a mi lado, la que nunca me defraudó y la que siempre amaré.

Margarita, madre ante todo, supiste siempre como formarme y guiarme por el camino del bien y del sacrificio para cumplir mis metas.

Ramona, mi segunda mamá, tu incondicional apoyo siempre será fundamental en los senderos que tome por la vida.

Katia, Shaskya y Listhey, motivación constante para luchar y servir de ejemplo en sus vidas.

A Yoko, Yamel, Virginia, Maoly y Johnny y a todos los demás familiares y amigos que sientan este logro como si fuera de ellos mismos.

**Raúl.**

## DEDICATORIA

“Dios es el amo absoluto del universo. Sin el permiso de él no se cae ni una hoja de un árbol”.

Dios ha querido que este sueño se hiciera realidad colocando ángeles a mí alrededor para poder alcanzarlo, a quienes dedico mis años de estudio, mis logros y la presente investigación:

A mi querido y amado esposo, José Raúl, compañero y amigo perfecto de mi existencia, la dulce melodía que aviva mi espíritu, por ser la inspiración de mis metas, por estar siempre a mi lado, luchando juntos por un mismo ideal y darme como armas su apoyo, fortaleza y perseverancia para seguir adelante.

A mis queridos hijos Katia, Shaskya y Listhey, hermosos poemas de mi vida, mi motivación para seguir adelante, por su gran apoyo, paciencia y comprensión.

A mi querida madre, Dra. Cecilia, autora de mis días, por su apoyo incondicional y sabiduría, por ser ejemplo de sacrificio, trabajo y perseverancia como madre y profesional, y regalarme su espejo el cual tomé para reflejarme y llevar su virtuosa vida como brújula a lo largo del camino.

Y a todos mis demás familiares y amigos que de alguna u otra manera comparten sinceramente este gran logro.

**Katia.**

## **AGRADECIMIENTO**

“La perseverancia es el secreto del éxito”.

A Dios por darnos salud, inteligencia y sabiduría en nuestra carrera universitaria, por ser la esencia que iluminó nuestra mente y fortaleció nuestro ser, para sembrar nuestras metas y anhelos rociadas día a día con esfuerzos, sacrificios y desvelos que hoy se ven reflejadas en nuestros triunfos y conquistas.

A la prestigiosa Universidad Técnica de Manabí especialmente a la Facultad de Ciencias de la Salud; por acogernos en sus predios y darnos la oportunidad de superarnos.

A la Dra. Carmen Campuzano (Directora de Tesis), que junto a la Lcda. Sandra Linares (Presidenta del Tribunal de Revisión y Evaluación); tuvieron la capacidad y paciencia para guiarnos en esta labor emprendida. También agradecemos a los demás integrantes del tribunal Dr. Nelson Campoverde y Dr. Hugo Loor por su colaboración.

A cada uno de los catedráticos que nos brindaron sus conocimientos a lo largo de nuestra vida universitaria, impregnados hoy como valiosas joyas para nuestro futuro como profesionales.

Al Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, por completar nuestra formación médica y permitimos realizar esta investigación.

A las personas que se unieron a nosotros en este deseo de superación con apoyo desinteresado. Con todos ellos quedamos, eternamente agradecidos.

**LOS AUTORES**

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que la presente tesis, previa a la obtención del título de Doctor en Medicina y Cirugía , cuyo tema es **“FRECUENCIA Y USO DE EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS QUE ACUDEN A LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2005 – MARZO 2006.”**, es trabajo original de los Sres. José Raúl Carrera Mendoza y Katia Cecilia De La Torre Vélez, el mismo que ha sido dirigido, asesorado y supervisado en todo su desarrollo.

-----  
**DRA. CARMEN CAMPUZANO**  
**DIRECTORA**

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y  
EVALUACIÓN**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**“FRECUENCIA Y USO DE EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS  
QUE ACUDEN A LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL  
VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2005 – MARZO 2006.”**

**TESIS DE GRADO**

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del Título de:

**DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**APROBADA POR:**

.....  
**LCDA. SANDRA LINARES G.  
PRESIDENTA**

.....  
**DR. NELSON CAMPOVERDE M.  
MIEMBRO**

.....  
**DR. HUGO LOOR L.  
MIEMBRO**

## **AUTORÍA.**

LAS IDEAS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SON DE ÚNICA Y EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES.

**RAÚL CARRERA MENDOZA.**

**CI: 130769606-0**

**KATIA DE LA TORRE VÉLEZ.**

**CI:130831107-3**

# ÍNDICE

	Págs.
<b>PRELIMINAR</b>	
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	v
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN	vi
DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xii
<b>PRINCIPAL</b>	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4. OBJETIVOS	9
4.1. GENERAL	10
4.2. ESPECÍFICOS	10
5. MARCO TEÓRICO	11
5.1. DEFINICIONES DE VARIABLES	12
5.2. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL MSP	14
5.3. TÉCNICA DE SUTURA POR PLANOS	18
5.4. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE EL TEMA	20
5.5. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN.	23
6. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	25



<b>7. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>35</b>
<b>8. RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>8.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>8.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>	<b>54</b>
<b>9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>57</b>

## **REFERENCIAL**

<b>10. PRESUPUESTO</b>
<b>11. CRONOGRAMA</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>
<b>13. ANEXOS</b>

## RESUMEN

En el Hospital de Portoviejo “Verdi Cevallos Balda”, la episiotomía constituye una práctica generalizada a las nulíparas, la evidencia señala que este procedimiento no debe ser sistemático; por eso es pertinente evaluar la frecuencia y uso de la episiotomía en nulíparas que tienen el parto vaginal de acuerdo a las Normas del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el periodo diciembre 2005 – marzo 2006.

El estudio de tipo Descriptivo – Prospectivo; tuvo una población de 133 embarazadas nulíparas en el que la frecuencia de episiotomía fue del 100% de forma sistemática; en su mayoría en mujeres menores de 19 años y provenientes del área rural.

El tipo de episiotomía más utilizado fue la lateral (94%), episiotomía antiestética, antianatómica, antifuncional y con mayor sangrado, por lo que está en desuso.

En relación al procedimiento previo a la incisión se estableció que en ninguna de las pacientes se cumplieron los cuatro parámetros señalados por las normas; el momento de la incisión fue adecuado en el 87% de los casos; los parámetros durante la incisión, se cumplieron en el 33%.

La técnica utilizada durante la sutura se cumplió así: Vagina sutura continua, (87%). Perineo profundo, sutura discontinua (61%). Piel sutura discontinua (83%).

Las complicaciones de la episiotomía se presentaron en el 65%; inmediatas 59% y mediatas en el 41%. Las inmediatas fueron: edema (20%); dolor (66%); hematomas (6%) y desgarró perineal (8%); y las mediatas: dolor (93%) y dehiscencia (3%) obtenidas por llamada telefónica.

**Palabras claves:** Episiotomía, nulíparas, frecuencia, uso

## SUMMARY

In the Hospital of Portoviejo "Verdi Cevallos Balda," the episiotomy constitutes a practice generalized to the nulliparae, the evidence marks that this procedure should not be systematic; that is why it is pertinent evaluate the frequency and use of the episiotomy in nulliparae that they have the vaginal childbirth according to the Norms of the Ministry of Public Health (MSP) in the period December 2005 – March 2006.

The study of Descriptive – Prospective type; it had a population of 133 pregnant nulliparae in the that the frequency of episiotomy was from the 100% of systematic form; in their majority in minor women of 19 years and resident of the rural area.

The type of episiotomy more utilized was the lateral (94%), episiotomy antiesthetics, antianatomical, antifunctional and with bled senior, for the one which is in disuse.

It in relationship to the previous procedure to the incision settled down that in any of the patient the four parameters marked by the norms were completed; the moment of the incision was adequate in the 87% of the cases; the parameters during the incision, they were completed in the 33%.

The technique utilized during the suture was completed so: Vagina direct suture, (87%). profound Perineum, suture discontinuous (61%). Skin suture discontinuous (83%).

The complications of the episiotomy were introduced in the 65%; immediate 59% and mediate in the 41%. The immediate were: edema (20%); pain (66%); hematomas (6%) and tears of the perineum (8%); and the mediate: pain (93%) and dehiscence (3%) gotten by calling phone.



**CAPITULO 1  
INTRODUCCIÓN**

La episiotomía, en sentido estricto, es una técnica quirúrgica que consiste en la Incisión del periné en el momento del parto. La Incisión que debe tener una amplitud de 3 - 4 cm., puede ser de varios tipos: Mediana o de la línea media en la que se incide el rafe anovulvar y Mediolateral en la que desde la línea media se dirige hacia afuera y abajo incidiendo los músculos bulbocavernoso, transverso superficial y profundo.

La episiotomía fue descrita por primera vez por Sir Fielding Ould, una enfermera obstétrica de Dublín, en 1742 como una manera de prevenir el daño perineal, la relajación del piso pélvico y proteger al feto de injurias. Es así que en el siglo XX De Lee aconseja tal proceder en forma sistemática durante el parto. En la revisión bibliográfica reciente no se encontró evidencia suficiente que fundamente estos beneficios propuestos.

La episiotomía sigue siendo una operación muy común en obstetricia; según Sheila Kitzinger, ésta es la única Intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente en la sociedad occidental.<sup>1</sup>

Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia de otro modo. Aún cuando su reparación es más fácil, no parece ser verdadera la Idea sostenida durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es menor y el hecho de que la cicatrización es mejor con una episiotomía en comparación con un desgarro. Además con la episiotomía mediolateral, la probabilidad de laceración en el recto se reduce pero no se elimina.

Parece razonable llegar a la conclusión de que no debe realizarse una episiotomía de rutina. El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para indicaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones

---

<sup>1</sup> DE MIGUEL J., "Episiotomía: Criterio obstétrico actual", Disponible en: <http://www.google.com/cap6a.pdf>. [Fecha de acceso: 28 de julio del 2005].

fetales (distocia de hombros, parto de nalgas), operaciones de fórceps y de extractor al vacío, posiciones occípito posteriores y en los casos en que sea obvio que la falta de ejecución de una episiotomía producirá la ruptura perineal. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) "el uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada". Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada sólo para aliviar el distress materno o fetal, o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> BENRUBI G, "Urgencias Ginecológicas y Obstétricas", Ed. Marbán Libros S.L., España, 2<sup>da</sup> ed., 2003, Pág. 10, Págs. 155-159.



**CAPITULO 2**  
**JUSTIFICACIÓN**



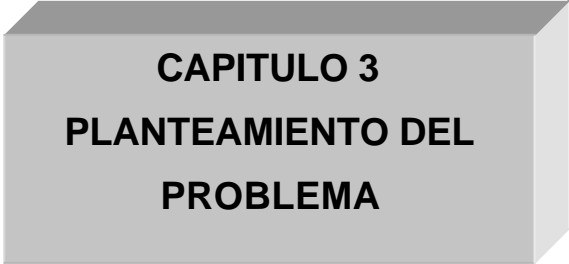
El uso de la episiotomía de manera no selectiva en las nulíparas acarrea un mayor índice de complicaciones obstétricas maternas según varios estudios observados a nivel mundial; estas complicaciones pueden ser de tipo estético como en casos de cicatrizaciones defectuosas hasta graves como hemorragia o infecciones locales.

El tipo de estudio realizado en esta investigación es Descriptivo – Prospectivo; y motivado por el uso indiscriminado de la episiotomía en las nulíparas que tienen su parto vaginal en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo. Se consideró esta institución por la importancia que tiene su organización ya que es un hospital de tipo provincial y docente.

Conociendo que en el mes de enero del 2005 de 71 nulíparas con parto por vía vaginal se realizó episiotomía en 64 casos que representan el 85% se pretende que sirva de evidencia para disminuir de manera significativa el uso no selectivo de la episiotomía y de esta manera brindar una mejor calidad de atención en este campo de la salud que permita reducir la incidencia de complicaciones posparto asociadas a esta práctica.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA, “Nota de evolución”. # 051. Enero 2005.



**CAPITULO 3**  
**PLANTEAMIENTO DEL**  
**PROBLEMA**

En el Hospital de Portoviejo “Verdi Cevallos Balda”, la episiotomía constituye una de las prácticas más utilizadas en la sala de partos, ya que su uso se ha generalizado a todas las gestantes nulíparas para prevenir desgarros vaginales; aún cuando sus beneficios no han sido completamente probados científicamente.

A pesar que existen indicaciones establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para la episiotomía, su uso frecuente es cada vez mayor dando como resultado el incremento de complicaciones que no se detectan oportunamente en su gran mayoría.

Dichas complicaciones podrían tener como causal los siguientes factores:

- El uso de la episiotomía es generalizado sin tomar en cuenta los criterios clínicos.
- El momento de la episiotomía es inadecuado
- La incisión no es adecuada tanto en longitud como en el sitio de corte.
- La técnica de sutura es deficiente

En Lima-Perú de todas las nulíparas atendidas en el primer semestre del 2001 en el hospital San Bartolomé se realizó episiotomía con indicación en el 10.5%, en el 48.2% se realizó la episiotomía sistemática mientras que en el 41.3% no se realizó episiotomía. La población afectada presentó según la edad porcentajes: de 20-24 años 66%; de 25-29 años 23.1%; De 30-34 años 10.9%. La Incidencia de desgarros perineales en episiotomía con indicación fue 9.6%; en episiotomía sistemática 8% y en las no episiotomía 51.5%.

También se detectó en la episiotomía con indicación un 25% de dehiscencia parcial en el posparto y un 9.6% de desgarros; en la episiotomía sistemática un 17.6% dehiscencia parcial, 8% de desgarros, 2.5% de hematomas, 0.4% de edema, 0.4% infecciones y 0.4% dehiscencia total. En las pacientes que

no se realizó episiotomía se detectó un 51.5% de desgarros y 2.5% de dehiscencia parcial.

Tomando en cuenta estos lineamientos se formuló la siguiente pregunta:

**¿Cual es la frecuencia y uso de episiotomía en pacientes nulíparas que acuden a la sala de partos del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda diciembre 2005 – marzo del 2006?**



**CAPITULO 4**  
**OBJETIVOS**

## **4.1. GENERAL**

Evaluar la frecuencia y uso de la episiotomía de acuerdo a las normas y procedimientos del MSP en nulíparas que tienen el parto vaginal en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo en el periodo de diciembre del 2005 a marzo del 2006

## **4.2. ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características de las nulíparas que acuden a la sala de parto.
2. Demostrar la frecuencia y el tipo de la episiotomía en nulíparas.
3. Determinar el uso y procedimiento de la episiotomía de acuerdo a las normas del MSP.
4. Reconocer complicaciones inmediatas y mediatas de la episiotomía.



**CAPITULO 5**  
**MARCO TEÓRICO**

## 5.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

La palabra **episiotomía** proviene del griego epíseion (pubis) y temno (yo corto). También denominada colpoperineotomía es una incisión simple de relajación, que suele llevarse a cabo con carácter profiláctico para ensanchar la entrada de la vagina y evitar los desgarros e hiperdistensión del perineo, vagina y, especialmente de los músculos y aponeurosis del suelo de la pelvis.<sup>4</sup>

**Características** son las cualidades propias de cada individuo que lo distingue de los demás; en la presente investigación se hace referencia a la edad y procedencia de la población en estudio.

**Frecuencia** es el número de veces que se repite un suceso en la unidad de tiempo es decir a cuántas nulíparas se les realizó la episiotomía; la misma que usada en forma selectiva normalmente no debería exceder el 30%, de todas las gestantes.<sup>5</sup>

El **Tipo** de episiotomía se refiere a la dirección del corte y se lo clasifica en: media, mediolateral y lateral. La lateral es antiestética, antianatómica, antifuncional y con mayor sangrado. La media va desde la comisura posterior en dirección al ano y la mediolateral empieza en la comisura posterior y se dirige hacia abajo y lateralmente alejándose del recto.<sup>6 7</sup>

---

<sup>4</sup> PSCHYREMBEL W., "Obstetricia Práctica", Ed. Labor S.A., España, 3<sup>ra</sup> ed., 1978, Cáp. 2, Págs. 98-101.

<sup>5</sup> MEJÍA M., et. al., "¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?" Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No2/episiotomia.pdf> [fecha de acceso: miércoles 5 de abril del 2005].

<sup>6</sup> BOTERO J., "Obstetricia y Ginecología", Ed. Carvajal S.A., Colombia, 4<sup>ta</sup> ed., 1990, Cáp. 8, Págs. 103-140.

<sup>7</sup> Op. Cit. (2)



El **uso** se refiere a la indicación de la episiotomía; es decir a los parámetros o criterios para su realización.

Las indicaciones de la episiotomía pueden clasificarse en dos grandes grupos: Indicaciones fetales y maternas

Las indicaciones fetales son de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia. Siendo el plano perineal la última resistencia que puede oponerse a la salida fetal, la episiotomía, al eliminar la resistencia evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran la macrosomía fetal, el expulsivo prolongado, las presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior, la sospecha o confirmación de hipoxia fetal en expulsivo, el feto Pretérmino o crecimiento intrauterinos retardado y la presentación podálica.

Las indicaciones maternas pueden agruparse en indicaciones vitales como: periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, desgarro perineal inminente, entre otras y las de tipo preventivo. La práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en beneficios, tales como evitar los desgarros perineales; la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión; el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo.<sup>8</sup>

**Procedimiento** es el método o conjunto de operaciones llevadas a cabo para realizar la episiotomía de manera adecuada para lo cual se aplicaran de manera referencial las normas del MSP.

---

<sup>8</sup> Op. Cit. (1)

## 5.2. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL MSP<sup>9</sup>

**A.- Evaluación parto**, consiste en la atención que se brinda a la usuaria de acuerdo con lo citado en el formulario de Historia Clínica N° 015, en lo relacionado a antecedentes obstétricos, valoración y vigilancia parto.

En lo que corresponde a antecedentes obstétricos es de gran utilidad como fuente de información el formulario de transferencia y el carné perinatal que obligatoriamente se debe enviar con la paciente a la unidad operativa que atenderá el parto. La gestante que no haya recibido atención prenatal, será catalogada como de riesgo y se procederá a una evaluación más compleja.

**B.- Recorte del vello perineal** o de la zona de episiotomía, se realizará con tijeras. Está contraindicado el rasurado por el peligro de infecciones.

**C.- Preparación de la parturienta:** Se le debe permitir adoptar la posición más fisiológica ya sea, vertical, en cuclillas, semisentada o en decúbito.

**D.- Asepsia y antisepsia.** Se cumplirá en forma rigurosa, de acuerdo a las normas de asepsia y antisepsia quirúrgica que establecen que antes de la intervención a las pacientes se realicen una ducha con jabón antiséptico y, a continuación, se pinta la piel con un antiséptico (povidona yodada o clorhexidina).<sup>10</sup>

**E.- Infiltración local** con xylocaína al 1 o 2% sin adrenalina.

---

<sup>9</sup> MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. "Manual de Normas para la Atención Materno Infantil" Quito – Ecuador, 1988.

<sup>10</sup> FARRERAS P., et. al., "Medicina Interna" CD – ROM, Ed. Harcourt S.A, España, 14<sup>a</sup> ed., 2000, Pág. 346.

**F.- Momento adecuado de la episiotomía:** Se estima que en el parto eutócico el momento más oportuno para realizar la episiotomía es cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulvar, en un diámetro de 3-4 cm. Con un criterio práctico, el momento idóneo es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa contráctil. Si se realiza antes aumenta el sangrado y si la episiotomía se realiza de forma muy tardía, prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión músculo-nerviosa ya se habrá producido, invalidando muy probablemente los posibles efectos beneficiosos de la cirugía.<sup>11</sup>

**G.- La técnica de incisión:** Establece un solo corte con tijeras, procurando que la incisión sea recta, de bordes regulares y de amplitud suficiente todo esto en función del tipo de episiotomía.

**Episiotomía mediolateral.** Con una tijera recta grande se hace una incisión en dirección de la espina isquiática, a 1 cm. de la línea media, aproximadamente en la comisura posterior u horquilla. Si el médico está en el lado derecho de la parturienta, se incide hacia la izquierda; si está entre las piernas o en el lado izquierdo de la mujer, se incide hacia la derecha. La longitud de la incisión hay que adaptarla a las necesidades de cada caso; carece de objeto una incisión cuya longitud sea menor de 3-4 cm. Si la incisión es demasiado corta, el desgarró se prolonga más allá o se produce en otro sitio. Si se ve que la primera incisión no basta, deberá prolongarse.

Para sostener las tijeras, es muy importante que las superficies de las ramas del instrumento formen exactamente un ángulo recto con el tejido. De lo contrario, éste se secciona oblicuamente, lo cual es muy desfavorable, tanto para la sutura como para la cicatrización. En razón de que se secciona transversalmente el músculo bulbo cavernoso.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Op. Cit. (1)

<sup>12</sup> Op. Cit. (4)

### **Ventajas e inconvenientes de la episiotomía medio-lateral <sup>13</sup>**

#### **Ventajas**

Proporciona buen espacio vaginal  
Baja frecuencia de desgarros tipo III-IV

#### **Inconvenientes**

Incide lazadas musculares  
Mayor pérdida hemática  
Dolor puerperal y dispareunia  
Peor resultado anatómico-estético  
Cicatrización más difícil

**Episiotomía media.** Desde la comisura posterior se hace la incisión exactamente en la línea media, en dirección al ano. La incisión media debe llegar, como máximo, a 1,5 o 2 cm. del orificio anal.

En este tipo de episiotomía se seccionan también las fibras del músculo bulbocavernoso, pero de manera más oblicua que en la episiotomía mediolateral. La incisión coincide casi con el trayecto de las fibras musculares que se dirigen hacia el centro tendinoso. <sup>14</sup>

### **Ventajas e inconvenientes de la episiotomía media <sup>15</sup>**

#### **Ventajas**

Fácil de realizar  
No incide lazadas musculares  
Fácil de reparar. Buena cicatrización  
Escaso dolor puerperal y dispareunia  
Buen resultado anatómico

#### **Inconvenientes**

Desgarro del esfínter anal y recto

---

<sup>13</sup> Op. Cit. (1)

<sup>14</sup> Op. Cit. (4)

<sup>15</sup> Op. Cit. (1)

**H.- Sutura de la herida producida por la episiotomía.** Luego del alumbramiento y continuando la anestesia local con xylocaína al 1 o 2%; se sutura enseguida la herida de la episiotomía; para lo cual el operador se desinfecta adecuadamente y se procede al lavado y desinfección de la región vulvar, perineal y la cara interna de los muslos. La herida de la episiotomía tiene una forma parecida a un rombo, debido a la separación de los bordes de la misma.

Luego se realiza la cobertura del ano para lo cual se extiende un paño estéril con un agujero central, de modo que quede cubierto el ano y nos de campo quirúrgico sobre la herida. El hilo debe mantenerse siempre en el aire y moverlo de tal modo que no toque nunca el ano ni los tejidos vecinos. Debe hacerse bien accesible la zona de la herida. Lo más importante es una buena visibilidad. Para ello, lo mejor es introducir profundamente en la vagina un tapón estéril en forma de bolsa, que se cierra con nudos y en la cual se colocan unas torundas —esto dilata y extiende la vagina; además, se recoge la sangre que fluye el útero—.

Es muy recomendable el llamado separador vulvar de Richter que facilitaría la sutura de la episiotomía y en los desgarros del perineo. Hay que buscar el ángulo más interno de la herida, o sea, el más alto. Si sangran algunos vasos (lo cual es raro), se cogerán con pinzas y se ligarán circularmente. Sólo puede esperarse una curación sin dificultades cuando las superficies de la herida no están mojadas de sangre. Hay que recordar que las heridas que se producen en la episiotomía sangran algunas veces, y más raramente los desgarros del perineo. <sup>16</sup>

Es de importancia que en la herida no se formen bolsas. Si se lleva la aguja de sutura de modo superficial, es casi seguro que se formará una bolsa más o menos grande en la herida; en dicha bolsa se acumulan la sangre y

---

<sup>16</sup> Op. Cit. (4)

secreciones de la herida y, más tarde, los loquios. La infección proviene del hilo utilizado. La aguja debe conducirse de modo que rodee toda la profundidad de la herida

### 5.3. TÉCNICA DE SUTURA POR PLANOS

**Sutura de la vagina.** Debe buscarse el ángulo superior de la herida y ahí dar el primer punto de sutura. Se continúa con puntos continuos, hasta llegar a la horquilla. Posteriormente se pasa la aguja a través de los tejidos vaginales para salir al lado perineal de la episiotomía, en este punto se anuda la sutura continua, procurando secar siempre bien con la gasa las superficies de la herida que se ponen en contacto.<sup>17 18 19</sup>

**Sutura profunda del perineo.** Se dan dos a cuatro puntos profundos (hundidos) a través de la musculatura. Conociendo que es más anatómico y funcional la sutura de los músculos con puntos separados. Durante la sutura se levanta con la pinza el borde izquierdo de la herida, y se atraviesa hacia dentro con la aguja, muy cerca del borde y cargando mucho tejido en la parte profunda; la aguja se saca por el otro lado —también aquí se levanta el borde de la herida—, igualmente muy cerca de su borde. Cuanto más cerca se saque la aguja del borde de la herida, tanto mejor confrontarán las superficies de la misma. En las suturas hundidas nunca deben cogerse a la vez el borde de la herida y la piel. Aquí hay que suturar de modo que no se produzcan espacios vacíos. La aguja tiene que pasar por el punto más profundo de la herida. De ningún modo debe cogerse el recto.

---

<sup>17</sup> Op. Cit. (4)

<sup>18</sup> CARROLI G., et. al. "Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. The Cochrane Library" Disponible en <http://www.update-software.com/scripts/clibng/usauth.cgi?Product=CLIBPLUS&URLID=2&docID=CD000081-ES>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

<sup>19</sup> Op. Cit. (2)

Los hilos hundidos se anudan quirúrgicamente, y después se hace otro nudo. Luego puede cortarse sin peligro el hilo muy corto, lo cual tiene su importancia para obtener una buena cicatrización en las suturas profundas.

**Sutura cutánea.** Debe hacerse de arriba abajo. Se recomienda la sutura subdérmica discontinua que es menos visible posteriormente y además el dolor y edema inmediato son menores. Al terminar se retirará siempre la torunda o compresa de la vagina.<sup>20 21 22</sup>

**Complicaciones** son lesiones que aparecen durante y luego del procedimiento quirúrgico es decir el agravamiento con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con la episiotomía realizada.

Los inconvenientes de la episiotomía mediolateral son el incremento de pérdida hemática a causa de la incisión de los músculos bulbocavernosos y pubococcigeos, así como molestias importantes como: dolor durante la episiotomía y posteriormente dolor al sentarse, caminar, defecar y miccionar, también se han reportado edema y hematomas.

Las episiotomías medias producen extensiones o laceraciones que se clasifican como de primer grado: las que afectan únicamente a la mucosa vaginal; segundo grado: a la mucosa vaginal y al cuerpo perineal sin lesión en el esfínter; tercer grado: lesión en el esfínter rectal; y cuarto grado: lesión de la mucosa rectal.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Op. Cit. (1)

<sup>21</sup> Op. Cit. (4)

<sup>22</sup> Op. Cit. (18)

<sup>23</sup> Op. Cit. (2)

## 5.4. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE EL TEMA

En el estudio realizado en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Isabel El Porvenir desde abril a julio de 1997 sobre complicaciones post episiotomía donde se programaron 3 controles post parto: inmediato en las primeras 24 horas; mediato, de 7 a 15 días y tardío, hasta los 50 días. Las complicaciones inmediatas post episiotomía fueron las siguientes: dolor en zona operatoria (50%), edema y dolor (29%), desgarró perineal (16%) y hematoma (1%). En tanto que el 4% restante no se presentó ninguna complicación. Las complicaciones mediatas de la episiotomía fueron: dolor en zona operatoria (45%), dehiscencia y dolor (23%), dehiscencia más infección (5%). El 27% de las púerperas estudiadas no presentaron ninguna complicación. El 30% de púerperas refirió dolor en las relaciones coitales aún a los 50 días post parto; mientras que el 70% restante no presentó ninguna molestia en las relaciones coitales. <sup>24</sup>

En diversas revisiones realizadas durante un largo periodo de tiempo para determinar y comprobar qué tan beneficioso puede ser el realizar una episiotomía en una paciente nulípara encontramos que:

Röckner observó una disminución de las episiotomías (sobre todo la mediolateral) entre las nulíparas de 49.9% en 1984 a 33.6% en 1988-1989. El riesgo de desgarró de tercer grado en realidad disminuyó durante el mismo periodo, de 3.3% a menos de 1 %, mientras que el parto con periné intacto ascendió de 28% a 44%. <sup>25</sup>

En otro estudio, Röckner y sus colaboradores reportaron una incidencia de 25% de dolor durante la episiotomía (mayormente mediolateral), mientras

---

<sup>24</sup> SANTOS K., et. al. "Complicaciones Post – Episiotomía" Disponible en: [www.google.com:obstetricia2.pdf](http://www.google.com:obstetricia2.pdf) [Fecha de acceso: jueves 28 de julio del 2005].

<sup>25</sup> RÖCKNER G., et. al. "Episiotomy and perineal trauma during childbirth". Disponible en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].



que en las que hubo desgarro espontáneo, ya sea de segundo o tercer grado, no refirieron dolor. Asimismo, reportan que dentro de las tres semanas posparto, las pacientes en las que se realizó episiotomía mediolateral tenían más dolor al sentarse, caminar, defecar y miccionar que en aquellas que tuvieron un desgarro espontáneo de segundo grado. También se reportó tasas significativamente altas de edema y hematoma (25% y 38% respectivamente) luego de la episiotomía que luego de laceraciones de segundo o tercer grado.<sup>26</sup>

Thacker y Banta citaron siete estudios entre 1919 y 1981 en los que se observaron desgarros de tercer grado, sin episiotomía, en un rango de 0 a 6.4%. En el mismo periodo, en seis estudios se encontró un intervalo de 0 - 8% de extensión de episiotomías mediolaterales.<sup>27</sup>

Lee reportó que 10% de las pacientes con episiotomías siguieron experimentando dolor hasta seis semanas después del parto, pero ninguna con desgarros espontáneos de segundo grado lo sintieron.

Dutch reportó una incidencia de 36% de dolor "frecuente y continuo" en el segundo día de posparto en las pacientes que tuvieron episiotomía mediolateral, 25% luego de un desgarro espontáneo (incluyendo primer y segundo grado) y 7% en las que tuvieron un periné Intacto.

Sleep y col. observaron dentro los tres meses posparto, frecuencias comparables de bajo, mediano y severo dolor entre las pacientes en las que se realizó la episiotomía. Tres de cinco estudios observacionales revelaron mayores problemas con la cicatrización posparto temprana de la episiotomía que en aquellas en las que hubo un desgarro espontáneo.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> RÖCKNER G., et. al., "Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth". Disponible en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

<sup>27</sup> WOOLLEY R., "Beneficios y riesgos de la episiotomía" Disponible en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

<sup>28</sup> Op. Cit. (2)

Dos de tres estudios observacionales encontraron altas tasas de infección de la cicatriz luego de la episiotomía mediolateral; en comparación con las que tuvieron laceración espontánea. Cinco veces más (10% contra 2%) en uno y once veces más (22% contra 2%) en el otro. <sup>29</sup>

En un estudio observacional que utilizó el parámetro de dehiscencia de cicatriz para medir los problemas de cicatrización no se encontraron diferencias entre mujeres con episiotomía y aquellas en las que hubo desgarro espontáneo. <sup>30</sup>

El Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group detectó dehiscencia de episiorrafia en el 9.4% de pacientes que tuvieron episiotomía sistemática comparado con 4.5% de pacientes con uso restrictivo de episiotomía. Además documentaron una incidencia de trauma perineal anterior en 19.2% del grupo de uso restrictivo y 8.1% en el grupo de uso sistemático. <sup>31</sup>

Carroli G, Belizan J. Stamp G en junio del 2000 Investigaron el registro de ensayos clínicos mantenido y actualizado por el grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) incluyeron seis estudios de los cuales obtuvieron los siguientes resultados: en el grupo de episiotomía rutinaria, al 72.7% de las mujeres (1752/2409) se les realizó episiotomía, mientras el índice en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27.6% (673/2441).

El uso restrictivo de la episiotomía comparado con la aplicación sistemática se detalla en el siguiente cuadro:

---

<sup>29</sup> Op. Cit. (26)

<sup>30</sup> WEIJMAR S., "Journal Psychosomatic Obstetric and Gynecology" Disponible en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

<sup>31</sup> ARGENTINE EPISIOTOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP, "routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial". Disponible en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

<b>Uso Restrictivo da la Episiotomía</b>	<b>RR</b>	<b>I.C. 95%</b>
Traumatismo perineal posterior	0.88	0,84 -0,92
Necesidad de sutura	0,74	0.71 -0.77
Complicaciones de la cicatrización	0,69	0.56 - 0.85
Trauma perineal anterior	1.79	1.55-2.07
Trauma vaginal o perineal graves	1.11	0.83 -1.50
Dispareunia	1.02	0.90- 1.16
Incontinencia urinaria	0.98	0.79- 1.20

**RR: Riesgo Relativo**

**IC: Intervalo de Confianza**

En conclusión describen que la práctica de la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios cuando se compara con la práctica de la episiotomía rutinaria: se encontró menor trauma perineal posterior, menos sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor severo y con el trauma perineal o vaginal severos. Hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior con el uso restrictivo de la episiotomía.<sup>32</sup>

## **5.5. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN.**

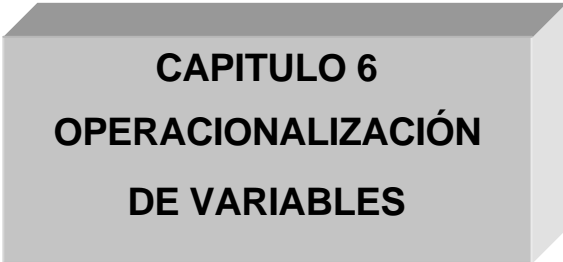
El Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, es una institución perteneciente al MSP y brinda sus servicios a toda la población de la provincia de Manabí. Mantiene vigente el servicio de Maternidad Gratuita que incluye atención médica en el embarazo, parto ya sea por vía vaginal o abdominal, posparto y acceso a medicación gratuita.

---

<sup>32</sup> Op. Cit. (18)

La institución tiene el carácter de docente, al que acuden estudiantes de las diferentes universidades de la provincia y egresados de todo el país para realizar su año de internado rotativo en las diferentes áreas del hospital.

Los partos por vía vaginal son atendidos por internos de medicina que realizan su ciclo en el área de Gineco-obstetricia alrededor de tres meses y cuya responsabilidad está a cargo de los médicos residentes.



**CAPITULO 6  
OPERACIONALIZACIÓN  
DE VARIABLES**

Variable dependiente: Episiotomía.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Características, frecuencia, tipo, uso, procedimiento y complicaciones.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Episiotomía	Es una técnica quirúrgica que consiste en la Incisión del periné en el momento del parto.	Características	% de casos por edad.		≤ 19 años ≥ 20 años
		Procedencia	% de casos en relación a la procedencia		Urbana Rural
		Frecuencia	% de episiotomías en las nulíparas	< 30% ≥ 30%	Baja Alta
		Tipo	% del tipo de episiotomía que mas se realiza		Lateral Media Mediolateral

		Uso	% de criterios para el uso.		<p>Sistematico</p> <p>Restrictivo</p> <p>*Macrosomia fetal.</p> <p>*Expulsivo prolongado</p> <p>*Feto pretermino</p> <p>*Podalico</p> <p>*Perine rígido</p> <p>*Perine corto</p> <p>*Parto precipitado</p> <p>*Desgarro perineal</p>
--	--	-----	-----------------------------	--	--

		Procedimiento	% de cumplimiento de normas del MSP	Evaluación	Si No
				Evaluación parto.	Si No
				Recorte del vello perineal.	Si No
				<u>Rasurado del vello perineal.</u>	Si No
				Asepsia y antisepsia	Si No
				Infiltración local con xylocaína.	Si No
				Momento de la episiotomía	Adecuado Inadecuado
				Incisión en un solo corte.	Si No
				Incisión recta.	Si No
				Bordes regulares.	Si No
				<u>Mayor a 4 cm. de amplitud.</u>	Si No
				Sutura de vagina:	Continua Discontinua



		Complicaciones	% en el posparto de complicaciones	Sutura perineo profundo: de Sutura de piel: Inmediatas Edema. Dolor. Hematoma Desgarro perineal. Mediatas (7-15 días) Dolor. Dehiscencia	Continua Discontinua Continua Discontinua Si No Si No Si No Si No Si No Si No
--	--	----------------	------------------------------------	---	--

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	ESCALA
Características	Son las cualidades propias de cada paciente nulípara	Casos nuevos en adolescentes y adultas.  Casos nuevos según la procedencia	Porcentaje de episiotomías según la edad.  Porcentaje de episiotomías según la procedencia	≤19 años  ≥20 años	Adolescente  Adulta  Urbana  Rural

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	ESCALA
Frecuencia	Número de veces que ocurre un suceso en la unidad de tiempo.	Casos nuevos según el número de nulíparas.	Porcentaje de episiotomías en nulíparas	< 30%  ≥ 30%	Baja  Alta

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	ESCALA
Tipo	Es la dirección que toma la incisión.	Episiotomía que más se utiliza en las nulíparas que acuden a sala de partos.	Porcentaje de episiotomía según tipo		Lateral  Media  Mediolateral

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Uso	Es la indicación principal para realizar la episiotomía.	Causas fetales Causas maternas	Porcentaje de episiotomía según uso  Causas:	Fetales       Maternas	Sistematico Restrictivo  Macrosomia fetal. Expulsivo prolongado Feto pretermino Podalico  Perine rígido Perine corto Parto precipitado Desgarro perineal

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Procedimiento	Método para realizar la episiotomía.	Proceso utilizado según el MSP.	Porcentaje de cada maniobra realizada durante la episiotomía.	<p>Evaluación parto.</p> <p>Recorte del vello perineal.</p> <p><u>Rasurado del vello perineal.</u></p> <p>Asepsia y antisepsia</p> <p>Infiltración local con xylocaína.</p> <p>Momento de la episiotomía</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Adecuado Inadecuado</p>

				<p>Incisión en un solo corte.</p> <p>Incisión recta.</p> <p>Bordes regulares.</p> <p><u>Mayor a 4 cm. de amplitud.</u></p> <p>Sutura de vagina:</p> <p>Sutura de perineo profundo:</p> <p>Sutura de piel:</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Continua Discontinua</p> <p>Continua Discontinua</p> <p>Continua Discontinua</p>
--	--	--	--	---	---

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE	ESCALA
Complicaciones	Sucesos anormales relacionados a la episiotomía que ocurren en el puerperio inmediato y mediato.	Alteraciones frecuentes.	Porcentaje de complicaciones	<p>Inmediatas</p> <p>Edema.</p> <p>Dolor.</p> <p>Hematoma</p> <p>Desgarro perineal.</p> <p>Mediatas (7-15 días)</p> <p>Dolor.</p> <p>Dehiscencia</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>



**CAPITULO 7**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo - Prospectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO: Embarazadas Nulíparas

POBLACIÓN DE ESTUDIO: 133 embarazadas nulíparas que tuvieron su parto por vía vaginal en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

TIEMPO: El periodo diciembre 2005 – marzo del 2006.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Cada una de las embarazadas nulíparas cuyo parto por vía vaginal se efectuó en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todas las embarazadas nulíparas que tuvieron su parto por vía vaginal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Todas las primíparas que no tuvieron teléfono o en las que no se pudo establecer contacto telefónico para el seguimiento en 7 a 15 días.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Para la recolección de la información se elaboró un formulario (Anexo1), que fue llenado desde el momento del parto hasta 24 horas posparto, y tomando en cuenta los datos de la historia clínica. Para medir las complicaciones mediatas se hizo mediante llamadas vía telefónica de 7 – 15 días después del parto.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN LA INFORMACIÓN: Para llenar el formulario se realizó observación directa, y se obtuvo también información a través de los internos de pediatría que estaban de guardia en sala de partos. Para medir las complicaciones mediatas se entrevistó a las pacientes por vía telefónica.



ANÁLISIS DE DATOS: Para el análisis de la información se utilizaron medidas estadísticas de tipo descriptivo como porcentajes, frecuencias absolutas y se las presentó en tablas y gráficos de acuerdo a la operacionalización de cada variable.



**CAPITULO 8  
RESULTADOS**

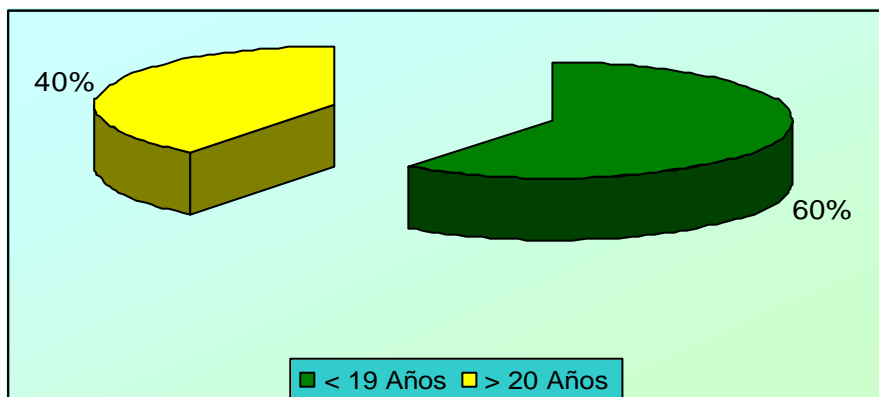
## 8.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N°1

EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS SEGÚN LA EDAD  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006

EDAD	Nº	%
< 19 Años	80	60
> 20 Años	53	40
TOTAL	133	100

GRÁFICO N°1



Fuente: Formulario  
Elaborado: J. Carrera.  
K. De La Torre

### Análisis

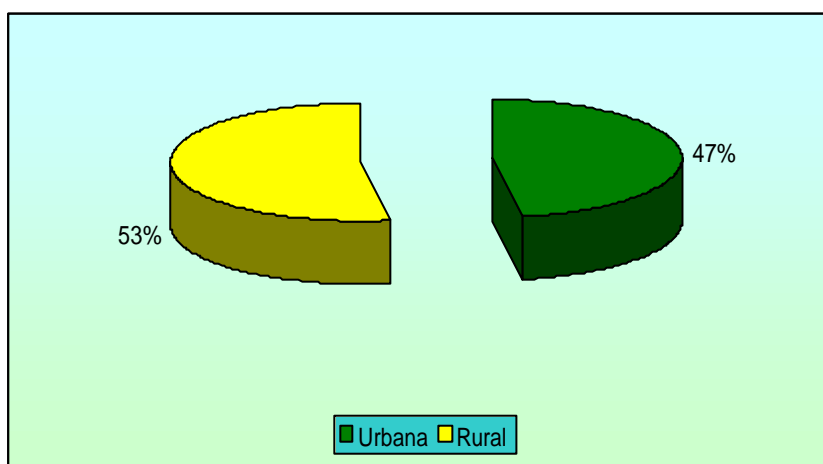
El 60% de las nulíparas que tuvieron su parto vaginal en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda fueron menores de 19 años mientras que el 40% mayores de 20 años.

**TABLA N°2**

**EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS SEGÚN PROCEDENCIA  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

PROCEDENCIA	Nº	%
Urbana	63	47
Rural	70	53
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°2**



Fuente: Formulario  
Elaborado: J. Carrera.  
K. De La Torre

### **Análisis**

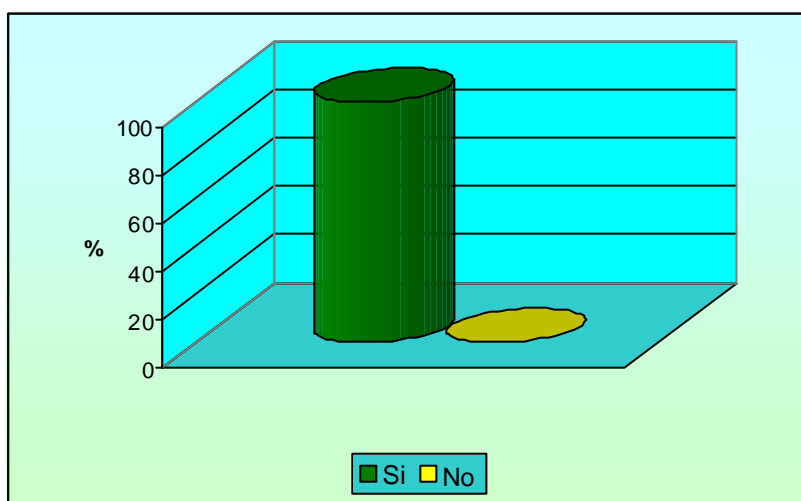
El 53% de las nulíparas provienen de zonas rurales y el 47% fueron de zona urbana.

**TABLA N°3**

**FRECUENCIA DE EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

EPISIOTOMÍA	Nº	%
Si	133	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°3**



**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

### **Análisis**

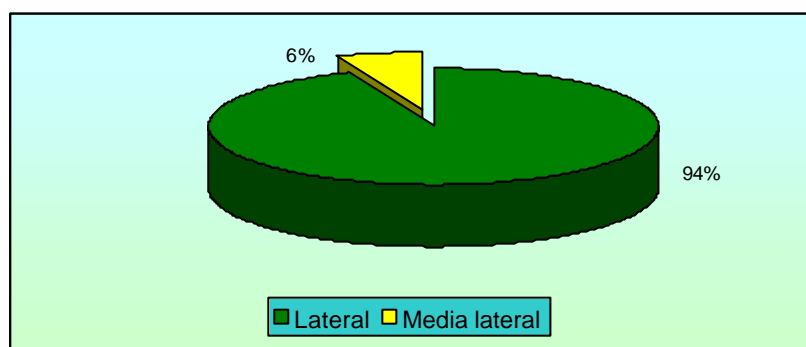
Durante el periodo establecido al 100% de las nulíparas que tuvieron su parto vaginal en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo se les realizó episiotomía.

**TABLA N°4**

**EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS SEGÚN TIPO DE INCISIÓN  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

TIPO DE INCISIÓN	Nº	%
Lateral	125	94
Media lateral	8	6
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°4**



**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

### **Análisis**

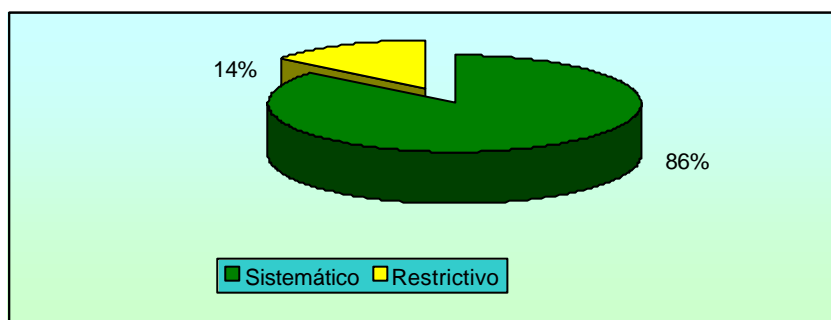
El tipo de episiotomía más utilizado fue la lateral que se realizó en el 94% de los casos, a la mediolateral le corresponde el restante 6%.

**TABLA N°5**

**USO DE EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

USO	Nº	%
Sistemático	114	86
Restrictivo	19	14
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°5**



**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

**Análisis**

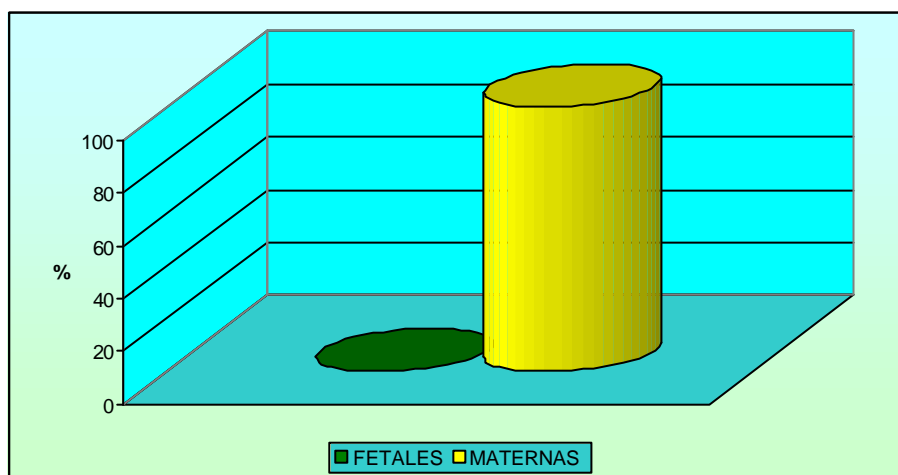
El uso de la episiotomía fue sistemático en el 86% y restrictivo en el 14%.

**TABLA N°6**

**USO DE EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS SEGÚN CAUSAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

CAUSAS	Nº	%
FETALES	0	0
MATERNAS	19	100
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°6**



**Fuente:**  
**Elaborado:**

Formulario  
J. Carrera.  
K. De La Torre

### **Análisis**

De las 19 pacientes que se les realizó la episiotomía restrictiva en el 100% se identificaron causas maternas, mientras que no se pudieron establecer causas fetales.

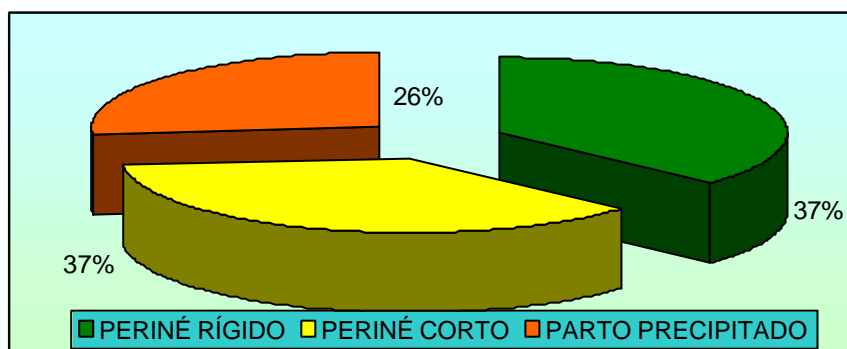


**TABLA N°7**

**USO DE EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS SEGÚN CAUSAS MATERNAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

CAUSAS MATERNAS	Nº	%
PERINÉ RÍGIDO	7	37
PERINÉ CORTO	7	37
PARTO PRECIPITADO	5	26
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°7**



**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

### **Análisis**

Del análisis de las causas maternas de episiotomía en nulíparas le corresponde al periné rígido y corto el 37% respectivamente y al parto precipitado el 26%.

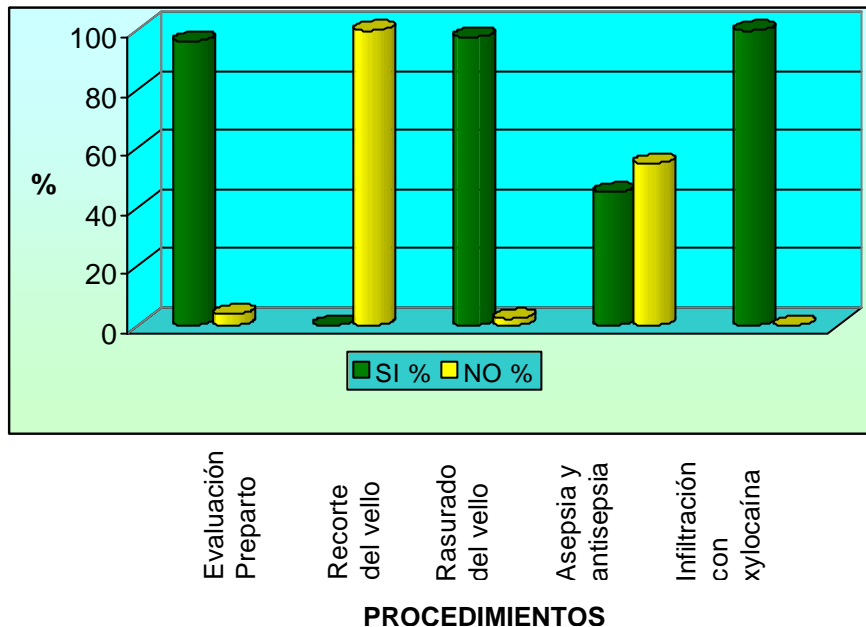
**TABLA N°8**

**CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE LA EPISIOTOMÍA  
PREVIO A LA INCISIÓN SEGÚN NORMAS DEL MSP  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

PROCEDIMIENTOS	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Evaluación preparto	128	96	5	4
Recorte del vello perineal	0	0	133	100
Rasurado del vello perineal*	130	98	3	2
Asepsia y antisepsia	60	45	73	55
Infiltración con xylocaína	133	100	0	0

\* No pertenece a las normas del MSP

**GRÁFICO N°8**



**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

**Análisis**

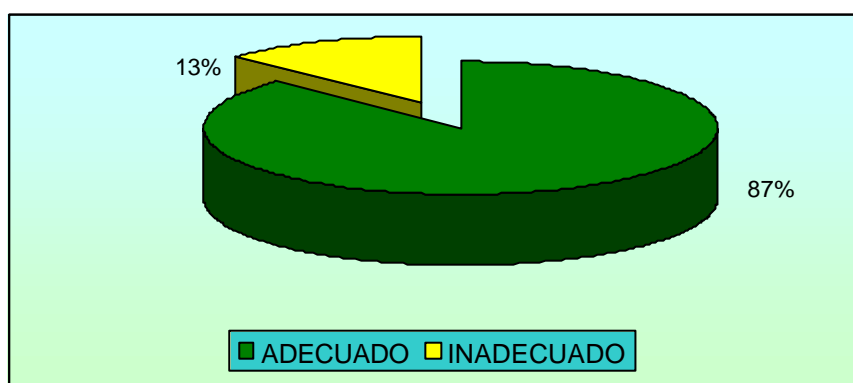
Del análisis del cumplimiento del procedimiento de la episiotomía previo a la incisión se evaluaron los siguientes parámetros: La evaluación preparto se cumplió en el 96% de las pacientes; el recorte del vello perineal no se realizó a ninguna paciente pero si se realizó el rasurado en el 98% de ellas; el proceso de asepsia y antisepsia se realizó en el 45% de las nulíparas; y la infiltración con xylocaína en el 100% de la episiotomía.

**TABLA N°9**

**VALORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EPISIOTOMÍA  
SEGÚN MOMENTO DE LA INCISIÓN  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

PROCEDIMIENTO	Nº	%
ADECUADO	116	87
INADECUADO	17	13
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°9**



**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

**Análisis**

El momento de la incisión fue adecuado en el 87% de los casos e inadecuado en el 13% restante.

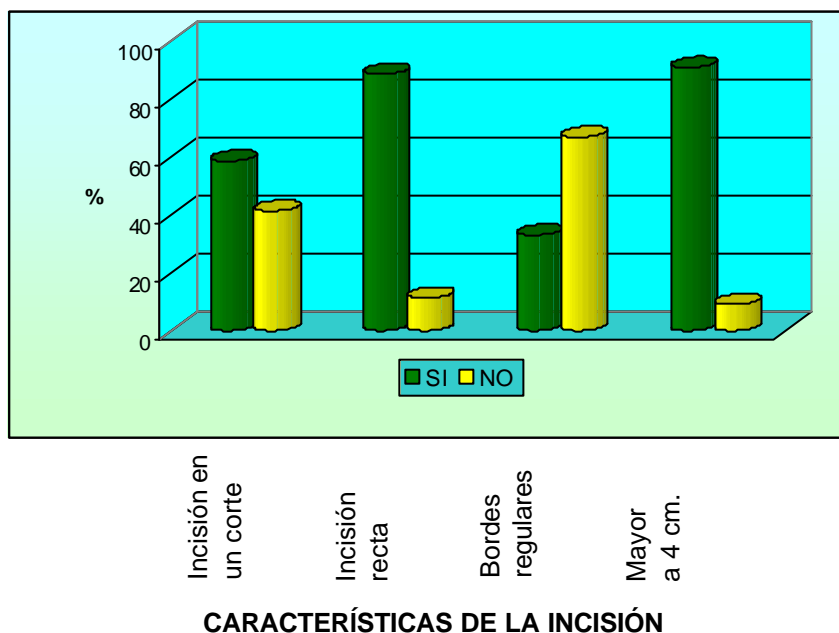
**TABLA Nº10**

**VALORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LA EPISIOTOMÍA  
DURANTE LA INCISIÓN SEGÚN NORMAS DEL MSP  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA  
PORTOVIEJO DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

CARACTERÍSTICAS DE LA INCISIÓN	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Incisión en un solo corte	78	59	55	41
Incisión recta	118	89	15	11
Bordes regulares	44	33	89	67
Mayor a 4 cm.*	121	91	12	9

\* No pertenece a las normas del MSP

**GRÁFICO Nº10**



**CARACTERÍSTICAS DE LA INCISIÓN**

**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

**Análisis**

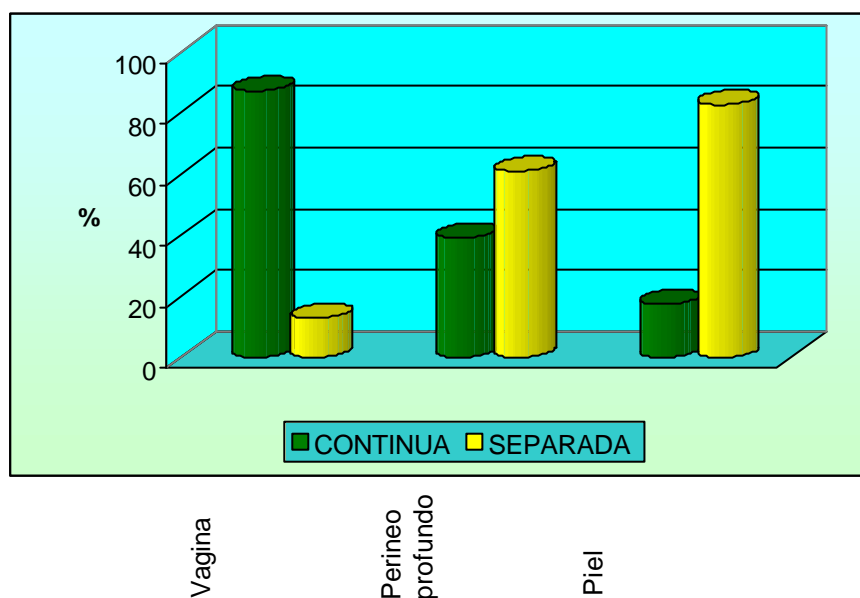
En cuanto al procedimiento durante la incisión se evaluaron los siguientes parámetros: Incisión en un solo corte se cumplió en el 59% de las pacientes, incisión recta en el 89% de las nulíparas, incisión con bordes regulares en el 33% de los casos y longitud de la incisión mayor a 4 cm. en el 91% de las episiotomías.

**TABLA Nº11**

**PROCEDIMIENTO DE LA EPISIOTOMÍA POR PLANOS  
Y SEGÚN TIPO DE SUTURA EN NULIPARAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

PLANOS	SUTURA			
	CONTINUA		SEPARADA	
	Nº	%	Nº	%
Vagina	116	87	17	13
Perineo profundo	52	39	81	61
Piel	23	17	110	83

**GRÁFICO Nº11**



**PLANOS**

**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

**Análisis**

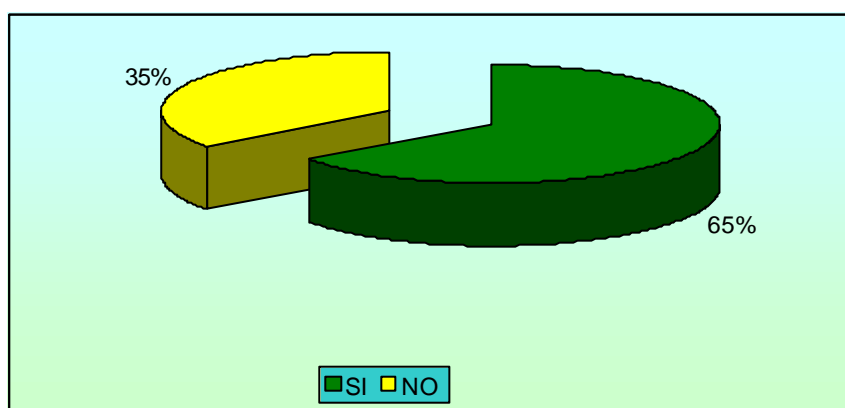
El procedimiento durante la sutura de la incisión fue el siguiente: A nivel vaginal predominó la sutura continua con el 87% mientras que a la discontinua le correspondió el 13%. En el perineo profundo a la sutura discontinua le corresponde el 61% y a la continua el 39%. En la piel a la sutura discontinua le corresponde el 83% y a la continua el 17%.

**TABLA Nº12**

**COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA EN LAS NULÍPARAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

COMPLICACIONES	Nº	%
SI	86	65
NO	47	35
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO Nº12**



**Fuente:** Formulario  
**Elaborado:** J. Carrera.  
K. De La Torre

**Análisis**

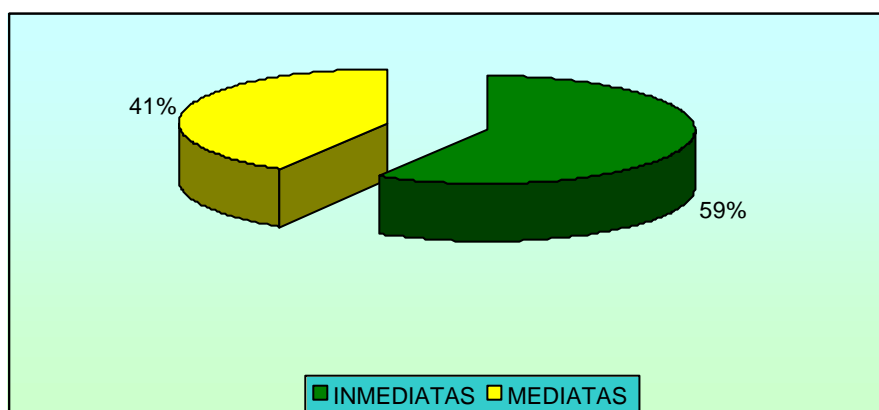
En el 65% de las episiotomías se detectaron complicaciones y en el 35% no se detectó ninguna.

**TABLA Nº13**

**EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS SEGÚN TIPOS DE COMPLICACIONES  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

TIPO DE COMPLICACIÓN	Nº	%
INMEDIATAS	64	59
MEDIATAS	45	41
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO Nº13**



**Fuente:**  
**Elaborado:**

Formulario  
J. Carrera.  
K. De La Torre

**Análisis**

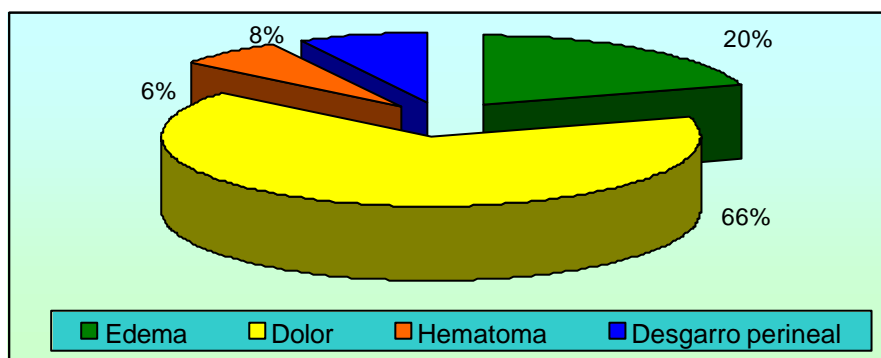
En las episiotomías que presentaron complicaciones; a las inmediatas le corresponde el 59% y a las mediatas el 41%.

**TABLA N°14**

**EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS  
SEGÚN TIPO DE COMPLICACIONES INMEDIATAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

COMPLICACION INMEDIATA	Nº	%
Edema	13	20
Dolor	42	66
Hematoma	4	6
Desgarro perineal	5	8
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N°14**



Fuente:

Formulario

Elaborado:

J. Carrera.

K. De La Torre

### **Análisis**

Las complicaciones inmediatas se desglosan así: el 20% tuvo edema, el 66% dolor, el 6% hematomas y el 8% desgarro perineal.

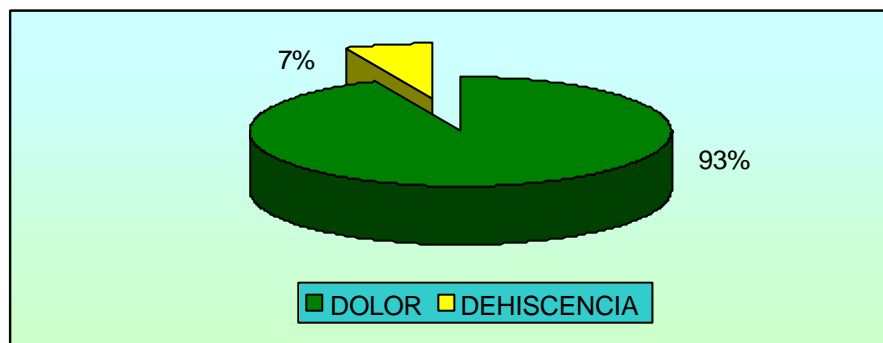


**TABLA Nº15**

**EPISIOTOMÍA EN NULÍPARAS  
SEGÚN TIPO DE COMPLICACIONES MEDIATAS  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO  
DICIEMBRE 2005 - MARZO 2006**

COMPLICACION MEDIATA	Nº	%
DOLOR	42	93
DEHISCENCIA	3	7
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO Nº15**



**Fuente:**  
**Elaborado:**

Formulario  
J. Carrera.  
K. De La Torre

### **Análisis**

Las complicaciones mediatas se presentaron de la siguiente manera: el 93% tuvo dolor y el 3% dehiscencia.

## 8.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Durante el periodo diciembre 2005 a marzo 2006, en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, se estudió a 133 nulíparas que tuvieron parto vaginal. Esta población se caracterizó por ser muy joven, provenientes en su mayoría de regiones alejadas de la ciudad ya que el 60% fueron menores de 19 años y el 40% fueron mayores de 20 años; y el 53% de las nulíparas provenían de zonas rurales y el 47% fueron de zona urbana. **(Tabla y gráfico 1 y 2).**

La frecuencia de la episiotomía fue del 100% en las pacientes **(tabla y gráfico 3)**, esto nos indica que la episiotomía se la realizó en forma sistemática; la misma que según María Mejía, Cali Colombia en el artículo “¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?” usada en forma selectiva normalmente no debería exceder el 30% de todas las gestantes; y además Carroli en la Revisión Cochrane “Episiotomía en el parto vaginal” describe que la práctica de la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios cuando se compara con la práctica de la episiotomía sistemática.

El tipo de episiotomía más utilizado fue la lateral en el 94%; la mediolateral se utilizó en el 6%, la episiotomía media no se realizó en ninguna paciente **(tabla y gráfico 4)**. Estos resultados señalan que la técnica para la incisión mas utilizada en este hospital, ya está en desuso por que es antiestética, antianatómica, antifuncional y con mayor sangrado.

El uso de la episiotomía fue sistemático en el 86% y restrictivo en el 14% **(tabla y gráfico 5)**. Esto es un indicador que en el hospital no se toma en cuenta los criterios señalados para realizar la episiotomía y sigue siendo una práctica rutinaria.

De las pacientes a las que se les realizó la episiotomía restrictiva en el 100% se identificaron causas maternas, mientras que no se pudieron establecer causas fetales. **(Tabla y gráfico 6).**

Las causas maternas identificadas se desglosan así: Periné rígido y corto en un 37% para cada uno; y parto precipitado en el 26%. **(Tabla y gráfico 7).**

Para analizar el procedimiento previo a la incisión se utilizaron los siguientes parámetros: la evaluación preparto, que se cumplió en el 96% de las pacientes; el recorte del vello perineal no se realizó a ninguna paciente pero si el rasurado en el 98% de las nulíparas, práctica que no es recomendada en las normas del MSP porque predispone a infecciones; el proceso de asepsia y antisepsia se lo realizó en el 45% de los casos, y la infiltración con xylocaína en el 100% de las episiotomías. De acuerdo a los resultados se establece que en ninguna de las pacientes estudiadas se cumplieron los cuatro parámetros señalados por las normas. En el 45% de las pacientes se cumplieron tres parámetros, a saber: evaluación preparto, asepsia y antisepsia y la infiltración con xylocaína. **(Tabla y gráfico 8).**

El momento de la incisión fue adecuado en el 87% de los casos e inadecuado en el 13% restante. **(Tabla y gráfico 9).** Si bien fue adecuado en su mayoría, esto se debe cumplir en la totalidad de las episiotomías porque si se realiza prematuramente predispone al incremento del sangrado y si se realiza de forma muy tardía, prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión músculo-nerviosa ya se habrá producido, invalidando probablemente los posibles efectos beneficiosos de la episiotomía.

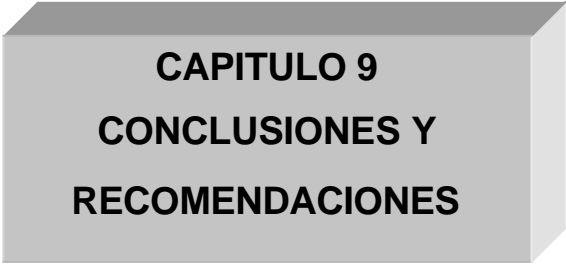
El procedimiento durante la incisión se cumplió de la siguiente manera: Un solo corte en el 59% de las pacientes; incisión recta en el 89%; incisión con bordes regulares en el 33% de los casos y longitud de la incisión mayor a 4 cm. en el 91% de las episiotomías. **(Tabla y gráfico 10).** De acuerdo a este

análisis solo en el 33% de las pacientes se cumplieron los tres parámetros señalados por las normas del MSP; estos parámetros deben cumplirse en su totalidad debido a que facilitan la sutura y mejoran la cicatrización de la herida, evitando así futuras complicaciones.

El procedimiento durante la sutura de la incisión fue el siguiente: **Vagina** sutura continua, en el 87% de las pacientes y discontinua en el 13% restante; si bien, a la mayoría se le realizó correctamente la sutura vaginal, ésta se debería realizar a la totalidad. **Perineo profundo**, sutura discontinua en el 61% y continua en el 39%; de igual manera en la mayoría se cumple el procedimiento no así en la totalidad de las pacientes. **Piel** sutura discontinua en el 83% y continua en el 17%; en este caso la sutura podría ser de cualquier forma pero se recomienda la sutura subdérmica discontinua que es menos visible posteriormente y además disminuye el dolor y edema inmediatos. **(Tabla y gráfico 11).**

Los inconvenientes de la episiotomía mediolateral son el incremento de pérdida hemática, así como molestias importantes como: dolor edema y hematomas. Las episiotomías medias producen extensiones o laceraciones que se clasifican como de primer grado: las que afectan únicamente a la mucosa vaginal; segundo grado: a la mucosa vaginal y al cuerpo perineal sin lesión en el esfínter; tercer grado: lesión en el esfínter rectal; y cuarto grado: lesión de la mucosa rectal

Las complicaciones de la episiotomía se presentaron así: En el 65% de las episiotomías se detectaron complicaciones, el 59% fueron de tipo inmediatas y el 41% mediatas. Las complicaciones inmediatas se desglosan así: edema en el 20%, dolor en el 66%, hematomas en el 6% y desgarró perineal en el 8%. Las complicaciones mediatas se presentaron de la siguiente manera: dolor en el 93% y dehiscencia en el 3%. Cabe señalar que el 6% de las pacientes no completaron el formulario en las complicaciones mediatas por problemas en la comunicación telefónica. **(Tabla y gráfico 12, 13, 14 y 15).**



**CAPITULO 9  
CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## 9.1. CONCLUSIONES

- ✓ Las nulíparas a las que se le realizó episiotomía en el periodo de diciembre 2005 – marzo 2006 tuvieron las siguientes características:

En su mayoría (60%) fueron menores de 19 años y provenientes de zonas rurales (53%).

- ✓ La frecuencia de la episiotomía en las nulíparas fue del 100% y el tipo mas utilizado fue la lateral.
- ✓ El uso de la episiotomía es de tipo sistemático y en ninguna paciente se realizó el procedimiento completo de acuerdo a las normas del MSP.

En cuanto al procedimiento previo a la incisión de la episiotomía en el 45% se realizó 3 de 4 parámetros a evaluar durante el procedimiento .

El momento de la incisión fue adecuado en el 87% de los casos e inadecuado en el 13% restante.

En el procedimiento durante la incisión solo en el 33% de las pacientes se cumplieron los tres parámetros señalados por las normas del MSP

- ✓ Las complicaciones inmediatas postepisiotomía que se detectaron fueron dolor, edema, hematoma y desgarro perineal; y las mediatas entre 7 a 15 días dolor y dehiscencia.

## **9.2. RECOMENDACIONES**

### **Para el M. S. P.**

- ✓ Fomentar la difusión de las Normas para la atención materno infantil.
- ✓ Profundizar y actualizar con evidencias las Normas para la atención materno infantil en lo que hace referencia al uso y frecuencia de la episiotomía, en integración con las instituciones formadoras de recursos y prestadoras de servicios.

### **Para el Hospital Verdi Cevallos Balda.**

- ✓ Cumplir a totalidad el procedimiento indicado en las normas del MSP.
- ✓ Capacitación y supervisión constante del personal destinado a la atención del parto.
- ✓ Realizar la capacitación continua en servicio de acuerdo a la evidencia que garantice la actualización permanentemente de los médicos tratantes, residentes e internos.
- ✓ Concienciar permanentemente al personal médico de la importancia de la actualización en los procedimientos basados en la evidencia.
- ✓ Que las pasantías de los internos por el área de Gineco – Obstetricia se realicen bajo la asesoría de los médicos residentes y docentes.

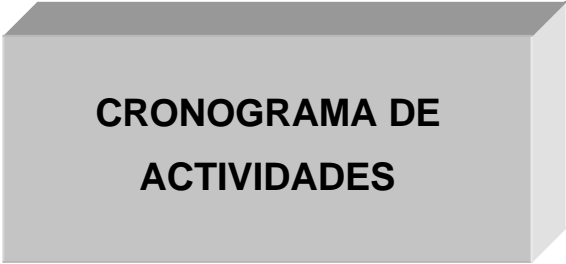
### **Para la U. T. M**

- ✓ Que la Facultad de Ciencias de la Salud implemente en los programas de estudio el uso sobre la evidencia para la práctica y protocolización de los procedimientos y sugerir cambios, renovar o afirmar la utilización de las Normas del MSP en la Atención Materno Infantil como base indispensable en la formación del profesional de salud.





<b>RUBROS</b>	<b>COSTOS</b>
Material bibliográfico	100. <sup>00</sup>
Internet	100. <sup>00</sup>
Transporte	50. <sup>00</sup>
Especies valoradas	10. <sup>00</sup>
Impresiones	400. <sup>00</sup>
Copias	100. <sup>00</sup>
Digitalización	50. <sup>00</sup>
Empastado	50. <sup>00</sup>
Imprevistos	100. <sup>00</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>960.<sup>00</sup></b>



**CRONOGRAMA DE  
ACTIVIDADES**

Actividades	Año	2005												2006				
	Mes	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5		
Inscripción al seminario de elaboración de tesis		X																
Asistencia al seminario de elaboración de tesis		X																
Selección de la población a estudiar		X																
Revisión bibliográfica		X	X															
Elaboración de protocolo			X	X	X	X	X	X										
Presentación del protocolo al consejo directivo									X									
Designación del director de tesis										X								
Recopilación de datos											X	X	X	X				
Reuniones con el director de tesis										X	X	X	X	X	X	X		
Reuniones con el tribunal										X	X	X	X	X	X	X		
Base de datos/ingresos de datos/resultados																X		
Elaboración del informe final																X		
Presentación del informe final																X		
Sustentación oral																X		



**BIBLIOGRAFÍA**

BENRUBI G, "Urgencias Ginecológicas y Obstetricas". 2<sup>da</sup> ed. Ed. Marbán Libros, S.L., España., 2003, cap 10, Págs. 155-159.

BOTERO J., "Obstetricia y Ginecología". 4<sup>ta</sup> ed. Ed. Carvajal, S.A., Colombia., 1990, cap 8, Págs. 103-140.

FARRERAS P. et. al., "Medicina Interna" CD – ROM. 14<sup>a</sup> ed. Ed. Harcourt, S.A., España., 2000, Cáp. 346.

PSCHYREMBEL W., "Obstetricia Práctica". 3<sup>ra</sup> ed. Ed. Labor, S.A., España., 1978, cap 2, Págs. 98-101.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA., "Manual de Normas para la Atención Materno Infantil" Quito – Ecuador., 1988.

ARGENTINE EPISIOTOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP, "routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial". Disponible en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

CARROLI G., et. al. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal. The Cochrane Library Disponible en <http://www.update-software.com/scripts/clibng/usauth.cgi?Product=CLIBPLUS&URLID=2&docID=CD000081-ES>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

DE MIGUEL J., "Episiotomía: criterio obstétrico actual". Disponible en: <http://www.google.com> cap6a.pdf [Fecha de acceso: 28 de julio del 2005].

MEJÍA M. “¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?”  
Disponibile en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No2/episiotomia.pdf> [fecha de acceso: miércoles 5 de abril del 2005].

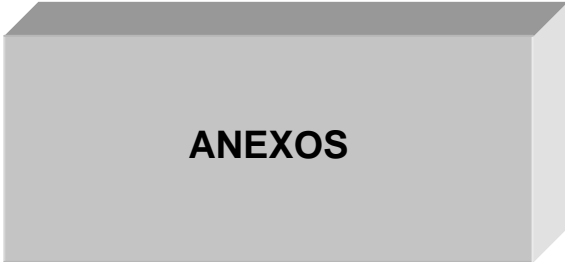
RÖCKNER G, et. al. “Episiotomy and perineal trauma during childbirth”.  
Disponibile en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

RÖCKNER G, et. al. “Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth”. Disponibile en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

SANTOS K. et. al. “complicaciones Post – Episiotomía” Revista Vallejana.  
Año 2. Volumen 2. Enero-Diciembre 2002 Disponibile en:  
[www.google.com: obstetricia2.pdf](http://www.google.com:obstetricia2.pdf) [Fecha de acceso: jueves 28 de julio del 2005].

WEIJMAR S., “Journal Psychosomatic Obstetric and Gynecology” Disponibile en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].

WOOLLEY R. “Beneficios y riesgos de la episiotomía”. Disponibile en <http://www.google.com>, [fecha de acceso: viernes 4 de marzo del 2005].





## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### “FRECUENCIA Y USO DE EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS QUE ACUDEN A LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2005 – MARZO 2006.”

Nombre : \_\_\_\_\_  
Direccion : \_\_\_\_\_  
Telefono : \_\_\_\_\_  
Nº de H.C. : \_\_\_\_\_  
Fecha : \_\_\_\_\_

#### I. Características.

1. Edad .....  
2. Procedencia : urbana \_\_\_ rural \_\_\_

#### II. Frecuencia de la episiotomía.

3. Se realizó episiotomía : Si \_\_\_ No \_\_\_

#### III. Tipo de episiotomía.

4. Lateral:\_\_\_ 5. Media lateral:\_\_\_ 6. Media :\_\_\_

#### IV. Uso de la episiotomía.

7. Sistemático :\_\_\_ 8. Restrictivo:\_\_\_

#### Causas fetales

9. Macrosomia fetal :\_\_  
10. Expulsivo prolongado :\_\_  
11. Feto pretermino :\_\_  
12. Podalico :\_\_

#### Causas maternas

13. Perine rígido :\_\_  
14. Perine corto :\_\_  
15. Parto precipitado :\_\_  
16. Desgarro perineal :\_\_

#### **IV. Procedimiento de la episiotomía.**

17. Evaluación preparto. :SI\_\_ No\_\_  
18. Recorte del vello perineal. :SI\_\_ No\_\_  
19. Rasurado del vello perineal. :SI\_\_ No\_\_  
20. Asepsia y antisepsia. :SI\_\_ No\_\_  
21. Infiltración local con xylocaína. :SI\_\_ No\_\_  
22. Momento de la episiotomía :Adecuado\_\_Inadecuado\_\_  
23. Incisión en un solo corte. :SI\_\_ No\_\_  
24. Incisión recta. :SI\_\_ No\_\_  
25. Bordes regulares. :SI\_\_ No\_\_  
26. Mayor a 4 cm. de amplitud. :SI\_\_ No\_\_  
27. Sutura de vagina: :continua\_\_ separada\_\_  
28. Sutura de perineo profundo: :continua\_\_ separada\_\_  
29. Sutura de piel: :continua\_\_ separada\_\_

#### **IV. Complicaciones de la episiotomía.**

30. Inmediatas (primeras 24 horas) :SI\_\_ No\_\_  
31. Edema :SI\_\_ No\_\_  
32. Dolor :SI\_\_ No\_\_  
33. Hematoma :SI\_\_ No\_\_  
34. Desgarro perineal :SI\_\_ No\_\_  
  
35. Mediatas (hasta 15 días) :SI\_\_ No\_\_  
36. Dolor :SI\_\_ No\_\_  
37. Dehiscencia :SI\_\_ No\_\_