



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

“COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA-2018.”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada  
en Enfermería

**AUTORA:** Benavides Obando Jocelyne Stephania

**DIRECTORA:** MSc. López Aguilar Eva Consuelo

IBARRA - ECUADOR

2019

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA-2018.**”, de autoría de JOCELYNE STEPHANIA BENAVIDES OBANDO, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 04 días del mes de julio de 2019

**Lo certifico**

(Firma).....

Msc. López Aguilar Eva Consuelo

C.C.: 1001817459

**DIRECTORA DE TESIS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**  
**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	0401769534		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Benavides Obando Jocelyne Stephania		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Eduardo Almeida Y Tobías Mena		
<b>EMAIL:</b>	stepha_7794@outlook.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	S/N	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0998006834
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>	“COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA 2018”		
<b>AUTOR (ES):</b>	Jocelyne Stephania Benavides Obando		
<b>FECHA:</b>	2019/07/04		
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Enfermería		
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	MSc. López Aguilar Eva Consuelo		

## **2. CONSTANCIAS**

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 04 días del mes de julio de 2019

### **LA AUTORA**

(Firma).....

Jocelyne Stephania Benavides Obando

C.I.: 0401769534

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCCS-UTN

**Fecha:** Ibarra, 04 de julio de 2019

**BENAVIDES OBANDO JOCELYNE STEPHANIA** "COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA-2018."/ TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte.

**DIRECTORA:** Msc. López Aguilar Eva Consuelo

El principal objetivo de la presente investigación fue, analizar el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería con el fin de establecer una correlación promedial en estudiantes a tiempo completo y aquellos con responsabilidad laboral. Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio, correlacionar el rendimiento académico con responsabilidad laboral y estudio a tiempo completo, según corresponda, identificar las condiciones laborales y académicas de la población en estudio y socializar a los estudiantes los resultados obtenidos permitiendo la concienciación del rol de los jóvenes en la sociedad.

**Fecha:** Ibarra, 04 de julio de 2019



.....  
Msc. López Aguilar Eva Consuelo

**Directora**



.....  
Jocelyne Stephania Benavides Obando

**Autora**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por todas las bendiciones que ha extendido sobre mí, a mi madre y esposo ya que sin su apoyo no hubiese sido posible tan grande satisfacción, fueron un apoyo incondicional en este largo camino para culminar con éxito mis metas propuestas.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la MSc. López Aguilar Eva Consuelo quién con su experiencia, conocimiento y motivación me orientó de la mejor manera haciendo posible la culminación de este trabajo investigativo plasmándolo hoy en día.

A mi prestigiosa “Universidad Técnica del Norte” en dónde me formé por cuatro años otorgándome los mejores conocimientos a través de docentes quienes fomentaron el estudio e hicieron de mí una gran profesional por ello mi gratitud y respeto a quienes conforman la Facultad Ciencias de la Salud.

*Jocelyne Stephania Benavides Obando*

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar el presente trabajo investigativo con mucho amor a mi madre: Janneth Berthirene Obando Rosero un ente importante durante todo este proceso y en mi vida quien con su amor, paciencia y sacrificio me ha permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí valores y el ejemplo de esfuerzo y valentía.

A mis abuelitos: Luis Obando y Blanca Rosero mis segundos padres quienes me vieron crecer desde pequeña inculcándome valores para ser mejor cada día y que con sus consejos me ayudaron a luchar por un sueño.

A toda mi familia por haber sido un apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación como profesional y ser humano.

*Jocelyne Stephania Benavides Obando*

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA: .....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de Investigación.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema .....	3
1.3. Justificación .....	4
1.4. Objetivos .....	5
1.4.1. Objetivo General .....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de la Investigación.....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco Teórico .....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina, Bolivia, Diciembre - 2014.....	7
2.1.2. Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense, Nicaragua, Febrero-2015.....	8
2.1.3. Episiotomía y riesgos, Bolivia-2012.....	9



2.1.4. Evolución de la tasa de episiotomías en el Hospital Universitario de Burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales, España, enero – 2016.....	9
2.1.5. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Ecuador, Cuenca, Abril – 2017.....	10
2.1.6. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas, España, Junio – 2014. ....	11
2.2. Marco contextual.....	12
2.2.1. Hospital Luis Gabriel Dávila .....	12
2.2.2. Historia.....	13
2.2.3. Misión y Visión del Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán .	14
2.2.4. Valores del Hospital Luis Gabriel Dávila .....	14
2.2.5. Ubicación .....	14
2.2.6. Infraestructura del Hospital Luis Gabriel Dávila.....	15
2.3. Marco conceptual.....	16
2.3.1. Parto .....	16
2.3.2. Períodos o etapas del parto.....	16
2.3.3. Trabajo de Parto .....	17
2.3.4. Anatomía del suelo pélvico.....	17
2.3.5. Trauma Obstétrico.....	18
2.3.6. Episiotomía .....	19
2.3.7. Tipos de episiotomía .....	20
2.3.8. Factores para la realización de episiotomía. ....	21
2.3.9. Indicaciones teóricas para la realización de una episiotomía.....	26
2.3.10. Complicaciones de la Episiotomías .....	26
2.3.11. Complicaciones inmediatas de una episiotomía. ....	27
2.3.12. Complicaciones mediatas de una episiotomía.....	27
2.3.13. Complicaciones tardías .....	28
2.3.14. Dorothea Orem “Teoría del autocuidado” .....	29
2.4. Marco Legal y Ético.....	31
2.4.1. Marco Legal .....	31
2.5.1. Marco Ético.....	34

CAPÍTULO III .....	39
3. Metodología de la Investigación .....	39
3.1. Diseño de la investigación .....	39
3.2. Tipo de investigación .....	39
3.3. Localización y ubicación del estudio .....	39
3.4. Población.....	40
3.4.1. Universo .....	40
3.4.2. Muestra.....	40
3.4.3. Criterios de inclusión .....	40
3.4.4. Criterios de exclusión.....	40
3.5. Operacionalización de variables .....	41
3.6. Métodos de recolección de información .....	47
3.6.1. Ficha de recolección de datos .....	47
3.6.2. Encuesta .....	47
3.7. Análisis de datos .....	47
CAPÍTULO IV .....	49
4.1. Resultados de la investigación .....	49
CAPÍTULO V .....	57
5. Conclusiones y Recomendaciones .....	57
5.1. Conclusiones .....	57
5.2. Recomendaciones.....	59
BIBLIOGRAFÍA .....	60
ANEXOS .....	66
Anexo 1. Encuesta.....	66
Anexo 2. Ficha de recolección de datos .....	68
Anexo 3. Autorización .....	69
Anexo 4. Archivo fotográfico .....	70
Anexo 5. Guía Educativa .....	72
.....	72

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Datos sociodemográficos .....	49
Gráfico 2. Factores que incitaron al personal de salud a realizar episiotomía. ....	51
Gráfico 3. Complicaciones de la Episiotomía.....	53
Gráfico 4. Riesgo - Beneficio según la percepción del profesional de salud sobre la aplicación de la Episiotomía. ....	54

## RESUMEN

“COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA-2018.”

**Autora:** Jocelyne Stephania Benavides Obando

**Correo:** stepha\_7794@outlook.com

La episiotomía consiste en un procedimiento quirúrgico menor en el cual se realiza un corte en la zona del periné femenino en el periodo expulsivo; en la actualidad se recomienda el uso selectivo y no sistemático de la episiotomía, al ser una incisión expuesta se encuentra vulnerable a posibles complicaciones durante o después del parto por lo que el objetivo de la investigación fue determinar las complicaciones en pacientes con episiotomía atendidas en Gineco Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila-2018, la metodología utilizada: cuantitativa, no experimental, de tipo retrospectivo, documental, analítico para lo cual se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos y encuesta, en dónde se obtuvo los siguientes resultados: respecto a los datos sociodemográficos se encontró un rango de edad de 20 a 29 años, de residencia urbana, autoidentificación mestiza y una instrucción secundaria incompleta, los factores que indujeron al personal de salud a realizar episiotomías se encuentran factores maternos: pacientes primigestas por periné tenso, pacientes multigestas con un periodo intergenesico de 3 a más años, partos a término, tipo de sutura catgut, los partos fueron atendidos por profesional Obstetra. Factores fetales como: Macrosomía fetal, perímetro cefálico mayor a 33cm, diferentes presentaciones fetales al nacer: presentación de hombros, presentación compuesta, podálica, pélvica, occipito sacra. De acuerdo al riesgo/beneficio de la episiotomía de los encuestados en su mayoría profesionales médicos consideran que la realización de episiotomía es un beneficio y profesionales de Enfermería lo considera un riesgo.

**Palabras clave:** Complicaciones de la episiotomía, Episiotomía, Factores de la episiotomía.

## ABSTRACT

"COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH EPISIOTOMY ATTENDED AT THE GYNECOLOGICAL OBSTETRICS DEPARTMENT OF THE LUIS GABRIEL DÁVILA HOSPITAL-2018."

**Author:** Jocelyne Stephania Benavides Obando

**Email:** stepha\_7794@outlook.com

The episiotomy consists of a minor surgical procedure in which a cut is made in the area of the female perineum during the expulsive period; at present, the selective and non-systematic use of episiotomy is recommended, since an exposed incision is vulnerable to possible complications during or after delivery, so the objective of the research was to determine the complications in patients with episiotomy treated in Gynecological Obstetrics Department at the Luis Gabriel Dávila Hospital, 2018, the methodology used: quantitative, non-experimental, retrospective, documentary, analytical, for which a data collection and survey were applied as tools where the following results were obtained: sociodemographic data evidenced an age range of 20 to 29 years, urban residence, mestizo with incomplete secondary education, the factors that induced health personnel to perform episiotomies are maternal factors: primiparous patients per tense perineum, patients with multiple pregnancies with an interpregnancy interval period of three or more years, full term births sutured with catgut type suture, births were attended by professional Obstetricians. Fetal factors such as: Fetal macrosomia, cephalic perimeter greater than 33cm, different fetal presentations at birth: shoulder presentation, composite presentation, breech, pelvic, occipital sacral. According to the risk/benefit of the episiotomy of the respondents, most medical professionals consider that performing an episiotomy as a benefit while Nursing professionals consider it a risk.

**Key words:** Complications of episiotomy, Episiotomy, Factors of episiotomy..

**TEMA:**

“COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA-2018.”

# CAPÍTULO I

## 1. El Problema de Investigación

### 1.1. Planteamiento del Problema

La Organización mundial de la salud en el año 2007 exhibió un informe en él dice que: “de acuerdo con los últimos descubrimientos no debe realizarse episiotomía de rutina en los partos”, algunos profesionales de salud están en desacuerdo tomando en cuenta que en algunos casos es indispensable e inevitable realizar la episiotomía sobre todo en aquellas mujeres que dan a luz por primera vez. La OMS designa un porcentaje no mayor al 20% de episiotomías, ya que la práctica de episiotomía en algunos casos ocasiona complicaciones o problemas como hemorragia postparto, otras probables complicaciones relacionadas a la episiotomía son los hematomas y la infección, que pueden llevar a dehiscencias, abscesos y posteriormente a fístulas recto-vaginales. En Latinoamérica, su práctica está extendida y se realiza entre el 87 y el 90% de la atención del parto de las mujeres nulíparas y entre el 57 y el 70% los partos atendidos en instituciones hospitalarias (1).

Este procedimiento se realiza de forma variada en distintos países. Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los Estados Unidos se lo realiza al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%) y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán. Estos porcentajes van bajando con el pasar del tiempo, luego de muchos estudios sobre la utilización de esta técnica, por ejemplo en Inglaterra bajo en un 16%, existen datos, no muy explícitos, sobre la necesidad de realizar episiotomía según la raza de la madre. Donde se llega a la conclusión de que las mujeres de raza asiática suelen tener más necesidad de una episiotomía, al contrario las mujeres de raza negra suelen evitar la segunda fase del parto sin necesidad de realizarse una episiotomía (2).

En el Ecuador la Afectación en la calidad de vida se encuentra 80% en mujeres que fueron sometidas a episiotomía y un 67% de las mismas que sufren desgarro, no tienen afectación por lo que se concluye que el parto es un proceso fisiológico, recalcando que un parto no debe causar incapacidad y dolor (3).

En la ciudad de Tulcán la práctica del parto respetado se dificulta al realizar intervenciones injustificadas como son: canalización de vía endovenosa (92.2%), la usuaria no recibe información sobre la libre posición (89.7%), acerca de qué hacer con la placenta (72.1%), no se estimuló a la deambulación (74.5%) y no se realiza acompañamiento durante el trabajo de parto y parto (74.5%); se administra analgésicos como son el Ketorolaco, y/o tramadol para control farmacológico del dolor (82.4%). Además se observó que se llevan a cabo procedimientos de manera rutinaria: inducción-conducción del trajo de parto (58.8%), tactos vaginales a repetición (46.1%), episiotomía (40.2%), ruptura artificial de membranas (22.5%) (4).



## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuáles son las complicaciones en pacientes con episiotomía atendidas en Gineco Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila-2018.?

### **1.3. Justificación**

La episiotomía, es una técnica que con el pasar del tiempo ha perdido su beneficio dejando de usarse en la obstetricia actual, dónde los riesgos de lesión materna superan los beneficios; al ser una incisión exteriorizada involucra una constante exposición a humedad en la región vaginal y anal lo que conlleva a complicaciones, ante lo cual la investigación tendrá como finalidad determinar las complicaciones en pacientes con episiotomía atendidas en Gineco Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila-2018.

Es factible realizar este estudio, ya que día a día se atienden un sin números de partos en este establecimiento de salud, el cual posee la infraestructura, equipamiento y personal necesario para atender el parto, además de ello cuenta con los recursos necesarios para el mismo, es viable porque se pretende disminuir las complicaciones de episiotomía, contribuyendo a aumentar el bienestar de las mujeres a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un proceso sin complicaciones para las pacientes tanto en el parto como en el puerperio.

Entre las beneficiarias directas están aquellas mujeres que han experimentado un parto con episiotomía, porque tiene como fin orientar mediante una guía educativa sobre los cuidados que se deben mantener después de una episiotomía, para evitar de esta manera la aparición de complicaciones. Como beneficiarios indirectos, está el investigador porque a través de ésta investigación obtendrá su titulación y para la Academia porque será un ente de referencia para próximas investigaciones sobre el tema.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar las Complicaciones en pacientes con episiotomía atendidas en Gineco Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila-2018.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- Identificar los factores que incitaron al personal de salud a realizar episiotomías.
- Identificar las complicaciones presentadas en los partos con episiotomía.
- Evaluar riesgo-beneficio según la percepción del profesional de salud sobre la aplicación de la episiotomía.
- Elaborar una guía educativa sobre cuidados de episiotomía, dirigida a pacientes postparto.

## **1.5. Preguntas de la Investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles los factores que incitaron al personal de salud a realizar episiotomías?
- ¿Cuáles son las complicaciones presentadas en los partos con episiotomía?
- ¿Cuál es la importancia de evaluar riesgo-beneficio según la percepción del profesional de salud sobre la aplicación de Episiotomía?
- ¿Cuál es la importancia de elaborar una guía sobre cuidados de episiotomía dirigida a pacientes postparto?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1. Marco Referencial**

##### **2.1.1. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina, Bolivia, Diciembre - 2014.**

Se realizó la búsqueda en Pubmed, Cochrane, Biomed y Scielo. El intervalo de tiempo de búsqueda fue del año 1998 hasta 2014. Los términos de búsqueda fueron: "Episiotomía"; "ventajas de episiotomía"; "complicaciones de episiotomía"; "desgarro perineal" con el objetivo de contestar a una interrogante se debe o no realizar episiotomía, se observaron complicaciones inmediatas y mediatas tales como hematoma (62%) y edema (32%) en mujeres con episiotomía, comparando con 3% y 5% en pacientes sin episiotomía, respectivamente.

Las complicaciones más temidas luego de las anteriormente mencionadas, son el dolor en la zona perineal y la dispareunia. Se vieron índices de dolor más alto en pacientes con episiotomía (83%) que en pacientes sin episiotomía, después de ver estos y otras muchos datos más, surge la pregunta ¿por qué se sigue realizando la episiotomía a todas las mujeres? Pues no todo va en contra de esta práctica. También se vieron complicaciones difíciles de resolver como desgarros anteriores, que comprometen la zona uretral, estos suelen ser de difícil tratamiento y de pronóstico variable (27%). Aun después de diversos estudios, con diferentes metodologías, no se ha logrado descartar totalmente el uso de esta técnica.

Actualmente el porcentaje de mujeres a las que se les realiza la episiotomía va disminuyendo con la tendencia del parto humanizado. Ya no es necesario realizar el corte a todas las mujeres. Este procedimiento debería ser considerado estrictamente

selectivo. Lo que queda por investigar son las verdaderas indicaciones para realizarla, puesto que variables como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no están ligadas a la no realización del corte (5).

### **2.1.2. Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense, Nicaragua, Febrero-2015.**

En nuestro medio la información disponible a nivel de los centros hospitalarios es limitada o incluso ausente con relación a los beneficios y riesgo del uso rutinario de la episiotomía, en especial con relación al grupo de mujeres primigestas. Uno de los pocos datos que se registran a nivel hospitalario es la presencia y grado del desgarro perineal. Sin embargo no hay cifras oficiales reportadas por lo que se decidió realizar dicho estudio de corte transversal, el cual se realizó en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2014. En donde se estudiaron 80 pacientes a las cuales se les realizó episiotomía, con el objetivo de conocer la frecuencia y tipo de complicaciones de la episiotomía en las primigestas se encontró que el rango de edad predominante fueron las adolescentes de 14 a 19 años, con un 72.5%, el estado civil acompañada con un 58.8%, la complicación más frecuente se encontró el desgarro en un 21.25%, seguido de las prolongaciones de episiotomía en un 20.25%, hematomas en un 13.75%.

Al comparar la edad de las pacientes con la complicación no se encuentra diferencia significativa ya que en todos los rangos tuvieron un alto porcentaje de complicación. Comparando la relación entre el médico que atendió el parto y la frecuencia de complicaciones encontramos que el más alto porcentaje corresponde a los residentes de II año con el 67% como conclusión las pacientes en estudio se caracterizan por ser principalmente adolescentes, la mayoría acompañada. El porcentaje global de complicaciones es del 48%. Los tipos de complicación más frecuentes son los desgarros principalmente, seguido de las prolongaciones de episiotomía y los hematomas (6).

### **2.1.3. Episiotomía y riesgos, Bolivia-2012.**

La práctica de la episiotomía no esta exenta de riesgos y por el contrario algunos estudios han demostrado que constituye un factor de riesgo para la presentación de hemorragia postparto (HPP). La episiotomía medio lateral incrementa el riesgo de HPP 4.8 veces mientras que la episiotomía mediana incrementa el riesgo de HPP en 1.6 veces, con el obojtivo de analizar la técnica de escisión de la episiotomía, los beneficios y los riesgos posibles de su uso durante el parto y sus efectos en la salud de la madre y el niño, el tipo de estudio es descriptivo, porque se revisa la literatura sobre la práctica de la episiotomía durante el parto para evitar expulsivos prolongados y desgarros graves, así como también las complicaciones que se presentan en los diferentes grados de desgarros, situación que condiciona la salud de la madre y el niño se concluye que la episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales; así como también con una mayor prevalencia de edemas vulvo perineales.

Este procedimiento agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias. Entre los hipotéticos efectos adversos derivados del uso rutinario de la episiotomía se incluyen, prolongación de la episiotomía, hasta el esfínter anal o recto, o por medio de una prolongación inevitable de la incisión, resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístulas recto vaginales y fístulas anales, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía infección, dehiscencia y disfunción sexual (7).

### **2.1.4. Evolución de la tasa de episiotomías en el Hospital Universitario de Burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales, España, enero – 2016.**

Las primeras referencias históricas de su uso datan desde 1742 sin embargo la episiotomía tuvo poca aceptación hasta que no se desarrollen las técnicas de analgesia y antisepsia, no se extendió hasta 1920 cuando dos obstetras determinaron su práctica sistemática y profiláctica argumentando que dicha práctica evitaba el dolor, prevenía

la aparición de desgarros, acortaba el parto, prevenía el prolapso uterino sin embargo en la década de los sesenta se cuestionó la práctica de la episiotomía desde entonces se han realizado estudios con la finalidad de investigar su utilidad; con este estudio correlacional retrospectivo tiene el objetivo de analizar la evolución de la práctica de episiotomía, se estudiaron los partos eutócicos y los recién nacidos a término en parto eutócico entre el 1 de enero del 2002 y el 31 de diciembre del 2013 las variables estudiadas fueron las siguientes paridad relación o no de episiotomía desgarro perineal test de Apgar y pH de arteria umbilical el análisis de los datos se realizó mediante técnicas paramétricas de contraste de hipótesis del total de 26.163 partos atendidos en el Hospital Universitario de Burgos durante el período citado se incluyeron 16.222 partos eutócicos y para el estudio de resultados fetales 15.132 recién nacidos el porcentaje de episiotomías en partos eutócicos disminuyó significativamente de 92.36% a 43.9% la comparación de los datos de antes y después de la muestra una disminución del porcentaje de episiotomías del 71.40% al 47.30% respecto a las lesiones perineales con y sin episiotomía se encontraron diferencias en el porcentaje de perinés íntegros del 0 frente al 32.26% pero no en el porcentaje de desgarros graves, además no se hallaron diferencias en los resultados del test de Apgar y de pH que indican unos peores resultados neonatales sin episiotomía como conclusión el porcentaje de episiotomías ha disminuido significativamente no se encontró ninguna relación entre los partos sin episiotomía y un mayor porcentaje de daños perineales graves ni unos peores resultados neonatales aumenta el porcentaje de perinés íntegros al no realizar episiotomía (8).

#### **2.1.5. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Ecuador, Cuenca, Abril – 2017.**

En el Hospital Vicente Corral Moscoso, del cantón Cuenca se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso y perímetro cefálico del recién nacido y con ello ver si existe disminución de esta intervención obstétrica, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía. Se realizó un estudio de prevalencia analítico en un universo de 3 798



parturientas, la muestra lo componen 580 primigestas que acudieron al centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información; los datos obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 21 y Microsoft Excel 14.4.8. En donde cuyos resultados de la investigación realizada la prevalencia de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue del 35.5%, valor inferior a los datos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito (42.6%) y a otros estudios a nivel mundial. Es mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%), como se puede observar la tasa de episiotomía supera lo recomendado, por otro lado la prevalencia de episiotomía fue del 35.5%. Se encontró significancia estadística en la edad menor de 19 años, el peso del recién nacido mayor a 3000 gramos y el perímetro cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; no se encontró significancia estadística entre talla materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía (9).

#### **2.1.6. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas, España, Junio – 2014.**

Factores como el sexo fetal, el tipo de anestesia, la nacionalidad o el personal que asiste el parto, son poco estudiados. Por ello, creemos necesario la realización de este trabajo, que aportaría más información para consolidar el uso de la episiotomía selectiva entre los profesionales sanitarios. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza con una muestra de 568 mujeres nulíparas, se comparó la existencia o no de episiotomía tras el parto con las variables: edad materna, nacionalidad, edad gestacional, peso fetal, hora de nacimiento, sexo fetal, analgesia empleada y profesional que asiste el parto, así como la existencia de desgarros y los resultados del pH de la arteria umbilical fetal, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas; se obtuvo como resultados que la tasa de episiotomía en las mujeres nulíparas en el HUMS de Zaragoza es de un 62%. Entre los factores que influyen en la realización de una episiotomía se encuentran el mayor peso del feto, así como el criterio individual del profesional que

asiste el parto. Otros factores como la edad gestacional, el sexo fetal, la analgesia epidural, la hora de nacimiento o la nacionalidad no influyen en su realización. El no hacer episiotomía incrementa los desgarros perineales de primer grado, y en menor medida los de segundo, sin que ocasione un mayor riesgo para el bienestar fetal. Además, su no realización permite la posibilidad de mantener el periné íntegro tras el parto, principalmente entre las mujeres más jóvenes (10).

## **2.2. Marco contextual**

### **2.2.1. Hospital Luis Gabriel Dávila**



*Imagen 1. Entrada principal Hospital Luis G. Dávila (11).*

El Hospital Luis Gabriel Dávila, es una unidad de salud de segundo nivel que cuenta con cuatro especialidades básicas de: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Medicina General; para atender las necesidades de la comunidad en temas de salud y de acuerdo a su perfil epidemiológico ha desarrollado otras especialidades como: Dermatología, Cardiología, Oftalmología, Audiología, Máxilo facial, Salud mental, Psiquiatría, Terapia física, Urología, Emergencia, Unidad de cuidados intensivos adultos y neonatales, Traumatología, Asesoría genética y Nutrición. Además cuenta con servicios complementarios como: Imagenología, Laboratorio, Central de mezclas, Farmacia y Trabajo social.

Esta entidad de salud cuenta con talento humano necesario para garantizar la atención en todas las especialidades. Se encuentran externalizados los servicios de lavandería, limpieza, alimentación y vigilancia, mismos que son supervisados de manera permanente con el fin de garantizar una adecuada atención para los usuarios; ésta casa de salud fue fundada hace 92 años, hoy cuenta con una nueva y moderna infraestructura y su personal labora arduamente en promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y docencia.

### **2.2.2. Historia**

Los textos históricos de esta casa de salud, refieren que transcurría el año 1923 cuando un terremoto sacudió fuertemente al departamento de Nariño en Colombia y la ciudad de Tulcán en Ecuador. En aquellos tiempos no existía ninguna casa de salud ni albergue para acoger a tantos heridos y enfermos que había dejado el terremoto.

Ante esta imperiosa necesidad, un grupo de ciudadanos se reúnen y acuerdan construir un chozón en el lugar, al cual le pusieron el nombre de “San Vicente de Paúl”. Pero en 1944 la Junta Social del Carchi, coloca el nombre de Luis Gabriel Dávila al pabellón de maternidad, siendo en el año 1954 cuando se extendió el nombre a todo el Hospital. En abril de 1972 el Hospital Luis G. Dávila pasa a pertenecer directamente al Ministerio de Salud Pública.

El doctor Luis G. Dávila, médico de multifacética personalidad, nació en Tulcán en el año 1884, realizó sus estudios universitarios en Berlín, París, y se graduó como médico en Lyon. Dávila se distinguió como catedrático y hombre público, un profesional preocupado del desarrollo tecnológico y científico que trabajó por lograr el bienestar del pueblo ecuatoriano.

Como Institución sanitaria hasta hace ocho años el hospital Gabriel Dávila contaba con: Ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, consulta externa y emergencia; tenía una extensión de 3.000 mts cuadrados, su capacidad era de 90 camas y disponía de 224 profesionales de la salud. Desde 2013 el hospital tiene nueva

infraestructura con 18 mil metros cuadrados. Hoy en día cuenta con una amplia cartera de servicios que rebasa las expectativas del segundo nivel de atención.

### **2.2.3. Misión y Visión del Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán**

Con el fin de prestar servicios de calidad y calidez a la ciudadanía y alcanzar metas propuestas autoridades del Hospital Luis Gabriel Dávila elaboraron y tienen como misión y visión (12):

***Misión:** Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las Políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red en el marco de justicia y equidad social.*

***Visión:** Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.*

### **2.2.4. Valores del Hospital Luis Gabriel Dávila**

Respeto, Inclusión, Vocación de Servicio, Compromiso, Integridad, Justicia, Lealtad.

### **2.2.5. Ubicación**

El Hospital Luis Gabriel Dávila es un hospital general se localiza en la ciudad de Tulcán, provincia del Carchi, parroquia Gonzales Suárez, se sitúa en la Avda. San Francisco y Gustavo Backer al norte de la ciudad de Tulcán, provincia de Carchi en dónde más de 176.000 personas de Carchi y el Cordón Fronterizo son beneficiarios.

### **2.2.6. Infraestructura del Hospital Luis Gabriel Dávila**

Al ser un hospital de segundo nivel cuenta con 166 camas de internación. Todas las áreas se encuentran completamente equipadas.

- **Internación:** Quirúrgica (25 camas), Ginecología (56 camas), Medicina Interna (25 camas), Pediatría (40 camas).
- **Unidad de Cuidados Intensivos:** 4 puestos
- **Emergencia:** 17 puestos de Observación, 1 puesto para pacientes críticos, 5 puestos de Atención y 4 puestos de atención Gineco-Obstétricos.
- **Neonatología:** 16 puestos, Básica (4), Intermedia (4), Intensivos (4) y Aislados (4).
- **Centro Quirúrgico:** 4 Quirófanos, Quirófanos Traumatología (1), Quirófano Polivalente (3).
- **Centro Obstétrico:** 2 Salas de Parto, 1 Quirófano para Cesáreas.
- **Servicios de apoyo:** Ecografía, Radiología, Mamografía, Tomografía y laboratorio clínico, Farmacia.

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1. Parto**

El parto es la expulsión del feto y sus anejos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos, solamente podemos decir que un parto ha sido normal o eutócico cuando ha terminado por completo. Si durante él se presentan complicaciones se llamará distócico. El parto puede ser espontáneo, por el contrario puede ser o en su inicio o durante su evolución precisar de maniobras especiales, para denominándose quirúrgico o tocúrgico. El parto marca el fin de la gestación, y dependiendo de la duración de ésta hablaremos de parto a término si se inicia entre la 37 y las 42 semanas cumplidas, esto es cuando han transcurrido de 259 a 293 días desde que empezó su última menstruación. Se llama a término porque el 80% de los embarazos acaba dentro de dichos límites, naciendo fetos completamente maduros (13).

### **2.3.2. Períodos o etapas del parto**

Según Ileana Santoiani, la expulsión del feto se cumple en tres etapas (14):

**Etapa 1:** Las contracciones (semejante a dolores menstruales) hacen descender al feto hasta el cuello del útero, que se dilata para dejarlo pasar. Se rompe la bolsa amniótica y se produce la pérdida del líquido amniótico, el cual sirve para lubricar y desinfectar la vagina o el canal del parto.

**Etapa 2:** Durante 20 y 60 minutos es donde el feto atraviesa el cuello uterino y la vagina y es expulsado al exterior. El cordón umbilical deja de latir y en ese instante se corta separando el niño de la madre. Cuando el cordón se cicatriza, se forma el ombligo.

**Etapa 3:** Dura entre 10 y 15 minutos después del nacimiento, la placenta y las envolturas fetales se desprenden de la pared uterina y son eliminadas al exterior

mediante contracciones. Luego el útero se contrae lo suficiente como para que los vasos sanguíneos se cierren y no se produzca hemorragia. A esta etapa se la llama alumbramiento.

### **2.3.3. Trabajo de Parto**

El trabajo de parto es un proceso con diversos cambios fisiológicos intensos en la madre que posibilitan la expulsión del feto a través del canal del parto. Se define como el borramiento y la dilatación progresivos del cuello uterino resultado de las contracciones uterinas regulares que ocurren al menos cada 5 min y duran 30 a 60 segundos. La función del personal de salud consiste en anticipar y atender las alteraciones que puedan presentarse en el proceso materno o fetal. Cuando se toma la decisión de intervenir, debe considerarse de forma cuidadosa, ya que toda intervención supone no sólo beneficios sino también riesgos. En la mayoría de los casos, la mejor atención es la observación estrecha y, si es necesaria, la intervención cautelosa (15).

### **2.3.4. Anatomía del suelo pélvico**

Montserrat Espuña y otros mencionan (17):

La cavidad pelviana se encuentra caudalmente cerrada al exterior por un conjunto de estructuras fibromusculoaponeuróticas denominado periné (perineum) o suelo pelviano, situado entre el peritoneo pelviano y la región genital externa o periné superficial. Sus funciones principales son el soporte de las vísceras pelvianas permitiendo a la vez el paso hacia el exterior de las porciones terminales de los aparatos urinario, reproductor y digestivo (uretra y recto en el hombre; uretra, vagina y recto en la mujer), así como la participación en los mecanismos esfinterianos de dichas estructuras.

El periné está delimitado por un conjunto osteofibroso de morfología romboidal, formado por delante por el borde inferior de la sínfisis del pubis, por detrás por el vértice del cóccix y lateralmente por ambas ramas isquiopúbicas, las tuberosidades

isquiáticas y los ligamentos sacrotuberosos. La constitución osteofibrosa de los límites de esta región permite una discreta dilatación del periné en la fase de expulsión del feto durante el parto. La línea que une ambas tuberosidades isquiáticas divide el periné en dos regiones de morfología triangular: una anterior, de vértice púbico, denominada periné anterior o triángulo urogenital, y una posterior, de vértice coccígeo, denominada periné posterior o triángulo anal. Ambas regiones se encuentran situadas en planos distintos, formando entre ellas un ángulo diedro abierto hacia arriba (Williams, 1998). Topográficamente, de la superficie a la profundidad, podemos definir cuatro planos en la constitución del suelo pelviano: los músculos del periné superficial, el diafragma urogenital, el diafragma pélvico y la fascia pélvica. Desde el punto de vista funcional, las estructuras del suelo pelviano las agrupamos en un sistema estriado constituido por el diafragma urogenital y el diafragma pélvico, y un sistema no estriado formado por fibras de tejido conectivo de disposición transversal, sagital y frontal que rodean a los órganos alojados en la cavidad pelviana.

### **2.3.5. Trauma Obstétrico**

La seguridad de la paciente durante el alumbramiento puede ser evaluada observando el desgarro del perineo potencialmente evitable durante el parto natural, los desgarros que se extienden a los músculos perineales y pared intestinal requieren cirugía y tienen más probabilidades de ocurrir en el caso del primer parto natural bebés con peso alto, inducción del parto, posición occipito posterior de recién nacido, segunda etapa del trabajo de parto prolongado y alumbramiento con instrumental. Las posibles complicaciones incluyen dolor perineal continuo e incontinencia, no es posible prevenir este tipo de desgarros en todos los casos pero se puede reducir con una adecuada gestión del alumbramiento y cuidados obstétricos de alta calidad por lo tanto la proporción de alumbramientos que involucran laceraciones de alto grado es un indicador útil de la calidad del cuidado obstétrico.

Las tasas de trauma obstétrico pueden ser influenciadas por la tasa general de cesáreas en un país partos naturales asistidos y episiotomías de modo que siguen siendo un tema bajo investigación por ejemplo la episiotomía es una incisión quirúrgica del perineo



realizada para ensanchar la abertura vaginal para el alumbramiento, existen actualmente variaciones muy importantes en el uso de episiotomía en partos naturales en Europa de alrededor del 70% de los partos en Portugal y Polonia al menos del 10% en Suecia Dinamarca e Islandia el uso selectivo de episiotomía para disminuir las laceraciones perineales severas durante el alumbramiento sigue siendo un tema controversia (16).

### **2.3.6. Episiotomía**

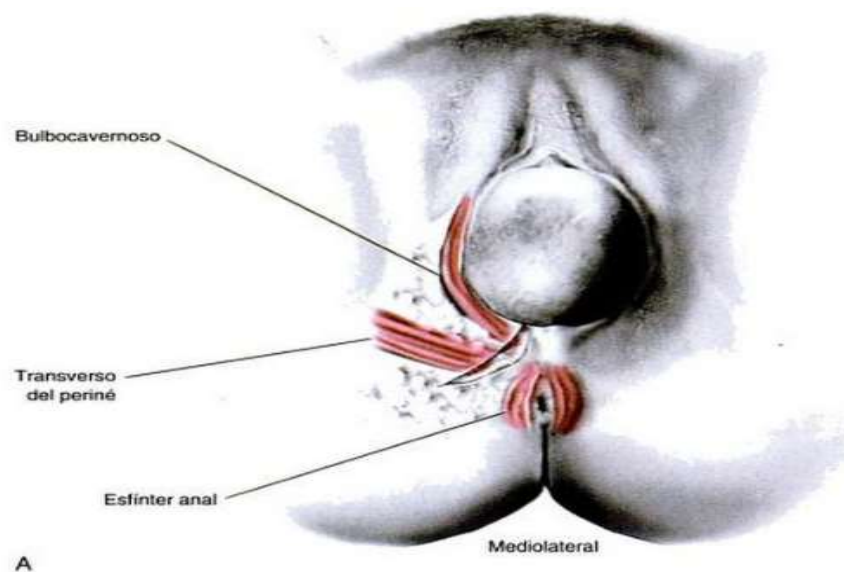
Se define episiotomía como la incisión quirúrgica realizada en el periné de la mujer durante el parto previamente a la expulsión del feto, con el fin de aumentar el diámetro del hiato urogenital, facilitando con ello el parto y disminuyendo el tiempo de periodo expulsivo (18). Incisión del periné que comprende la piel el plano muscular y la mucosa vaginal y que es equivalente a un desgarro de segundo grado habitualmente se secciona el musculo bulbocavernoso y el transverso superficial puede también seccionarse el músculo transverso profundo o membrana perineal y ocasionalmente la rama puborrectal del músculo elevador del ano. La práctica de la episiotomía no ha demostrado tener un efecto preventivo para evitar los desgarros perineales de tercer y cuarto grado existe la recomendación de abandonar esta práctica sistemática que ha demostrado condicionar mayor frecuencia de lesiones del esfínter anal y mantener un uso selectivo en los casos necesarios (19).

Etimológicamente episiotomía significa cortar el pubis y procede del griego EPISEION (pubis) y TEMNO (cortar) también llamada perineotomia (20). La episiotomía apareció a finales del siglo XVIII, utilizándose de forma exclusiva para partos dificultosos, hasta que a finales del siglo XIX se introdujo la idea de la episiotomía profiláctica para prevenir el daño perineal. A partir de 1920 se generalizó su uso para aliviar el dolor, prevenir desgarros, disminuir la duración del parto y, con ello, la morbimortalidad perinatal. A pesar de los limitados datos sobre sus indicaciones, se convirtió en un procedimiento habitual, subestimándose los potenciales efectos adversos. Hace aproximadamente 20 años comenzó a extenderse la evidencia que apoyaba el uso restrictivo de la episiotomía, y a partir de ese momento,

comienzan a publicarse guías de práctica clínica y recomendaciones por parte de diversos organismos internacionales. En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un documento en el que se afirmaba que no existía ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tuviera efectos beneficiosos, pero sí la había en lo referente a que ésta podía producir daños. Ya en el presente siglo, Carroli y Mignini publicaron una revisión con una gran repercusión, en la que afirmaban que el uso restrictivo de la episiotomía producía un traumatismo perineal menos grave, un menor traumatismo perineal posterior, menos suturas y menos complicaciones de cicatrización a los 7 días. Asimismo, no presenta diferencias en la aparición de dolor, incontinencia urinaria, dispareunia o traumatismo vaginal/perineal grave (21).

### 2.3.7. Tipos de episiotomía

**Medio lateral:** incisión desde la comisura posterior en dirección a espina ciática (dirección oblicua de 45 grados) se secciona la totalidad de la fascia puborrectal del elevador del ano se puede ampliar fácilmente si fuese necesario evitando los desgarros la cicatrización es buena aunque puede dejar una sensibilidad dolorosa que dura varios meses (dispareunia) la tasa de desgarros de 3° y 4° grado es menor de 1% (22).



*Imagen 2. Episiotomía medio lateral (23)*

**Media o central:** incisión desde la comisura posterior en dirección a ano respetando los músculos elevadores, existe el peligro si se extiende de desgarro o secuelas de incontinencia anal, son mayores que con las otras incisiones ese tipo sangra poco se sutura fácilmente y el resultado estético es bueno y provoca menos dolores (22).

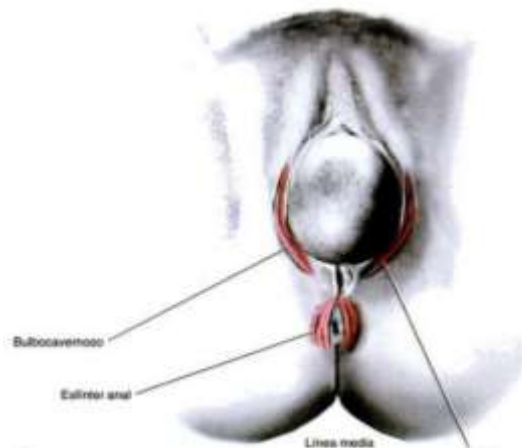


Imagen 3, Episiotomía Lateral (23)

### 2.3.8. Factores para la realización de episiotomía.

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso no se ha asociado con la edad materna ni con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal. Sin embargo, la episiotomía por sí sola implica un desgarro de segundo grado porque se produce un corte superficial de los músculos del periné (23).

Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son:

- **Episiotomía rutinaria**

En la actualidad el uso rutinario de la episiotomía en la atención de los partos por vía vaginal es extensamente conocido y practicado Inicialmente el uso de la episiotomía

era utilizado en partos difíciles, sin embargo con el pasar del tiempo se le atribuyeron varios beneficios entre ellos la prevención de desgarros perineales graves, lo cual contribuyó a que se recomendara su uso rutinario (24).

- **Nuliparidad**

Hablamos de nuliparidad cuando una mujer no ha tenido hijos. El término nuliparidad se aplica también a una mujer que ha estado embarazada pero cuyo embarazo no ha llegado a término. La nuliparidad se opone a la paridad que designa el hecho de haber parido un hijo. La nuliparidad puede ser debida a numerosos factores: puede ser que la mujer no desee tener hijos y utilice métodos anticonceptivos para evitar un embarazo aunque también puede deberse a anomalías anatómicas o a problemas hormonales entre otras causas (25).

- **Inducción del trabajo de parto**

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento que se indica en pacientes con riesgo elevado de continuar con su embarazo, en lugar de interrumpirlo. Merece consideración independiente la inducción electiva, en la que se considera aceptable su indicación con los siguientes criterios: embarazo de término, encontrarse en un sitio alejado de la atención médica y el viaje incrementa el riesgo o, bien, por decisión personal de la paciente, que deberá firmar una carta de consentimiento donde se le expliquen las ventajas y posibles complicaciones de la inducción del trabajo de parto (26).

- **Trauma perineal**

El trauma perineal, aunque poco común, no es un evento raro. Puede presentarse con una amplia variedad de patrones de lesión y por esta razón necesita de una precisa evaluación diagnóstica y de tratamientos adecuados. Las lesiones traumáticas del

periné pueden presentarse de manera aislada o asociarse a lesiones de otros órganos pélvicos, abdominales o de miembros inferiores (27).

- **Periodo expulsivo prolongado**

Conocido como falta de progreso o embarazo prolongado, se produce cuando el parto dura aproximadamente 20 horas o más si es primeriza y 14 horas o más si previamente ha tenido otro hijo. Una fase latente prolongada ocurre durante la primera etapa del parto. Puede ser agotado y emocionalmente drenado, pero conduce complicaciones muy raramente.

Sin embargo, parto prolongado durante la fase activa de parto, puede ser motivo de preocupación. Si experimente falta de progreso, el médico comenzará a ejecutar las pruebas para determinar la causa (29).

- **Distocia de hombros**

Es la urgencia obstétrica que se establece cuando tras la expulsión de la cabeza fetal se detiene la progresión del parto, la distocia se debe a un fallo de descenso de los hombros en el canal del parto, se produce por un atrapamiento del hombro anterior en la sínfisis del pubis, más extrañas son las variedades posterior por el atrapamiento del hombro posterior en el promontorio o doble con el atrapamiento de los hombros, situaciones excepcionales que apuntan a una extrema severidad de la situación (29).

- **Feto mayor a 4000 gramos**

Macrosomía es el término utilizado para describir a un niño recién nacido demasiado grande, aun no se ha llegado a la conclusión sobre el peso límite para definir a un niño macrosómico, algunos autores sugieren un peso mayor a 4000 gramos, mientras que otros un peso superior a 4100 o 4500 gramos (30).

- **Variedad de posiciones occipito posterior persistente**

Se denomina posición fetal a la relación existente entre el punto de referencia de la cabeza fetal y la pelvis materna. En la presentación de vértice, la más frecuente, este punto es la fontanela menos o lambda. Esta fontanela indica la situación del hueso occipital en el canal de parto. La posición óptima de la cabeza fetal durante el parto se produce cuando la parte posterior de la cabeza hueso occipital u occipucio se sitúa frente a la parte anterior de la pelvis de la madre. En las posibles distocias se encuentran las posiciones occipito posteriores que aparecen cuando el occipucio se orienta a la parte posterior de la pelvis pudiendo ser derechas o izquierdas según donde se localice la fontanela menor, éstas posiciones se asocian a un parto prolongado, doloroso y difícil (31).

- **Episiotomía media**

Consiste en una incisión en línea recta desde la vagina hacia el ano. Este corte vertical debe ser muy pequeño y se debe evitar llegar al ano. No suele realizarse ya que aunque la cicatrización y el post parto son mejor, hay más riesgos de infección y de complicaciones en el ano como desgarro del esfínter anal y del recto.

- **Infecciones genitales previas**

Las infecciones del tracto genital comprenden tres tipos de infecciones: 1) las infecciones de transmisión sexual 2) las infecciones endógenas (candidiasis o vaginosis bacteriana y 3) las infecciones iatrogénicas. La OMS considera que hay aproximadamente 340 millones de casos nuevos de ITS por año, de los cuales al menos el 80% ocurren en los países en vías de desarrollo, las mismas son la segunda causa de enfermedad que produce en mujeres jóvenes, por otra parte las infecciones endógenas se ha asociado con eventos adversos relacionados al embarazo que incluyen parto pretérmino, corioamnionitis e infección puerperal con infección post quirúrgica en cirugía ginecológica (32).

- **Trabajo de parto prolongado**

El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción fetopelviana es decir el feto no puede pasar por la pelvis materna, que puede producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado otras de las causas son las contracciones uterinas demasiado débiles o infrecuentes (disfunción uterina hipotónica) o a veces, demasiado potentes o demasiado frecuentes (disfunción uterina hipertónica) (33).

- **Exploración vaginal múltiple (más de 5 exploraciones)**

El examen vaginal es un procedimiento común a nivel mundial y usado para evaluar el progreso del trabajo de parto, siendo de origen incierto, pero ya se practicaba de forma rutinaria en el siglo XIX, realizándola tres veces al día: iniciado el trabajo de parto, cuando se rompían las membranas y cuando las contracciones eran más intensas. Algunos estudios mencionan al tacto vaginal como desagradable para muchas mujeres y que puede experimentarse como doloroso, estresante, embarazoso e invasivo (34).

- **Desgarros cervicales de vagina y perineales.**

La indicación precisa para la realización la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal y de polémica los beneficios sobre los trastornos de la estática pélvica, facilitando previa la expulsión fetal y maniobras obstétricas. Se describen dos tipos de indicaciones: necesarias y profilácticas los necesarios depende fundamentalmente de la estructura de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal y variedades de presentaciones, presencia o no de partos precipitados o abruptos. La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada su indicación debe ser por escrito e informada a la mujer (35).

### **2.3.9. Indicaciones teóricas para la realización de una episiotomía.**

Periné poco elástico o muy resistente, periné muy corto de 4-6 cm de distancia, ano pubiano delgado y de musculatura atrofica, vagina poco elástica, parto instrumentado feto en presentación de nalgas, estado de compromiso fetal que exija su rápida extracción; el momento ideal para realizar la episiotomía es muy variable y en función de cada paciente, de la práctica y habilidad del obstetra teóricamente.

El momento óptimo de la realización será en el acné de una contracción cuando la presentación comienza a franquear por la vulva, aparece una superficie de 2 a 3 centímetros de calota fetal el perineo posterior comienza a alargarse y el ano a dilatarse de esta manera se reduce el dolor y la hemorragia, una vez realizado el corte se procederá a la maniobra de Ritgen de tener la cabeza con una mano y proteger el periné con la otra. En las presentaciones de nalgas cuando la nalga anterior está bajo la sínfisis y la región perineal del feto será visible; en el parto vaginal instrumentado la aplicación debe realizarse antes de hacer la episiotomía aunque en algunos casos de vacuo extracción la episiotomía previa puede facilitar la aplicación de la campana (36).

### **2.3.10. Complicaciones de la Episiotomías**

Como todo procedimiento quirúrgico la episiotomía puede generar la aparición de diversos tipos de complicaciones las más destacadas son ampliación incontrolada de la episiotomía y desgarros perineales del esfínter anal tercer grado o mucosa rectal cuarto grado hemorragia y hematomas dolor y edema infección y dehiscencia fascitis necrotizante dispareunia disfunción sexual, resultados anatómicos insatisfactorios, disfunciones del suelo pélvico, endometriomas, fístulas, quistes. Algunas complicaciones son menores pero otras pueden representar consecuencias negativas significativas para la mujer por eso deben considerarse a la hora de sopesar el riesgo-beneficio antes de proceder a la realización de una episiotomía (36).



### 2.3.11. Complicaciones inmediatas de una episiotomía.

- **Hemorragia**

Se define como hemorragia obstétrica grave aquella que lleva a una pérdida de sangre mayor a 500 ml luego de un parto, o superior a 1000 ml luego de una cesárea. Sin embargo, la apreciación de la pérdida sanguínea en esas condiciones suele ser muy difícil, por ello se extiende esta definición a aquellos casos que desarrollen una rápida descompensación hemodinámica consecutiva al parto o a la cesárea (37).

- **Desgarros**

Las roturas de útero son, propiamente hablando, roturas del motor del parto. Las roturas de canal del parto reciben el nombre de desgarros genitales. Puede haber desgarros en la vulva, en la vagina, en el cuello y en el segmento inferior. Los desgarros del cuello uterino, de la vagina, del periné y de la vulva son producidos por el paso del feto a través del canal del parto (38).

Según Monserrat Espuña (17) los desgarros perineales se clasifican en 4 grados:

- 1<sup>er</sup> grado corresponde solo de la piel del periné.
- 2<sup>do</sup> grado involucra desgarro de la piel y de la musculatura perineal, sin afectación del esfínter anal.
- 3<sup>er</sup> grado desgarro del esfínter anal.
- 4<sup>to</sup> grado implica desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal.

### 2.3.12. Complicaciones mediatas de una episiotomía.

- **Hematoma**, El hematoma del ligamento ancho se debe a laceraciones vaginales, cervicales o uterinas que se extienden a las arterias vaginales o uterinas generalmente se asocia a cirugías o traumas (39).

- **Edema,** El edema vulvar está asociado con una variedad de condiciones. El edema puede deberse a afecciones inflamatorias, infecciones, infestaciones, traumas, embarazos, tumores es definido como anormal y acumulación excesiva de fluidos en la piel, el edema es facilitado por alguno de los siguientes factores: aumento de presión hidrostática intravascular, reducida, presión oncótica plasmática, aumento del vaso sanguíneo, permeabilidad de la pared, aclaramiento linfático obstruido de fluidos y finalmente cambios en la retención de agua (40).
- **Infección,** Los microorganismos más frecuentes en el trato genitourinario que causan morbilidad post parto como la infección es flora mixta aerobia y anaerobia con un predominio de microorganismos gram negativos como Estafilococos, Estreptococos del grupo B, los Estafilococos, los bacilos gramnegativos y los anaerobios, Gardnerella vaginalis, Staphylococcus aureus y bacterias anaerobias del cuello uterino.
- **Dehiscencia,** Es una complicación rara de la cirugía ginecológica, la dehiscencia del manguito vaginal se define como la separación parcial o total de los bordes anterior y posterior de la cúpula vaginal, mientras que la evisceración se refiere al prolapso de contenido intraperitoneal a través del defecto del manguito, siendo la localización del defecto más frecuente el fondo de saco vaginal posterior, se estima que la dehiscencia ocurre entre el 0,24 – 0,39% de los casos de una histerectomía (41).
- **Granulomas,** Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.

### 2.3.13. Complicaciones tardías

- **Fibrosis,** Es una entidad muy poco frecuente el estroma fibroso subepitelial del tracto genital femenino inferior constituye en mesenquima diferenciado

con propiedades miofibroblásticas y fenotipo peculiar, los tumores de la vulva son sumamente raros (42).

- **Fistula recto vaginal,** Una fístula rectovaginal es una comunicación entre el recto y la vagina. Los gases o las heces pueden filtrarse desde el intestino hacia la vagina, son poco frecuente y tiene una incidencia menor a 5% respecto a otros tipos; las fístulas recto vaginales más frecuentes en las publicadas son las secundarias a trauma obstétrico o iatrogénico 88% (43).
- **Dispareunia,** Se define como la presencia de dolor genital recurrente o persistente durante el coito; descrita en la literatura predominantemente en femeninas con una incidencia mundial reportada por la OMS entre un 8% a 22% mientras otros autores presentan variaciones entre un 10% y 15% quizá relacionados con factores socioculturales propios de cada país investigado. Lo que resulta interesante es su marcada prevalencia en edades reproductivas entre los 20 y 29 años (44).

#### **2.3.14. Dorothea Orem “Teoría del autocuidado”**

El presente trabajo al estar dirigido a mujeres con complicaciones de episiotomía se basa en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem ya que cuya finalidad es insistir en los cuidados que se debe mantener después de una episiotomía para evitar complicaciones, ayudando a las pacientes a llevar a cabo y mantener por sí mismas prácticas de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse o confrontar las consecuencias de un procedimiento quirúrgico.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del

hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía (45).

Dorotea Orem (46) definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- **Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- **Salud:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.
- **Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

## **2.4. Marco Legal y Ético**

### **2.4.1. Marco Legal**

#### ***2.4.1.1. Constitución de la República del Ecuador 2008***

La salud es una de las prioridades para el país y lo establece dentro de la Constitución de la República 2008 en sus artículos (47):

*“Artículo 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*

***“Artículo 66: Se garantizará a las personas:***

***Literal 9:*** *El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.*

***“Art. 43.*** *El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:*

1. *No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
2. *La gratuidad de los servicios de salud materna.*
3. *La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
4. *Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.*

#### **2.4.1.2. Ley Orgánica de la Salud**

Con el fin de hacer cumplir cada uno de los derechos de salud establecidos en la Constitución de la República El congreso de la Ley Orgánica de la Salud establece que la legislación debe priorizar los intereses de salud de la población (48):

- ***Del derecho a la salud y su protección***

*Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.*

- ***De las acciones de salud***

*Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación*

*y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.*

- *De la salud sexual y la salud reproductiva*

*Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.*

#### **2.4.1.3. Plan Nacional Toda una Vida**

Con el fin de crear un nuevo modelo que permita un desarrollo del país a largo plazo se creó el Plan Nacional Toda una vida 2017-2021 que tiene como objetivos (49):

**Objetivo 1:** *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.*

*El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. Aquí se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Consejo Económico Social de Naciones Unidas, 2016). Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de*

*planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva.*

### ***Metas***

*1.1. Reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos a 2021.*

*1.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil de 8,95 a 6,8 por cada 1 000 nacidos vivos a 2021.*

*1.3. Disminuir del 76,5% al 63,5% la tasa específica de nacidos vivos en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de edad a 2021.*

## **2.5.1. Marco Ético**

### **2.5.1.1. Código de Helsinki**

El presente código propone una serie de principios éticos para investigaciones en dónde se involucre a los seres humanos como también el material humano y de información identificables lo siguiente (50):

- ***Comités de ética de investigación***

*23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las*



*normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.*

- ***Privacidad y confidencialidad***

*24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.*

- ***Consentimiento informado***

*25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente. (48)*

#### ***2.5.1.2. Principios éticos de Enfermería***

Enfermería es una profesión de servicio encaminada a ayudar, servir y cuidar de la salud de las personas, la ética en enfermería indaga sobre las acciones y los principios que deben respetarse para ser una excelente profesional (52):

- ***Beneficencia y no maleficencia***

*Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada; el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como al mismo.*

- **Justicia**

*La justicia no hace referencia solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, si no a la es un valor equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de los individuos, permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.*

- **Autonomía**

*Hace relación con el derecho del paciente de tomar decisiones por sí mismo sobre los procedimientos que se le practicaran en su cuerpo y que pueden afectar directamente o indirectamente a su salud. Como mayor muestra de respeto a la autonomía del paciente es el consentimiento informado, un aspecto importante en dónde el paciente otorga a los profesionales de salud su autorización para que cual sea el procedimiento sea practicado en su persona.*

- **Veracidad**

*Es el principio ineludible de no mentir o engañar a las personas, la veracidad es indispensable para mantener la confianza entre enfermera-paciente por tanto enfermería tiene el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo su entorno laboral.*

- **Confiabilidad**

*Este principio hace referencia a que el profesional de enfermería mantiene confianza y respeto por sus conocimientos, honestidad al transmitir*

*información, enseñar, realizar procedimientos innatos de su profesión y ofrecer ayuda a las personas. La enfermera/o debe mantener el conocimiento y habilidades para dar seguridad en cada una de las actividades que ejecuta a las personas y comunidad.*



## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la investigación

Investigación con diseño cuantitativo y no experimental:

- **Cuantitativo.-** Ya que se realizó un análisis de datos estadísticos, numéricos y medibles a raíz del instrumento preliminarmente elaborado.
- **No experimental.-** Porque no se manipularán las variables

#### 3.2. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo retrospectivo, documental, analítico y propositivo:

- **Retrospectivo:** Porque se analizó datos anteriores registrados en las historias clínicas sobre las complicaciones de la episiotomía realizada en pacientes atendidas en Gineco Obstetricia.
- **Documental:** Porque a través de una lectura crítica de un documento como es la Historia Clínica que reposa en el departamento de estadística permitió la selección y recopilación de datos del presente estudio.
- **Analítico:** Porque comprendió un análisis especial de las Historias Clínicas, mediante el análisis de casos sobre complicaciones de episiotomía.

#### 3.3. Localización y ubicación del estudio

La presente investigación fue realizada en el Hospital Luis Gabriel Dávila, ubicado en la Avda. San Francisco y Gustavo Backer al norte de la ciudad de Tulcán, provincia del Carchi.

### **3.4. Población**

#### **3.4.1. Universo**

El universo de la presente investigación estuvo formado por la revisión de 1095 historias clínicas de pacientes de parto normal que reposan en el departamento de estadística del hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán.

Corresponde a todo el personal que labora en el servicio de Ginecología.

#### **3.4.2. Muestra**

Por tratarse de una muestra no probabilística a conveniencia se tomó los datos de 130 historias clínicas completas de pacientes a quienes se les realizó y tuvieron complicaciones en la episiotomía en el periodo de enero a diciembre 2018.

Para la aplicación de la encuesta se tomó como muestra aleatoria a 40 profesionales que laboran en el servicio de Ginecología.

#### **3.4.3. Criterios de inclusión**

Historias clínicas completas de pacientes con episiotomía y que presentaron complicaciones de episiotomía.

Profesionales que muestren su aprobación para ser encuestados.

#### **3.4.4. Criterios de exclusión**

Historias clínicas incompletas.

Profesionales que no deseen participar en la encuesta.

### 3.5. Operacionalización de variables

Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Características sociodemográficas	Dicho de una cualidad: Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes (50).	Edad	Años cumplidos	12-19 años 20-29 años 30-39 años Mayor a 40 años
		Residencia	Sector donde habita	Urbano Rural
		Etnia	Autodefinición	Mestizo Afroecuatorianos Indígena Blanco Otros
		Instrucción	Años aprobados	Primaria Secundaria Bachiller Superior

<b>Identificar los factores que incitaron al personal de salud a realizar episiotomías.</b>				
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Escala</b>
Factores que incitan la realización de episiotomías	Aquello elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. (54)	Factores Maternos		
		Gestas	Número de gestas	Primigestas Multigestas
		Semanas de gestación	Semanas cumplidas	Pretérmino A Término Post-termino
		Periné	Tipo	Hipertónico
				Tenso
		Periodos intergenesico	Lapso de gestas en años	1 a 2 años 2 a 3 años 3 a 4 años
		Personal quienes atienden el parto	Profesión	Enfermeras Obstetriz Doctor IRE IRO IRM



		Factores Fetales	
		Peso fetal	Peso en gramos Macrosómico Microsómico
		Perímetro cefálico	En centímetros Menor de 32 centímetros Mayor de 33 centímetros
		Presentación fetal	Tipo de posición
			Compuesta
			Hombros
			Podálica
			Pélvica
			Occipito sacra

<b>Identificar las complicaciones presentadas en los partos con episiotomía.</b>				
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Escala</b>
Complicaciones de episiotomía	Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas. (51)	Complicaciones Inmediatas	Hemorragia Desgarros	Si/No Si/No
		Complicaciones mediatas	Hematoma Edema Infección Dolor Dehiscencia	Si/No Si/No Si/No Si/No
		Complicaciones tardías	Infección	Si/No Si/No

Evaluar riesgo-beneficio según la percepción del profesional de salud sobre la aplicación de episiotomía.									
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala					
Riesgo-beneficio	Riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (52)  Beneficio: define todo aquello que es bueno o resulta positivo para quien lo da o para quien lo recibe, entiéndase como un beneficio todo aquello representativo del bien, la cuestión enmarca una utilidad la	<b>Profesión</b>	Medicina Enfermería	Obstetriz	Ginecólogo/A	IRO	IRM	Enfermero/a	IRE
		<b>Criterio</b>	Riesgo Beneficio	SI/NO					
		<b>Episiotomía</b>	Riesgo	Usted como profesional de salud ¿Cuáles considera que son los riesgos de la realización de episiotomía? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia</li> <li>• Hematomas</li> <li>• Infección</li> <li>• Edema</li> <li>• Dolor post-parto</li> <li>• Dispareunia</li> <li>• Dehiscencia</li> <li>• Fístula recto vaginal</li> </ul>					
			Beneficios	Usted como profesional de salud ¿Cuáles considera que son los beneficios de la realización de episiotomía?					

	<p>cual trae consecuencias positivas que mejoran la situación en la que se plantean las vicisitudes o problemas a superar. (53)</p>			<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilita la expulsión del feto</li><li>• Minimiza el trauma del piso pélvico</li><li>• Aumenta la luz del canal de parto</li><li>• Disminuye el tiempo del periodo expulsivo</li><li>• Disminuye las complicaciones de desgarro grado II Y III</li></ul>
--	---	--	--	--

### **3.6. Métodos de recolección de información**

#### **3.6.1. Ficha de recolección de datos**

Previamente elaborada una ficha de recolección de datos, a través de la revisión retrospectiva de historias clínicas permitió la recolección de características sociodemográficas, factores para la realización de episiotomía y sus complicaciones de la población en estudio.

#### **3.6.2. Encuesta**

Se realizó una encuesta previamente elaborada y validada por expertos fue aplicada a cada uno de los profesionales que laboran en el servicio de Ginecología con el fin de conocer su opinión sobre el riesgo-beneficio de la episiotomía.

### **3.7. Análisis de datos**

Los datos obtenidos con la aplicación del instrumento señalado con anterioridad serán ingresados en una base de datos en el programa Microsoft Excel para su tabulación y obtención de gráficos para su posterior análisis.



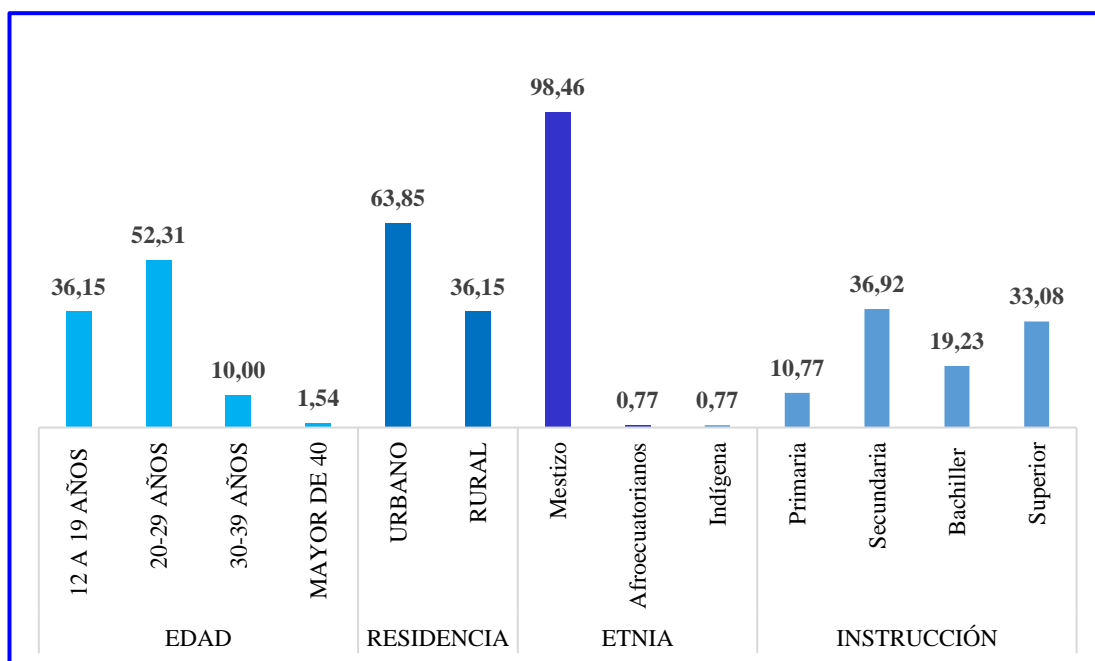
## CAPÍTULO IV

### 4.1. Resultados de la investigación

Una vez aplicado los instrumentos de investigación e ingresados en una base datos aplicada en el Hospital “Luis Gabriel Dávila”, se simbolizan en gráficos para su interpretación y análisis, los cuales se detallan a continuación:

#### Gráfico 1.

*Datos sociodemográficos*



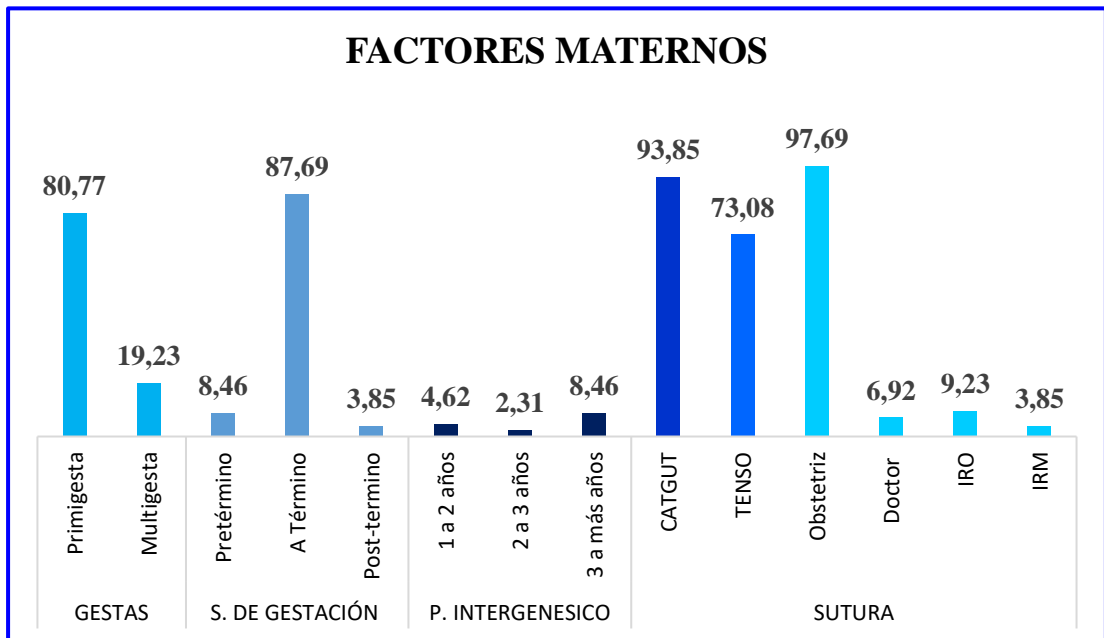
Según datos sociodemográficos obtenidos en la investigación, quienes presentaron complicaciones de la episiotomía mantienen una edad entre 20 y 29 años, de las cuales la mayoría residen en zonas urbanas, se auto identifican como mestizas con un grado de instrucción secundaria incompleta. En un estudio realizado sobre complicaciones en mujeres primigestas del Hospital Alemán Nicaragüense se encontró que el rango de edad predominante fue de 14 a 19 años de edad correspondiente al 72,5% (55). Se observa en las dos investigaciones que el rango edad de quienes

presentaron complicaciones se encuentran en una etapa de adolescencia y juventud en dónde pueden estar experimentando su primer parto por ello su desarrollo Fisiológico reproductivo no está totalmente desarrollado así mismo al encontrarse en una edad temprana y con un grado de instrucción incompleta no tienen los mismos conocimientos sobre los cuidados que se debe mantener en heridas expuestas, para ello se debe enfatizar la educación en pacientes correspondiente a este grupo etario.



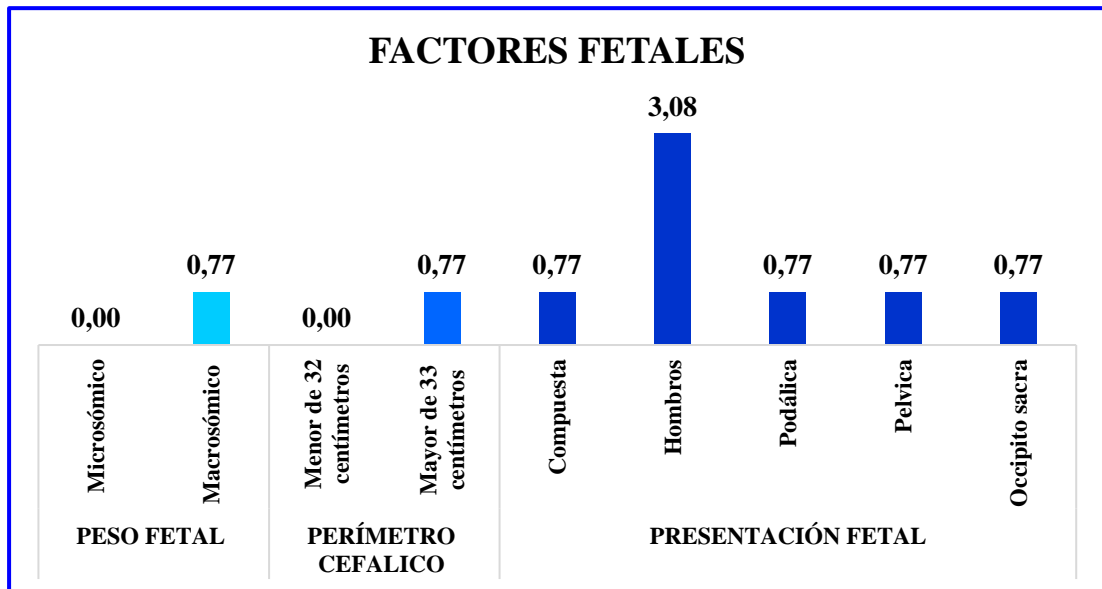
## Gráfico 2.

*Factores que incitaron al personal de salud a realizar episiotomía.*



Dentro de los factores maternos que mantuvo el profesional para realizar episiotomías se encontraron pacientes primigestas con periné tenso, pacientes multigestas con un periodo intergenesico de 3 a más años, muestra una tendencia en partos a término, utilizando como tipo de sutura el catgut, los partos fueron atendidos en su mayoría por profesional Obstetra acompañados por Internos de Obstetricia y por Internos de Medicina. En el Hospital Universitario de la Región de Murcia se investigó los factores que condicionan a la práctica de episiotomía en cuyo estudio los criterios clínicos más utilizados para el uso de episiotomía fueron rigidez perineal 76,2%, periné corto 23,7%, primiparidad 12,3% (56). Según Javier Hernández y otros mencionan en cuanto al profesional que asistió el parto hay que destacar que en el 56,3% de los casos intervino la matrona, seguida de los residentes de matrona en un 25,7%, residentes de ginecología en un 14,4%, y ginecólogos en un 3,5% (61). Factores que concuerdan dentro de los justificativos del personal de salud que incitaron a la realización de episiotomía en las dos investigaciones observándose que son criterios selectivos que el profesional mantiene dentro de su práctica. En cuanto al profesional que asiste el parto se analiza que en otros países la atención del parto aún lo realiza la matrona a diferencia en los resultados del presente estudio en la actualidad la atención del parto

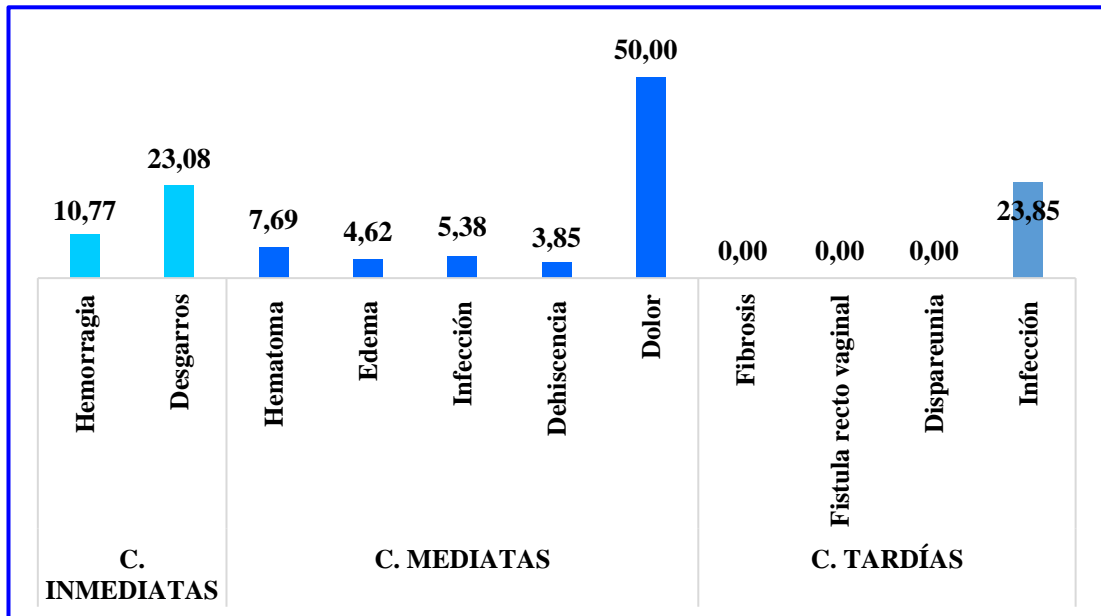
lo realiza el profesional obstetra en su mayoría perdiendo ésta práctica por parte del profesional de Enfermería que interviene en el mismo indirectamente.



De acuerdo a los factores fetales se encontraron: Macrosomía fetal, perímetro cefálico mayor a 33cm, diferentes presentaciones fetales al nacer encontrándose en su mayoría una presentación de hombros y en su minoría presentación compuesta (precipitación de una extremidad), podálica, pélvica, occipito sacra. Haciendo referencia a un estudio de las 206 pacientes que recibieron episiotomía de 138 recién nacidos el 67% tienen peso mayor a 3001 gramos, de 68 neonatos el 33% tienen un peso igual o menor a 3000 gramos, 170 recién nacidos el 82,5% tienen un perímetro cefálico mayor a 33,1 centímetros, de 36 neonatos el 17,5% tienen un perímetro cefálico mayor o igual a 33 centímetros (62). Se puede observar en las dos investigaciones quienes tienen un mayor peso fetal, un mayor perímetro cefálico al nacer son factores que incitan al personal a realizar una episiotomía para prevenir sufrimiento fetal, en cuanto a las diferentes presentaciones fetales son un indicativo para la realización de episiotomía.

### Gráfico 3.

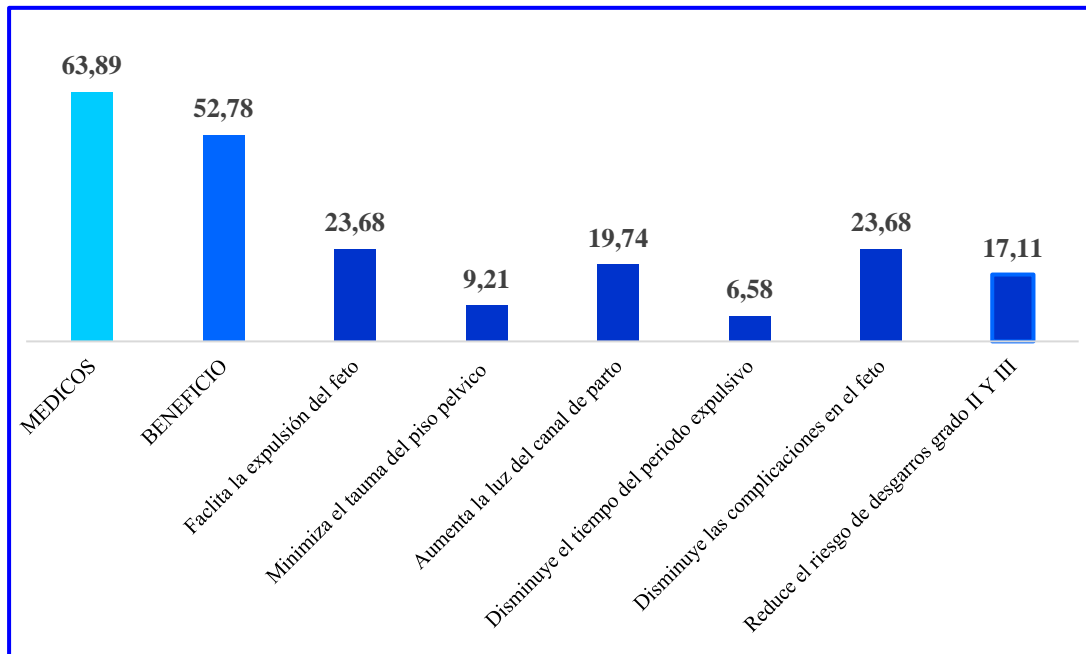
#### Complicaciones de la Episiotomía



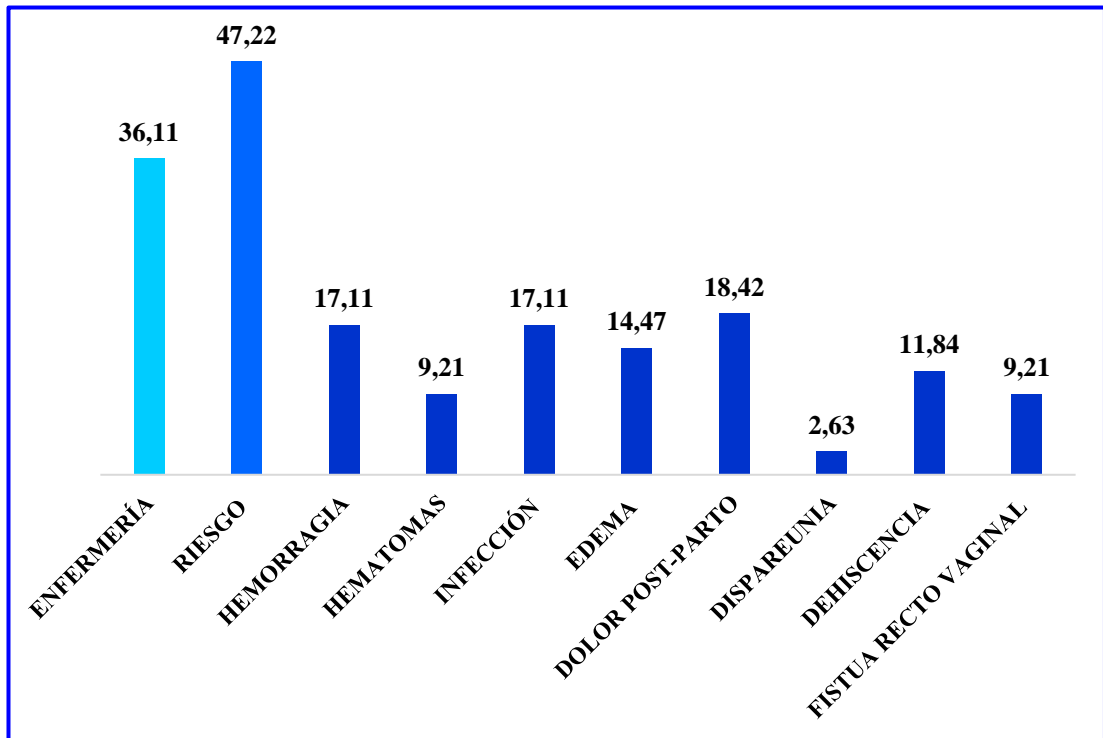
De 1095 partos atendidos en el año 2018 se realizaron 263 episiotomías de las cuales 130 pacientes presentaron complicaciones en donde los datos obtenidos revelan que las pacientes presentaron como complicaciones inmediatas con mayor rango, desgarros de II Y III grado, seguido de hemorragia, como complicaciones mediatas dolor y hematoma en menor ocurrencia, seguido de infección, edema y dehiscencia, en el puerperio tardío pacientes experimentaron infección lo que necesitó el reingreso de las pacientes al servicio de Ginecología. Según datos obtenidos por Frank Albino Sánchez: encontró que las mujeres con episiotomía presentaron en el 83% de los casos dolor, en relación a la presencia de desgarros el 33% de las mujeres con episiotomía lo presentaron, el 62% de las mujeres presentó hematomas, con respecto a la presencia de edemas se pudo encontrar que del total de las mujeres episiotomizadas el 32% presentó edema, con relación a la presencia de infecciones vulvoperineales se obtuvo el 51% de pacientes con infecciones y de acuerdo a dehiscencias el 21% presentó dehiscencias (57). Datos que coinciden con las complicaciones presentadas en la investigación realizada en diferentes Hospitales donde menciona las mismas complicaciones con diferente rango de incidencia.

#### Gráfico 4.

*Riesgo - Beneficio según la percepción del profesional de salud sobre la aplicación de la Episiotomía.*



De acuerdo al criterio y labor de los profesionales de salud del servicio de Ginecología se obtuvo que el personal médico considera que la realización de episiotomía es un beneficio, coincidiendo que entre los beneficios de su práctica se encuentra facilita la expulsión del feto, disminuye las complicaciones en el feto, considera que reduce el riesgo de desgarro grado II Y III, aumenta la luz del canal de parto y con valores inferiores señalan que minimiza el trauma del piso pélvico y disminuye el tiempo del periodo expulsivo. En un estudio de Christopher Rengel con el objetivo de describir la opinión de las matronas de un servicio el 43% de las encuestadas consideran que la episiotomía es un riesgo y el 57% lo considera que es un beneficio ya que se lo hace solo a algunas mujeres. (64) Datos que hacen semejanza con los resultados obtenidos. En los estudios prevalece el beneficio de la episiotomía mirándolo desde la perspectiva médica con el fin de prevenir morbilidad materna fetal a través de la atención humanizada del parto, practican la Episiotomía de forma selectiva.



Por otra parte señalan que la realización de episiotomía es un riesgo siendo la opinión en su mayoría del personal de Enfermería menciona que la realización de episiotomía trae consigo hemorragia e infección, con valores menores la opinión de los encuestados mencionan dolor post parto, edema, dehiscencia de la herida y hematomas. Haciendo referencia a un estudio una evaluación en los Estados Unidos encontró que el procedimiento no ofrece ningún beneficio la misma evaluación encontró que las mujeres que son episiotomizadas presentan más dolor y complicaciones como sangrado, hematomas, infecciones e hinchazón (65). EL Criterio del personal de Enfermería se justifica con los datos encontrados en el presente estudio ya que aún existen complicaciones en pacientes a quienes se les realizó ésta práctica.



## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la población en estudio, quienes presentaron complicaciones de la episiotomía mantienen una edad entre 20 y 29 años, de las cuales la mayoría residen en zonas urbanas, se auto identifican como mestizas con un grado de instrucción secundaria incompleta.
- Los factores que indujeron al personal de salud a realizar episiotomías se encuentran factores maternos: pacientes primigestas por periné tenso, pacientes multigestas con un periodo intergenesico de 3 a más años, partos a término, tipo de sutura catgut en dónde los partos fueron atendidos por profesional Obstetra acompañados por Internos de Obstetricia e Internos de Medicina. Los factores fetales se encontraron: Macrosomía fetal, perímetro cefálico mayor a 33cm, diferentes presentaciones fetales al nacer: presentación de hombros y en su minoría presentación compuesta (precipitación de una extremidad), podálica, pélvica, occipito sacra.
- Entre las complicaciones de la episiotomía se mencionan: inmediatas (desgarros, hemorragia); complicaciones mediatas: (hematomas, infección, edema, dehiscencia, dolor); complicaciones tardías: (infección).
- De acuerdo a la percepción médica la realización de episiotomía es un beneficio ya que disminuye las complicaciones en el feto, aumenta la luz del canal de parto y facilita la expulsión del feto. Mientras que para el personal de Enfermería es un riesgo señalando que los riesgos son: hemorragia, infección, edema, dolor, dehiscencia.

- Mediante la elaboración de la guía sobre cuidados de Episiotomía dirigida a pacientes post parto se pretendió, prevenir complicaciones como infecciones por la falta de higiene y autocuidado de la zona perineal.



## 5.2. Recomendaciones

- Al Hospital Luis G Dávila al ser considerado como amigo de la madre y del niño en la estrategia ESAMYN se tenga en cuenta las normativas que establece ésta estrategia de no realizar procedimientos invasivos a menos que estén clínicamente indicados por complicación de la madre o del feto a fin de mantener una atención adecuada a la gestante y un parto humanizado.
- A los profesionales de salud del Hospital Luis Gabriel Dávila quienes atienden partos se practique episiotomía selectiva frente a la sistemática a fin de establecer buenas prácticas para llevar a cabo un trabajo de parto y parto sin complicaciones.
- Al personal de Enfermería quienes se encuentran en cuidado directo de las pacientes postparto se brinde educación sobre los cuidados que se mantener después de una Episiotomía y hacer énfasis en el autocuidado de la misma.
- Al todo el personal del servicio de Ginecología se imparta la guía educativa sobre cuidados de episiotomía en el egreso de las pacientes con heridas perineales para prevenir posibles complicaciones relacionadas con una mala higiene de tal manera asegurar una mejor cicatrización.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial De La Salud. Pagina Oficial Oms. [Online].; 2016 [Cited 2017 Nobiembre 23].
2. Mary Carmen Berzaín Rodríguez Lact. Episiotomía: Procedimiento A Elección Y No De Rutina. Rev Cient Cienc Med. 2014;; P. 53-57.
3. Rosario Mla. Dspace.Uce.Edu.Ec. [Online].; 2016 [Cited 2018 Enero Domingo. Available From: <Http://Www.Dspace.Uce.Edu.Ec/Bitstream/25000/11822/1/T-Uce-0006-012-2016.Pdf>.
4. Michelle Estefanía Chamorro Fajardo Cncf. Repositorio De Uce. [Online].; 2018 [Cited 2019 Enero Miercoles. Available From: <Http://Www.Dspace.Uce.Edu.Ec/Bitstream/25000/15326/1/T-Uce-0006-Ob002-2018.Pdf>.
5. Mary Carmen Berzaín Rodríguez Lact. Episiotomía: Procedimiento A Elección Y No De Rutina. Revista Científica Ciencia Médica. 2014 Diciembre; 17(2): P. 53-57.
6. Flores Dlo. Complicaciones Inmediatas De La Episiotomía, En Mujeres Primigestas Atendidas En El Hospital Alemán Nicaragüense. 2015. Tesis De Especialidad De Gineco Y Obstetricia.
7. Calezulato Mraufl. Episiotomía Y Riesgos. Ucebol. 2012 Agosto; 2(7).
8. María Ester Sadornil-Vicario Beiglasmbf. Evolución De La Tasa De Episiotomías En El Hospital Universitario De Burgos Y Su Relación Con Los Resultados Perineales Y Neonatales. Matronas Profesión. 2016 Enero; 17(2).
9. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza Cagcammc. Prevalencia De Episiotomía Y Factores Asociados, En Pacientes Del Centro Obstétrico Del Hospital Vicente Corral Moscoso. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. 2017 Abril; 1(1).
10. Hernández J, Azón E, Ramos E, Peinado R, Val B, Mérida A. Factores Que Influyen En La Realización De Una Episiotomía Selectiva. Enfermería Global. 2014;; P. 398-411.

11. Flickr. Flickr. [Online].; 2013 [Cited 2019 Junio 15. Available From: [https://www.flickr.com/photos/institutodecontrataciondeobras\\_ec/8449226956](https://www.flickr.com/photos/institutodecontrataciondeobras_ec/8449226956).
12. Dirección Nacional De Comunicación Iyp. Hospital Luis Gabriel Dávila. [Online].; 2013 [Cited 2019 Febrero Domingo. Available From: <http://hlgd.gob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>.
13. Botella Ljanjac. Tratado De Ginecología. 14th Ed. Bravo J, Editor. Madrid: Diaz De Santos ; 1993.
14. Ileana. S. El Aparato Reproductor, El Cid Editor | Apuntes Cid E, Editor.; 2009.
15. Hacker Nf. Ginecología Y Obstetricia De Hacker Y Moore. 1st Ed. Saavedra Djlm, Editor. Bogotá: El Manual Moderno; 2011.
16. Montserrat Espuña Aropmb. Manual De Anatomía Funcional Y Quirúrgica Del Suelo Pélvico. 1st Ed. Books Mm, Editor. Barcelona: Icg Marge, Sl; 2010.
17. Ocdel. Panorama De La Salud 2017. Canifarma Ed. París; 2018.
18. Sesmero Jrdm. Principos De Medicina Fetal. 26th Ed. Sesmero Jrdm, Editor. España: Universidad De La Cantabria; 2018.
19. Montserrat Espuña Aropmb. Manual De Anatomía Funcional Y Quirúrgica Del Suelo Pélvico. 1st Ed. Sandra Martínez Ds, Editor. Barcelona: Marge Medica Books; 2010.
20. Gustavo Silva Muñoz Larpáh. La Episiotomía: '¿Una Técnica A Extinguir? 1st Ed. España: Isbn; 2012.
21. Francisca Camacho-Morell Igbalsabp. Factores Que Influyen En La Realización De Una Episiotomía En Partos Eutócicos. Matronas Profesión. 2017 Mayo; 18(3).
22. José Lombardía Prieto Mfp. Ginecología Y Obstetricia Manual De Consulta Rápida. 2nd Ed. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
23. Michael Baggish Mk. Atlas De La Anatomía De La Pelvis Y Cirugía Ginecológica. 2nd Ed. Alvear Mtd, Editor. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.
24. Baldares Mjv. Episiotomía. Revista Medica De Costa Rica Ycentroamérica. 2011; 2(1).

25. David Elí Romero Arroyo Eevh. Episiotomia Selectiva Versus Episiotomia De Rutina En La Revención De Desgarros Perineales En El Hospital De Medellin.. Ces Medicina. 1998 Diciembre; 12(2).
26. Marnet Dm. Ccm Salud. [Online].; 2018 [Cited 2019 Marzo Miercoles. Available From: [Https://Salud.Ccm.Net/Faq/22755-Nuliparidad-Definicion](https://Salud.Ccm.Net/Faq/22755-Nuliparidad-Definicion).
27. Aragón-Hernández Jp Ávmbmjccesf. Protocolo Clínico Para Inducción. Ginecol Obstet Mex. 2017 Mayo; 85(5).
28. Patrizio Petrone \* Wrvjdycpm. Tratamiento Del Trauma Perineal Complejo. Elsevier. 2016 Febrero; 94(6).
29. Association Ap. American Pregnancy Association. [Online].; 2015 [Cited 2018 Marzo Miercoles. Available From: [Https://Americanpregnancy.Org/Es/Labor-And-Birth/Prolonged-Labor-Failure-Progress/](https://Americanpregnancy.Org/Es/Labor-And-Birth/Prolonged-Labor-Failure-Progress/).
30. Bosch Jjslyft. Universitat De Valencia. [Online].; 2012 [Cited 2018 Marzo Miercoles. Available From: [Https://Www.Uv.Es/Jjsanton/Obstetricia%20general/Distociahombros2012.Pdf](https://Www.Uv.Es/Jjsanton/Obstetricia%20general/Distociahombros2012.Pdf).
31. Soto Hmcdld. Macrosomia Fetal. Su Comportamiento En El Último Quinquenio. Scielo. 2002 Abril; 28(1).
32. Matronas. El Impacto Y La Corrección De Posiciones Occipitoposteriores En El Parto. Matronas Profesión. 2015 Abril ; 16(4).
33. Muller Ea, Gonzales Mp, Nuñez L, Pacheco J, Tolosa Je, Diaz La, Et Al. Frecuencia De Infecciones Del Tracto Genital Femenino En Mujeres Sintomáticas Y Eso De Pruebas Rápidas Para Su Diagnóstico. Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología. 2010 Sin Mes; 6(1).
34. Moldenhauer Js. Manual Msd Versión Para Profesionales. [Online].; 2019 [Cited 2019 Mayo 1.
35. Franco R, Javier Q, Patricia R. Percepción Sobre La Exeriencia Del Tacto Vaginal Durante El Trabajo De Parto. Cimel. 2007 Sin Mes; 12(1).
36. Sedena, Semar. Cenetec.Salud. [Online].; 2014 [Cited 2018 Enero Miercoles. Available From: [Http://Www.Cenetec.Salud.Gob.Mx](http://Www.Cenetec.Salud.Gob.Mx).

37. Donato Saldívar Rodríguez Lcr. Operatoria Obstétrica Una Visión Actual. 20th Ed. Donato Saldívar Rodríguez Lcr, Editor. México: Médica Panamericana; 2009.
38. Cabezas Pbl. Hemorragia Obstétrica Posparto. Revista Electrónica De Las Ciencias Médicas En Cienfuegos. 2009 Mayo; 2(2).
39. Botella Ljanjac. Tratado De Ginecología. 14th Ed. Bravo J, Editor. Madrid: Díaz De Santos; 1993.
40. D. Torres-Cepeda Ervissjpryep. Hematoma Del Ligamento Ancho Tras Parto Vaginal Normal. Elsieverdoyma. 2008 Febrero; 37(1).
41. Amankwah Y. Vulvar Edema. Elsevier. 2010 Octubre; 28(4).
42. Gador Manrique Fuentes Rralmadldmvgalav. Dehiscencia Y Evisceración Vaginal Recidivante. A Propósito De Un Caso. Scielo. 2016; 81(5).
43. Medwave. [Documento].; 2014 [Cited 2019 Mayo Lunes. Available From: [Www.Medwave.Cl/Link](http://Www.Medwave.Cl/Link).
44. Aguilara Lda. Primigesta Con Dehiscencia. Revista De La Facultad De Medicina De La Unam. 2017 Septiembre; 60(5).
45. Alfonso Yab. Trastornos Del Dolor Sexual Femenino: Una Revision De Su Definción Etiología Y Prevalencia. Medicas Uis. 2015 Marzo; 28(3).
46. Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández1 Dcjacplmrl. La Teoría Déficit De Autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017 Noviembre; 19(3).
47. Msc. Liana Alicia Prado Solar Lmgrmnpglkrb. La Teoría Déficit De Autocuidado: Dorothea Orem Punto. Scielo. 2014 Octubre; 1(1).
48. Constituyente A. Constitución De La Reública. [Online].; 2008 [Cited 2018 Enero Miercoles. Available From: [Https://Www.Wipo.Int/Edocs/Lexdocs/Laws/Es/Ec/Ec030es.Pdf](https://Www.Wipo.Int/Edocs/Lexdocs/Laws/Es/Ec/Ec030es.Pdf).
49. Salud Lodl. Ley Orgánica De La Salud. [Online].; 2015 [Cited 2019 Junio 15. Available From: [Https://Www.Salud.Gob.Ec/Wp-Content/Uploads/2017/03/Ley-Org%C3%81nica-De-Salud4.Pdf](https://Www.Salud.Gob.Ec/Wp-Content/Uploads/2017/03/Ley-Org%C3%81nica-De-Salud4.Pdf).

50. Senplades Sndpyd. [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/Pnbv-26-Oct-Final\\_0k.Compressed1.Pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/Pnbv-26-Oct-Final_0k.Compressed1.Pdf). [Online].; 2017 [Cited 2019 Junio 15. Available From: [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/Pnbv-26-Oct-Final\\_0k.Compressed1.Pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/Pnbv-26-Oct-Final_0k.Compressed1.Pdf).
51. Mundial Am. Asociación Medica Mundial. [Online].; 2015 [Cited 2019 Junio 15. Available From: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
52. Mundial Am. Asociación Médica Mundial. [Online].; 2017 [Cited 2018 Enero Miercoles. Available From: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
53. Guillart Llm. Los Principios Éticos Y Bioéticos Aplicados A La Calidad De La Atención En Enfermería. Scielo. 2015 Abril; 28(2).
54. Iv F. Real Academia Española. [Online].; 2014 [Cited 2018 Julio 6. Available From: <http://dle.rae.es/?id=Dgiqvcc>.
55. Abc D. Definición Abc. [Online].; 2017 [Cited 2018 Julio 6. Available From: <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>.
56. Iv F. Real Academia Española. [Online].; 2014 [Cited 2018 Enero Miercoles. Available From: <http://dle.rae.es/?id=A1gbr5x>.
57. Oms. Organización Mundial De La Salud. [Online].; 2019 [Cited 2019 Marzo Lunes. Available From: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
58. Conceptos. ConceptoDefinicion. [Online].; 2019 [Cited 2019 Marzo Lunes. Available From: <https://conceptoDefinicion.de/beneficio/>.
59. Flores Ddlo. Repositorio Unan. [Online].; 2015 [Cited 2019 Junio 11. Available From: <http://repositorio.unan.edu.ni/6182/1/74427.pdf>.
60. Mesenguer Cb. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134965/Tcbm.pdf?sequence=1>.

- [Online].; 2014 [Cited 2019 Junio 11. Available From: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134965/tcbm.pdf?sequence=1>.
61. Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz Bymdá. Factores Que Influyen En La Realización De Una Episiotomía Selectiva En Mujeres Nulíparas. Scielo. 2014 Julio; 13(35).
62. Cartuche Cag. Repositorio Universidad De Cuenca. [Online].; 2015 [Cited 2019 Junio Domingo. Available From: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21517/1/tesis.pdf>.
63. Sánchez Fa. Uso Rutinario De La Episiotomía Y Complicaciones Asociadas, En Mujeres Nulíparas Atendidas De Parto Vaginal En El Hospital De Apoyo De Sullana. Revista Salud, Sexualidad Y Sociedad. 2009 Enero; 1(4).
64. Díaz Cr. Recomendaciones Al Parto Normal De. Artículo Original. 2008; 3(11).
65. Calezulato Mr. Ucebol. [Online].; 2012 [Cited 2019 Junio Domingo. Available From: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/N7/N7\\_A08.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/N7/N7_A08.pdf).

## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:** COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA-2018.

**OBJETIVO:** Evaluar riesgo-beneficio de la aplicación de episiotomía.

**INSTRUCTIVO:** Las respuestas que sean obtenidas mediante esta técnica es de carácter confidencial la cual tiene fines netamente de investigación por tanto no afectarán en su desarrollo como profesional, marque con una x la respuesta que usted considere correcta.

### ENCUESTA DE LA INVESTIGACIÓN TITULADA

#### DATOS GENERALES

**Profesión:**

Obstetriz  Ginecólogo/a  Enfermero/a  Residente  IRO  IRE  IRM

1. ¿Usted como profesional de salud considera que la realización de episiotomía es un riesgo o beneficio?

Riesgo   
Beneficio



2. Usted como profesional de salud ¿cuáles considera que son los riesgos de la realización de episiotomía?

Riesgos	SI	NO
Hemorragia		
Hematomas		
Infección		
Edema		
Dolor post-parto		
Dispareunia		
Dehiscencia		
Fistula recto vaginal		

3. Como profesional de salud ¿Cuáles considera que son los beneficios de la realización de episiotomía?

Beneficios	SI	NO
Facilita la expulsión del feto		
Minimiza trauma de piso pélvico		
Aumenta la luz del canal de parto		
Disminuye el tiempo del periodo expulsivo		
Disminuye las complicaciones en el feto		
Reduce el riesgo de desgarros grado I Y II		

## Anexo 2. Ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERIA

### COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DAVILA-2018.

#### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

##### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad	Adolescencia (12-18 años)	
	Juventud (20-35 años)	
	Adulto (35-40 años)	
Residencia	Urbano	
	Rural	
Etnia	Mestizo	
	Afroecuatorianos	
	Indígena	
	Blanco	
	Otros	
Instrucción	Primaria	
	Secundaria	
	Bachiller	
	Superior	

##### FACTORES PARA LA REALIZACION DE EPISIOTOMIA

Peso fetal	Macrosómico	
	Macrosómico	
Perimetro cefálico	Menor de 32 centímetros	
	Mayor de 33 centímetros	
Gestas	Primigestas	
	Multigestas	
Semanas de gestación	Pretermino	
	A Término	
	Post-termino	
Períodos intergenesico	1 a 2 años	
	2 a 3 años	
	3 a más años	
Presentación fetal	Compuesta	
	Hombros	
	Podálica	
	Pélvica	
	Occipito sacra	
Episiotomía	Media lateral	
	Media o central	
Episiorrafia	Vicryl	
	Catgut	
Periné	Hipertónico	
	Tenso	
Personal que atendió el parto	Enfermeras	
	Obstetrix	
	Doctor	
	IRE	
	IRO	
IRM		

##### COMPLICACIONES EN EPISIOTOMIA

Complicaciones	Hemorragia	
	Desgarros	
	Hematoma	
	Edema	
	Infección	
	Dehiscencia	
	Granulomas	
	Fibrosis	
	Fistulas	
Dispareunia		

### Anexo 3. Autorización



Tulcán 29 de abril de 2019

Doctora  
Nathalia Rosas  
GERENTE DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA  
Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo

A través del presente me permito poner en su conocimiento que, una vez evaluada la propuesta del protocolo de investigación titulado: **"Complicaciones en pacientes con episiotomía atendidas en Gineco-Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila "** cuya investigadora principal es la Srta. Jocelyne Stephania Benavides Obando con cédula de identidad N° 040176953-4, ha sido aceptada particular que pongo en su conocimiento. Cabe indicar que es compromiso de la investigadora que una vez terminada la investigación se entregue una copia de la misma conforme a lo acordado.

Atentamente,

Dra. Eufemia Rosero  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA

Dra. Eufemia Rosero M.  
MEDICINA INTERNA  
C. L 27 F 78 N 234  
TEL 17-08-03988

Recibido

29/04/2019



Av. San Francisco y Gustavo Becker  
Teléfono: 593(06)2999-400, ext.: 4036  
www.salud.gob.ec

#### Anexo 4. Archivo fotográfico





Anexo 5. Guía Educativa



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL  
NORTE**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**C**UIDADOS  
DE LA EPISIOTOMÍA

**Guía educativa dirigida  
a pacientes Post-Parto  
con Episiotomía**



AUTOR: *Fecelyne Stephania Benavides Oando*

TUTOR: *Eva Consuelo Lopez Aguilar*

## ABSTRACT

"COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH EPISIOTOMY ATTENDED AT THE GYNECOLOGICAL OBSTETRICS DEPARTMENT OF THE LUIS GABRIEL DÁVILA HOSPITAL-2018."

**Author:** Jocelyne Stephania Benavides Obando

**Email:** [stepha\\_7794@outlook.com](mailto:stepha_7794@outlook.com)

The episiotomy consists of a minor surgical procedure in which a cut is made in the area of the female perineum during the expulsive period; at present, the selective and non-systematic use of episiotomy is recommended, since an exposed incision is vulnerable to possible complications during or after delivery, so the objective of the research was to determine the complications in patients with episiotomy treated in Gynecological Obstetrics Department at the Luis Gabriel Dávila Hospital, 2018, the methodology used: quantitative, non-experimental, retrospective, documentary, analytical, for which a data collection and survey were applied as tools where the following results were obtained: sociodemographic data evidenced an age range of 20 to 29 years, urban residence, mestizo with incomplete secondary education, the factors that induced health personnel to perform episiotomies are maternal factors: primiparous patients per tense perineum, patients with multiple pregnancies with an interpregnancy interval period of three or more years, full term births sutured with catgut type suture, births were attended by professional Obstetricians. Fetal factors such as: Fetal macrosomia, cephalic perimeter greater than 33cm, different fetal presentations at birth: shoulder presentation, composite presentation, breech, pelvic, occipital sacral. According to the risk/benefit of the episiotomy of the respondents, most medical professionals consider that performing an episiotomy as a benefit while Nursing professionals consider it a risk.

**Key words:** Complications of episiotomy, Episiotomy, Factors of episiotomy.

*Vilma Rodríguez*  
*[Signature]*



## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS.docx (D54200083)  
**Submitted:** 6/28/2019 2:26:00 AM  
**Submitted By:** jsbenavideso@utn.edu.ec  
**Significance:** 6 %

### Sources included in the report:

URKUN.docx (D16541807)  
Tesis Quizhpe.pdf (D37419263)  
Tesis FrancoCira.pdf (D37414240)  
<http://repositorio.unan.edu.ni/6182/>  
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2090/T-TPMC-HEPZAY%20MARTIN%20MEZA%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y77417fc5-81a3-451c-9240-fa8928e4d076>

### Instances where selected sources appear:

26

En la ciudad de Ibarra, a los 04 días del mes de julio de 2019

### Lo certifico

(Firma).....

Msc. López Aguilar Eva Consuelo

C.C.: 1001817459

**DIRECTORA DE TESIS**