



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**“TENDENCIA DE EPISIOTOMÍA DURANTE EL AÑO 2015 EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

PATRICIA PAOLA LÓPEZ PELÁEZ

DR. RODRIGO ZAMORA ESCUDERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ
DIRECTORA DE TESIS

DRA. ESTHER SILVIA RODRIGUEZ COLORADO
ASESORA DE TESIS



CIUDAD DE MÉXICO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

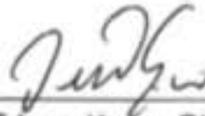
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTORIZACIÓN DE TESIS

TÍTULO DE LA TESIS

**"TENDENCIA DE EPISIOTOMÍA DURANTE EL AÑO 2015 EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA"**

Dra. Viridiana Gorbea Chávez



Director de Educación en Ciencias de la Salud
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

Dr. Rodrigo Zamora Escudero



Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado



Coordinación de Urología Ginecológica
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

TENDENCIA DE EPISIOTOMÍA DURANTE EL AÑO 2015 EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

López Peláez, P.P.¹ Gorbea Chávez V.² Rdríguez Colorado E.S.

¹ Médico Residente de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

² Director de Educación en Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

³ Coordinación de Urología Ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

Correspondencia:

Patricia Paola López Peláez, MR

Instituto Nacional de Perinatología- Isidro Espinosa de los Reyes Montes Urales 800, Colonia Lomas de Virreyes, 11000 México D.F

Correo electrónico: patslp.02@gmail.com

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Material y Método	10
Resultados	13
Discusión	17
Conclusiones	19
Agradecimientos	21
Bibliografía	22

RESUMEN

Antecedentes: La episiotomía es el procedimiento quirúrgico obstétrico más realizado, con tasas hasta del 75% con uso rutinario. Existe evidencia amplia acerca de múltiples aspectos sin lograr aún un consenso definitivo. En México, la información es limitada. En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), es necesario contar con evidencia objetiva de este procedimiento que forma parte de la calidad y la seguridad en la atención obstétrica.

Objetivo: Describir los partos vaginales durante el 2015, la frecuencia de episiotomía en los mismos así como otras variables clínicas y evidenciar la tendencia hacia su reducción hasta poder precisar el estado actual de este procedimiento.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y analítico, recolección de datos retrospectiva, en el INPer de los expedientes de todos los partos con resolución vaginal durante el año 2015 (incluyendo fórceps). Incluyó mujeres embarazadas con producto único, vivo u óbito.

Resultados: Se revisaron en 830 mujeres las siguientes variables: el 51.4% primigestas, semanas promedio a la resolución de 38 ± 2.3 sdg; se realizó episiotomía en 30%, sin predilección por el tipo, con tasa al inicio del año de 1:2 partos la cual disminuyó 50% los últimos dos meses, presentando desgarro perineal de algún grado (independiente de la realización de episiotomía) en el 30.2% de los casos y sólo 11 pacientes con trauma perineal severo.

Conclusiones: La tasa anual de episiotomía fue del 30%, y la de desgarros perineales del 58.7%, ambas modificadas a lo largo del tiempo por una tendencia de realizar este procedimiento de forma restrictiva.

Palabras clave: episiotomía, desgarro perineal, trabajo de parto, fórceps.

A B S T R A C T

Background: Episiotomy is the obstetrical procedure more frequently realized, up-to 75% in indiscriminated use. There is a lot of evidence concerning multiple aspects without achieving a proper definitive consensus. In México, information is limited. At the National Institute of Perinatology, is necessary to count with objective evidence of this procedure that is now part of a quality and safety obstetric measure.

Aims: To describe all vaginal deliveries during 2015, the episiotomy frequency and other clinical variables; and show its reduction to precise our hospital actual status.

Methodology: Observational, descriptive analitic study, whit retrospective data collection, performed at INPer, examining files of all vaginal deliveries during 2015. It included singleton pregnant women, alive or dead with vaginal delivery (spontaneous, induction or conduction of labor and forceps).

Results: A total of 830 files were examined, the 51.4% with first pregnancy, the average gestational date was 38 ± 2.3 sdg; episiotomy was performed in 30% of all cases, without preference for the subtype, doing 1:2 episiotomies for every vaginal delivery presenting only midline episiotomy in the first two months. Perineal tears at any degree were found in 30% and only 11 patients with severe perineal trauma.

Conclusions: The annual incidence for episiotomy was 30% and for any degree of perineal tear of 58.7%,. Both of them could be modified across time for the tendency of doing this procedure more selective than routine use.

Keywords: episiotomy, perineal tear, labor, vaginal delivery, forceps.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía, es el procedimiento quirúrgico definido como la ampliación del canal del parto a través de una incisión perineal, realizada durante la última parte del segundo periodo de trabajo de parto o el periodo expulsivo, la cual puede realizarse con tijera o bisturí y requiere reparación a través de puntos de sutura ⁽¹⁾. Ha sido descrita en la literatura médica durante más de 300 años, pero no fue sino hasta 1920 con las publicaciones de DeLee y Pomeroy que su uso rutinario se volvió más aceptado⁽²⁾ y las tasas de realización de la misma se dispararon. En la última revisión Cochrane realizada durante el 2008 y publicada en el 2012 se reporta que en centros de atención donde la conducta es rutinaria (realizada en todos los partos vaginales) se alcanzan tasas de hasta 75.1% mientras que en centros donde la conducta limitada o restrictiva alcanzan tasas de hasta 28.%⁽³⁾. Esto sobrepasa la recomendación emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su boletín de 1996 de buscar el porcentaje máximo del 10%, cifras basadas en las resoluciones obstétricas vaginales como un “buen objetivo a alcanzar”, recomendaciones basadas en un estudio británico aleatorizado de 1984⁽⁴⁾.

Ciertamente en la literatura no existe unanimidad acerca de la utilidad de esta intervención. Históricamente el propósito de ese procedimiento quirúrgico era facilitar la terminación del segundo periodo de trabajo de parto y mejorar los resultados tanto maternos como fetales. Se incluían dentro de los primeros el reducir el trauma perineal, la disfunción del piso pélvico, el prolapso la incontinencia urinaria y fecal y la disfunción sexual posterior⁽²⁾. Dentro de los segundos – beneficios fetales potenciales – propuestos serían entonces la conclusión de un trabajo de parto más rápido y una menor incidencia del parto

instrumentado⁽²⁾. Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) la episiotomía se sugiere realizar en casos donde el nacimiento expedito es necesario o cuando la probabilidad de laceración es elevada⁽⁵⁾ tales circunstancias incluyen un patrón de frecuencia fetal no tranquilizador, uso de fórceps, distocia de hombros y en casos donde se presume un cuerpo perineal rígido o inusualmente corto^(2,5); sin embargo apoya más la recomendación hacia el juicio clínico como la mejor guía de implementación del procedimiento.

Mientras que la evidencia internacional es sólida en cuanto al uso restrictivo de la episiotomía (nivel de evidencia A), quizá el otro único aspecto objetivamente valorable sea el tipo de incisión y el riesgo de lesión al esfínter anal, reconociéndose que una incisión media tiene mayor riesgo de presentarla (OR 2.3-5.5 IC 95% y $p > 0.001$)^(2,6). Hasta el momento existen muy pocos estudios que evalúen y comparen el tipo de incisión realizada, la extensión y la profundidad de la misma; probablemente debido a la falta de homogeneidad y la amplia variabilidad en la técnica hasta el momento reportada.

Otros datos proporcionados por Carroli y Mignini en su revisión sistemática nos señalan que comparado con el uso rutinario, el uso restrictivo de episiotomía se asocia a un riesgo reducido de trauma perineal severo (RR 0.67; IC 95% 0.49-0.91) menor necesidad de sutura (RR 0.71; IC 95% 0.61-0.81), y menos complicaciones en la cicatrización a los 7 días (RR 0.69; IC 95% 0.56-0.85). Sin embargo este uso restrictivo se asocia a mayor riesgo en trauma perineal anterior (RR 1.84; IC 95% 1.61-2.10), sin diferencias en cuanto al riesgo de trauma vaginal severo (RR 0.92; IC 95% 0.72-1.18), dispareunia (RR 1.02; IC 95% 0.90-1.16), incontinencia urinaria (RR 0.98; IC 95% 0.79-1.20) o a las relacionadas con dolor severo⁽³⁾.

Por otro lado la normativa del país en la Guía de Práctica Clínica sobre el uso racional de la episiotomía en el 2013 basada en la literatura internacional, con grado de recomendación A, señala a la episiotomía restrictiva preferible sobre la rutinaria, ya que además de asociarse a un mayor riesgo de lesión al esfínter anal y lesión rectal, ofrecen a la mujer la oportunidad de un nacimiento vaginal con un periné intacto o con daño mínimo en el mismo. Se establece también con un nivel de evidencia IV, como no necesaria u obligatoria para casos de distocia de hombro; y con grado de recomendación A tampoco la considera indispensable para casos de parto vaginal instrumentado⁽¹⁾.

Este es el procedimiento quirúrgico obstétrico más realizado, ¿por qué a pesar de décadas de investigación que se podría interpretar como definitiva y en relación a múltiples aspectos - incluyendo tipos de incisión^(7,9), indicaciones^(3,5), técnica de reparación^(6,10,11) y consecuencias a corto y largo plazo^(7,8) – la evidencia no ha logrado un consenso definitivo. Al parecer la práctica tan variada de esta incisión puede estar determinada por las normas locales de los profesionales, la experiencia en su entrenamiento y la preferencia individual más que enfocada a las necesidades de la paciente en el momento del parto.

Como ya se ha mencionado, en México, se siguen las directrices internacionales, sin embargo hace falta conocer en dónde nos encontramos como país en cuanto a esta praxis médica para poder unirnos a la evidencia internacional, dictaminar las medidas necesarias para realizar correcciones apropiadas en pro de la resolución vaginal y proporcionar entrenamiento necesario a quienes brindan la atención obstétrica.

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), centro de referencia nacional para atención de embarazo de alto riesgo; como institución de tercer nivel generadora de conocimiento así como de formación profesional competente, experimentó la transición de toda la evidencia anteriormente mencionada durante el año 2015. Teniendo la episiotomía este auge y rol contemporáneo tan controversial y debatido, sin encontrarse información plausible ni objetiva de la población a la que se atiende, es elemental una investigación profunda y detallada de todos los matices relacionados a este procedimiento como un posible punto a evaluar no solo en el nivel de competencia académica si no también como parte de la calidad y la seguridad en la atención obstétrica.

Por lo tanto el objetivo del presente estudio es realizar un descripción de las resoluciones vaginales durante el año 2015, la frecuencia de episiotomía en los mismos y su relación con otras variables clínicas tales como desgarros perineales y parto instrumentado, así como complicaciones en el puerperio, observando la tendencia hacia su reducción hasta poder precisar el estado actual de este procedimiento en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico, en el Instituto Nacional de Perinatología, con recolección de datos retrospectiva de los expedientes proporcionados por la unidad de estadística de todos los partos con resolución vaginal del 01 de enero al 31 diciembre de 2015. Los criterios de inclusión fueron embarazadas con producto único, vivo u óbito, con resolución vaginal espontánea o inducida, así como uso de fórceps, durante el periodo mencionado. Se incluyeron también partos fortuitos y pacientes con valoración inicial / de primera

vez en periodo expulsivo. La muestra inicial estuvo compuesta de 1266 expedientes. Los criterios de exclusión fueron partos inmaduros menores a 25.6 semanas o resolución de embarazo no complicado menor a 28 semanas. Criterios de eliminación fueron partos gemelares, expedientes incompletos (falta de datos en notas médicas, partograma incompleto), expedientes dados de baja y aquellos erróneamente registrados como resolución vaginal (cesárea y aborto). La muestra final fue de 830 expedientes. Las variables obstétricas analizadas se muestran en la **Figura 1**.

Variable Obstétrica	Modalidad
Paridad	Número de partos previos a la última gesta
Antecedente de macrosómico	Presencia de nacimientos vaginales anteriores mayores a 4,0 kg
Edad gestacional al ingreso	Semanas de gestación previo ingreso a unidad tocoquirúrgica para resolución obstétrica.
Trabajo de parto espontáneo	Se consideró espontáneo si a su ingreso contaba con dilatación y actividad uterina o inducida si ameritaba alguna intervención médica.
Uso de misoprostol	Aplicación de misoprostol bucal, vaginal u oral para inducción de trabajo de parto o maduración cervical y dosis total acumulada de la misma.
Uso de oxitocina	Administración de oxitocina en cualquier momento durante el trabajo de parto.
Duración de Primer Periodo de Trabajo de Parto a Dilatación Completa*	Tiempo desde los 5 cm de dilatación hasta los 10 cm con 100% de borramiento.
Duración de Segundo Periodo*	Tiempo desde la dilatación y borramiento completo hasta hora de nacimiento registrada.
Peso del RN	Peso del recién nacido vivo u óbito
Analgesia obstétrica	Aplicación de Bloqueo Peridural (BPD), local o regional (sedación).

Episiotomía	Se consideró su realización o no durante el parto, y el tipo media o mediolateral según la técnica reportada en la Nota de Atención de Eutocia.
Desgarro Perineal	Se consideró su presencia o no advertida de forma inmediata o mediata. Se categorizó en perineal y sus subtipos de acuerdo a la clasificación de Sultan; desgarro anterior, lateral (paredes vaginales), cervical y varios simultáneos.
Reparación de Desgarro	Incluye el tipo de sutura con la que se realizó y el personal médico quien reparo, tanto en el desgarro perineal como lesiones del esfínter anal interno y externo.
Fórceps	Se describe su uso o no, la altura de aplicación, la indicación y el tipo de fórceps utilizado.
Complicación	Presencia o Ausencia de complicaciones en puerperio inmediatas (hipotonía uterina, desgarro perineal severo), mediatas (infección o dehiscencia de herida, hemorragia subaracnoidea), o fiebre.
Seguimiento en puerperio	Se consideró la cita de puerperio indicada a las pacientes con médico obstetra tratante así como seguimiento en la clínica de uroginecología a quienes llegasen a requerirlo.

Figura 1. Variables obstétricas recolectadas para los datos clínicos del estudio

*Dada la dinámica administrativa previo ingreso a unidad tocoquirúrgica dentro del instituto, se tomó en cuenta la hora y condiciones cervicales iniciales a su valoración en el servicio de urgencias, hasta la hora de nacimiento registrada y las anotaciones pertinentes tanto en el partograma como notas de evolución médica y las hojas de enfermería para cuantificar la dilatación en centímetros y la duración de la fase de trabajo de parto en minutos.

Se efectuó la transformación y codificación de los datos mediante el programa estadístico SPSS 22.0 y el programa Excel. Se realizó un análisis descriptivo de las siguientes variables obstétricas: paridad, antecedente de macrosómico, edad gestacional al ingreso, trabajo de parto espontáneo, uso de misoprostol, uso de oxitocina, duración de segundo periodo de trabajo de parto, duración de expulsivo, peso del recién nacido (RN), uso y tipo de analgesia, uso y tipo de episiotomía,

presencia y tipo de desgarro perineal, reparación de desgarro, uso y tipo de fórceps, complicaciones en el puerperio, y finalmente el seguimiento obstétrico en puerperio.

RESULTADOS

La población femenina gestante, 830 mujeres, tenía un promedio de edad de 29.9 ± 7.6 años, con un número de gestas previas promedio de 1.9 ± 1.2 , es decir que más de la mitad de las pacientes eran primigestas (51.4%) y el 18.2% eran primíparas, con un número máximo de partos previos de 6. Sólo el 1.8% (total 15 pacientes) contaba con antecedente de producto macrosómico (mayor a 40 kg) en partos previos. De todos los factores de riesgo asociados a episiotomía y complicaciones intraparto (desgarros perineales, hemorragia, dehiscencia de herida, distocia); el 14,1% de la población contaba con al menos 1 durante todo su control prenatal, siendo el más relevante el de obesidad presentándose en el 36.2% de la muestra (201 pacientes) con un máximo de Índice de Masa Corporal materno de 49.4 kg/m^2 .

Las semanas de gestación promedio previa resolución del embarazo fueron de 38 ± 2.3 sdg, atendándose un total de 698 partos de término (mayores a 37 semanas) que representaron el 84.1%, de 103 partos pretérmino tardío (34 a 36.6 semanas) y de 44 Pretérmino temprano (28.6 a 33.6 semanas), ambos representando el 17.7%. Se incluyeron también en el análisis 3 partos inmaduros (≤ 27.6 semanas) dado que la resolución vaginal no se consideró curso sin complicaciones transparto. Se atendieron 68 pacientes de primera vez (8,2%), es decir que gran parte de las mujeres (91.8%) llevaba control prenatal dentro del instituto. El mes con mayor registro de atención de partos vaginales fue mayo (97 casos).

El 79,8% de las pacientes que ingresaban presentaban trabajo de parto espontáneo, es decir actividad uterina regular con modificaciones cervicales, el 41.9% ingresando con más de 5 cm de dilatación y sólo el 3.3% con dilatación completa o expulsivo. Sin embargo el 25.9% ameritó administración de misoprostol con un promedio de 27 ± 138.05 mcg - con dosis acumulada reportadas en un caso de 3400 mcg – y casi la totalidad de pacientes (94.3%) siendo conducidas con oxitocina durante el trabajo de parto.

En cuanto a los tiempos de duración de las diferentes fases de TDP, en promedio transcurrieron 197.07 ± 203.15 minutos desde que se registraron los 5 cm de dilatación hasta registrar los 10 cm, y desde este momento hasta el nacimiento del producto con un promedio de 49.95 ± 33.9 minutos, contando tanto multigestas como primigestas. El 98.8% de las mujeres en TDP recibió algún tipo de analgesia obstétrica, siendo el BPD el más común en 94.1% de los casos, y en 39 pacientes se atendió el parto sin ningún tipo de analgesia o anestesia.

Dentro de los hallazgos fetales, se atendieron 805 partos con productos vivos (97%) y 24 de productos óbito o con muerte transparto (2.9%). En promedio los RN con peso de 2879 ± 533 gramos, atendiendo solamente 3 partos con peso mayor a 4000 gramos.

Durante el periodo transparto, se realizó episiotomía a 249 pacientes es decir el 30% de todos los partos atendidos, sin preferencia alguna por el tipo, sin embargo durante los partos instrumentados en el 100% se realizó mediolateral.

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Tipo Episiotomía (%)	
Si	249	30	125 (50.4%)	124 (49.6%)
No	581	70		
Total	830	100	125	124

Tabla 1. Episiotomía durante parto vaginal

Dentro de las complicaciones reportadas como tales en las notas médicas durante la resolución vaginal se encontraron los desgarros del canal vaginal como las principales, prácticamente en casi todos los casos, predominando aquellos en la región perineal en una tercera parte y en más del 10% de los casos asociados a otra localización (ver tabla 2.). Otras complicaciones como la hipotonía uterina asociada a hemorragia cuantificada de forma subjetiva mayor a 250 cc se reportaron en más de 150 casos (18.1%) .

Tipo de Complicación	Pacientes (%)	Desgarro Perineal Severo	
Desgarro Perineal	251 (30.2)	III a	2
		III b	3
		III c	2
		IV	4
Desgarro Perineal asociado a otra localización	89 (10.7)		
Otras localizaciones (anterior, lateral, cervical, etc.)	178 (21.4)		
Ningún desgarro reportado	309 (37.2)		
Hipotonía Uterina	150 (18.1)		
Ninguna complicación reportada	660 (79.5)		

Tabla 2. Complicaciones durante resolución vaginal y Grados de Desgarro Perineal Severo

El personal médico quien realizó la mayor cantidad de reparaciones de desgarros fue el residente de primer año de la especialidad de ginecoobstetricia (64.7%), seguido del residente de segundo año (13.6%) y en casos de complicación grave, el residente de quinto año de la especialidad de urología ginecológica o médicos adscritos. Así mismo el tipo de sutura más utilizada para esta labor, 53.4%, fue el de catgut crómico (443 pacientes) y el segundo es el Vicryl en 23.7%.

Reparó Desgarro Perineal	Número (%)		Tipo de Sutura	Número (%)
R1	537 (64.7)		CC	443 (53.4)
R2	113 (13.6)		Vicryl	197 (23.7)
R3	21 (2.5)		Monocryl	29 (3.5)
R4	3 (4)		Múltiple	17 (2)
R5 / R6	4 (5)			
MIP	8 (1)			
MA	1 (1)			
No se realizó reparación	144 (17.3)		Ninguna sutura	144 (17.3)

Tabla 3. Reparación de Desgarro Perineal

De las complicaciones de puerperio, si se pudieran calificar en grados de complejidad, en las menores reportadas encontraríamos la infección o dehiscencia de episiorrafia en el 0.6% de los casos (5 pacientes), y de las más graves la histerectomía obstétrica o la hemorragia subaracnoidea subaguda en el 0.1 y 0.2% de los casos respectivamente.

Finalmente se evaluó el seguimiento de las pacientes en el puerperio; al 52.7% se le dio cita a la consulta externa al finalizar el puerperio, acudiendo solamente el 20% de las pacientes. De todas aquellas pacientes con indicación de acudir a Urología Ginecológica (posterior a lesión de esfínter anal o parto instrumentado) sólo 29 se presentaron a la consulta. De interés para este estudio, se identificaron durante este seguimiento 8 pacientes refiriendo incontinencia urinaria, 3 con incontinencia anal (a flatos), y otras 3 con incontinencia dual.

DISCUSIÓN

La tasa de episiotomía global en las resoluciones por vía vaginal en el INPer durante el 2015 fue del 30%, por arriba de lo recomendado por la OMS, sin alguna predilección por el tipo realizado, media y mediolateral en un 50% cada una sin embargo no se encuentra reportado en las notas de atención de eutocia la indicación de realizar la misma o el tipo. Este es el primer estudio que reporta la incidencia de este procedimiento en la institución. Se debe destacar la tendencia hacia la disminución en la tasa de realización de episiotomías, durante los dos primeros meses del año, en 1 de cada 2 partos se realizaba esta intervención mientras que en los últimos dos meses en 1 de cada 3 – 4 partos (nuevamente incluyendo parto instrumentado). Así mismo la incidencia de desgarros perineales inicialmente reportada en 1 de cada 1.5 casos al inicio del año, y durante los últimos dos meses en 1 de cada 2.1 de los casos, teniendo mayor incidencia de desgarros severos (mayores a IIIa) en los meses de enero y abril, creando una tendencia aparente y ligera hacia el incremento de los mismos como se puede observar en la **Figura 2**.

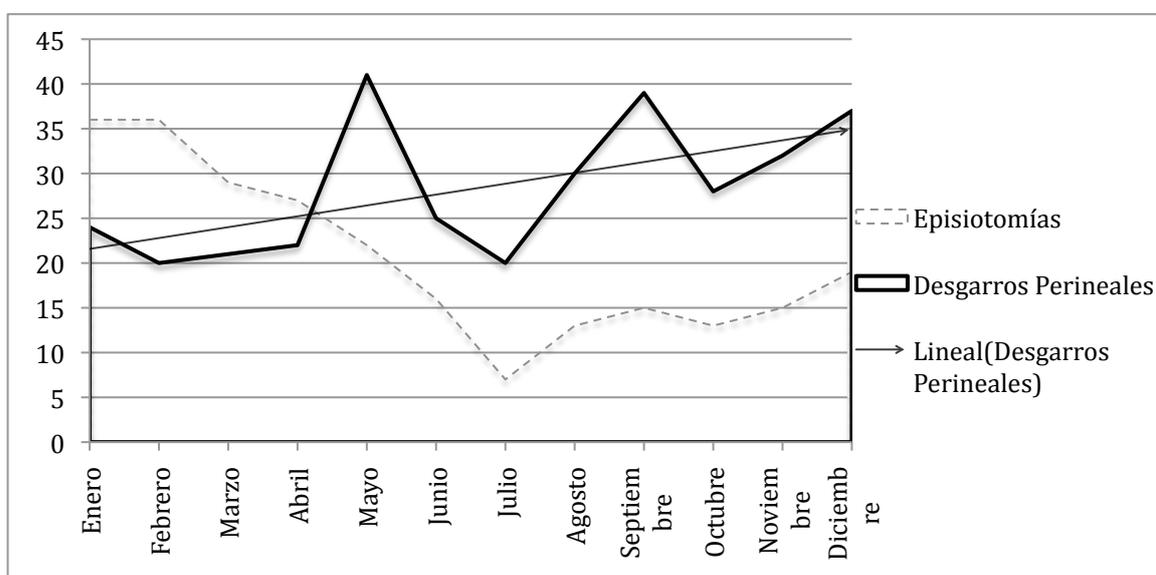


Figura 2. Episiotomía y Desgarros Perineales durante el año 2015 en INPer.

El total de desgarros perineales severos, es decir a partir de tercer grado fue de Reportado por Lorenzo y cols. ⁽¹¹⁾ en el 2013 de 69.95% y 30.05% respectivamente.

Así mismo el número de desgarros de primer y segundo grado en el primer semestre, de 150 y de 327 en el segundo semestre respectivamente. En la literatura sin encontrar reportada esta cifra con la cual comparar sin embargo podría inferirse que este número tiene un ligero ascenso durante el segundo semestre pudiendo estar en relación a la disminución de la realización de episiotomía. Sin embargo sí existe asociación estadísticamente significativa reportada en caso de trauma perineal severo ⁽¹¹⁾ y episiotomía, manteniendo una misma prevalencia de 5 y 6 en primer y segundo semestre de forma respectiva, con una prevalencia de 1.3% de forma global, mucho menor a la reportada en la literatura mundial del 4-6% ^(6,14).

En general la proporción de mujeres con un periné intacto es mayor a las primíparas. Smith y cols. ⁽¹⁵⁾ encontraron una prevalencia del 31.2% comparado con el 9.6% de mujeres multíparas a nulíparas. Sin embargo ellos encontrando una relación estadísticamente significativa de episiotomía como factor protector en cuanto a la presencia de desgarro perineal con un OR de 0.64 (IC 95% 0.36 – 1.15). En este estudio encontrándose una actual del protocolo de prevención de primera cesárea en un intento por disminuir esta vía de resolución obstétrica en el hospital mismo que dio inicio en el 2015, por lo cual podría considerarse un sesgo en este estudio.

En cuanto al uso de fórceps, la prevalencia global en el hospital durante un año fue del 3.4%, menos de la mitad que lo encontrado en el estudio por Shmueli y cols. ⁽¹²⁾ en una población de 4675 mujeres (del 7.5%). Tanto en este estudio

como en el previamente mencionado, se realizó episiotomía en el 100% de los nacimientos.

Por último, tomando en cuenta que el INPer es una institución de enseñanza y formación profesional, se esperaría entonces que la incidencia de complicaciones y de morbilidad materna de procedimientos realizados por médicos residentes fuera entonces elevada. En este estudio encontrando una prevalencia global reportada del 20.4%, incluyendo episodios de hipotonía uterina, desgarros perineales severos, fiebre postparto o infección o dehiscencia de herida. Probablemente la complicación más importante, y definiéndose mejor como secuela, sería la de incontinencia anal. En general con una prevalencia mundial reportada del 4.3% en mujeres desde los 15 hasta los 60 años ⁽¹⁴⁾, la cual depende de la severidad de los síntomas, elevándose hasta 61% si son intensos. En este caso 10 veces menor (del 0.6%) muy probablemente secundaria a la falta de reconocimiento de la sintomatología y a la falta de seguimiento clínico ya sea por parte de apego de la paciente o por falta de indicación médica. Es por ello que se debe hacer énfasis tanto en el personal médico como enfermería y durante la cita de seguimiento en puerperio con médico tratante de los síntomas de sospecha, por lo que se debería considerar citar al 100% de la población a consulta externa una vez finalizado el puerperio en búsqueda de alguna complicación similar (incontinencia urinaria, síntomas de prolapso, etcétera) ya que recordemos que estos síntomas pueden iniciar hasta un año después de atendido el nacimiento ⁽¹⁵⁾.

CONCLUSIONES

La tasa de realización de episiotomía en nuestro medio durante el 2015 fue del 30%, mientras que la tasa global de desgarros perineales 58.7%. Sin embargo

esta estadística se ve modificada a lo largo del año debido a la tendencia de reducir la realización de este procedimiento en los últimos 2 meses, haciéndola restrictiva y con fines de enseñanza o estadística, reportando su indicación. Se debe hacer énfasis en el seguimiento durante puerperio de las pacientes para advertir oportunamente las complicaciones tanto a corto como mediano y largo plazo tanto relacionadas al procedimiento en sí como a otras de la misma vía de nacimiento. Dado que el 2015 se considera como un periodo de transición, sería de gran interés poder medir el efecto neto de este procedimiento y sus variables relacionadas extendiéndolo a otros 3 años.

AGRADECIMIENTOS

A **mis padres** por ser mi incondicional apoyo, por todos sus consejos y su sabiduría, por su comprensión, por el tiempo invertido y sus sacrificios. No existen palabras de agradecimiento por esta gran oportunidad que me han brindado de perseguir mi sueño profesional al mismo tiempo que se formaba en mí el personal y por dejarme perder de vista el valor humano de lo que implica.

A **mis hermanos** por ser mis cómplices y mis confidentes, que sin saberlo su sola presencia y su sonrisa me hacen sentir dichosa y afortunada y me dan fuerza para seguir en las situaciones difíciles.

A mis **compañeros de residencia**, juntos hemos aprendido mucho más que de la práctica médica, valores como humildad, hermandad y respeto que nos llevaron juntos por este camino a veces sinuoso pero gratificante.

A **mis maestros de la carrera y de la residencia**, por creer en mí, por guiarme cuando me sentía perdida, por su compromiso, su cariño y sus valores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica Uso Racional de la Episiotomía. México: Secretaría de Salud, 2009
2. Hartmann K, et. al. Outcomes of Routine Episiotomy clinical Review. JAMA 2005, 293 (17): 2141-2148.
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
4. World Health Organization Division of Family Health Maternal Health and Safe Motherhood: Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization; 1996.
5. Hale R, Ling F. Episiotomy Procedure and Repair Techniques. The American College of Obstetrician and Gynecologists 2007: 1-21.
6. SOGC Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition and Repair. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2015;37(12):1131–1148
7. Fodstad K, Laine K, Staff AC. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: an observational study. Int Urogynecol J. 2013;24:865–72.
8. Bertozzi S. et. al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the six month postpartum: a retrospective study. BMC Women's Health 2011, 11(12): 2-7.
9. Kalis V, Ladsmanova J, Bednarova B, Karbanova J, Laine K, Rokyta Z. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees. Int J Gynaecol Obstet. 2011;112:220–4.
10. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet. 2002;359:2217–23.
11. Lorenzo Pliego MA, Villanueva Egan LA. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. CONAMED 2013; 18(3): 111-116
10.1002/14651858.CD008534.pub2.
12. Schmueli A, Gabbay Benziv R. et. al. Episiotomy – Risk factors and outcomes. J Matern fetal Neonatal Med 2016; 1-6
13. Melo I, Katz L, et. al. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reproductive Health 2014; 11(66): 1-6.
14. Smith L, Price N. et. al. Incidence of and risk factors for perineal trauma a prospective observacional study. BMC Pregnancy and Childbirth 2013; 13(59): 1-9
15. Jovanovic N S, Kocijancic D, Terzic M M. Current aproach to episiotomy: Inevitable or unnecessary?. Cent Eur J Med 2011; 6(6): 685-690