

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE  
MEDICINA**

TESIS

**INCIDENCIA DE DESGARROS PERINEALES DE ALTO GRADO Y SU  
ASOCIACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA EN POBLACIÓN  
DEL CENTRO MÉDICO ABC ENTRE EL AÑO 2018 A 2020**



**QUE PRESENTA:**

**DR. RICARDO FRADE FLORES**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX A 21 DE JULIO 2021**



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.



## **AGRADECIMIENTO:**

AGRADEZCO A MIS PADRES, POR ENSEÑARME EL VALOR DEL CONOCIMIENTO Y LA EDUCACIÓN. POR SUSTENTAR ECONÓMICAMENTE MI EDUCACIÓN; Y POR SIEMPRE IMPULSARME A SALIR ADELANTE. AGRADEZCO A MI FACULTAD DE MEDICINA, A MI SEDE HOSPITALARIA, A MIS MAESTROS DE CAMPO Y DE VIDA.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. HIPÓTESIS	24
Hipótesis nula	24
Hipótesis alternativa	24
4. OBJETIVOS	24
OBJETIVO PRIMARIO	24
OBJETIVOS SECUNDARIOS	25
5. MATERIALES Y MÉTODOS	25
5.1 Diseño del estudio	25
5.2 Población seleccionada	25
5.3 Criterios de inclusión	26
5.4 Criterios de exclusion	26
5.5 Definición de variables	26
5.6 METODOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	27
6. RESULTADOS	28
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	37
8. CONCLUSIONES	39
9. BIBLIOGRAFÍA	40

# 1. INTRODUCCIÓN

Los desgarros del canal de parto durante la atención obstétrica , en especial el traumatismo perineal durante el parto, son un problema que perdura desde la época más antigua de la obstetricia(1). La episiotomía es una incisión quirúrgica del periné que desató un gran entusiasmo en el siglo pasado, hasta el punto en que se convirtió en casi una herramienta sistemática para pacientes primíparas(14).

El Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2005 publicó las recomendaciones de la práctica clínica, intentando sintetizar la abundancia de este tema, posteriormente adoptadas por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD con la recomendación de no sistematizar la episiotomía en el parto y hacer selección de pacientes para su realización (1). Todavía en la actualidad, los desgarros e incisiones del tracto genital durante el parto son motivo de controversia. (1,15,16)

Por motivo de estudio y entendimiento del tema es importante conocer conceptos de obstetricia que se describen posteriormente.

## **Trabajo de parto**

Se define como el proceso de fenómenos activos y pasivos que producen la dilatación y borramiento demostrables del cuello uterino que inicia con las contracciones uterinas regulares y que culminan con el nacimiento del producto y sus anexos después de las 20 semanas de gestación. (3,4)

## **Atención de trabajo de parto normal**

La atención ideal del trabajo de parto y el parto implican dos puntos de vista opuestos por parte de los médicos. En primer lugar, debe reconocerse al parto como un proceso fisiológico normal que casi todas las mujeres experimentan sin complicaciones. (1,14) En segundo lugar, las complicaciones en el curso del parto surgen de manera rápida e inesperada y deben preverse. La postura del médico frente a estas posibles complicaciones va encaminada a la prevención y a lograr la seguridad materno fetal frente al surgimiento de estas complicaciones súbitas. (19)

## **Reseña anatómica del suelo pelvico**

### **Periné**

La topografía general desde el punto de vista obstétrico, el periné engloba el espacio situado entre la horquilla vulgar y el ano. Desde el punto de vista anatómico, esta región se constituye por todos los tejidos blandos situados debajo del diafragma pélvico.(1,5)

El periné tiene una forma romboidal , con un eje mayor antero posterior, se prolonga hacia adelante por el borde púbico inferior hasta el pliegue interglúteo de forma inferior(1,3,5).

Los límites óseos están formados por :

- Sínfisis del pubis por delante.
- Ramas isquiopubianas y tuberosidades isquiaticas lateralmente.
- El vértice del cóccix bajo la fosa coccígea por detrás.

El periné esta dividido de forma imaginaria por una línea anulada a nivel de las tuberosidades isquiáticas (línea intertuberosa) (1). Esta línea divide el periné en dos triángulos, uno anterior llamado periné urogenital y un triangulo posterior denominado periné anal. (5)

## Periné Urogenital

El periné urogenital está atravesado en la mujer por la uretra y la vagina.

De la superficie a la profundidad se encuentran sucesivamente :

Plano cutáneo, fascia superficial del periné, espacio superficial del periné que contiene el clítoris, glándulas vestibulares, músculos isquiocavernoso, músculos bulboesponjosos y transversos superficiales del periné, membrana perineal o fascia profunda del periné, espacio profundo de periné que contiene el músculo transverso profundo del periné, diafragma urogenital(1,5).

## Centro tendinoso del periné

Es una formación fibromuscular piramidal, esta situado a nivel subcutáneo entre el orificio anal y el diafragma urogenital por delante, no tiene límites precisos, sirve para la inserción a los músculos elevadores del ano, y para los músculos superficiales del periné. Desempeña un papel importante en la estética pélvica y es fácil de lesionar durante el parto (1,3,5).

## Periné anal

El periné anal se encuentra atravesado por el conducto anal de 3.5 centímetros de diámetro en promedio, rodeado por el esfínter anal externo, que se encuentra dividido en tres porciones:

- Subcutánea: rodea la parte inmediata del ano en un ancho de 15 milímetros.
- Superficial: rodea el conducto anal por encima de la porción subcutánea del esfínter.

- Profunda: porción gruesa unida estrechamente con el músculo puborrectal.

El esfínter anal interno es una estructura compuesta de fibras musculares lisas en sentido inferior anterior y son un engrosamiento de la capa muscular lisa circular de la pared rectal (1,5).

## Diafragma pélvico

Los músculos elevadores del ano y el músculo coccígeo constituyen el diafragma pélvico. En un eje sagital circunscriben el hiato urogenital (1).

## Músculos elevadores del ano

Constituyen el elemento esencial del diafragma pélvico.

Cada músculo se origina de una línea de inserción en la línea media en el plano medio del periné y se dirigen a la región anococcígea consta de tres estructuras musculares: músculo iliococcígeo, pubococcígeo y puborrectal (1,5).

## Vascularidad

La vascularidad del periné depende esencialmente de la arteria pudenda, rama de la división anterior de la arteria iliaca interna. sale de la pelvis por

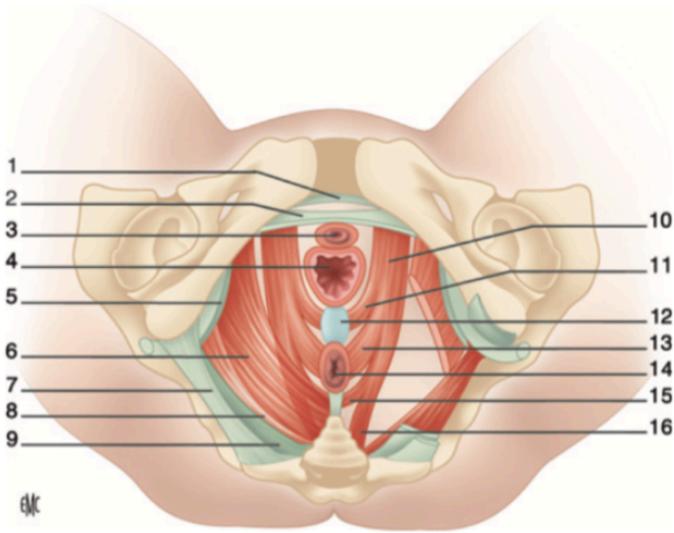


Fig 1: 1.-lig. arqueado. 2.- lig. transverso perineal. 3.- uretra 4.- vagina. 5.- arco del músculo elevador. 6.- músculo iliococcígeo. 7.- lig. sacrotuberoso. 8.- músculo coccígeo 9.- lig. sacroespinoso; 10.- músculo pubococcígeo; 11.- músculo pubovaginal; 12.- centro perineal; 13.- fascículo laterorrectal; 14.- ano; 15.- fascículo retroanal; 16.- fascículo coccígeo.(3)  
Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .

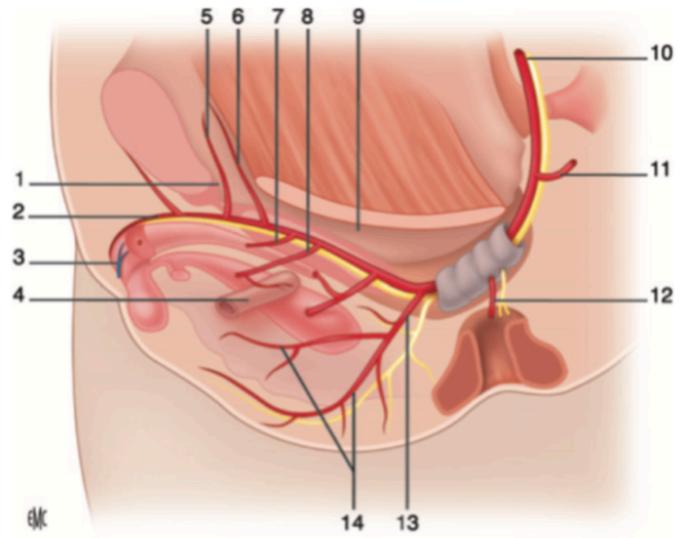


Fig 2: 1.- Arteria presinfisaria. 2.- arteria dorsal del clítoris. 3.- vena dorsal del clítoris 4.- uretra. 5.- arteria retosinfisaria. 6.-arteria vesical anterior 7.- arteria profunda del clítoris. 8.- arteria uretral 9.- arteria del bulbo vestibular; 10.- arteria y nervios pudendos internos; 11.- arteria glútea; 12.- arteria y nervios rectales inferiores; 13.- arteria perineal; 14.- arterias labiales.(3)  
Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .

I a

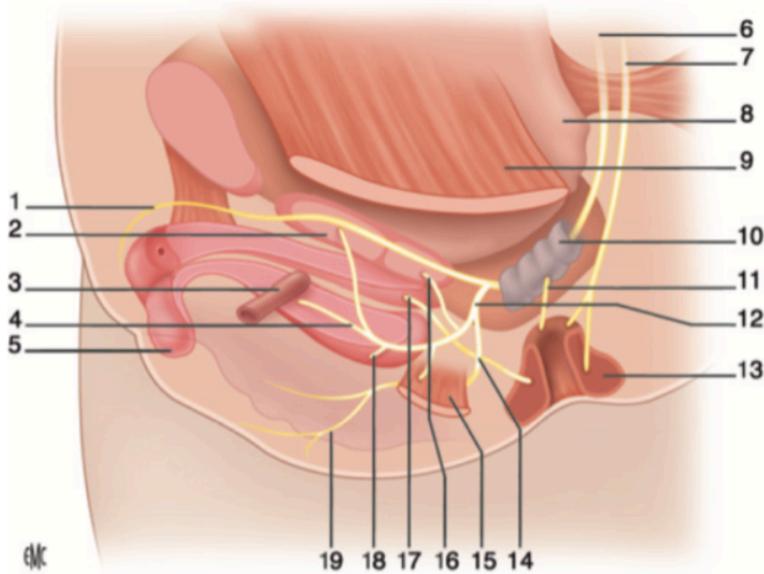


Fig 3: 1.-N. dorsal del clítoris. 2.- n. esfínter uretra. 3.- uretra 4.- n. bulborectal. 5.- glande. 6.- n. pudendo. 7.- n. rectal; 8.- músculo obturador; 9.- músculo elevador del ano; 10.- conducto pudendo; 11.- n. rectal medio; 12.- n. perineal; 13.- esfínter anal externo; 14.- n. perineal sup.; 15.- músculo trasverso; 16.- n. del trasverso; 17.- n. del músculo isquicavernoso 18.- n. músculo bulbocavernoso 19.- n. labial.(3)  
Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D.

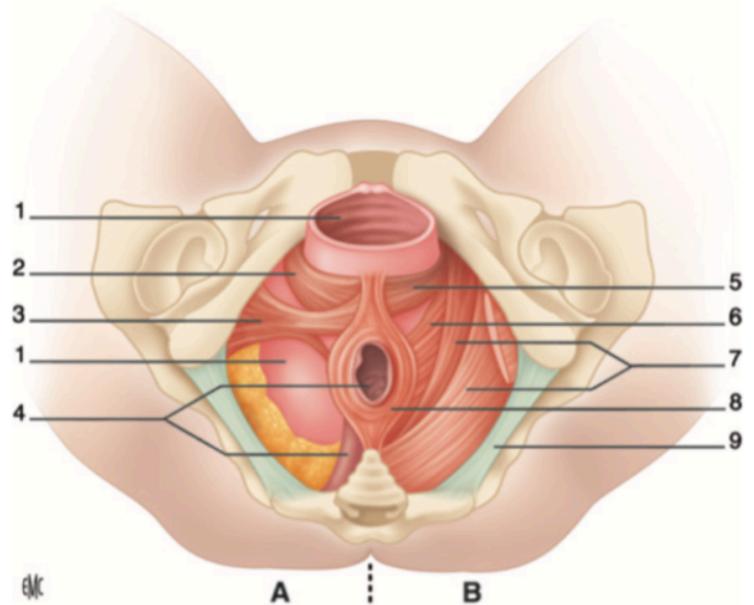


Fig 4: 1.-vagina dilatada por dilatación. 2.- músculo bulbocavernoso. 3.- músculo transverso superficial 4.- conducto anal; 5.- músculo pubovaginal; 6.- músculo puborrectal; 7.- músculo iliococcígeo; 8.- esfínter anal externo; 9.- lig. sacrotuberoso.(3)

Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .

escotadura ciática mayor, por debajo del músculo piramidal, penetra la fosa isquiorrectal, alcanza el periné anterior por la escotadura de Alcock sobre la rama isquiopúbica acompañada por nervio y vena pudenda. (3,5)

A este nivel da origen a la arteria rectal inferior, destinada al conducto anal. A continuación, discurre por la cara superior de la aponeurosis perineal media, por encima del músculo transverso profundo. También da origen a la arteria perineal superficial para la vascularización de los labios mayores, la arteria del bulbo vestibular y la arteria uretral. Se termina dividiéndose en dos ramas, la arteria profunda y la arteria dorsal del clítoris.(1,3,5)

## **Inervación**

El plexo pudendo está formado por los nervios anteriores de S2 a S4, responsables de la inervación del periné y de los órganos pélvicos. Dan origen a diferentes ramificaciones: nervio elevador del ano, nervio músculo coccígeo, nervio rectal inferior. De estas ramas nace también el nervio pudendo que discurre junto a la arteria homónima en su trayecto a alrededor de la espina ciática y fosa isquiorrectal donde se divide en dos nervios: nervio dorsal del clítoris y nervio perineal que a su vez se divide, en superficial y profundo (1,3).

## **Modificaciones del periné durante el embarazo**

Durante la gestación, los tejidos perineales adquieren mayor elasticidad por efecto hormonal de los estrógenos y progesterona. El aumento del

peso intra abdominal que descansa sobre el suelo perineal genera una hiperlaxitud musculo-ligamentaria a nivel púbico, sacroilíaco y sacoccígeo (1).

## **Desgarros perineales**

El desgarro perineal está definido como una laceración que va de la horquilla vaginal hacia el periné, afectando desde mucosa y piel, hasta fascia y músculo con potencial de afectar esfínter anal externo y mucosa rectal (6,7).

## **Epidemiología**

En conjunto los desgarros obstétricos se reportan en un 20 a 60% en diferentes series realizadas en partos vaginales en general. (1,9) Sin embargo la proyección poblacional no esta descrita. (14) Específicamente los desgarros graves perineales en series Holandesas y de Estados Unidos se reportan en un porcentaje de 2 a 6% de los partos vaginales. (1,16).

Los desgarros perineales clasificados por literatura francesa y anglosajona. La clasificación de desgarros perineales más utilizada en nuestro medio es la descrita por la literatura anglosajona (1).

La literatura Anglosajona describe 4 tipos de desgarros perineales.

Desgarros de primer grado : Estos desgarros comienzan a nivel del himen y se extienden en sentido superior hacia la columna posterior de la vagina,

y hacia caudal en dirección al esfínter anal. Se limitan a afectar los componentes cutáneo-mucosos. Están limitados a fascias musculares de los músculos superficiales del periné (6,7).

- Desgarros de segundo grado: Estos desgarros al igual que los anteriores en la distribución afectan a componentes músculo-perineales. Se extienden más profundo de la fascia y afectan el músculo bulbocavernoso y el núcleo fibroso central del periné.
- Desgarros de tercer grado: Estos desgarros afectan en distintos grados el esfínter anal externo, se sub clasifican en 3 tipos:
  - Desgarros de tercer grado A: El desgarro afecta menos del 50% del espesor del esfínter anal externo.
  - Desgarro de tercer grado B: El desgarro afecta más del 50% del espesor del esfínter anal externo.
  - Desgarro de tercer grado C: El desgarro afecta la totalidad del esfínter anal externo además de afectar el esfínter anal interno con integridad de la mucosa rectal.
  - Desgarro de cuarto grado: Estos desgarros afectan la totalidad del esfínter anal externo, esfínter anal interno y afectan la mucosa rectal.

Clasificación de las lesiones obstétricas del esfínter anal (tercer grado anglosajón). Fig 9: Vardon, D., Reinbold, D., & Dreyfus, M. (1)

El desgarro afecta a:	
3a	< 50% del grosor del esfínter externo
3b	> 50% del grosor del esfínter externo
3c	También el esfínter interno, con mucosa anal intacta

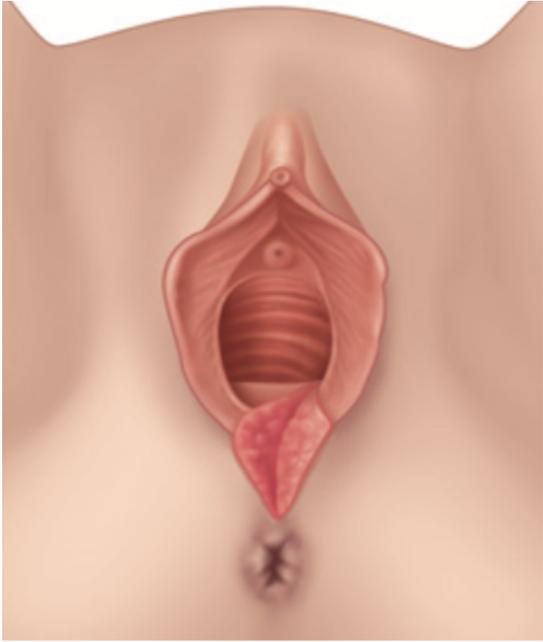


Fig 5: Desgarro perineal grado Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .

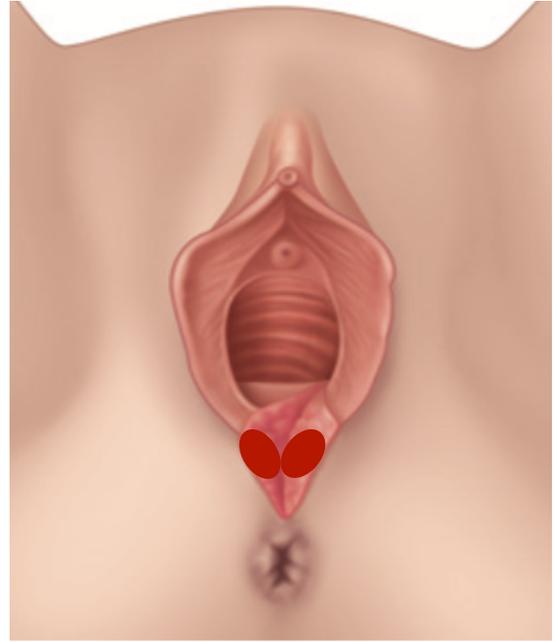


Fig 6: Desgarro perineal grado 2 Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .

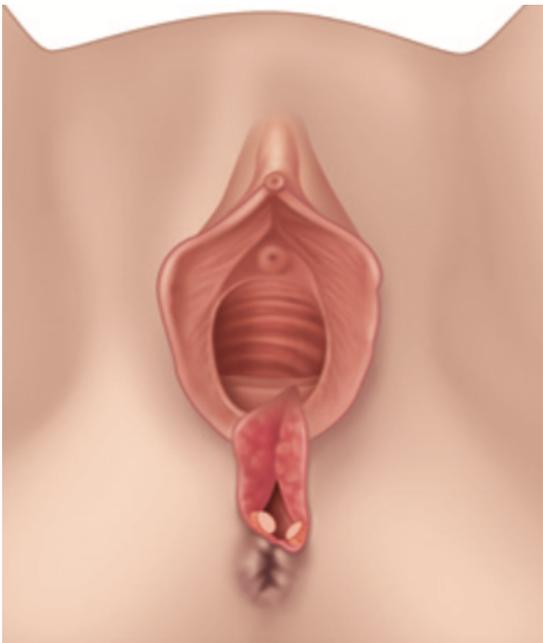


Fig 7: Desgarro perineal grado 3 Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .

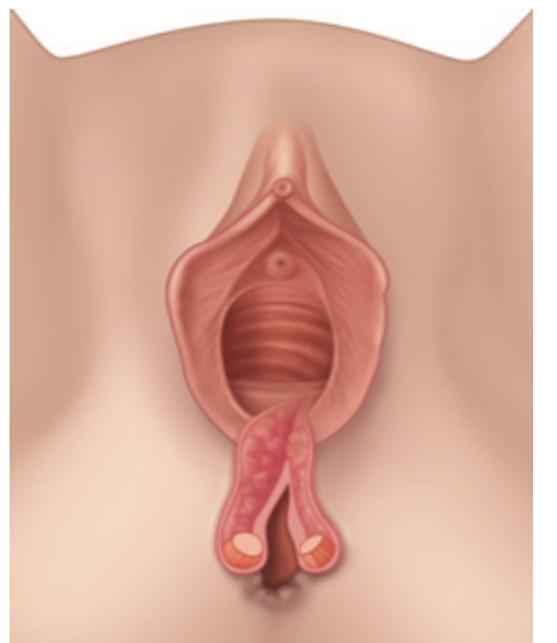


Fig 8: Desgarro perineal grado 4 Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .

## Complicaciones a corto y largo plazo

Diversos estudios han demostrado que existen complicaciones asociadas a desgarros de alto grado a nivel perineal, la literatura los divide en complicaciones inmediatas o tempranas y tardías, dichas complicaciones se exponen en la siguiente tabla.

Tempranas	Tardías
Hemorragia obstétrica	Dolor crónico
Hematoma Genital	Dispareunia
Dehiscencia o Infección	Incontinencia fecal o a flatos
Dolor post operatorio	Alteraciones de cicatrización

Complicaciones tempranas y tardías asociadas a desgarros de alto grado del periné. (10,11).

## Intervenciones obstétricas

La episiotomía es una de las intervenciones obstétricas más frecuentes utilizadas en los servicios hospitalarios de la Secretaría de Salud.(19) Se realiza para promover el descenso fetal para la expulsión del producto durante la segunda etapa del trabajo de parto(14). Su uso rutinario ha sido objeto de múltiples controversias. Sin embargo, el único beneficio demostrado de esta práctica rutinaria, es un menor riesgo de traumatismo perineal anterior, pero lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior (14,15).

## **Definición**

La episiotomía es una incisión en la pared vaginal y el periné. La episiotomía se realiza en el área entre los muslos con incisión de diferentes músculos dependiente del tipo de episiotomía realizada. (3,17). La episiotomía media incide en el rafe medio del periné y la episiotomía medio lateral incide sobre el músculo bulbo cavernoso y músculo transverso superficial del periné, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano para ampliar la abertura vaginal y facilitar el parto (3,17).

La episiotomía se suele realizar cuando la cabeza del feto ha estirado la horquilla vaginal en estación +3 de Lee durante la contracción uterina(1). El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) por sus implicaciones y posibles complicaciones ya no recomienda realizar la episiotomía como procedimiento de rutina. Se recomienda hacer el procedimiento de manera selectiva (1).

## **Reseña histórica**

La episiotomía o perineotomía fue descrita por primera vez en 1742 por Felding Ould. En aquella época era excepcional y se realizaba en los partos difíciles para facilitar la expulsión, la práctica se difundió entre otros cirujanos de la época. Ritgen describió, en 1820, una técnica de incisiones vaginales superficiales radiales, varios años después Tarnier propuso

realizar dos incisiones laterales a cada lado del periné. El primero en proponer una incisión media lateral fue Dubois en Francia. El término de episiotomía se asocio a este procedimiento hasta 1857 por Carl Braun. En 1895 Stahl defendió su uso de rutina convencido de que el desgarro controlado era mas fácil de reparar a diferencia de los desgarros espontáneos. se generalizo su uso profiláctico por las publicaciones de Pomeroy y Lee en 1920 hasta que se realizaba casi de rutina en primíparas. En noviembre de 2005 el CNGOF publicó recomendaciones para el no uso rutinario de la episiotomía con interés de modificar las costumbres relativas a la episiotomía generadas por el tiempo(1).

## **Epidemiología**

La frecuencia de la episiotomía no se conoce con precisión, además existen variaciones entre países, regiones y escuelas, características demográficas y socioeconómicas de las pacientes obstétricas (1,17). Según bases de datos de AUDIPOG, la tasa de episiotomía en Francia era del 47.3% en 2002 (68% en primíparas y 31% en multíparas) con tendencia a la disminución en 1996 (1).

Durante los últimos años se ha observado una tendencia a la disminución en países desarrollados de 60.9% en Estados Unidos en 1979 a 24.5% en el año 2004 con variaciones por centro hospitalario viéndose más

marcada la reducción en hospitales universitarios desde las recomendaciones del colegio francés y colegio británico de ginecólogos de 2005 (16,18).

## **Indicaciones**

Los beneficios reportados por practicar la episiotomía de rutina están sujetos a controversia. Diversos autores han emitido dos políticas opuestas sobre la libre práctica de la episiotomía frente a la restricción de la misma por los resultados controversiales de los beneficios al realizarla (14,15).

La literatura sobre el tema no ha logrado demostrar claros beneficios para el neonato al practicar la episiotomía profiláctica, (Wooley Et. al.) en una revisión de la literatura inglesa de 1980 a 1994 reportó que realizar la episiotomía no protegía al neonato de hemorragia intracerebral o asfixia perinatal (14). Las RPC de 1998 estudiaron los beneficios del neonato al realizar la episiotomía, sin llegar a beneficios demostrados al realizarla (15).

Se realizó un metaanálisis que incluyó 8 estudios observándose un porcentaje de 75.1% de la práctica de la episiotomía en el grupo de rutina, frente a 28.4% en el grupo de restricción. En el grupo de restricción se observaron más casos de periné intacto, menores problemas de cicatrización con tendencia a mayor tasa de desgarros de periné anterior,

no hubo diferencia significativa entre los dos grupos para desgarros graves de periné (1,14).

El estudio de la práctica de la episiotomía sigue siendo controversial, sin embargo existen factores obstétricos que podrían indicar su uso, así como factores obstétricos considerados de riesgo para realizarla, como la primiparidad vaginal, antecedentes de desgarros graves de periné, macrosomia fetal, presentaciones distócicas (pélvicas, occípitosacra, de cara) peiné corto (definido como distancia de horquilla vaginal o centro anal de menos de 3 centímetros), instrumentación del parto, que ya no son claras indicaciones de realizar episiotomía, sin embargo no esta proscrita la realización y queda en la experiencia clínica del profesional responsable del parto (1,14,15).

## **Realización de la episiotomía**

En la actualidad existen dos tipos de episiotomía, la media y medio lateral, debido a su carácter mutilante el resto de técnicas descritas históricamente han sido abandonadas(3,8).

La episiotomía se puede clasificar en dos tipos:

- **Episiotomía de línea media o mediana.** Se refiere a una incisión vertical que se hace desde la parte inferior de la horquilla vaginal hacia el recto con un corte de 4 centímetros . La incisión se realiza

sobre horquilla vaginal, en piel, mucosa vaginal con corte de rafe medio del periné. Este tipo de episiotomía reporta mejor cicatrización, con menores sangrados reportados, así como mayor facilidad para la reparación que las medias laterales, sin embargo la literatura reporta mayor incidencia de desgarro que se extienda hasta el área rectal, llamada laceración de tercer o cuarto grado (3,8).

- **Episiotomía mediolateral.** Se refiere a una incisión que se hace en un ángulo de 45 grados desde la horquilla vaginal hacia cualquiera de los lados derecho o izquierdo (se realiza mas comúnmente de lado derecho) con extensión de 6 centímetros. Este tipo de episiotomía incide en músculo bulbocavernoso y transverso superficial del periné, la literatura reporta mayores tasas de sangrado y mayor dificultad para la reparación sin embargo los estudios han demostrado menor tasas de desgarro (3,8).

### **Consideraciones para realizarla.**

El momento para realizarla no está claramente definido y es motivo de debate en la actualidad. El CNGOF (Collègw national des gynécologues et obstétriciens français) recomienda realizar la episiotomía tras la coronación, cuando la presentación fetal comienza a distender el periné en el acmé de la contracción con esfuerzo expulsivo materno. En este momento, el fascículo puborrectal del elevador del ano se encuentra a

tensión, con adelgazamiento y se integra un plano superficial del peine con menor lesión muscular al realizarla (1).

## **Indicaciones**

-Fatiga fetal o materna.

---

-Parto complicado por anomalías de la presentación o la distocia de hombros.

---

-Segunda etapa prolongada (etapa de pujo en el trabajo de parto)

---

-Macrosomia fetal

---

-Parto con fórceps o ventosa

---

-Producto prematuro

**(10,11).**

## **Riesgos del procedimiento**

-Sangrado.

---

-Desgarro perineal.

---

-Dolor perineal agudo o crónico.

---

-Infecciones.

---

-Dehiscencia de episiorrafía.

---

-Fistulas recto vaginales.

**(10,11).**

## **Antecedentes**

En datos reportados por la CONAMED (Consejo Nacional de Arbitraje Médico) en el año 2015 se registraron 642,834 nacimientos por vía vaginal en hospitales de la Secretaría de Salud. Se atendieron 642,834 nacimientos a partir de los cuales se registraron 140,219 episiotomías, lo cual implica que a 2 de cada 10 mujeres se les realizó esta intervención durante el parto (19).

Se observa una tendencia en el incremento de la episiotomía de acuerdo con la complejidad del nosocomio, este alcanza hasta 54.2% en los hospitales federales de referencia, contra solo 17.5% en los integrales o comunitarios. En ambos indicadores, los hospitales federales de referencia tienen las cifras más altas, por lo que es importante destacar, que usualmente dichos hospitales atienden pacientes en condiciones muy deterioradas o con mayores comorbilidades(19).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La episiotomía es una práctica con tendencia al aumento, principalmente en servicios de ginecología y obstetricia de hospitales de segundo y tercer nivel. El uso excesivo de esta práctica clínica representa un gasto adicional a los servicios de salud si se consideran los costos asociados para evitar complicaciones con la cicatrización, el dolor perineal y la dehiscencia de la herida. Tomando en cuenta los argumentos basados en

la evidencia científica disponible, no se justifica el uso rutinario de la episiotomía, dado que no presenta beneficios para la madre ni para el recién nacido, por lo que se recomienda la práctica selectiva. En este sentido, la OMS tiene una postura clara en contra de la episiotomía de rutina. Es de importancia conocer el panorama actual de nuestro medio hospitalario para estipular las posibles complicaciones asociadas a la realización de episiotomía, con la estrategia de desarrollar a futuro guías internas de manejo del trabajo de parto y la adecuada selección de pacientes para la práctica de la misma.

Entre las consecuencias negativas más frecuentes de la episiotomía se ha reportado mayor incidencia de desgarros de alto grado. En este contexto, el objetivo de este estudio es describir la relación que existe entre la práctica de episiotomía y la incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Como desenlaces secundarios asociar los factores de riesgo más descritos por la literatura para la presencia de laceraciones perineales graves. Se pretende calcular la incidencia de episiotomía por 3 años con muestreo trimestral en el servicio de ginecología y obstetricia del Centro Medico ABC de una de las intervenciones obstétricas que durante los últimos años han recibido atención por su elevada frecuencia en relación a la reportada en la literatura.

### **3. HIPÓTESIS**

#### **Hipótesis nula**

No existe relación en el número de desgarros de alto grado de periné en pacientes en las cuales se realizó episiotomía durante el parto vaginal comparado con pacientes sin episiotomía en la población del Centro Médico ABC.

#### **Hipótesis alternativa**

Existe relación en el número de desgarros de alto grado de periné en pacientes con realización de episiotomía en parto vaginal contra pacientes sin episiotomía en parto vaginal en población del Centro Médico ABC.

### **4. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO PRIMARIO**

El objetivo de este trabajo será calcular la relación existente de desgarros graves de periné (desgarros de tercer y cuarto grado) asociados a la realización de episiotomía en el Centro Médico ABC.

## **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

Comparar el número de desgarros por tipo de episiotomía.

Asociar posibles factores de riesgo descritos en la literatura para presentar desgarro graves de periné, así como describir y cuantificar la incidencia de episiotomías realizadas en el Centro Médico ABC.

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1 Diseño del estudio**

Estudio transversal de tipo analítico.

### **5.2 Población seleccionada**

Este estudio incluyó pacientes con parto vaginal en variedad occipito anterior. Se incluyeron pacientes primigestas y multigestas mayores a 34 semanas de gestación, utilizando la base de datos hospitalario de archivo clínico.

**Tipo de Muestreo:** Probabilístico - Muestreo Aleatorio Simple.

### **5.3 Criterios de inclusión**

- Pacientes género femenino.
- Pacientes con parto vaginal.
- Pacientes mayores a 34 semanas de gestación.
- Pacientes con expediente completo en archivo clínico.
- Pacientes con parto vaginal de enero a marzo 2018 a 2021.
- Pacientes con trabajo de parto inducido o espontáneo.
- Pacientes atendidas en centro medico ABC.

### **5.4 Criterios de exclusion**

- Pacientes con Trabajo de parto con interrupción por vía abdominal.
- Pacientes con expediente incompleto.
- Pacientes con variedades de posición anómala.
- Pacientes con gestaciones múltiples
- Alteraciones fetales o placentarias conocidas.

### **5.5 Definición de variables**

- Edad materna: cuantitativa discreta.
- Peso materno: cuantitativa continua
- Talla materna: cuantitativa continua.
- IMC materno: cuantitativa continua.
- Primiparidad: cualitativa dicotómica.
- Multiparidad: cualitativa dicotómica.

- Numero de gestas: cuantitativa discreta.
- Realización de episiotomía: cualitativa dicotómica.
- No realización de episiotomía: cualitativa dicotómica.
- Tipo de episiotomía: cualitativa nominal.
- Desgarro grave perineal: cualitativa dicotómica.
- APGAR: minuto 1: cuantitativa discreta.
- APGAR: minuto 5: cuantitativa discreta.
- Peso fetal: Cuantitativa continua.
- Cuantificación de sangrado (ml): cuantitativa discreta.

## 5.6 METODOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### Calculó de la muestra

Este estudio utilizando las bases de datos hospitalarias del Centro Medico ABC en sistema de archivo clínico de pacientes con muestreo trimestral egresadas de enero a marzo en los años 2018 a 2020 con atención de trabajo de parto vaginal.

Se calculó la frecuencia relativa del total de nacimientos por vía vaginal con episiotomía con respecto al total de nacimientos reportados, con análisis de características de la población de pacientes.

Cálculo de la muestra: Se realiza mediante la fórmula para poblaciones infinitas o no conocidas:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

Donde se utiliza un nivel de confianza del 95% y posterior a la realización del cálculo, se obtiene el resultado de 397 pacientes como muestra para el estudio.

Se evaluará la estadística descriptiva mediante el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión para todos los valores.

Los datos que lo ameriten serán sometidos a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para observar su distribución.

Se realizará la prueba de  $X^2$  (Chi cuadrada) para evaluar la hipótesis nula y obtener el grado de independencia entre variables categóricas (nominales).

El registro de la base de datos se recopiló en Microsoft Excel® todos los datos recolectados serán analizados mediante el software SPSS v27 para la plataforma Windows® Versión 10 (2021).

## **6. RESULTADOS**

### **Demografía**

En este estudio se recabó una base de datos del archivo clínico del Centro Médico ABC. Se aleatorizó la muestra y se tomaron muestreos trimestrales por año del 2018 al 2020. posterior al cálculo de muestra se

incluyeron 397 pacientes que cumplían con criterios de inclusión y no tenían criterios de exclusión. Se omitieron 22 pacientes por expediente incompleto de las variables de estudio o información no clara en las notas operatorias.

De las 397 pacientes incluidas en el estudio se obtuvieron variables demográficas como edad reportando un promedio de 32 años, peso con un promedio de 69.32 kilogramos, talla con 1.64 metros de promedio poblacional, índice de masa corporal descrito en 25.53 kg/m<sup>2</sup>, presencia de obesidad, en nuestro grupo de estudio se observó un porcentaje de obesidad grado 1 del 6.8% y obesidad grado 2 del 1.5% con una total de 8.3% de pacientes con algún grado de obesidad, se reportó un promedio de 39 semanas de gestación, antecedentes obstétricos como numero de gestas, número de partos, numero de cesáreas, presencia de abortos estas variables demográficas se exponen en la tabla numero 1.

	(n=397)
Edad	32.07 ( $\pm$ 3.90)
Peso (kg)	69.32 ( $\pm$ 9.26)
Talla (m)	1.64 ( $\pm$ 0.06)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25.53 ( $\pm$ 3.18)
Obesidad	33 (8.3%)
Grado I	27 (6.8%)
Grado II	6 (1.5%)
Semanas de Gestación	39 (33.1 – 41)
Antecedentes	
Gesta	2 (1 – 9)
Parto	1 (0 – 7)
Aborto	0 (0 – 3)
Cesárea	0 (0 – 1)

*Valores expresados en Medias ( $\pm$ DS), Medianas (min-max) y Porcentajes (%)*  
 Tabla 1. Datos demográficos y antecedentes gestacionales.

El objetivo primario del estudio, es evaluar la relación existente entre la realización de episiotomía variable nominal con la variable nominal desgarro grave de periné entendido como 3er y 4to grado.

Se dividió la población en dos grupos. El grupo con episiotomía durante el parto con un total de (n=304) pacientes y grupo sin episiotomía durante el parto vaginal con un total de (n=93) pacientes. También se evaluaron el total de pacientes primigestas y multigestas en ambos grupos obteniendo (n=152) pacientes con episiotomía primigestas, y (n= 152) pacientes multigestas con episiotomía y (n= 34) pacientes primigestas sin episiotomía y (n=59) pacientes multigestas sin episiotomía. Se evaluaron las variables demográficas de ambos grupos reportandose en la tabla 2.

	Episiotomía Realizada (n=304)	Episiotomía No Realizada (n=93)
Edad	31.97(±3.88)	32.42 (±3.98)
Peso (kg)	69.33 (±9.39)	69.32 (±8.87)
Talla (m)	1.64 (±0.06)	1.64 (±0.004)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25.48 (±3.15)	25.7 (±10.75)
Obesidad	24 (7.9%)	33 (8.3%)
Grado I	19 (6.3%)	8 (8.6%)
Grado II	5 (1.6%)	1 (1.1%)
Semanas de Gestación	274 (232 – 287)	273 (243 – 286)
Antecedentes		
Gesta	2 (1 – 9)	2 (1 – 7)
Parto	0 (0 – 7)	1 (0 – 5)
Aborto	0 (0 – 3)	0 (0 – 3)
Cesárea	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)

*Valores expresados en Medias (±DS), Medianas (min-max) y Porcentajes (%)*  
 Tabla 2. Datos demográficos y antecedentes gestacionales por grupos.

Las variables a estudiar para este trabajo fueron el sangrado transquirúrgico, la realización o no de episiotomía, donde se reportaron 304 (76.6%) pacientes con realización de episiotomía y 93 (23.4%) pacientes sin realización de episiotomía. El tipo de episiotomía realizada se reportó en 289 episiotomías medias que corresponden a 73%, 15 episiotomías medio laterales ( 3.8%). Del total de desgarros de alto grado perineales se reportó en nuestra muestra 348 pacientes (87.7%) sin desgarro perineal de alto grado, 22 desgarros de tercer grado A (5.5%), 7 desgarros de tercer grado B (1.8%), 3 desgarros de tercer grado C (0.8%) y 17 desgarros perineales de cuarto grado (4.3%). Estas variables son expuestas en una tabla poblacional general antes de la división por grupos para el análisis de datos de la población total del estudio. La tabla de variables en conjunto de la población se expone en la tabla 3.

Se evaluaron las variables con interés de estudio. En este caso la realización de episiotomía y la no realización de la misma durante el parto vaginal. Se dividieron en dos grupos, El grupo con realización de episiotomía y el grupo sin realización de episiotomía.

Dentro del grupo con episiotomía se registraron (n= 304) pacientes y (n=93) pacientes en el grupo sin episiotomía. Del total de la muestra se reporto un total de 76.5% de episiotomía y 23.4% sin realización de episiotomía. La episiotomía mayormente realizada fue la episiotomía

(n=397)	
Sangrado (ml)	314.61 ( $\pm$ 132.48)
Episiotomía	
Realizada	304 (76.6%)
No Realizada	93 (23.4%)
Tipo de Episiotomía	
Media	289 (73%)
Medio-lateral	15 (3.8%)
No Realizada	93 (23.2%)
Tipo de Desgarro	
Ninguno	348 (87.7%)
3 <sup>er</sup> Grado Tipo "A"	22 (5.5%)
3 <sup>er</sup> Grado Tipo "B"	7(1.8%)
3 <sup>er</sup> Grado Tipo "C"	3 (0.8%)
4 <sup>to</sup> Grado	17 (4.3%)
Instrumentación	
Realizada	9 (2.3%)
No Realizada	388 (97.7%)

*Valores expresados en Porcentajes (%).*

Tabla 3. Uso de instrumentos, procedimientos y complicaciones durante la atención obstétrica.

media con un 95.1% del total y un 4.9% de episiotomía media lateral. Esta tabla muestra un total de desgarro de alto grado del 19.2% entre ambos grupos y dividido en grupos, el grupo con episiotomía se reportó un 14.8% y en el grupo sin episiotomía del 4.4% de desgarros perineales de alto grado.

Se evaluó la paridad encontrando en el grupo de episiotomía un total de 22 (14.4%) pacientes con desgarro de alto grado perineal en primigestas y un total de 23 (15%) pacientes con desgarro en multigestas comparado con el grupo sin episiotomía reportando un total de 1 (2.9%) pacientes

primigestas con desgarro de alto grado perineal y un total de 3 (3.1%) pacientes multigestas.

De los desgarros graves de periné. En el grupo con episiotomía 21 fueron de tercer grado A que corresponde a 6.9% del total, 5 fueron de tercer grado B que corresponden a 1.6% y 3 fueron de tercer grado C que corresponde al 1% En cuanto al desgarro de cuarto grado se reportaron 16 que corresponde al 5.3% del total del grupo con episiotomía.

En el grupo sin episiotomía se reportaron 1 desgarro de tercer grado A, que corresponde al 1.1%, 2 desgarros de tercer grado B que corresponde al 2.2%. No se reporto ningún desgarro de tercer grado C. De los desgarros de cuarto grado se reporto 1 que corresponde al 1.1%.

	Episiotomía Realizada (n=304)	Episiotomía No Realizada (n=93)
Sangrado (ml)	326.48 (±140.94)	275.81 (±90.17)
Tipo de Episiotomía		
Media	289 (95.1%)	–
Medio-lateral	15 (4.9%)	–
Tipo de Desgarro		
Ninguno	259 (85.2%)	89 (95.7%)
3 <sup>er</sup> Grado Tipo “A”	21 (6.9%)	1 (1.1%)
3 <sup>er</sup> Grado Tipo “B”	5 (1.6%)	2 (2.2%)
3 <sup>er</sup> Grado Tipo “C”	3 (1.0%)	0 (0.0%)
4 <sup>to</sup> Grado	16 (5.3%)	1 (1.1%)
Instrumentación		
Realizada	9 (3.0%)	0 (0.0%)
No Realizada	295 (97.0%)	93 (100%)
Primigestas con desgarro de alto grado	22 (14.4%)	1 (2.9%)
Multigestas con desgarro de alto grado	23 (15%)	3 (3.1%)

*Valores expresados en Porcentajes (%).*

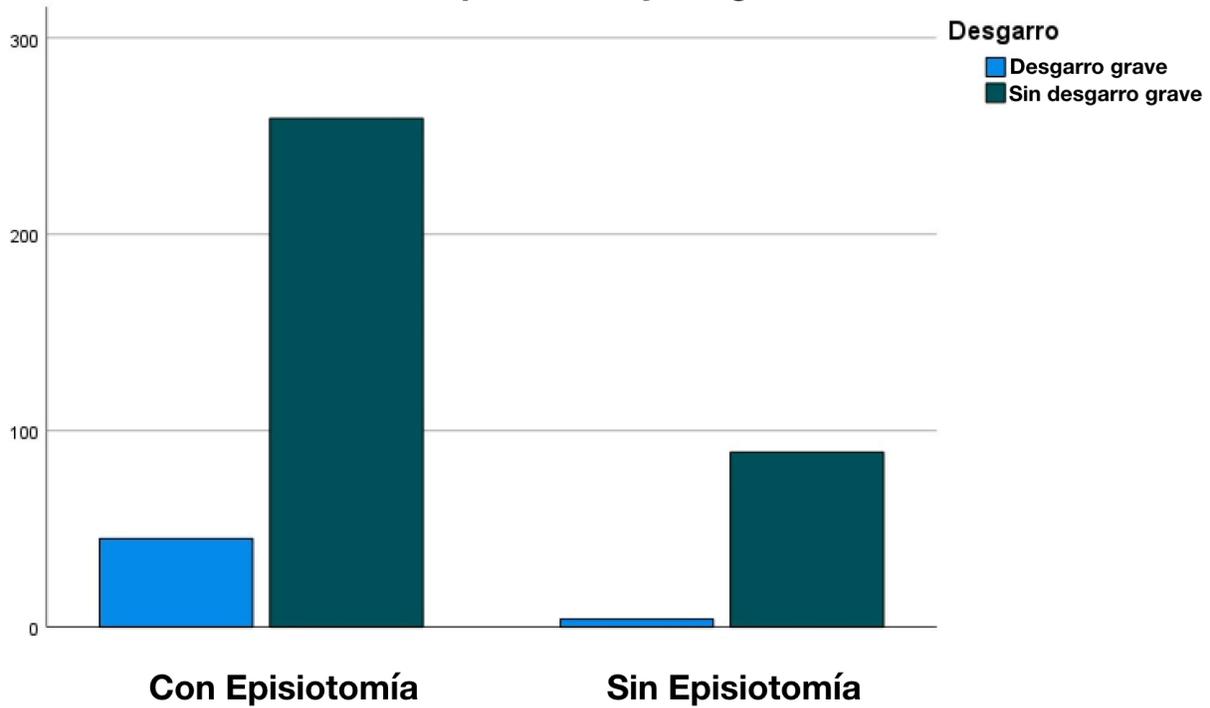
Tabla 4. Uso de instrumentos, procedimientos y complicaciones durante la atención obstétrica por grupos.

Al haber encontrado el  $p$ -valor menor al de la significancia estadística asignada ( $\alpha = 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, si existe evidencia suficiente que sugiera una asociación entre la realización de episiotomía y la presencia de desgarro ( $\chi^2 (1, n = 397) = 7.25, p = 0.007$ ). Además, se observó que también existe evidencia suficiente que sugiera una asociación entre el tipo de episiotomía y el grado de desgarro ( $\chi^2 (8, n = 397) = 17.66, p = 0.024$ ) y se comprobó que existe evidencia suficiente en este estudio que sugiera una asociación entre el número de gestas y el grado de desgarro ( $\chi^2 (8, n = 397) = 23.76, p = 0.003$ ), la asociación entre la episiotomía y el grado de desgarro no tuvo evidencia significativa para demostrar relación entre ambas variables ( $\chi^2 (4, n = 397) = 9.2, p = 0.056$ )

	gl	$\chi^2$	$p$ -valor
Episiotomía–Desgarro	1	7.25	0.007
Episiotomía–Grado de Desgarro	4	9.2	0.056
Tipo de Episiotomía–Grado de Desgarro	8	17.66	0.024
Número de Gestas–Desgarro	8	23.76	0.003
Episiotomía-Paridad	1	<0.001	0.0990

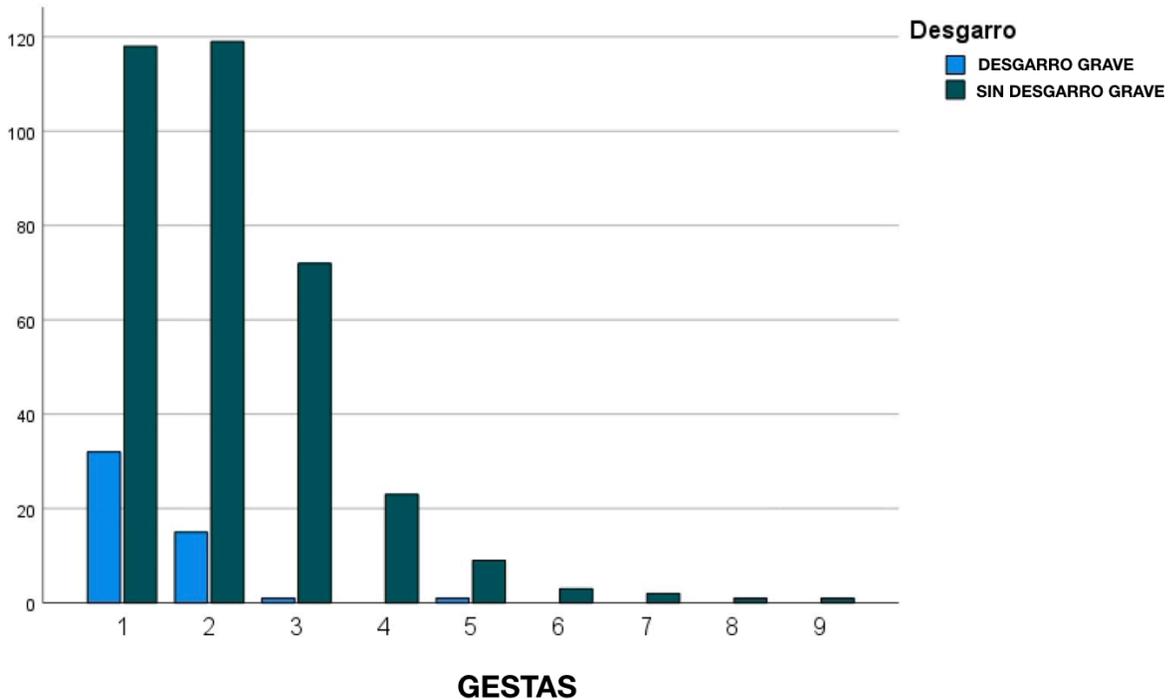
*Valores expresados en Grados de Libertad (gl), Chi-cuadrada ( $\chi^2$ ).*  
 Tabla 5. Asociación entre intervenciones.

## Asociación entre episiotomía y desgarro



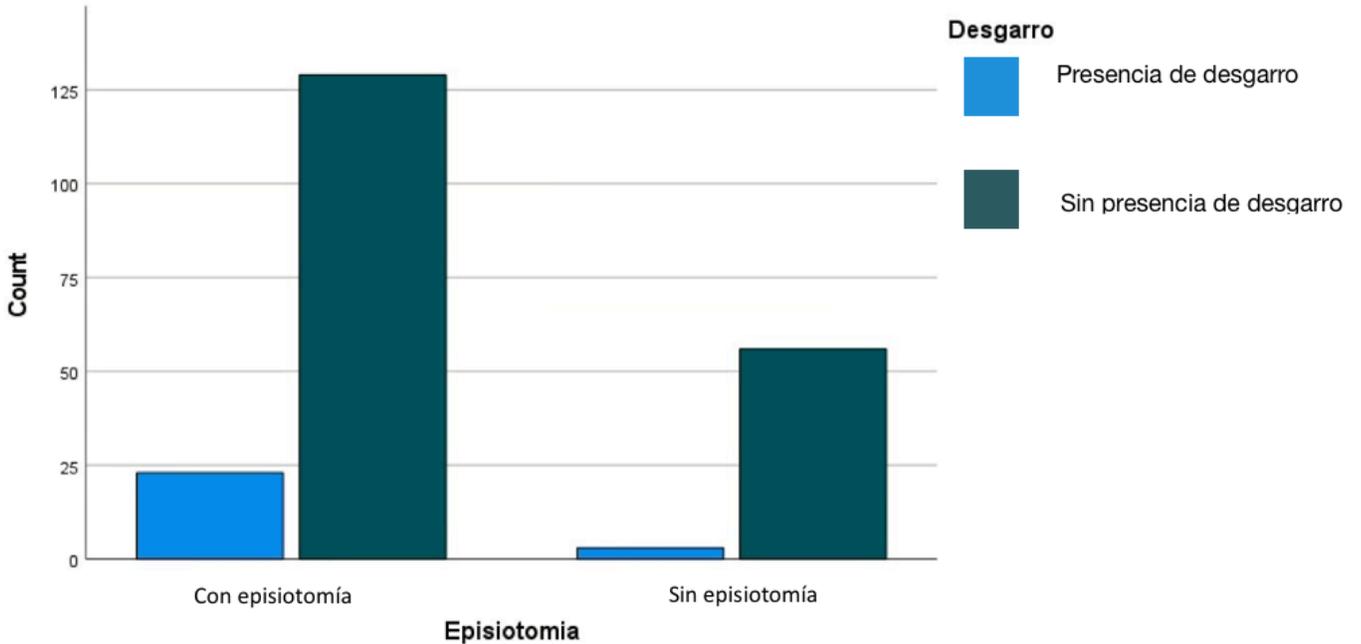
Gráfica 1 - Esta gráfica demuestra los resultados de las pacientes de ambos grupos con realización de episiotomía y sin realización de la misma, con n=304 pacientes con episiotomía y sin realización de la misma n=93. Reportando 45 desgarros graves en el grupo de episiotomía (14.8%) y 4 en el grupo sin episiotomía (4.4%).

## DESGARRO POR PARIDAD



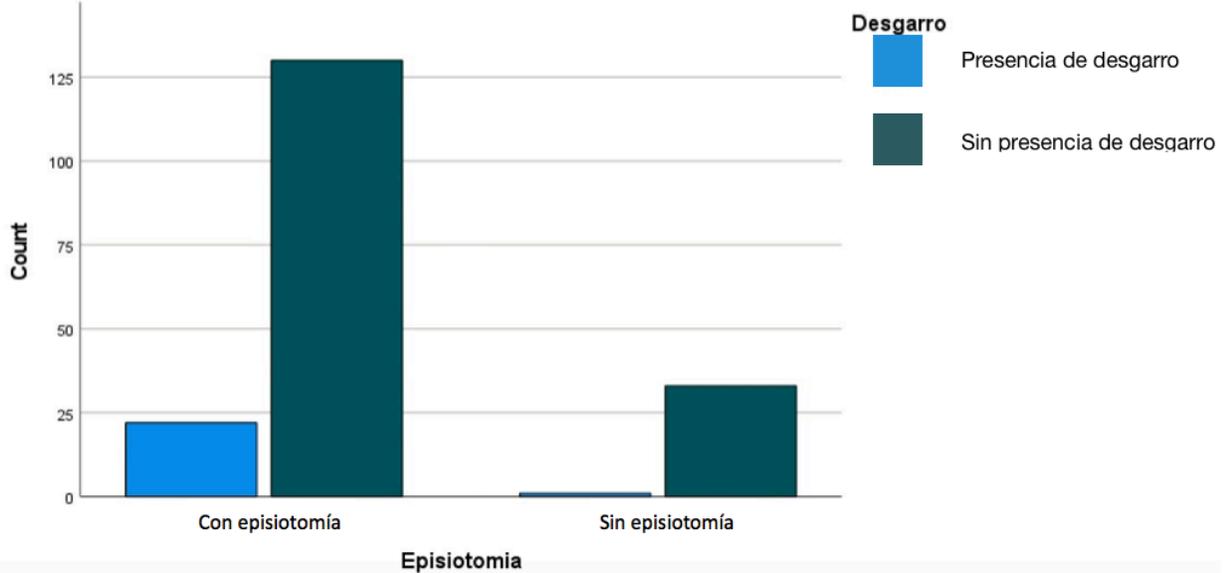
Gráfica 2 - Esta gráfica demuestra en general la incidencia mayor de desgarros en pacientes primigestas y secundigestas con respecto a las pacientes con gesta 3 en adelante.

### Episiotomía y desgarro en primigestas



Gráfica 3- Esta gráfica demuestra la relación entre la paciente primigestas con y sin episiotomía con la presencia de desgarros perineales de alto grado, con un total de (n=152) pacientes con episiotomía y (n=34) pacientes sin episiotomía, donde (n=22) pacientes con episiotomía presentaron desgarro perineal (14.4%) y (n=1) pacientes sin episiotomía presento desgarro perineal (2.9%).

### Episiotomía y desgarro en multigestas



Gráfica 4 - Esta gráfica demuestra la relación entre la paciente secundigestas con y sin episiotomía con la presencia de desgarros perineales de alto grado, con un total de (n=152) pacientes con episiotomía y (n=59) pacientes sin episiotomía, donde (n=23) pacientes con episiotomía presentaron desgarro perineal (15%) y (n=3) pacientes sin episiotomía presento desgarro perineal (5%).

## 7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El interés de este estudio surge de la pregunta sobre la situación y la incidencia de episiotomía presente en nuestro centro, así como su relación posiblemente demostrable con los desgarros perineales de alto grado relacionados con potenciales complicaciones y comorbilidades a corto y largo plazo en la vida de la mujer. Además se espera que pueda ser utilizado para abrir nuevas preguntas de investigación para realizar nuevos estudios a futuro con la intención de conocer población específica y compararla con literatura internacional, siempre para mejorar la atención médica de nuestras pacientes ginecoobstétricas.

Nuestros resultados en este estudio demuestran una asociación estadísticamente significativa entre la realización de episiotomía y los desgarros perineales de alto grado ( $p=0.007$ ), Resultados reportados en otros estudios previos realizados por otros autores (Riethmuller D Et. Al). De igual manera estudiando la relación de variables como tipo de episiotomía y grado de desgarro se reportaron relación significativa entre la episiotomía media con un aumento en el número de desgarros a nivel perineal ( $p=0.025$ ). Se demostró también que la pacientes primigestas tienen un a mayor incidencia de desgarros perineales de alto grado ( $p=0.003$ ). Así mismo la relación entre el tipo de episiotomía y el grado de desgarro no pudo demostrarse de manera estadísticamente significativa ( $p=0.056$ ).

La incidencia total de episiotomía observada fue de un 76.5% con (n=304) pacientes, encontrándolo dentro de lo reportado en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel (Rodriguez, M, Et. al). Probablemente asociado a la atención de pacientes con patologías múltiples y por ser centro de atención con pacientes de poblaciones de diferentes etnias.

La incidencia de desgarros perineales de alto grado fue de 12.4 % encontrándose ligeramente por encima del rango reportado en la bibliografía internacional del 2-6 %(1).

Dentro de este estudio se encontraron como limitaciones que se pudieron incluir otro tipo de variables, como la circunferencia cefálica, peso fetal, tiempo de periodo expulsivo, talla fetal , además de la posibilidad de incluir otros desenlaces como los resultados en complicaciones fetales como Apgar al nacimiento, ingreso a sala de terapia intensiva neonatal o complicaciones maternas como hemorragia obstétrica, que por motivos del interés específico de este estudio y la pregunta de investigación no fueron incluidos.

Las situaciones o indicaciones específicas de la realización de episiotomía no fueron valoradas, por lo que la recomendación de realizar o no realizar la intervención obstétrica de episiotomía sigue siendo controversial. No obstante se demuestra una asociación estadísticamente significativa en cuanto a la presencia de desgarro al realizar la episiotomía por lo que en este trabajo se discute que la indicación de realizar o no la episiotomía, sigue estando a criterio del médico responsable de la atención obstétrica,

en situaciones donde se considere necesaria. Sin embargo la literatura no demuestra claramente a la fecha ventajas de su realización y se recomienda al igual que la literatura internacional la adecuada selección de pacientes para practicarla y no realizarla de manera rutinaria. siempre teniendo en cuenta que al realizarla se somete a riesgos como la mayor presencia de desgarros perineales de alto grado incluidas las pacientes multigestas.

## **8. CONCLUSIONES**

Al haber calculado estos resultados, se concluye que sí existe evidencia suficiente que sugiera una asociación entre la realización de episiotomía y la presencia de desgarro perineal de alto grado. No se recomienda realizar la episiotomía de manera rutinaria, sino en pacientes seleccionadas conociendo el riesgo presente de mayor frecuencia de desgarros perineales de alto grado al realizarla.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Vardon, D., Reinbold, D., & Dreyfus, M. (2015). Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. *EMC - Cirugía General*, 15(1), 1-17. doi: 10.1016/s1634-7080(14)67435-8
- 2.- Episiotomía y desgarros obstétricos recientes D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus .
- 3.- Cunningham, F., & Williams, J. (2011). *Obstetricia de Williams*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- 4.- Mukherjee, G. (2007). *Current obstetrics and gynecology*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Pub.
- 5.- Rhimes, S., & Horton, P. (2011). *Anatomía de Grey*. [Madrid]: Abc studios.
- 6.- Fitzpatrick M, O’Herlihy C. Short-term and long-term effects of obstetric anal sphincter injury and their management. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:605–10.
- 7.- Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetrical anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001;98:225–30.
- 8.- De Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115: 104–8.
- 9.- Royal college of Obstetricians and Gynaecologists. Management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery. RCOG Guideline n<sup>o</sup>29. London: RCOG Press; 2001.

10.- Norton C, Christiansen J, Butler U, Harari D, Nelson RL, Pemberton J, et al. Anal Incontinence. En: Abrams P, Car- dozo L, Khoury S, Wein A, editores. *Incontinence*. Plymouth: Health Publication; 2002. p. 985–1044.

11.- Saleem Z, Rydhström H. Vaginal hematoma during parturi- tion: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:560–2.

12.- Nazir M, Carlsen E, Jacobsen AF. Is there any correlation between anal testing, rupture grade, and bowel symptoms after primary repair of obstetric and sphincter rupture? an observational cohort study. *Dis Colon Rectum* 2002;45: 1325–31.

13.- Paul G, Schoon A. A guest editorial: Episiotomy: Yea or nay. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56:667–9.

14.- Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the peri- neum for every primipara? *Am J Obstet Dis Women Child* 1918;78:211–9.

15.- Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English- language literature since 1980. Part 1&2. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:806–35.

16.- Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:364–8.

17.- Labrecque M, Baillergeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Can Med Assoc J* 1997;156:797–802.

18.-Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD000081.

19.- Rodriguez, M, (2016). Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud, como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria, México: (9). Boletín

CONAMED -OPS Órgano de difusión del centro colaborador de materia en calidad y seguridad del paciente.