

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA ESCOBAR"  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

VALORACION DE LA EPISIOTOMIA EN LA  
ATENCION DEL PARTO

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**DR. CESAR EDUARDO SALGADO VALADEZ**



**ISSSTE**

MEXICO, D.F.

2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. S. S. S. T. E.  
DELEGACION ZONA NORTE

\* OCT. 11 2004 \*

DR. LUIS BAYARDI ORTIZ PETRICIOLI.  
DIRECTOR MEDICO

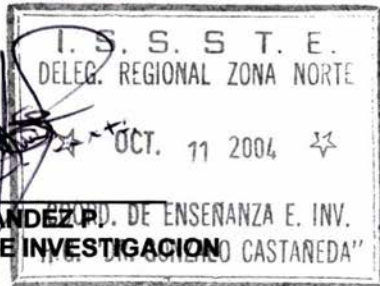
WOSP. GRAL. DR. GONZALO CASTANEDA  
DIRECCION

DR. HORACIO CALDERON RODRIGUEZ  
SUBDIRECTOR MEDICO



DR. MARIA DEL CARMEN RANGEL ROBLES  
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



DR. RAYMUNDO HERNANDEZ P.  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR ALFREDO ALANIZ SANCHEZ.  
ASESOR DE TESIS Y TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## AGRADECIMIENTOS

**A MIS PADRES, POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE ESTUDIAR UNA CARRERA, Y AHORA DE TERMINAR UNA ESPECIALIDAD.**

**A TODOS MIS MAESTROS Y MEDICOS ADSCRITOS QUE DE ALGUNA FORMA INTERVINIERON EN MI FORMACION.**

**AL DR. ANGEL JESUS AGUIRRE ORTEGA QUE SIEMPRE ME BRINDO SU APOYO Y CONFIANZA CUANDO MAS LO NECESITE.**

**A LA DRA. ROSA MARIA PADILLA POR SER ADEMAS DE MI MAESTRA MI AMIGA.**

**AL DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ POR HABER AYUDADO EN MI FORMACION Y EN LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.**

**A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS RESIDENTES QUE COMPARTIERON UN ESPACIO DE SU VIDA Y ME BRINDARON SU AMISTAD.**

**A TODAS MIS PACIENTES QUE DE ALGUNA MANERA DEPOSITARON SU ESPERANZA Y CONFIANZA EN MI.**

**A MI COMPAÑERO VICTOR QUE SIEMPRE ESTUVO CONMIGO APOYANDOME EN MI ESPECIALIDAD.**

**A DIOS QUE SIEMPRE HA ESTADO CONMIGO**

*DEDICADA:*

*A MIS PADRES Y A VICTOR.*

<b>INDICE</b>	<b>PAG</b>
<b>INTRODUCCION</b> _____	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES</b> _____	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> _____	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS</b> _____	<b>5</b>
<b>HIPOTESIS</b> _____	<b>6</b>
<b>JUSTIFICACION</b> _____	<b>7</b>
<b>MARCO TEORICO</b> _____	<b>8</b>
<b>DEFINICION</b> _____	<b>8</b>
<b>TIPOS DE EPISIOTOMIA</b> _____	<b>8</b>
<b>INDICACIONES DE LA EPISIOTOMIA</b> _____	<b>9</b>
<b>TECNICA DE LA EPISIOTOMIA</b> _____	<b>10</b>
<b>TECNICA DE LA EPISIORRAFIA</b> _____	<b>11</b>
<b>VENTAJAS Y DESVENTAJAS</b> _____	<b>11</b>
<b>COMPLICACIONES</b> _____	<b>12</b>
<b>DISEÑO DEL ESTUDIO</b> _____	<b>13</b>
<b>VARIABLES</b> _____	<b>13</b>
<b>DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO</b> _____	<b>14</b>
<b>ANALISIS DE DATOS</b> _____	<b>14</b>
<b>ASPECTOS ETICOS</b> _____	<b>14</b>
<b>RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS</b> _____	<b>14</b>
<b>CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS</b> _____	<b>16</b>
<b>RESULTADOS</b> _____	<b>17</b>
<b>CONCLUSION</b> _____	<b>33</b>
<b>DISCUSION</b> _____	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> _____	<b>36</b>



## **INTRODUCCION.**

### **Antecedentes**

La episiotomía es una incisión quirúrgica en el cuerpo perineal que se realiza para facilitar el proceso del parto o prevenir desgarros y laceraciones (1, 2, 3, 4). Etimológicamente proviene de las raíces griegas "episeion" que significa vulva o pubis y de "tomi-a" que refiere la acción de seccionar o cortar; y la episiorrafia se refiere a la sutura o reparación de la episiotomía (3).

Este procedimiento se realiza desde hace 250 años y sigue siendo muy controvertido, ya que es uno de los procedimientos quirúrgicos a efectuar sin el consentimiento específico de la paciente y que con mayor frecuencia se realiza (4, 5)

En la literatura se desconoce cuando empezó la práctica de la incisión del perineo durante el parto, en 1792, Ould, una enfermera obstétrica en Dublín, recomendaba la incisión del introito vaginal hacia el ano (episiotomía media) en mujeres que tenían partos muy difíciles (6).

Durante la primera mitad del siglo XIX, se idearon numerosos métodos para incidir el perineo. En un libro de texto sobre el uso de ayudas mecánicas para el parto, Ritgen sugirió hacer múltiples incisiones superficiales alrededor del orificio vaginal, como método eficaz para proteger el perineo de su rotura (7). En 1847, Dubois sugirió por primera vez hacer una incisión oblicua del perineo, que hoy se conoce como episiotomía medio lateral. El término episiotomía se atribuye a Braun, quien la condenó en 1857 como innecesaria y no aconsejable (6). La episiotomía ganó poca aceptación hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en parte debido a que no se disponía de la anestesia y las tasas de infección eran tan altas que este procedimiento quirúrgico se consideraba peligroso (6).

Un cirujano del estado de Virginia, Estados Unidos de Norteamérica, publicó en 1851 las prácticas iniciales de la episiotomía en Estados Unidos; sin embargo, su práctica era aislada durante esa época porque contravenía la teoría prevaleciente de que el proceso del nacimiento y el funcionamiento del perineo son de origen fisiológicos y, por tanto, no requerían de intervención quirúrgica alguna. (6).

La aplicación de la episiotomía en Estados Unidos se realizó hasta el decenio de 1920, cuando Pomery y De Lee empezaron a revolucionar un ambiente de opiniones respecto a todo proceso del nacimiento referido en la obra obstétrica *The prophylactic forceps operation*, quien aseguraba que la episiotomía conservaría la integridad del piso pélvico y el introito vaginal, además, propuso que su aplicación impediría el prolapso uterino y evitaría la rotura del tabique vesico vaginal. Apoyó enfáticamente la episiotomía para restablecer la anatomía vaginal y la musculatura pélvica a sus condiciones preparto. De Lee también aseguró que la episiotomía combinada con el fórceps salvaría de daños al cerebro fetal al prevenir la anoxia. Esto modificaría después favorablemente la tasa de epilepsia y retraso mental en los

recién nacidos, así mismo recomendó inequívocamente la aplicación de fórceps con episiotomía medio lateral a todas las mujeres nulíparas (6).

Durante los años de 1920 y 1930, las tasas altas de morbilidad y mortalidad en la madre y el neonato generaron la creencia de que el parto era un proceso que potencialmente ponía en peligro la vida y que las mujeres parturientas necesitaban de toda la ayuda disponible para sobrevivir la dura prueba. A pesar de la falta de pruebas científicas que demostraran la seguridad o los beneficios del procedimiento, entre 1915 y 1935 se alentó la episiotomía electiva profiláctica para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido. El motivo del uso amplio de la episiotomía fue que evitaba laceraciones perineales y retornaba el perineo a su estado pregestacional; lo que podría disminuir o evitar la morbilidad y mortalidad neonatales, y prevendría problemas ginecológicos futuros como la relajación pélvica. En esa época había pocas pruebas científicas para apoyar dichas aseveraciones (8).

Además de la sólida defensa del uso de la episiotomía por los obstetras más notables de la época, los cambios en el ejercicio de la obstetricia también la impulsaron. El cambio de la realización del parto en domicilio al ambiente hospitalario contribuyó a una modificación de los conceptos de la naturaleza del nacimiento. Durante los decenios de 1930 y 1940, los partos hospitalarios se convirtieron en la norma en Estados Unidos. En 1900, menos del 5% de las mujeres daba a luz en hospitales; para 1930, lo hacía casi 25%. Para 1945, más del 70% de los partos ocurría en contextos hospitalarios. El cambiar el parto al hospital proveía condiciones quirúrgicas asépticas y la tecnología necesaria para realizar con seguridad la episiotomía. Este cambio en los sitios de atención del parto originó una serie de intervenciones que no se basaron en pruebas científicas. El cambio del sitio de nacimiento contribuyó a un cambio en la conceptualización de la naturaleza del parto. Cuando las mujeres daban a luz en casa, se consideraba al parto como natural. En este contexto, la participación del perineo durante el proceso del trabajo de parto y parto se consideraba un suceso fisiológico normal (6).

Cuando la atención obstétrica cambió al hospital, los conceptos sobre el parto también lo hicieron, pues se le consideró como proceso patológico que requería intervención para disminuir al mínimo las complicaciones o prevenirlas. Los médicos que atendían partos creían que las políticas liberales con respecto a la episiotomía abreviaban al trabajo de parto y permitían al médico concluir rápidamente su participación en el nacimiento. Conforme los médicos principiaron a atender más de una paciente en trabajo de parto, también empezaron a abogar por la episiotomía para abreviar el trabajo de parto y parto a fin de ajustarse a las demandas crecientes de su tiempo (6).

Conforme más mujeres dieron a luz en hospitales, un número creciente de ellas recibió anestesia y también la incidencia de aplicación de fórceps para el parto aumentó posteriormente. La anestesia impedía los esfuerzos expulsivos naturales de las madres y aumentaba la necesidad de aplicación de fórceps, que requerían mayor espacio para manipulaciones vaginales. La aplicación de fórceps, indicada o electiva, requería un mejor acceso al conducto del parto, que solo la posición de litotomía dorsal permitía. Así, esta posición se volvió la más frecuente para la mujer parturienta, a pesar de que muchos obstetras creían que producía tensión adicional sobre el cuerpo perineal y generaba desgarros (9).



Para las décadas de 1970 y 1980, conforme floreció el movimiento naturalista, comenzó a cuestionarse el uso sistemático de la episiotomía, Thacker y Banta, en su exhaustiva revisión de los beneficios y riesgos de la episiotomía, no encontraron pruebas claramente definidas de su eficacia, particularmente para su uso sistemático, y si de riesgos vinculados como el dolor, el edema, la infección y al final la dispareunia sobre todo en las pacientes que se les realizó episiotomía medio lateral. Los autores señalaron que el uso amplio de la episiotomía no soportaba el escrutinio científico y que sus riesgos se habían ignorado en gran parte. Los autores llegaron a la conclusión de que la episiotomía debería restringirse para uso solo con ciertas indicaciones estrictas, los autores fueron todavía mas adelante, retando a la comunidad obstétrica a practicar la medicina basada en evidencias y probar el beneficio de la episiotomía en estudios clínicos con diseños adecuados (6, 10, 11, 12).

Sin embargo en los últimos años se ha visto que las ventajas de realizar una episiotomía media contra una medio lateral de manera profiláctica van más allá de la decisión de qué incisión se va a realizar, sino que se debe de valorar a cada paciente y de acuerdo a la experiencia del obstetra en cada una de las técnicas decidir si se realizará episiotomía media o mediolateral, ya que si la episiotomía medio lateral ofrece menor cuidado al momento de realizarla y de atender la expulsión del feto y menos prolongaciones hacia el esfínter anal y desgarros de tercer y cuarto grado, si ofrece dificultad en la reparación, alteraciones anatómicas al momento de la cicatrización, más riesgo de hematomas, de infecciones, de abscesos, el dolor postoperatorio mayor y a largo plazo dispareunia, a diferencia de la episiotomía media que necesita mayor experiencia por parte del obstetra, ya que amerita mayor cuidado al momento de realizarla, mayor protección al momento de la extensión de la cabeza fetal y de la expulsión del feto, y técnicas adecuadas para la protección del perineo para evitar las prolongaciones de la misma hacia el esfínter anal y desgarros de tercer y cuarto grado, pero fuera de esto si el obstetra tiene la experiencia adecuada de realizar adecuadamente estas maniobras, la reparación es mucho mas fácil ya que ofrece los planos anatómicos adecuados, con mejor cicatrización por el afrontamiento anatómico de los planos y tensión igual a ambos lados, menor riesgo de infecciones, de hematomas, de abscesos, el dolor postoperatorio y la dispareunia no se llegan a presentar (1, 2, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

En la historia de nuestro Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE, la episiotomía se realiza de manera rutinaria y profiláctica para prevenir desgarros y laceraciones siendo la técnica de elección regularmente utilizada la episiotomía medio lateral en la mayoría de las pacientes, y el propósito de este estudio es demostrar que si se realiza de manera profiláctica la episiotomía, la de elección sería la episiotomía media y no así la medio lateral y adquirir la experiencia adecuada en su realización y reparación para ofrecer una mejor evolución en nuestras pacientes parturientas con menos presencia de complicaciones y menor dolor postoperatorio.

**Planteamiento del problema**

La aplicación de la técnica de la episiotomía media realizada adecuadamente y con maniobra de Ritgen modificada, para ayudar a la extensión de la cabeza fetal y protección del perineo, ofrece mayores ventajas con una recuperación más rápida, menos presencia de dolor postoperatorio, ausencia de formación de hematomas, mejor afrontamiento, ausencia de dispareunia, conservación anatómica y menor número de casos de dehiscencia de la misma, comparado con las pacientes que se les realizó la técnica de la episiotomía mediolateral.

**Objetivo general.**

1.- Conocer el comportamiento de la aplicación de la técnica de la episiotomía en la población derechohabiente del ISSSTE debido a que técnica ofrece mayores ventajas y menos complicaciones en pacientes con parto eutócico.

**Objetivos específicos.**

1.1. Conocer el número de las pacientes atendidas por grupo etéreo de acuerdo a la distribución de frecuencias, atendidas durante el trabajo de parto eutócico con más de 34 semanas de gestación por Fecha de Última Menstruación (FUM).

1.2 Determinar el tipo de incisión realizada en función a la edad, gestación y número de partos anteriores.

1.3 Conocer el número de pacientes atendidas por grupos en función al peso del recién nacido y edad gestacional por FUM de acuerdo a la distribución de frecuencias.

1.6 Conocer el número de pacientes que se les aplicó cada tipo de incisión: media y mediolateral.

1.7 Determinar el número de pacientes que presentaron desgarros en función al grado correspondiente (1º, 2º, 3º y 4º grado), hacia el fondo de la vagina y otros tipos que se sucedan, por cada tipo de episiotomía media y mediolateral

1.8 Determinar el número de pacientes que presentaron otras complicaciones y de que tipo.

1.9 Conocer el número de pacientes que requirieron la administración de antibioterapia y por qué.

1.10 Conocer de manera subjetiva como describen las pacientes el dolor postoperatorio en cada técnica utilizada.

**Hipótesis.**

Si la episiotomía media ofrece mejores ventajas y menos complicaciones que la episiotomía mediolateral sería muy aconsejable su aplicación con más frecuencia durante la práctica ginecoobstétrica en pacientes atendidas en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda Escobar" ISSSTE.



**Justificación.**

Es prudente conocer que la aplicación de la técnica de la episiotomía media verdaderamente ofrece mayores ventajas sobre la episiotomía medio lateral de acuerdo a la literatura (1, 2, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 22), por lo que en este estudio se tratará de demostrar lo anterior, ya que en nuestro hospital se realiza la episiotomía medio lateral en la mayoría de las pacientes en quienes se atiende un parto, por lo que es de suma importancia dar a conocer resultados de un estudio realizado con pacientes de este hospital para demostrar que en la población que maneja este servicio, el utilizar una episiotomía media al momento de atender un trabajo de parto eutócico, ofrece mayores ventajas y menos complicaciones que realizar una episiotomía medio lateral, así como una técnica quirúrgica más fácil y rápida al momento de la reparación. (1, 2, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 22, 23, 24, 25).

### **Marco teórico**

El estudio se realizará en la unidad toco quirúrgica del hospital general Dr. Gonzalo Castañeda del ISSSTE, siendo este un hospital de segundo nivel, otorgando atención obstétrica y ginecológica a pacientes que en su momento lo ameriten, recibiendo las mismas por medio de un servicio de urgencias donde se valorarán y de ser necesario al presentar un trabajo de parto en fase activa hospitalizadas en el área de toco cirugía para la atención del parto.

La episiotomía es una técnica quirúrgica, normalmente necesaria en los partos, donde se practica una incisión en el perineo para ampliar el orificio vaginal durante el parto, que se suele realizar de forma electiva para evitar el desgarro del mismo, para acelerar o para facilitar la expulsión del feto (1, 2, 3, 6).

Este tipo de incisión es la técnica quirúrgica más frecuente en obstetricia, y se prefiere su realización ya que ofrece una incisión limpia y recta al contrario que si no se realiza los bordes de un desgarro son irregulares y de reparación más difícil (1, 2, 3, 4, 5)

La incidencia varía de acuerdo a varios factores y en los últimos tiempos ha tomado un auge a no realizarla, pero las complicaciones sobre todo desgarros y laceraciones en la parte superior del canal del parto han aumentado, por lo cual es mejor la realización de una episiotomía, ya sea media o medio lateral, y en este estudio se tratará de determinar cual de las dos presenta más ventajas y menores desventajas una sobre otra (4, 5, 6, 17, 18, 20, 21)

Existen varios tipos de episiotomía:

a.- Según su realización:

- Profiláctico.- se realiza para evitar desgarros.
- Complementaria.- se realiza complementando otra intervención obstétrica.
- Iterativa.- si se realiza sobre un anillo vulvoperineal ya incidido en otras ocasiones.  
(3, 20, 21, 22)

b.- Según el tiempo de reparación la episiorrafia puede ser:

- Precoz.- si se realiza inmediatamente después del parto.
- Tardía.- si se realiza de 12- 24 hrs. después del parto
- Secundaria.- si es una resutura de una lesión que no cicatrizó adecuadamente.  
(3, 20, 21, 22)

c.- Según su número:

- Unica.- si es una (la habitual).
- Bilateral.- si son dos, generalmente una a cada lado.
- Radial.- varias incisiones alrededor del anillo vulvoperineal.
- De Zangemeister.- dos incisiones en la parte superior del anillo vulvoperineal, una a cada lado, y otra en el rafe medio formando una "y".

(3, 20, 21, 22)

d.- Según su extensión:

- Simple.- afecta perineo y la mucosa de la porción inferior de la vagina.
- Profunda.- además del perineo, interesa el elevador del ano y llega a la fosa isquirrectal, produciéndose una incisión de la mucosa vaginal hasta el fondo de saco, se trata de la llamada incisión de Schuchardt.

(3, 20, 21, 22)

e.- Según la orientación de la incisión:

- Episiotomía media o de Michaelis.- sigue el rafe medio perineal, sin involucrar el esfínter anal.
- Episiotomía medio lateral o diagonal de Tarnier.- que partiendo del punto medio de la orquilla vulvar termina al lado del ano, siguiendo una línea recta; puede practicarse indistintamente hacia el lado derecho o el izquierdo.
- Episiotomía lateral de Eichelberg-Scanzoni.- parte, como la anterior, de la orquilla vulvar, pero se dirige hacia la tuberosidad isquiática.
- Episiotomía lateral curva de Eichelberg.- es parecida a la anterior, pero en vez de ser recta, es curvilínea, huyendo del ano o circundándolo.
- Episiotomía en bayoneta de Brindeau.- es recta en línea media, pero al llegar cerca del ano lo contornea.
- Episiotomía en T invertida de Waldstein.- al igual que la anterior es recta en la línea media, pero su extremo inferior se prolonga mediante dos incisiones laterales dirigidas hacia el isquion.
- Episiotomía en Y invertida de Tarnier y Chantreuil.- recta en la línea media, se prolonga lateralmente mediante dos incisiones oblicuas que contornean el ano.

(3)

De toda esta variedad de episiotomías las únicas realizadas son las episiotomías únicas, simples, ya sean medias o mediolaterales y en casos muy raros la episiotomía lateral (4).

En nuestro hospital la que más se utiliza es la episiotomía medio lateral única y simple y el objetivo de este estudio es demostrar las ventajas de la episiotomía media única y simple sobre la episiotomía medio lateral.

El momento adecuado para la realización de la episiotomía es cuando en el transcurso de una contracción es visible un diámetro de 3-4 cm. de la cabeza fetal (1, 2, 3, 4)

Las indicaciones más comunes para la realización de una episiotomía son entre muchas otras:

1.-Riesgo significativo de laceración perineal importante

2.- Parto vaginal quirúrgico

- aplicación de fórceps
- aplicación de vacío (vacuoextractor).



- 3.- Parto en presentación pélvica
- 4.- Parto gemelar
- 5.- Macrosomía fetal
- 6.- Distocia de hombros
- 7.- Parto pretérmino
- 8.- Prevención de laceraciones y desgarros
- 9.- Proporcionar más espacio para el parto vaginal.  
(1, 2, 3, 6, 10, 11)

### Técnica

La incisión en la línea media es más fácil de reparar y se relaciona con menor dolor postoperatorio que la episiotomía medio lateral, sin embargo al ya estar bien conocido este factor, en nuestro hospital se sigue realizando con mucho mayor frecuencia la episiotomía medio lateral que la media, por lo que la finalidad de este estudio es corroborar los datos ya conocidos y demostrar que la episiotomía media ofrece mas ventajas que la medio lateral y se comience a realizar la episiotomía media en la mayoría de las pacientes a quienes se les atiende un parto.

Así mismo la episiotomía media se relaciona con menor pérdida de sangre y mejores resultados anatómicos y su única desventaja sobre la episiotomía medio lateral es el posible riesgo de laceración de tercer y cuarto grado por prolongación de la misma hacia el esfínter anal y recto por una mala técnica en la realización de la maniobra de Ritgen modificada, de aquí lo importante de esta maniobra para la adecuada realización de la misma, y de aquí mismo se desprende que también depende de la habilidad del obstetra el tener o no complicaciones en la realización de la episiotomía media (1, 2, 3, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

La técnica de realización de la episiotomía media es incidiendo únicamente piel y mucosa vaginal del rafe medio perineal sin involucrar el esfínter anal. Ofrece curación simétrica, más fácil y con menos molestias por estar ambos lado sometidos a una misma tensión. En esta no se inciden ningún músculo, pero su único inconveniente es la prolongación hacia el esfínter anal y mucosa rectal (3, 6).

En la realización de la episiotomía medio lateral se evitan las laceraciones y las prolongaciones, pero las desventajas son importantes, ya que son mas difíciles de reparar y los resultados anatómicos son defectuosos, predisponiendo a la dispareunia, el dolor postoperatorio es común y más frecuencia de aparición de hematomas y abscesos secundarios, por lo que las desventajas son muchas. Creemos que la realización de la episiotomía media es mejor (4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 19).

La episiotomía medio lateral se realiza partiendo de la orquilla vulvar inferior hacia uno u otro lado del rafe medio para que en caso de prolongación se evite el daño al esfínter anal. Por lo general se interesan el músculo bulbo cavernoso y algunos haces del elevador del ano y si es muy profundo hacia vagina involucra el diafragma urogenital.



La episiotomía lateral se realiza un corte con tijeras rectas partiendo de la línea media de la orquilla vulvar inferior y en dirección de la tuberosidad isquiática. Interesa los músculos bulbo cavernosos, transverso perineal profundo y los haces pubianos del elevador del ano. Salva el ano y el recto, pero la cicatrización es retráctil y defectuosa por lo que es poco frecuente realizarla (3, 21, 22, 23, 24, 25).

### **Técnica de la episiorrafia media**

Un método para la realización de la episiorrafia es, previa analgesia local con xilocaína al 1% o 2%, sobre los bordes del corte o previa aplicación de analgesia obstétrica (bloqueo peridural), se procede a cerrar la mucosa y la submucosa vaginales mediante sutura continua de catgut crómico 2-0, seguido del cierre de la fascia y del músculo del cuerpo perineal mediante tres o cuatro suturas separadas con catgut crómico 2-0, se afronta la fascia superficial con punto simple continuo, con catgut crómico 2-0, y se puede cerrar piel con catgut crómico 2-0 o 3-0, con punto subdérmico, o puntos simples separados invertidos 3-0 o 4-0, pero estos ofrecen la desventaja de ser percibidos por la paciente y ser muy molestos, por lo que se prefieren la sutura subdérmica. En el caso de episiotomía media se afrontan los tejidos de manera simétrica tomando misma cantidad de tejido de uno y de otro lado, cuidando no lastimar las carúnculas mirtiformes para que en un futuro no se presente dispareunia (1, 2, 3, 6, 13, 15, 19, 22, 23, 24, 25)

En el caso de presentarse desgarro de tercer grado se afronta el esfínter anal con catgut crómico del 1, puntos en "U", en número de dos (1, 2, 3, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 23, 25)

En el caso de desgarro de cuarto grado, se afronta la mucosa rectal con catgut crómico 2-0 o 3-0, puntos separados, sin dejar ventanas y sin llegar a la luz intestinal para evitar la formación de fístulas, se reforza con una segunda capa del tejido del tabique rectovaginal, posteriormente se afronta el músculo esfínter anal y luego el resto de la episiorrafia. (1, 2, 3, 6, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 23, 24, 25).

### **Técnica de la episiorrafia medio lateral**

La técnica de reparación de la episiotomía medio lateral es parecida a la episiorrafia media, solo que como no es simétrica se tiene que afrontar de manera cuidadosa para que afronte de manera adecuada. en el caso de incidir el músculo bulbo cavernoso, se afronta con CC-1, puntos en "U", se verifica adecuadamente la hemostasia, ya que se cortan varios vasos y el sangrado es profuso y si no se realiza de forma adecuada se pueden formar hematomas los cuales pueden disecar gran extensión de tejido, por lo que la reparación debe de ser de manera cuidadosa y lo más simétrica posible para que la cicatrización sea adecuada (1, 2, 3, 6, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 23, 24, 25).

### **Ventajas y desventajas de una sobre otra.**

Las ventajas, que se describen en los libros, de la episiotomía media es que es de reparación quirúrgica fácil, con poco defecto de cicatrización, dolor postoperatorio

mínimo. Resultados anatómicos excelentes, menor pérdida hemática, dispareunia menos frecuente, y la única ventaja de la episiotomía medio lateral es que son raras las extensiones hacia el perineo y por lo tanto en la episiotomía media son frecuentes las lesiones al esfínter anal y al recto. por lo anterior es importante seleccionar adecuadamente los casos en quienes se va a practicar cada tipo de incisión (1, 2, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)

Aún así al presentarse lesión del esfínter anal y del recto, con una adecuada reparación de los mismos y manejo médico adecuado, como uso de antibiótico terapia y laxantes, no se producen problemas especiales respecto a la función intestinal y tonicidad del esfínter anal, la cicatrización es adecuada, sangrado mínimo y una adecuada evolución en general de la misma, por lo cual es importante adquirir la experiencia en el manejo de estas complicaciones y repararlas de forma adecuada para evitar complicaciones sobre agregadas como presencia de fístulas ano vaginales, rectovaginales o incontinencia del esfínter anal (3, 6, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 24, 25)

### **Complicaciones de la episiotomía**

- 1.- Extensiones (de tercer o de cuarto grado)
- 2.- Infección
- 3.- Hematomas
- 4.- Celulitis
- 5.- Dehiscencia
- 6.- Formación de abscesos
- 7.- Incontinencia de flatulencias
- 8.- Incontinencia fecal.
- 9.- Fístula rectovaginal
- 10.- Deterioro de la conducción nerviosa pudenda
- 11.- Escaso tono del esfínter
- 12.- Fascitis necrosante
- 13.- Dispareunia.
- 14.- Muerte  
(1, 2, 3, 5, 6, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

**VARIETADES DE EPISIOTOMIA**



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

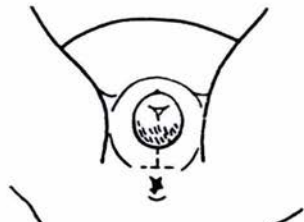


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

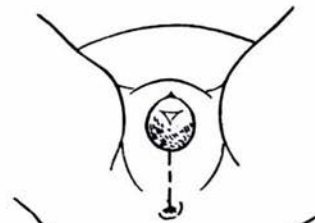


Fig. 12

- FIG 1.- MEDIA
- FIG 2.- MEDIOLATERAL
- FIG 3.- LATERAL NORMAL
- FIG 4.- LATERAL CURVA DE CONCAVIDAD SUPERIOR.
- FIG 5.- DE CONCAVIDAD INFERIOR

- FIG 7.- EN T INVERTIDA
- FIG 8.- EN Y INVERTIDA
- FIG 9.- EN Y DE ZANGESMEISTER
- FIG 10.- RADIAL
- FIG 11.- DOBLE
- FIG 12

## TECNICA DE LA REALIZACION DE LA EPISIOTOMIA

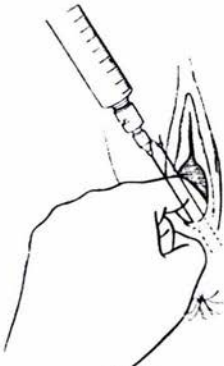


Fig. 13

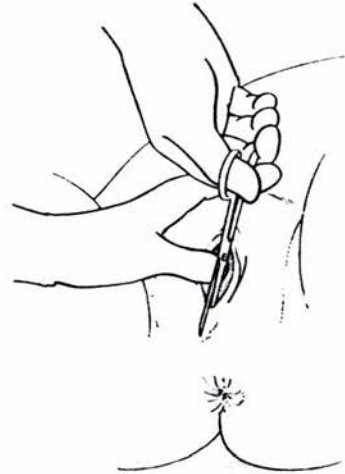


Fig. 14

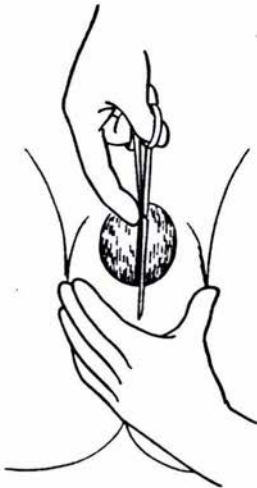


FIG. 15

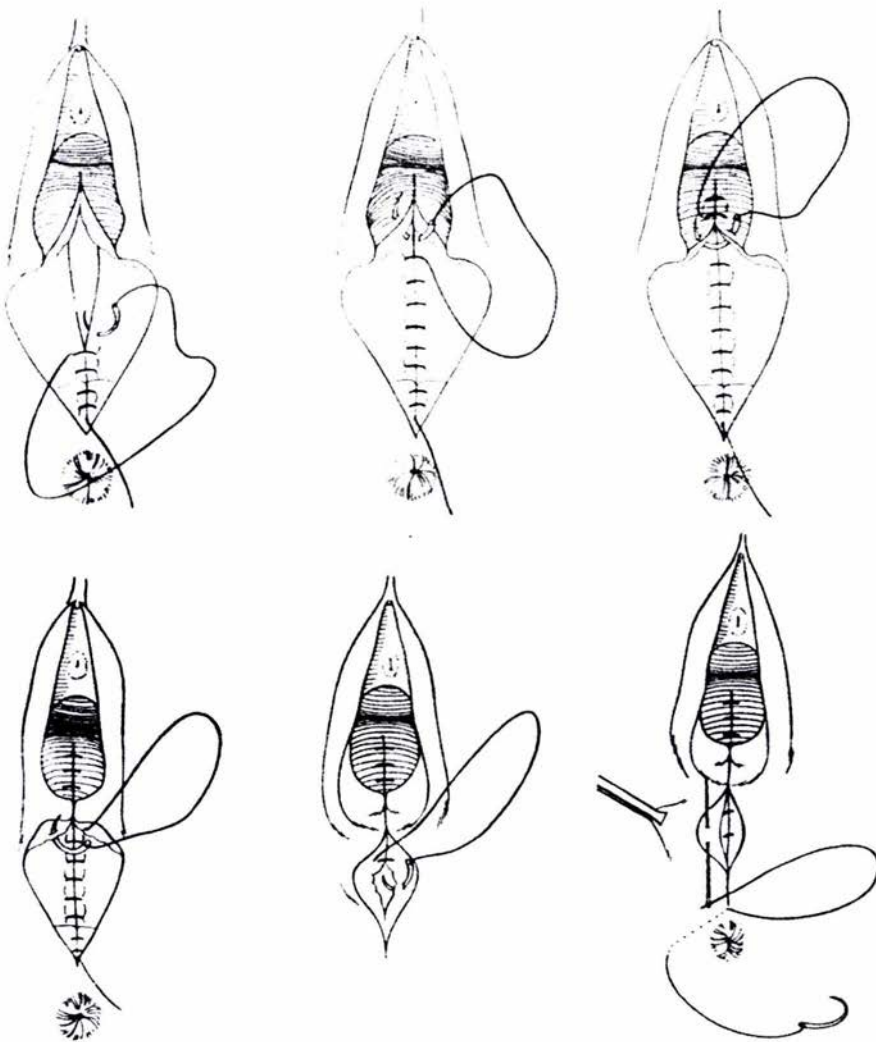
FIG 13.- Infiltración con xilocaína al 1 o 2% en la región del corte.

FIG 14.- Dirección del corte de la episiotomía mediolateral

FIG 15.- Dirección del corte de la episiotomía media, al momento de la coronación de la presentación (3-4 cm de que la cabeza fetal separe el introito vaginal).

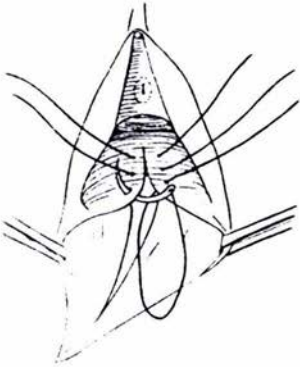


## EPISIORRAFIA MEDIA

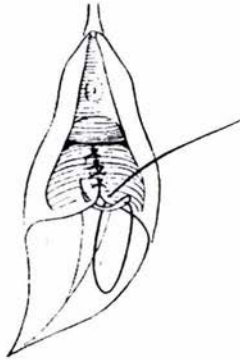


- 1.- Se afrontan planos profundos
- 2.- Se cierra mucosa vaginal
- 3.- Posteriormente se cierra aponeurosis superficial
- 4.- Piel con punto subdermico

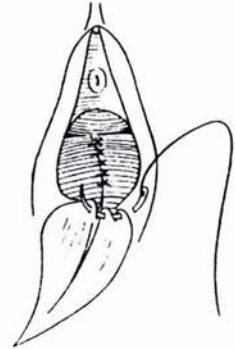
### SUTURA DE LA EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL



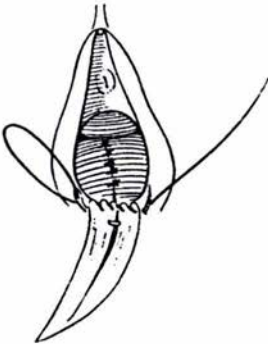
SE CIERRA MUCOSA VAGINAL



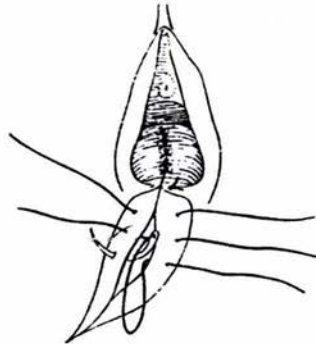
MUCOSA VAGINAL



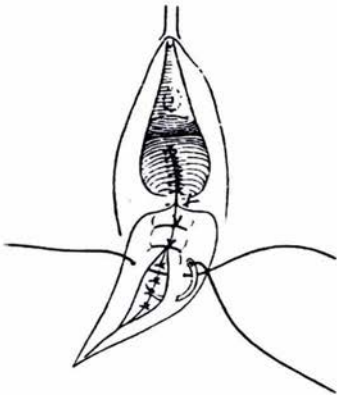
LIMITE DE CARUNCULAS



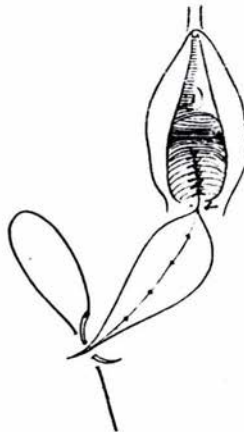
PLANOS PROFUNDOS



PLANOS PROFUNDOS



PLANOS PROFUNDOS



PIEL CON PUNTOS SEPARADOS INVERTIDOS

### SUTURA DE UN DESGARRO DE CUARTO GRADO

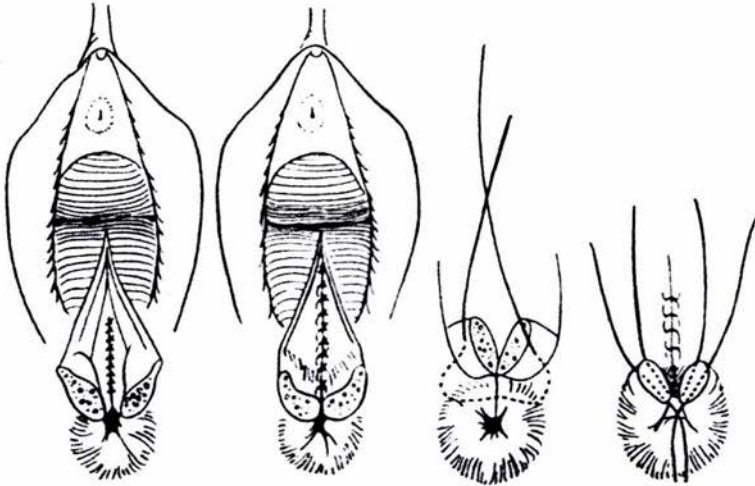


Fig. 5-51

Fig. 5-52

1.- MUCOSA RECTAL CON PUNTOS SEPARADOS, CUIDANDO DE NO DEJAR VENTANAS Y PUNTOS NO PERFORANTES (CC 3-0)

SE DA UN SEGUNDO PLANO

2.- SE SUTURA MUSCULO FACIAL, PUNTOS SEPARADOS.

3.- SE SUTURA ESFINTER ANAL CON PUNTOS EN "U", (CC 1)

4.- SE SUTURA EL ELEVADOR Y MUSCULOS SITUADOS ENTRE AMBOS ESFINTERES.

5.- PIEL Y MUCOSA VAGINAL IGUAL QUE LA EPISIORRAFIA.

**Diseño.**

**TIPO DE ESTUDIO:**

Se trata de un estudio de tipo observacional, retrospectivo, comparativo, transversal y abierto.

**GRUPOS DE ESTUDIO:**

**Criterios de inclusión.-**

Se incluirán todas aquellas pacientes a quienes se haya atendido trabajo de parto eutócico por médico residente o por médico adscrito del servicio de Ginecología y Obstetricia; incluidos durante un año de estudio del 1º de marzo de 2003 al 29 de febrero de 2004, en sala de expulsión del servicio de toco cirugía del hospital general Dr. Gonzalo Castañeda Escobar del ISSSTE, que cuenten con más de 34 semanas de gestación por Fecha de Última Menstruación.

**Criterios de exclusión.-**

Serán aquellas pacientes a quienes el parto no lo atienda el médico residente o médico adscrito del servicio de Ginecología y Obstetricia, pacientes con menos de 33.6 semanas de gestación por Fecha de Última menstruación, en quienes se utilicen fórceps y en quienes presenten algún tipo de parto distócico, así como todas aquellas pacientes que no se atienda el parto en la sala de expulsión del servicio de toco cirugía del hospital general Dr. Gonzalo Castañeda del ISSSTE, que pueda ser en la sala de urgencias, en el trayecto a unidad toco quirúrgica o en la cama de labor.

**Tamaño de la muestra**

Será la diferencia del total de pacientes que cumpla con los criterios de inclusión menos el número total de pacientes que cumpla con los criterios de exclusión.

**Variables a investigar**

- 1.- Edad de la paciente.
- 2.- Número de embarazos, partos y cesáreas
- 3.- Peso del recién nacido.
- 4.- Edad gestacional por Capurro.
- 5.- Tipo de incisión realizada.
- 6.- Material de sutura utilizado.
- 7.- Técnica quirúrgica utilizada.
- 8.- Dificultad al momento de la técnica quirúrgica.
- 9.- Presencia de desgarros y de que grado.
- 10.- Formación de hematomas secundarios a la episiotomía.
- 11.- Formación de celulitis secundaria a la realización de la episiotomía
- 12.- Formación de abscesos secundarios a la episiotomía.
- 13.- Presencia de dehiscencia de la episiotomía
- 14.- Presencia de alguna otra complicación
- 15.- Uso de antibiótico postoperatorio y porque.
- 16.- Presencia de dolor en el postoperatorio y características del mismo.



**Descripción general del estudio.**

La recolección de datos se llevará a cabo por el investigador, mediante hoja de recolección de datos previamente diseñados de acuerdo a las variables a investigar; se recabarán los datos del expediente clínico. A si mismo intervendrán solamente los médicos que pertenezcan al servicio de ginecología y obstetricia, entre ellos médicos adscritos al servicio y médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia de primer a cuarto año, que atiendan en su momento a una paciente en trabajo de parto, y de manera más específica realizando la episiotomía, maniobras adecuadas de protección y la episiorrafia.

Intervendrá también el servicio del departamento de Archivo Clínico quien facilitará los expedientes necesarios para la recolección de los datos.

**Análisis de datos.**

La recolección de datos se llevará a cabo por medio de cuestionarios previamente diseñados de acuerdo a las variables a investigar.

Posteriormente los datos se colocarán en una hoja de vaciamiento de datos para realizar el conteo de los resultados, utilizando para esto computadoras con programas especiales para vaciamiento de datos que contengan Microsoft Excel para poder determinar la descripción de frecuencias por grupos, media aritmética, mediana, moda, desviación estándar de cada grupo de frecuencias, así como comparativo con utilización de proporciones y totales. Para determinar la diferencia significativa se utilizará el valor de  $p < 0.05$  para ensayos de diferenciación de medias y proporciones.

**Factibilidad y aspectos éticos.**

La factibilidad y la ética en la realización del estudio es muy amplia y sin afectar a las pacientes, ya que la episiotomía es una incisión quirúrgica que se realiza de manera profiláctica y rutinaria en todas las pacientes a quienes se le atiende un trabajo de parto, para evitar laceraciones y desgarros. Solo se recolectarán los datos del expediente clínico.

**Recursos humanos, físicos y financieros.**

La parte técnica quirúrgica se realizará por parte del médico adscrito o médico residente que en su momento atienda el trabajo de parto, utilizando el material e instrumental quirúrgico adecuado, previamente esterilizado, que incluye tijeras de Metzembraun para la realización del corte de la episiotomía previa a la asepsia y antisepsia de la región perineal y vaginal con isodine espuma y solución fisiológica, gasas para la protección del perineo y limpieza del campo quirúrgico, infiltración local de xilocaína simple al 2% para analgesia o aplicación previa de bloqueo peridural, porta agujas y pinzas de disección para la realización de la episiorrafia con catgut crómico del 2-0, para mucosa vaginal, piel, submucosa rectal en caso de

desgarros de cuarto grado y catgut crómico del 1 en caso de desgarro de esfínter anal para su afrontamiento.

Para el momento de la recolección de datos: hojas de papel para la impresión de los cuestionarios, lápiz o pluma, computadora con Microsoft Excel, impresora, calculadora y los expedientes clínicos para la recolección de los datos.

Y sobre todo lo más importante las pacientes que formaran parte de nuestro estudio.

**Questionario para recabar datos sobre el estudio:**

Fecha \_\_\_\_\_

1.- Expediente \_\_\_\_\_

2.- Edad paciente \_\_\_\_\_

3.- G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

4.- Peso del recién nacido \_\_\_\_\_

5.- Edad gestacional por Capurro \_\_\_\_\_

6.- Tipo de incisión realizada \_\_\_\_\_

7.- Material de sutura utilizada \_\_\_\_\_

8.- Técnica quirúrgica utilizada \_\_\_\_\_

9.- Dificultad para la realización de la técnica quirúrgica  
No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ ¿Por que? \_\_\_\_\_

10.- Desgarro No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ De que tipo 1° \_\_\_\_\_ 2° \_\_\_\_\_ 3° \_\_\_\_\_ 4° \_\_\_\_\_

11.- Formación de hematomas secundarios a la realización de la episiorrafia. \_\_\_\_\_

12.- Presencia de celulitis secundaria a la realización de la episiotomia \_\_\_\_\_

13.- Formación de abscesos secundarios a la realización de la episiorrafia \_\_\_\_\_

14.- Presentó dehiscencia de la episiorrafia \_\_\_\_\_  
¿Cuanto tiempo después? \_\_\_\_\_

15.- Presencia de alguna otra complicación \_\_\_\_\_

16.- ¿Se usaron antibióticos en el postoperatorio y por que? \_\_\_\_\_

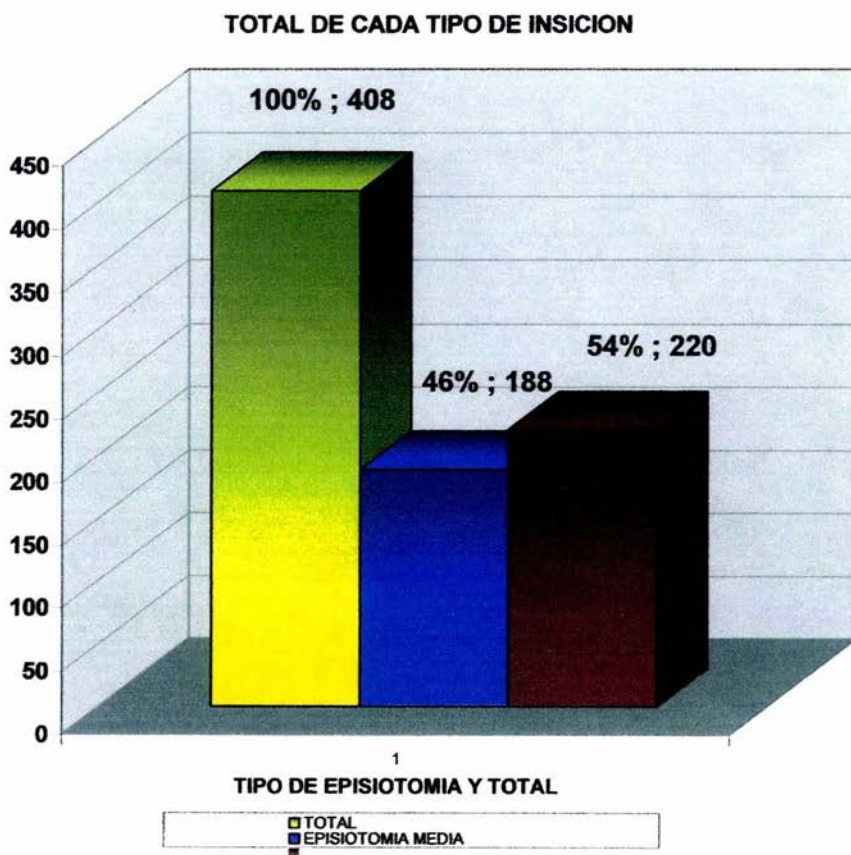
17.- De manera subjetiva como califica el dolor la paciente:  
Sin dolor \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Severo \_\_\_\_\_

Quien recaba la información \_\_\_\_\_

**Resultados**

Entre el 1º de marzo de 2003 al 29 de febrero de 2004 se incluyeron 408 pacientes que tuvieron más de 34 semanas de gestación por Fecha de Última Menstruación, a quienes se les atendió trabajo de parto eutócico en la sala de expulsión del servicio de Toco cirugía del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda Escobar del ISSSTE. De éstas, 408 pacientes (100%) se les realizó episiotomía, de las cuales 188 pacientes (46%) fue episiotomía media y 220 pacientes (54%) fue episiotomía medio lateral. Gráfica 1.

Grafica 1.

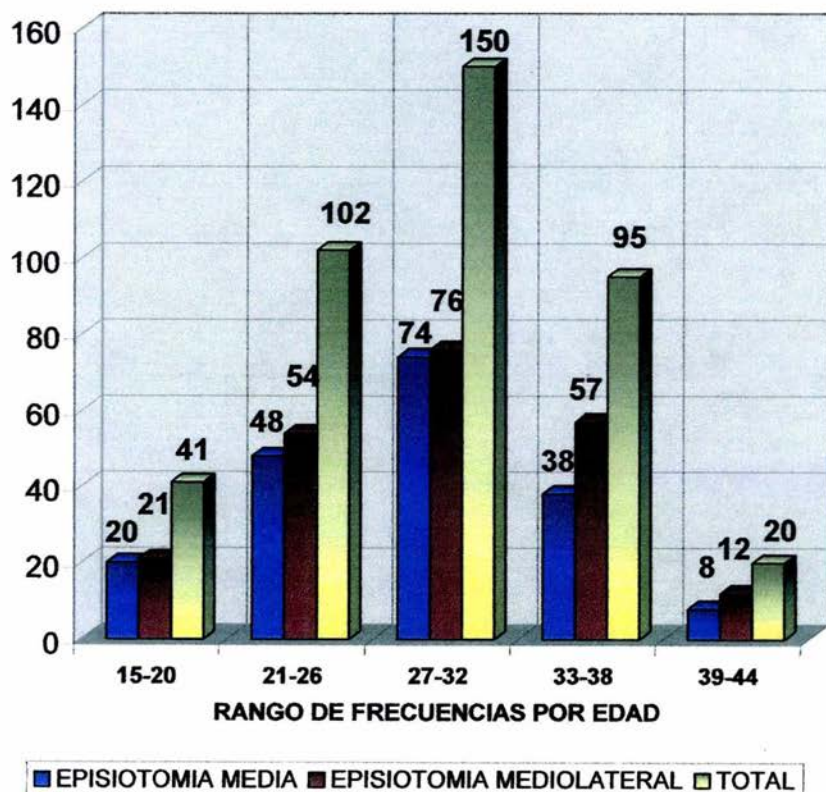




Los grupos de edad estudiados fueron: de 15 a 20 años con un total de 41 pacientes (n = 20 con episiotomía media y n = 21 con episiotomía medio lateral), de 21 a 26 años con un total de 102 pacientes (n = 48 para episiotomía media y n = 54 para episiotomía medio lateral), el grupo de edad más frecuente fue el de 27 a 32 años en ambos grupos con un total de 150 pacientes, a las cuales 74 pacientes se les realizó episiotomía media y a 76 pacientes episiotomía medio lateral; de 33 a 38 años con un total de 95 pacientes (n = 38 para episiotomía media y n = 57 para episiotomía medio lateral), de 39 a 44 años con un total de 20 pacientes (n = 8 para episiotomía media y n = 12 para la episiotomía medio lateral) como se muestra en la gráfica 2. Manejando una media aritmética para la edad de 28.84 +/- 5.98 años para el total de las pacientes, 28.69 +/- 5.92 años para la episiotomía media y 28.96 +/- 6.04 años para la episiotomía medio lateral.

Gráfica 2.

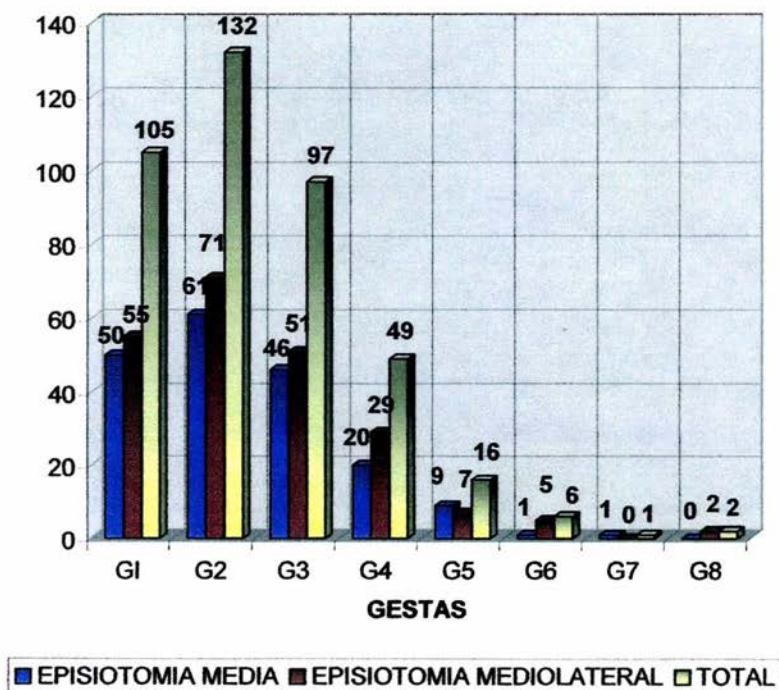
## DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR EDAD



Los resultados de acuerdo a su gestación fueron: para G1 un total de 105 pacientes (n = 50 para episiotomía media y n = 55 para episiotomía medio lateral), para GII un total de 132 pacientes (n = 61 para episiotomía media y n = 71 para episiotomía medio lateral), para GIII un total de 97 pacientes (n = 46 para episiotomía media y n = 51 para episiotomía medio lateral), para GIV un total de 49 pacientes (n = 20 para episiotomía media y n = 29 para episiotomía medio lateral), para GV un total de 16 pacientes (n = 9 para episiotomía media y n = 7 para episiotomía medio lateral), para GVI un total de 6 pacientes (n = 1 para episiotomía media y n = 5 para episiotomía medio lateral), para GVII un total de 2 pacientes (n = 1 para episiotomía media y n = 1 para episiotomía medio lateral) como se muestra en la gráfica 3; con una media aritmética de acuerdo al número de gestas para el total de las pacientes de 2.43 +/- 1.27 gestas; para la episiotomía media de 2.38 +/- 1.20 gestas; y para la episiotomía medio lateral de 2.48 +/- 1.32 gestas.

Gráfica 3.

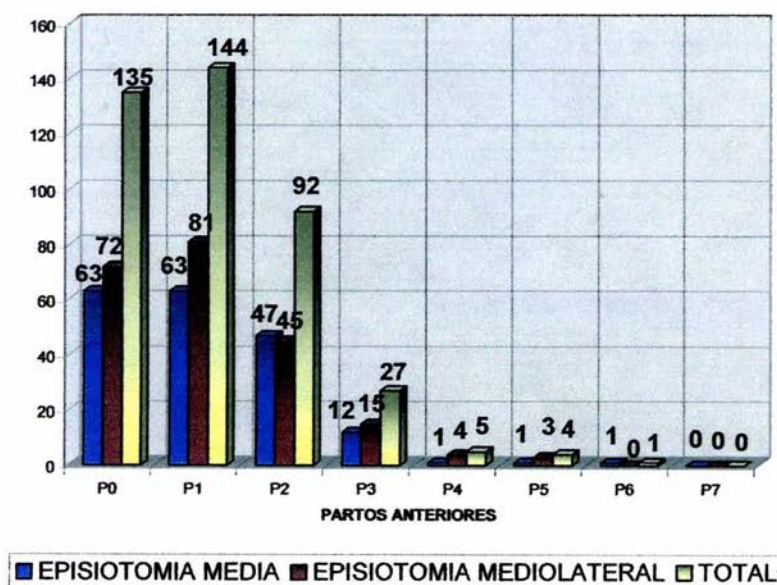
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ACUERDO A LA GESTACION**



Para el resultado de acuerdo al número de partos anteriores fueron: para ningún parto anterior un total de 135 pacientes (n = 63 para episiotomía media y n = 72 para episiotomía medio lateral), para 1 parto anterior un total de 144 pacientes (n = 63 para episiotomía media y n = 81 para episiotomía medio lateral), para 2 partos anteriores un total de 92 pacientes (n = 47 para episiotomía media y n = 45 para episiotomía medio lateral), para 3 partos anteriores un total de 27 pacientes (n = 12 para episiotomía media y n = 15 para episiotomía medio lateral), para 4 partos anteriores un total de 5 pacientes (n = 1 para episiotomía media y n = 4 para episiotomía medio lateral), para 5 partos anteriores un total de 4 pacientes (n = 1 para episiotomía media y n = 3 para episiotomía medio lateral), para 6 partos anteriores un total de 1 paciente (n = 1 para episiotomía media) como se muestra en la gráfica 4, con una media aritmética de acuerdo al número de partos anteriores para el total de las pacientes de 1.11 +/- 1.06 partos, para la episiotomía media de 1.1 +/- 1.04 partos, y para la episiotomía medio lateral de 1.22 +/- 1.08 partos.

Gráfica 4

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ACUERDO A PARTOS ANTERIORES**

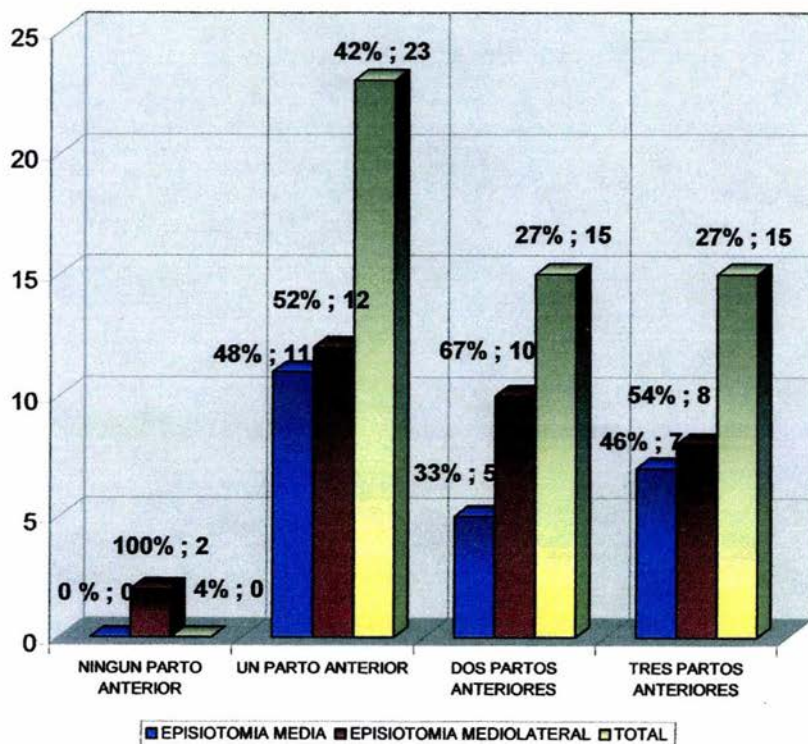




De acuerdo a los partos anteriores los desgarros se presentaron de la siguiente forma: sin ningún parto anterior el 4% (n = 2), de los cuales el 100% (n = 2) fueron en la episiotomía medio lateral; con 1 parto anterior el 42% (n = 23), de los cuales el 48% (n = 11) fue en la episiotomía media y el 52% (n = 12) fue en la episiotomía medio lateral; con 2 partos anteriores el 27% (n = 15), de los cuales el 33% (n = 5), fue en la episiotomía media, y el 67% (n = 10) en la episiotomía medio lateral; con 3 partos anteriores el 27% (n = 15), de los cuales el 46% (n = 7) fue en la episiotomía media y el 54% (n = 8), fue en la episiotomía medio lateral, no habiendo desgarros con 4,5 o 6 partos. Encontrándose que los desgarros son más frecuentes con 1 parto anterior, y no así como se hubiera esperado en las pacientes que nunca antes habían tenido un parto, demostrándose que la nuliparidad no tiene nada que ver con la presencia de los desgarros, sino más bien la adecuada protección del periné y la velocidad de expulsión y extensión de la cabeza fetal, por lo que las maniobras son mucho más importantes en cualquier paciente independiente del número de partos anteriores. Gráfica 5.

Gráfica 5

COMPARATIVO DE DESGARROS Y PARTOS ANTERIORES



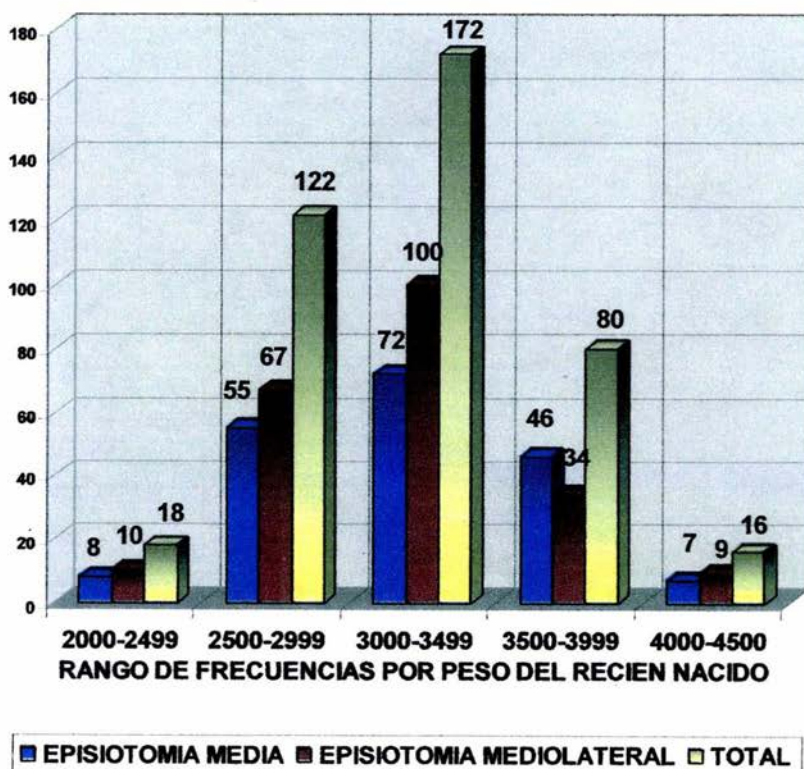


## VALORACION DE LA EPISIOTOMIA EN LA ATENCION DEL PARTO

Los resultados encontrados de acuerdo al peso del Recién Nacido fueron: en el grupo de 2000 a 2499 grs un total de 18 pacientes (n = 8 para episiotomía media y n = 10 para episiotomía medio lateral), para el grupo de 2500 a 2999 grs un total de 122 pacientes (n = 55 pacientes para episiotomía media y n = 67 para episiotomía medio lateral), para el grupo de 3000 a 3499 grs, que fue el más frecuente, con un total de 172 pacientes (n = 72 para episiotomía media y n = 100 para episiotomía medio lateral), para el grupo de 3500 a 3999 grs, un total de 80 pacientes (n = 46 para episiotomía media y n = 34 para episiotomía medio lateral), para el grupo de 4000 a 4500 grs, un total de 16 pacientes (n = 7 para episiotomía media y n = 9 para episiotomía medio lateral) como se muestra en la gráfica 6, con una media aritmética de acuerdo al peso del Recién Nacido para el total de las pacientes de 3170.99 +/- 423.27 grs; para la episiotomía media de 3196.72 +/- 423.44 grs; y para la episiotomía medio lateral de 3149 +/- 422.84 grs.

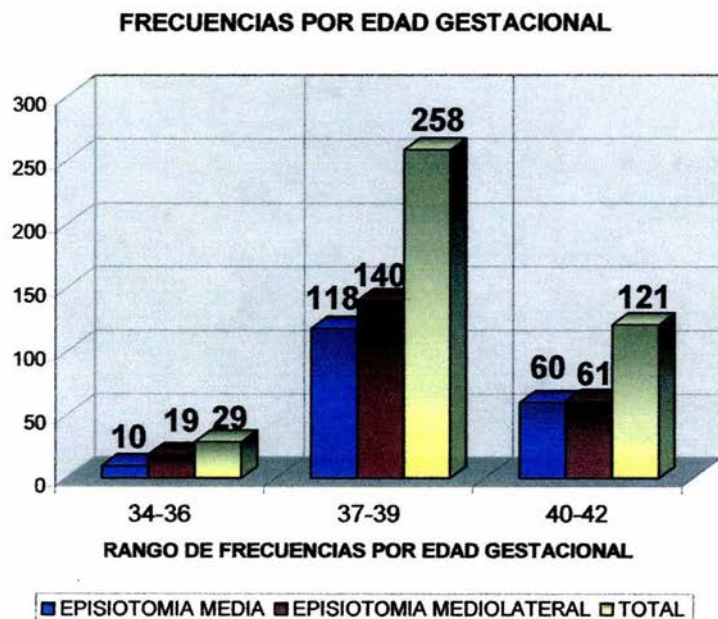
Gráfica 7

### FRECUENCIAS POR PESO DEL RECIEN NACIDO



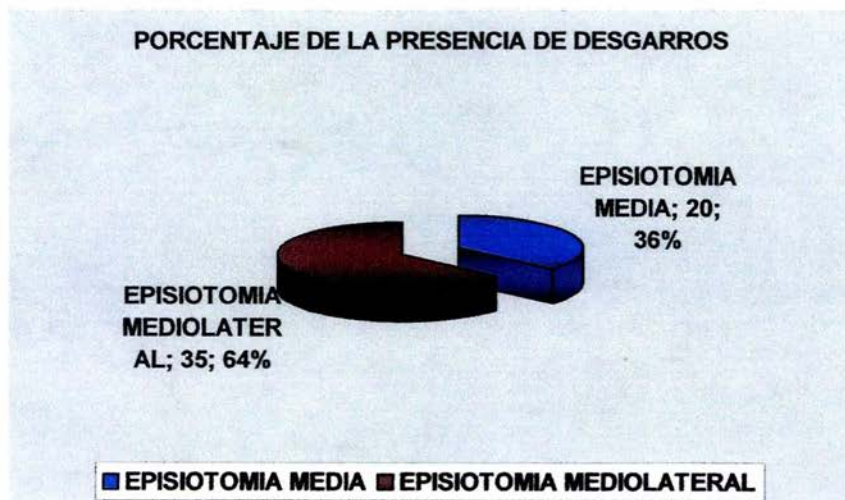
Los resultados obtenidos de acuerdo a la edad gestacional fueron: en el grupo de 34 a 36 semanas un total de 29 pacientes (n = 10 para la episiotomía media y n = 19 para la episiotomía medio lateral), en el grupo de 37 a 39 semanas un total de 258 pacientes (n = 118 pacientes para episiotomía media y n = 140 para episiotomía medio lateral), y en el grupo de 40 a 42 semanas un total de 121 pacientes (n = 60 para la episiotomía media y n = 61 para la episiotomía medio lateral) como se muestra en la gráfica 8, con una media aritmética de acuerdo a las semanas de gestación para el total de las pacientes de 38.6 +/- 1.5 semanas; para la episiotomía media de 38.6 +/- 1.5 semanas; y para la episiotomía medio lateral de 38.5 +/- 1.5 semanas.

Gráfica 8



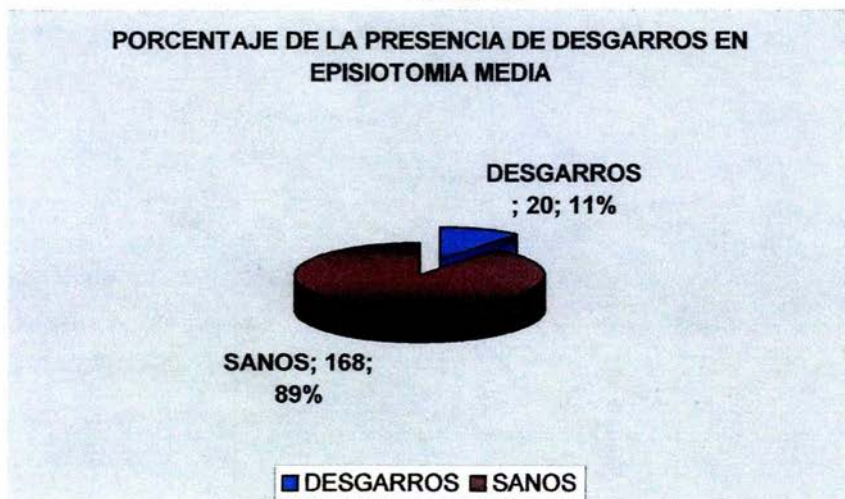
Hubo un total de 55 desgarros, de los cuales 20 (36%) se presentaron en la episiotomía media y 35 (64%) en la episiotomía medio lateral ( $P = 0.05$ ) como se muestra en la gráfica 9, por lo cual si hubo diferencia significativa entre ambos grupos. En la episiotomía media los desgarros ocuparon el 11 % ( $n = 20$ ) y sanos 89% ( $n = 168$ ) tabla 14, y en la episiotomía medio lateral los desgarros fueron el 16% ( $n = 35$ ) y sanos 84% ( $n = 185$ ) tabla 15 ( $P = 0.03$ ), por lo cual también hubo diferencia significativa entre ambos grupos de acuerdo a los desgarros y pacientes sanas. Gráficas 10 y 11.

Gráfica 9





Gráfica 10



Gráfica 11

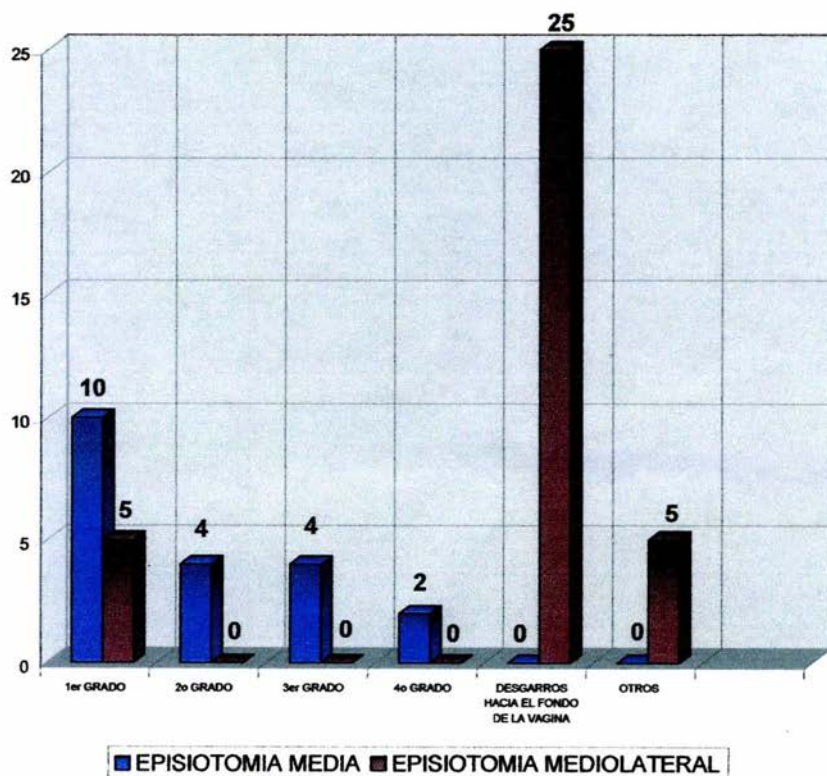




De acuerdo al tipo de desgarros que se presentaron en la episiotomía media de primer grado fue el 5% (n = 10), de segundo grado fue el 2% (n = 4), de tercer grado fue el 2% (n = 4), de cuarto grado fue el 1% (n = 2) y no hubo desgarros hacia el fondo de la vagina ni otro tipo de desgarros; a diferencia de la episiotomía medio lateral que presentó desgarros de primer grado en el 2% (n = 5), no hubo desgarros de segundo, tercer y cuarto grado, pero presentó desgarros hacia el fondo de la vagina en un 11% (n = 25), y otros tipos de desgarros (siendo los principales desgarros hacia la cara anterior, paredes laterales de la vagina, labios menores, entre otros) en un 2% (n = 5) gráfica 12; presentando para desgarros de primer grado valor de (P = 0.5), no habiendo diferencia significativa entre estos dos grupos; en los desgarros de segundo grado (P = 0.03), de tercer grado (P = 0.03), habiendo diferencia significativa entre esos grupos; de cuarto grado el valor fue (P = 0.07) no habiendo diferencia significativa; en los desgarros hacia el fondo de la vagina el valor fue de (P = 0.001), por lo que si hubo diferencia significativa entre ambos grupos; y en otro tipo de desgarros el valor fue de (P = 0.04), donde tampoco hubo diferencia significativa.

Gráfica 12

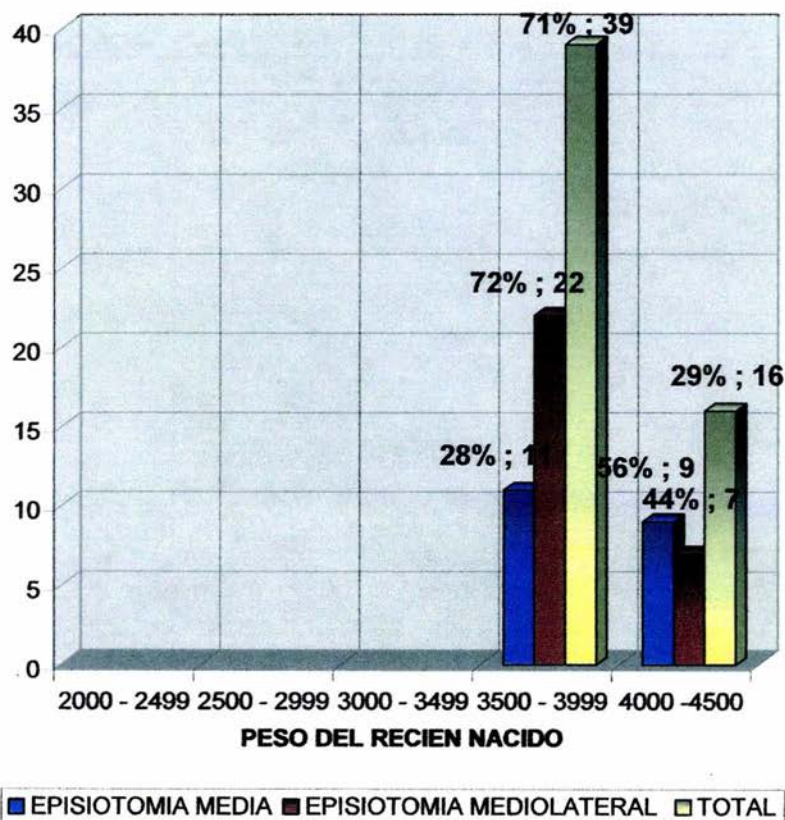
## TOTAL DE DESGARROS DE ACUERDO AL TIPO Y GRADO



El mayor porcentaje de desgarros de la episiotomía media y medio lateral (100% en ambas) se presentó en el grupo del peso del recién nacido de 3500 a 3999 y en el de 4000 a 4500 grs en un 71% y 29% respectivamente (n = 39 y n = 16); siendo el 49 % (n = 39) del total de las pacientes del grupo de 3500 a 3999 grs que presentaron desgarros contra un 51% (n = 41) que no lo presentaron, siendo en la episiotomía media el 28% (n = 11) y en la medio lateral el 72% (n = 22) con desgarros en el grupo de 3500 a 3999 grs. (P = 0.05), por lo que si hay diferencia significativa entre ambos grupos. Sin embargo en el grupo de 4000 a 4500 el 100% de las pacientes presentaron desgarros, siendo el 56% (n = 9) en la episiotomía media y el 44% (n = 7) en la episiotomía medio lateral, (P = 0.08) no habiendo diferencia significativa entre un grupo y otro. Gráfica 13.

Gráfica 13

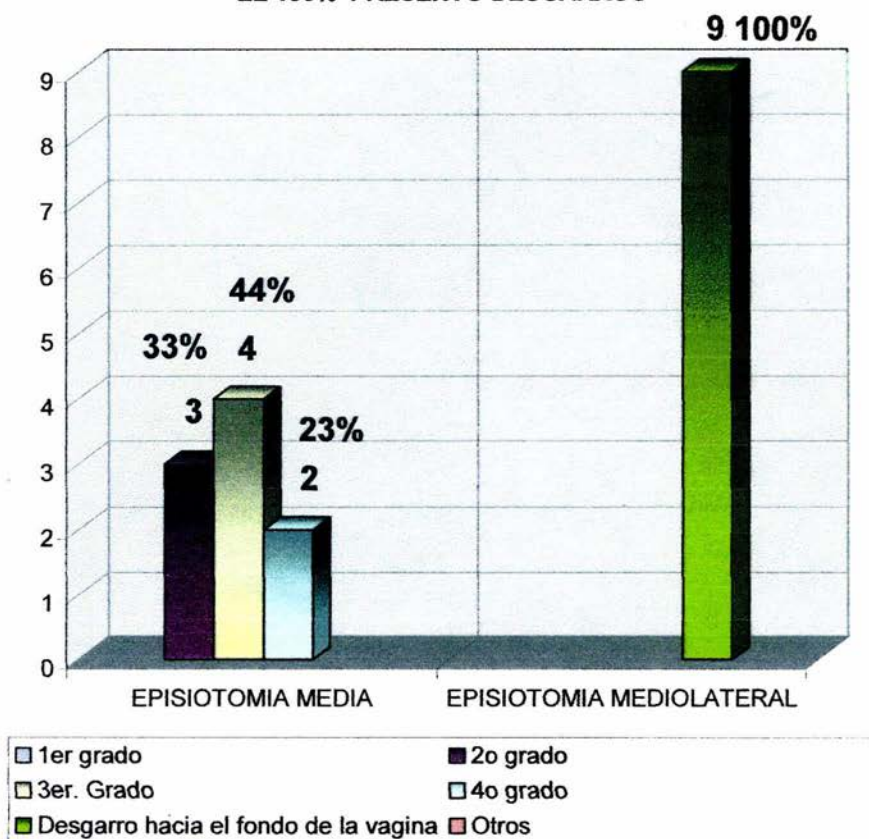
**RELACION ENTRE DESGARROS Y PESO DEL RECIEN NACIDO**



En la episiotomía media el 44% (n = 4) fueron desgarros de tercer grado, y el 23% (n = 2) fueron de cuarto grado; y el 33% (n = 3) fueron desgarros de segundo grado y en la episiotomía medio lateral el 100% (n = 7) fueron desgarros hacia el fondo de la vagina (P = 0.001) por lo cual si hay una diferencia significativa, encontrándose que en este grupo de 4000 a 4500 grs, se use uno u otro tipo de episiotomía se van a presentar desgarros en un muy alto porcentaje, gráfica 14.

Gráfica 14

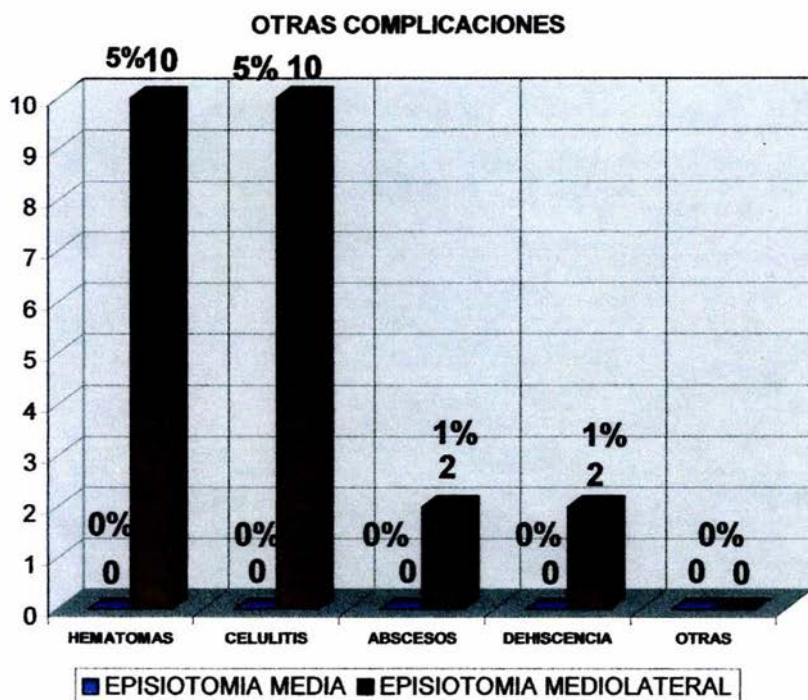
**RELACION DE DESGARROS Y PESO DE 4000 A 4500 GRs.  
EL 100% PRESENTO DESGARROS**





Otras complicaciones que se presentaron fueron: hematomas en un 5% (n = 10), celulitis en el 5% (n = 10), abscesos en el 1% (n = 2), y dehiscencias en el 1% (n = 2) todas estas en la episiotomía medio lateral, no presentándose en la episiotomía media. Gráfica 15.

Gráfica 15



ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

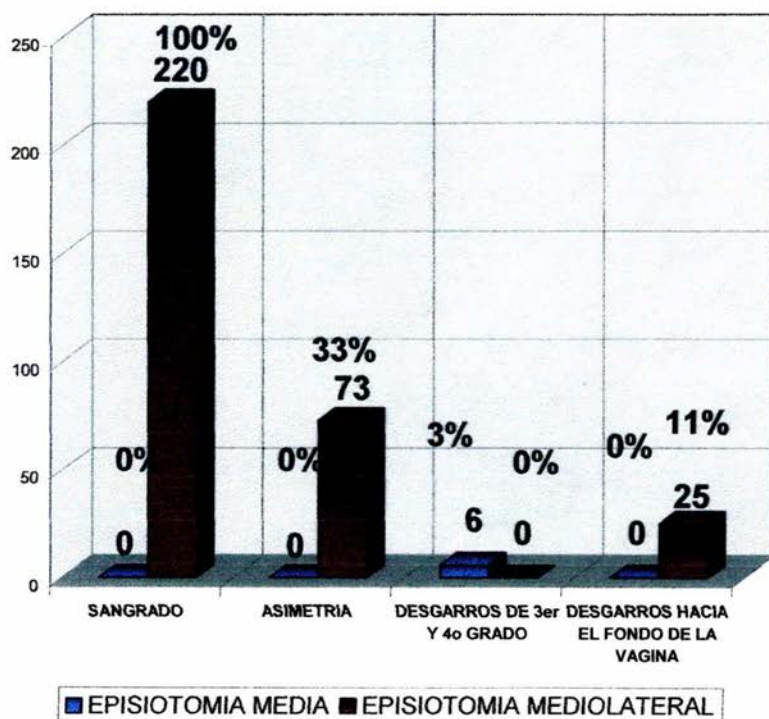
La técnica quirúrgica utilizada para el cierre de la piel dependió exclusivamente del tipo de incisión realizada, en la episiotomía media el 100% (n = 188), fue punto subdérmico; mientras que en la episiotomía medio lateral el 100% (n = 220), fueron puntos separados invertidos). La dificultad de la técnica quirúrgica se debió a la presencia o no de las complicaciones ya mencionadas, encontrándose sangrado como dificultad de la técnica quirúrgica en un 100% (n = 220), de las pacientes en



quienes se les realizó episiotomía medio lateral, y no se encontró en la episiotomía media; la asimetría, se encontró en un 33% (n = 73), de las pacientes con episiotomía medio lateral, no así en la media (n = 0), pero si hubo dificultad en la técnica quirúrgica de la episiotomía media, en aquellas pacientes que presentaron desgarros de tercer y cuarto grado en un 3% (n = 6), no habiendo éstos en la episiotomía medio lateral (n = 0), y por último también se dificultó la técnica quirúrgica en aquellas pacientes que presentaron desgarros hacia el fondo de la vagina en pacientes con episiotomía medio lateral en un 11% (n = 25), no habiendo esta complicación en la episiotomía media. Tabla 16.

Gráfica 16

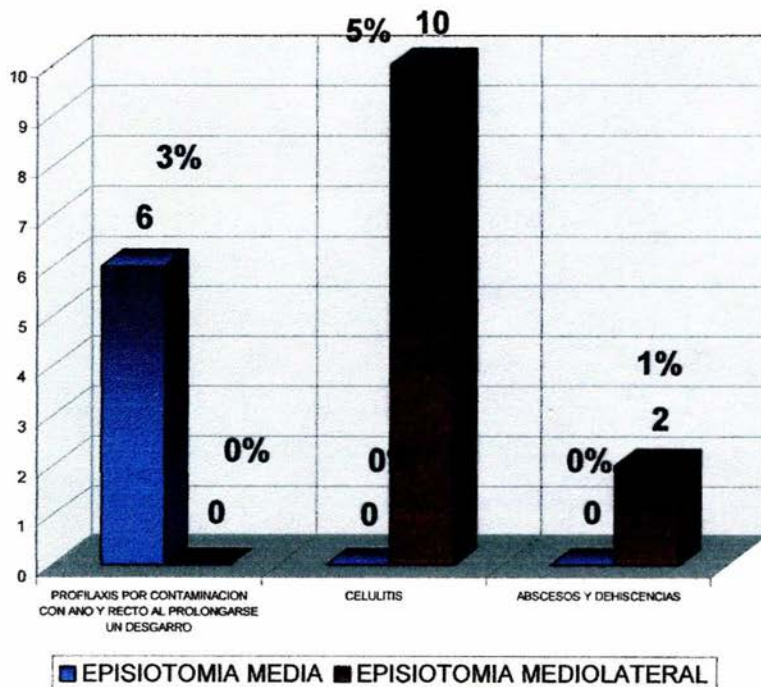
CAUSAS DE LA DIFICULTAD DE LA TECNICA QUIRURGICA



Se utilizó antibiótico en 18 pacientes, de las cuales el 33% (n = 6) fueron con episiotomía media y el 67% (n = 12) fueron episiotomía medio lateral. Siendo las causas en el 100% (n = 6) de la episiotomía media, la profilaxis por contaminación con ano y recto al prolongarse un desgarro, evolucionando las pacientes adecuadamente sin presentar datos de infección posteriores; del 100% (n = 12) de las pacientes que utilizaron antibiótico en la episiotomía medio lateral fue por presencia de celulitis y abscesos (con su secundaria dehiscencia) en un 5% (n = 10) y 1% (n = 2) respectivamente, también evolucionando adecuadamente sin presentar otras complicaciones agregadas. Tabla 17.

Gráfica 17

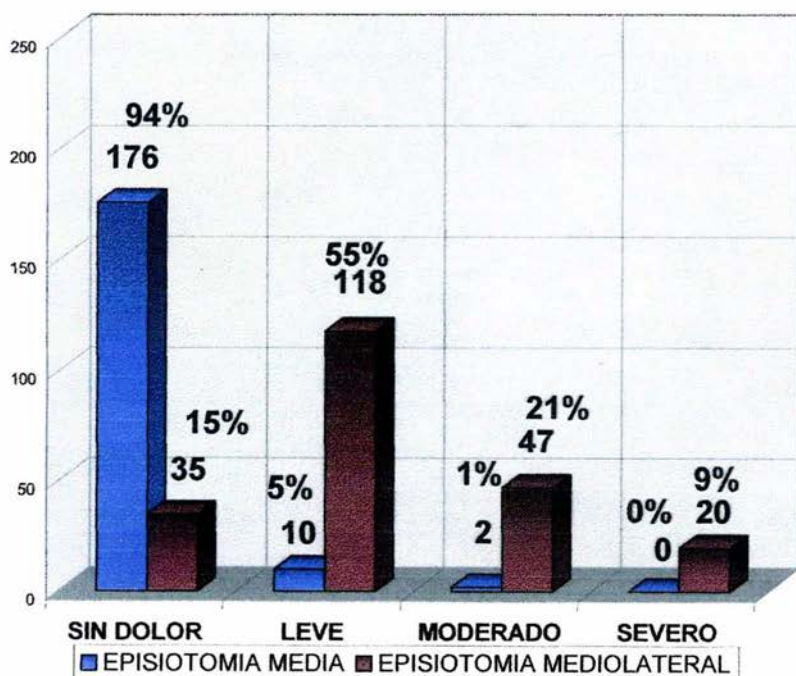
USO DE ANTIBIOTICOS Y PORQUE



La presencia de dolor se midió de manera subjetiva, encontrándose que en la episiotomía media el 94% (n = 176) de las pacientes referían no presentar dolor; el 5% (n = 10), referían dolor leve; el 1% (n = 2), referían dolor moderado) y ninguna refirió dolor severo. Sin embargo en la episiotomía medio lateral solo el 15% (n = 35) refirió no presentar dolor; el 55% (n = 118) refirió dolor leve; el 21% (n = 47), refirió dolor moderado; y el 9% (n = 20), refirió dolor severo; con un valor para (P = 0.001); para dolor moderado (P = 0.03), y para dolor severo con (P = 0), por lo que en todos los grupos si hay diferencia significativa estadísticamente y en el caso de la presencia del dolor el grupo de la episiotomía media muestra menos presencia de dolor. Tabla 18.

Gráfica 18

PRESENCIA DE DOLOR





### Conclusión

De acuerdo a lo encontrado en este trabajo de investigación se encontró que la episiotomía medio lateral efectivamente es la más utilizada en nuestro hospital 54% contra la episiotomía media en un 46%, y que el grupo de edad más frecuente en la realización de la episiotomía es en el de 27 a 32 años, con una media de 28.84 años, y el grupo de gestas más frecuente en este estudio fue el de GII, con una media de 2.43, y con un número de partos anteriores más frecuentes de 1, con una media de 1.11. El grupo de acuerdo al peso del recién nacido más frecuente fue el de 3000 a 3499 grs, y la edad gestacional más frecuente fue el grupo de 37 a 39 semanas.

Se presentaron 55 desgarros encontrándose que los desgarros son más frecuentes con 1 parto anterior, y no así como se hubiera esperado en las pacientes que nunca antes habían tenido un parto, demostrándose que la nuliparidad no tiene nada que ver con la presencia de los desgarros, sino más bien la adecuada protección del periné y la velocidad de expulsión y extensión de la cabeza fetal, por lo que las maniobras son mucho más importantes en cualquier paciente independiente del número de partos anteriores e independientemente del tipo de incisión realizada.

Se encontró que el grupo más afectado de acuerdo al peso del recién nacido fue el de 4000 a 4500 grs, presentándose desgarros en el 100% de las pacientes. Se use uno u otro tipo de incisión se van a presentar desgarros en un muy alto porcentaje en este grupo de pacientes por lo que la indicación de la interrupción del embarazo en este grupo se debe valorar por otra vía, para evitar se puedan presentar otras complicaciones más graves.

Los desgarros se presentaron más frecuentemente en la episiotomía medio lateral que en la media (64% vs. 36%), siendo los más frecuentes en la episiotomía medio lateral los desgarros hacia el fondo de la vagina, y en la episiotomía media los más frecuentes fueron los desgarros de primero, segundo y tercer grado, así como un bajo porcentaje de cuarto grado, pero los cuales no se presentaron en la episiotomía medio lateral, sin embargo, con una adecuada reparación y antibioticoterapia la evolución de estas complicaciones es adecuada y no se presentan complicaciones sobreagregadas, y estadísticamente no hubo diferencias significativas entre un grupo y otro, por lo que en cuanto respecta a los desgarros no hay diferencia entre uno u otro grupo.

En cuanto a otras complicaciones se encontraron hematomas, celulitis, abscesos y dehiscencias, las que solo se presentaron en la episiotomía medio lateral y no así en la media por lo que en cuanto a estas complicaciones es mejor realizar episiotomía media que medio lateral.

La dificultad en la reparación de la técnica quirúrgica si tuvo diferencias significativas ya que la episiotomía medio lateral tuvo más dificultad en esta, debido al sangrado profuso, asimetría de la misma y desgarros hacia el fondo de la vagina, en un alto porcentaje del 100%, 33% y 11% respectivamente, y la episiotomía media tuvo dificultad al presentarse desgarros de tercer y cuarto grado en un 3% solamente, por lo que la episiotomía media es de mejor reparación por técnica quirúrgica más fácil.

En la episiotomía medio lateral se usaron antibióticos para tratar complicaciones como fueron la presencia de celulitis y abscesos en un 5% y 1%, a



diferencia que en la episiotomía media solo se usaron antibióticos de manera profiláctica al contaminarse la zona con comunicación con el ano o el recto al presentarse un desgarro en un 3%. Por lo que se encontró que la episiotomía media trae menos complicaciones infecciosas y se requiere menos utilización de antibióticos que la episiotomía medio lateral, por lo que es mejor utilizar episiotomía media.

Con la presencia de dolor también hubo diferencias significativas entre un grupo y otro ya que en la episiotomía medio lateral el dolor se presentó desde leve, moderado y severo en un 55%, 21% y 9% respectivamente y solo un 15% de las pacientes no presentaron dolor, a diferencia de la episiotomía media que el dolor leve, moderado y severo fue de 5%, 1% y 0%, con un 94% de pacientes que no presentaron dolor. Por lo que en cuanto al dolor la episiotomía media es mucho mejor que la episiotomía medio lateral.

De todo lo anterior se deduce que realizar la episiotomía media tiene más ventajas y menos complicaciones que la episiotomía medio lateral, estando la episiotomía media sobre la medio lateral en cuanto a menos presencia de hematomas, celulitis, abscesos, dehiscencia; técnica quirúrgica más fácil de reparación por menor sangrado, tejido simétrico al momento de afrontar los bordes, con una misma tensión a cada lado de los mismos, menor uso de antibióticos, y menor presencia de dolor, con una evolución más satisfactoria por parte de las pacientes. En cuanto a la presencia de desgarros se presenta de manera similar ya que no hay diferencia significativa, y solo se presentaron 2 desgarros de cuarto grado y 4 de tercer grado, que se repararon sin complicaciones y no hubo mayor problema.

### **Discusión**

De acuerdo a lo escrito en la literatura y lo encontrado en todas las referencias bibliográficas revisadas en este estudio, se encontró que la episiotomía media ofrecía mejores ventajas y menos complicaciones que la episiotomía mediolateral, teniendo la única desventaja la episiotomía media el riesgo de prolongaciones hacia el esfínter anal y mucosa rectal, pero aún así la episiotomía media se refiere como más anatómica, mejor afrontamiento, menos dolor postoperatorio, menor riesgo de hematomas, de infecciones, de abscesos y dehiscencias, por lo que se recomienda la episiotomía media.

Sin embargo; en nuestro Hospital anteriormente se prefería la episiotomía mediolateral sobre la episiotomía media, por el temor de presentarse prolongaciones hacia el esfínter anal y mucosa rectal, y en este estudio se encontró que efectivamente lo que dice la literatura es lo correcto, la episiotomía media ofrece, según los resultados obtenidos en este estudio, menos complicaciones y mayores ventajas sobre la episiotomía mediolateral, solo con el riesgo, como lo dice la literatura ya mencionada, de los desgarros de tercer y cuarto grado en un porcentaje bajo, y que se relaciona con peso grande para la edad gestacional (4000 a 4500 grs), que presentó desgarros en el 100% de las pacientes (incluyendo episiotomía media y mediolateral), y un 51% de las pacientes del grupo de 3500 a 3999 grs, por lo que se debería de valorar otra vía de terminación del embarazo cuando se sospeche de productos con peso entre estos grupos.

A pesar de presentarse desgarros de tercer y cuarto grado las pacientes fueron tratadas adecuadamente de acuerdo a su complicación y evolucionaron satisfactoriamente a la mejoría.

**Bibliografía.**

1. Cunningham FG, McDonald PC, Gant NF, et al. Conducta en el parto normal. episiotomía y reparación. in: Cunningham FG, ed. Williams obstet, ed 4. Barcelona, España, 1996: 375-7.
2. Rock JA, Thompson JD. Cirugía ginecológica en obstetricia. Episiotomía. In: Rock JA, ed. Te Linde. Ginecología quirúrgica, ed 8. Philadelphia, Lippincott, 1998: 889-95.
3. Dexeus JM, Dexeus JC, Carrera JM, et al. Dilatación quirúrgica. Episiotomía. In: Dexeus JM, Dexeus JC, eds. Tratado y atlas de operatoria obstétrica Dexeus, ed 2, Vol. 3, Barcelona, España, 1988: 98-107.
4. Kara cam ZP, Eroglu, KA. Effects of episiotomy on bonding and mother's health. J Adv Nurs 2003; 43: 384-94.
5. Eckerd JL, Tan WM, Bansal RK. Is there a benefits of episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 411-14.
6. Helfgott GM, Helfgott AW. Uso sistemático de la episiotomía en la obstetricia moderna. In: Helfgott GM, ed. Clínicas de ginecología y obstetricia. temas actuales. Vol. 2, Florida, Pensacola. 1999: 311-31.
7. David MN. We erfand den dannschnitt? Zur geschichte der episiotomie {who invented the episiotomy?}. Zentralblatt for gynakol 1993; 115:188-93.
8. Graham IN: The American crusade for prophylactic episiotomy. In: episiotomy: challenging obstetric interventions. London, Blackwell scientific, 1997:33-39.
9. Bromberg MD: Presumptive maternal benefits of routine episiotomy: A literature review. J Nurse Midwifery 1986; 31:121.
10. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. Part I. Obstet Gynecol Surv 1995; 50: 806-20.
11. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English language literature since 1980. Part II. Obstet Gynecol Surv 1995; 50: 821-35.
12. Thacker SB. Midline versus mediolateral episiotomy: we still don't know which cut is better or how beneficial the procedure is. BMJ 2000; 320:1615-16.
13. Ramin JM, Gilstrap III LC. Episiorrafia y reparación temprana de su dehiscencia. In: Ramin JM, Gilstrap III LC, eds. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Vol. 4, Texas, Dallas, 1994: 755-62.



14. Ridgway LE. Urgencia puerperal. In: Ridgway LE, ed. *Clínicas obstétricas y ginecológicas*. Vol. 3, Kansas city, Missouri, 1990: 257-63.
15. Barranger EL, Haddad BC, Paniel BJ. Fistula in ano as a rare complication of mediolateral episiotomy: report of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 733-4.
16. Angioli RO, Gómez-Marin OR, Cantuaria GU, et al. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: The university of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1083-5.
17. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, et al. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1180-4.
18. Goldaber KG, Wendel PJ, McIntire DD. Postpartum perineal morbidity after fourth degree perineal repair. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 489-93.
19. Ramin SM, Ramus RM, Little BB. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1104-7.
20. Sartore AN, De Seta FR, Masso GI. The effects of mediolateral episiotomy, on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 669-73.
21. Denham AC, King VJ. Does episiotomy increase perineal laceration length in primiparous women? *J FAM Pract* 2001; 50: 1018.
22. Riskin-Mashiah SH, Smith EO, Wilkins is. Risk factors for severe perineal tear. Can we do better? *Am J Perinat* 2002; 19: 225-34.
23. McLennan MT, Melick CF, Clancy SL. Episiotomy and perineal repair: an evaluation of resident education and experience. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58: 374-6.
24. Charlotte CH, Abdul SU. Midline episiotomy and anal incontinence: training is needed in the recognition and repair perineal trauma. *BMJ* 2000; 320: 1601.
25. Nielsen PE, Foglia LM, Mandel LS. Objective structure assessment of technical skill for episiotomy repair. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1257-60.