

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de medicina

INDICACIONES DE EPISIOTOMIA EN PARTURIENTAS EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA.
SEPTIEMBRE 2017- FEBRERO 2018.



Trabajo de grado presentado por Laura María Rodríguez Orozco

Para optar por el título de: **Doctor en Medicina**

Santo Domingo, D.N.

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	9
I.1. Antecedentes	10
I.2. Justificación	12
II. Planteamiento del problema	13
III. Objetivos	14
III.1. General	
III.2. Específicos	
IV. Marco teórico	15
IV.1. Episiotomía	15
IV.1.1. Historia	15
IV.1.2. Anatomía del periné	16
IV.1.3. Definición	19
IV.1.4. Clasificación	19
IV.1.5. Epidemiología	21
IV.1.6. Indicaciones	22
IV.1.7. Técnica quirúrgica	23
IV.1.7.1. Sutura	23

IV.1.8. Complicaciones	24
V. Operacionalización de las variables	28
VI. Material y métodos	30
VI.1. Tipo de estudio	30
VI.2. Área de estudio	30
VI.3. Universo	30
VI.4. Muestra	30
VI.5. Criterios	31
VI.5.1. De inclusión	31
VI.5.2. De exclusión	31
VI. 6. Instrumento de recolección de la información	31
VI. 7. Procedimiento	31
VI.8. Tabulación	32
VI.9. Análisis	32
VI.10. Consideraciones éticas	32
VII. Resultados	33
VIII. Discusión	37
IX. Conclusiones	38
X. Recomendaciones	39
XI. Referencias	40
XII. Anexos	45
XII. 1. Cronograma	45

XII. 2. Instrumento de recolección de la información	46
XII. 3. Costos y recursos	49
IX. 4. Evaluación	50

Agradecimientos

A Dios

Por entregarme el sueño del convertirme en médico, por darme la capacidad de entender, aprender y poner en práctica lo aprendido. Por darles a mis padres los recursos para pagar mi sueño. Por darme las fuerzas para levantarme cada día y perseguir mi sueño. Por escuchar mis oraciones y no dejarme flaquear nunca. Y por último porque mi camino no termina aquí, y lo que queda sé que Él lo caminará junto a mí. ¡Gracias por tanto Dios!

A mi familia

A mis padres porque ¡son lo máximo! Porque nunca han dejado de creer en mí, porque me han apoyado en todo a lo largo de mi carrera. JR cada inversión que has hecho en mí me hace que valgan la pena por el resto de mis días. Mami tus oraciones de cada día por mí fueron las que me trajeron hasta donde estoy hoy. Ustedes me hicieron creer en mí, apostaron a mí. Jochi gracias por retarme a mí misma para llegar a ser tu doctora favorita, gracias por irme a imprimir a altas horas de la noche, por aguantar mi mal humor los días duros, y por sacarme a darme un respiro antes de colapsar. María gracias por tu preocupación constante de cómo me estaba yendo. A mis abuelos por ser fuertes y verme caminar todo este trayecto y ser parte de él. A mis tíos y tías por sus oraciones y respaldo continuo.

A mis asesores

Al Dr. Plinio Cabrera por motivarme hacer una tesis sobre la episiotomía y poner en mí la preocupación de un gran problema que ya no se le puede seguir haciendo la vista gorda. Al Dr. William Duke por sus recomendaciones y acceder a ser mi asesor aun con el poco tiempo que tiene. A la Dra. Jeanette Báez por recibirme siempre y ayudarme a darle forma a lo que quería hacer de trabajo de tesis.

A mis amigos

Algunos estuvieron desde el día uno en el trayecto, otros se fueron agregando en el camino para vivir juntos esta maravillosa carrera. Laura Ogando amiga y hermana gracias por ser mi columna vertebral durante toda la carrera, te debo mucho. Vanessa, Gheysi gracias por ser mis compañeras de tesis sin serlo, más que amigas se han convertido en hermanas. Virginia gracias por siempre estar aun cuando no estabas.

Especiales

Mención especial a Anniuska Nuñez por ser mi asesora personalizada en esta tesis, gracias por toda tu ayuda. Gracias a Benjamín De los Santos por la gran ayuda en la tabulación. A mi iglesia, a mis pastores Abel Ramírez y Dulce Pascual por sus oraciones y preocupaciones en todo mi trayecto. A mi madrina Elizabeth Paniagua, por su inversión constante en mi trayecto de vida y mis sueños, esto también es suyo.

Dedicatoria

A mis padres porque fueron el instrumento que Dios uso para ayudarme a cumplir mis sueños. Porque este título más que mío es de ellos, se han fajado cada día para hacerme una mujer de bien, preparada, capaz de poder vencer los retos de la sociedad y poder ser una mujer responsable, honesta e integra. A ustedes les dedico esta tesis, porque es la representación de la primera etapa de mi sueño culminada. Prometo con mi trabajo devolverles todo lo que han invertido y que siempre sientan orgullo de la hija que ustedes han criado bajo la gracia de Dios nuestro Señor.

A personas que Dios puso en mi camino durante mi carrera, las cuales estuvieron siempre cuidándome y velando por mi bienestar. Caleb De la Rosa y Tainiris Muñoz, mis padres adoptivos. Para ustedes va esta también, desde el inicio me apoyaron y siempre me retaron a dar lo mejor de mí y ser excelente.

A mi alma mater, por abrirme las puertas y prepararme como médico para salir a la calle a poner el nombre de la UNPHU en alto. Al Dr. José Asilis Zaiter por su gran esfuerzo de que la carrera de medicina de nuestra universidad estuviera en los primeros lugares de calidad del país.

A mis compañeros que iniciamos juntos este trayecto y a los que se fueron agregando en el camino. En especial la generación 2012, soñábamos con llegar a este día, de cómo sería, que sentiríamos; pues compañeros y amigos llegó el día que tanto soñamos ¡LO LOGRAMOS! Valió la pena cada lágrima derramada, cada risa compartida, cada mala noche mutua. Dios fue fiel.

*Con amor,
Laura M. Rodríguez Orozco*

RESUMEN

La episiotomía es uno de los procedimientos más realizados en el mundo en las maternidades. Ha sido un tema de discusión durante años entre los especialistas gineco-obstetras. Lo que ha motivado a la realización de varios estudios que lleven a comprobar su verdadera importancia sobretodo en casos que se hacen sin una indicación restrictiva. Consiste en la ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando del parto. Tiene como objetivo ensanchar el tercio inferior de vagina, anillo vulvar y periné, para de esta manera acortar el expulsivo. El propósito del estudio realizado fue identificar las indicaciones de episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el Distrito Nacional. Periodo Septiembre 2017 – Febrero 2018.

Realizamos un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivo. En el cual usamos un cuestionario como instrumento de recolección, dirigido a los residentes que realizaron las episiotomías. En este estudio escogimos 100 pacientes parturientas, mayores de edad, que se les realizo episiotomía en labor de parto.

El 100 por ciento de las episiotomías fueron realizadas con indicación restrictiva. El rango edad que se les realizo más episiotomía fue de 18 a 23 años. El 100 por ciento utilizaron la técnica quirúrgica mediolateral. El mayor por ciento de indicaciones restrictivas fue no especificado alcanzando un 46 por ciento. Y de las restrictivas con indicación de prevención de desgarros la mayoría se encuentra en el rango de edad de 18 a 23 años. La mayoría de mujeres era multigestantes y multíparas.

Luego de observar, analizar y discutir las conclusiones de este estudio, recomendamos la valoración de los conocimientos, aptitudes y práctica de la episiotomía en los residentes sobre episiotomía; implementación de nuevos métodos en la labor de parto para evitar episiotomías; Implementación de programas de enseñanza de labor de parto a mujeres embarazadas.

Palabras clave: Episiotomía, parturientas.

ABSTRACT

Episiotomy is one of the most performed procedures in the world in maternities. It has been a topic of discussion for many years among gynecological-obstetric specialists. What has motivated the realization of several studies that lead to verify its true importance especially in cases that are done without a restrictive indication. Episiotomy consists in the surgical enlargement of the final portion of the soft birth canal. It aims to widen the lower third of the vagina, vulvar ring and perineum, in order to shorten the expulsive. The purpose of the study was to identify the indications of episiotomy at the Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia University Hospital in the National District. Period September 2017 - February 2018.

We conducted an observational, descriptive and cross-sectional study with prospective data collection. In which we used a questionnaire as a collection instrument, aimed at the residents who performed the episiotomies. In this study we chose 100 parturient patients, of legal age, who underwent episiotomy in labor.

100 percent of the episiotomies were performed with a restrictive indication. The age range that was most episiotomy was 18 to 23 years. 100 percent used the mediolateral surgical technique. The highest percent of restrictive indications was unspecified reaching 46 percent. And of the restrictive ones with indication of prevention of tears the majority is in the age range of 18 to 23 years. The majority of women were multi-pregnant and multiparous.

After observing, analyzing and discussing the conclusions of this study, we recommend the assessment of knowledge, skills and practice of episiotomy in residents on episiotomy; implementation of new methods in labor to avoid episiotomies; Implementation of teaching programs of labor to pregnant women.

Key words: Episiotomy, parturient.

I. INTRODUCCIÓN

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos. Su definición etimológica deriva de las raíces griegas “*episeion*” (pubis) y “*tomi*” (cortar).¹

Consiste en la ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando del parto. Tiene como objetivo ensanchar el tercio inferior de vagina, anillo vulvar y periné, para de esta manera acortar el expulsivo y evitar desgarros de III y IV grado.²

Desde su popularización en el 1920 y años más tarde en la décadas de los 70 y 80 la implementación de su uso rutinario en la práctica obstétrica sus indicaciones, ventajas y desventajas han sido objeto de discusión.³

Cada día el uso rutinario de la episiotomía va en aumento trascendental a nivel mundial, no solo en países de tercer mundo como el nuestro, donde la medicina aun no alcanza su máximo desarrollo, sino también en países desarrollados como es el caso de Polonia donde hubo en el 2015 un levantamiento de mujeres alegando experiencias de parto traumáticas debido a la realizaciones de episiotomías sin criterio de indicación. También en Australia donde el índice de episiotomías sobrepasa el pautado por la Organización Mundial de la Salud. Datos como estos motivan el interés de descubrir verdaderamente cuales son los beneficios reales de esta práctica.⁴⁻⁵

Hasta ahora la comunidad científica a través trabajos de investigaciones a nivel mundial no ha podido encontrar resultandos tangentes que demuestren los beneficios reales de la episiotomía de manera rutinaria ni las indicaciones para su uso indiscriminado. Esto nos alerta y nos deja ver que algo no va bien. Por qué algo que hasta el momento no se ha podido demostrar sus ventajas y beneficios sigue en aumento cada día como práctica común entre los obstetras.⁶

Para el campo de la obstetricia moderna, que busca no solo los mejores resultados en el proceso del parto sino la salud integral madre y recién nacido la episiotomía debería ser un tema de sumo interés que no se puede dejar por alto, aún queda mucho por investigar, conclusiones a las cuales llegar y soluciones que presentar.⁷

I.1. Antecedentes

En un metanálisis realizado por el Jiang H, et al en el 2017 donde buscaba evaluar los efectos sobre la madre y el recién nacido de una política de episiotomía selectiva comparada con una política de episiotomía sistemática para los partos vaginales. Se revisaron 12 ensayos controlados aleatorios (con 6177 mujeres) en diez países diferentes. En la cual concluyeron que la creencia de que la episiotomía sistemática reduce el traumatismo perineal/vaginal no es justificada por las pruebas actuales. La investigación adicional en las pacientes en las que se ha planificado el parto instrumental puede ayudar a aclarar si la episiotomía sistemática es útil en este grupo particular. ⁸

Martínez J. en un trabajo de grado en el 2016, de la Universidad de Jaén, con el objetivo de conocer los efectos de la episiotomía sobre la función pélvica y su repercusión en la salud de la mujer, llegó a las siguientes conclusiones. Primero, una política de episiotomía restrictiva mejora el bienestar y la calidad de vida de las mujeres durante el puerperio. Segundo, el dolor perineal y la dispareunia posparto a corto plazo, sobre todo durante las primeras semanas del parto, es más frecuente en mujeres sometidas a una episiotomía en comparación con las que presentan un periné intacto o un desgarro de I o II grado. Tercero el traumatismo perineal parece ser el principal determinante en el desarrollo de dolor perineal posparto. Y cuarto la episiotomía favorece la presencia de disfunción sexual, ya sea en forma de dispareunia o en el retraso en la reanudación de las relaciones sexuales, entre otras. ⁹

Calezulato M. de la Universidad de Cristiana de Bolivia, en el 2012, realizó un estudio con el fin de conocer la episiotomía y sus riesgos. Llegando a la conclusión que la episiotomía no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales. Los desgarros luego de una episiotomía son de mayor grado que en un parto normal, la episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales; así como también con una mayor prevalencia de edemas vulvoperineales. 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 rectovaginales y fístulas anales, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía infección, dehiscencia y disfunción sexual. ¹⁰

Berzaín M. et al, en artículo publicado en el 2014 de la Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia. Reporta que aun después de diversos estudios, con diferentes metodologías, no se ha logrado descartar totalmente el uso de la episiotomía. 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 críticamente 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. ¹¹

Mieses M, et al, en el 2012 en un trabajo de investigación en el cual buscaba edad, paridad y complicaciones más frecuentes en un estudio comparativo de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Hospital de la Mujer Dominicana. Reportaron que 64.6 por ciento de las pacientes se les realizó episiotomía de rutina, de las cuales un 5.4 por ciento presentó desgarró perineal, 1.84 por ciento presentaron complicaciones como infecciones, dolor y hemorragias. La edad de mayor prevalencia fue entre 20 a 34 años. Y la gesta más común son mujeres primíparas. ¹²

Gratereaux Z. et al, en el 2011, realizaron un estudio sobre la frecuencia de episiotomías en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia con el objetivo de establecer edad, paridad más frecuente y asociar estas con el peso del producto al nacer conforme al tipo de episiotomía realizada. Concluyeron que, el rango de edad de realización de episiotomía se encuentra de 16 a 20 años. El 56 por ciento de las episiotomías fueron a primíparas. El peso de los recién nacidos oscilo entre 3,001 y 3,500 gramos y el 100 por ciento de las episiotomías fueron con la técnica medio lateral. ¹³

I.2. Justificación

La episiotomía es uno de los procedimientos más realizados en el área obstétrica a nivel mundial, su uso ha sido tema de discusión desde hace años. Cientos de investigaciones se han realizado con el objetivo de conocer las ventajas de su realización de manera indiscriminada, pero aun no llegan a resultados concluyentes que respalden esta práctica. ¹⁴

En el 2015 el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) crearon el proyecto “Hospital amigo del bebe” con el propósito de la mejora integral de las atenciones y servicios en los hospitales materno-infantil. Una de sus medidas es la promoción del parto limpio y la eliminación de la episiotomía de rutina. ¹⁵

Al realizar este trabajo de investigación buscamos llegar a resultados que puedan responder a los cuestionamientos que por años han estado en discusión sobre la episiotomía. De igual manera a través de este poder identificar las razones o indicaciones por la cual se siguen realizando episiotomías de manera rutinaria, aun con la implementación de programas ya mencionados.

La importancia de hacer este trabajo viene dada a la alta tasa de episiotomías rutinarias realizadas en los centros materno-infantiles de nuestro país que van por encima del valor estimado por la Organización Mundial de la Salud. ¹⁶

Realizar esta investigación no solo servirá para conocimiento propio sino también poder facilitarle los resultados al centro de salud y que les pueda servir para mejor desarrollo en la enseñanza teórica y práctica. Investigaciones como estas son cruciales debido a miden que tanto se implementan las guías dadas por las organizaciones de salud tanto nacionales como internacionales.

Por medio de este estudio buscamos poder corroborar investigaciones científicas ya realizadas sobre las indicaciones de la episiotomía.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta hace algunos años la episiotomía era una práctica habitual en la asistencia del parto vaginal, particularmente en primíparas; sin embargo, debido a la falta de evidencia que respalde el beneficio de su uso rutinario, en la actualidad se recomienda de manera restrictiva, aplicándolo selectivamente para indicaciones principalmente de causa fetal. La recomendación de evitar la episiotomía está fundada en estudios observacionales, en que pueden estar involucradas otras variables de confusión.¹⁷

El debate continúa en cuanto a la episiotomía sobre si al momento de realizarla tiene indicación restrictiva o solamente es una práctica de rutina en la práctica obstétrica. Este cuestionamiento pende de un hilo en el cual es muy fácil romperse y cruzar el límite. Su realización se adjudica principalmente a mujeres primíparas, pero la indicación para las primíparas no aplica para las multíparas, y esto abre el cuestionamiento aún más.¹⁸⁻¹⁹

Lamentablemente nuestros hospitales no llevan estadísticas que nos permitan saber con exactitud la cantidad de episiotomías realizadas y así poder saber la dimensión del problema real que existe. Estamos con ojos cerrados ante una problemática que no sabemos el real impacto que tiene en las parturientas y sus recién nacidos.

Las indicaciones de la episiotomía, a pesar de tener manuales y guías que las plantean muy específicas, siguen siendo un tanto no claras en la práctica en sí. Llevando a que el debate sobre su uso sea más cuestionado cada día.

Diariamente se presentan a la consulta ginecológica mujeres con complicaciones de episiotomías que fueron realizadas sin ningún criterio de indicación, esto nos lleva a hacernos la pregunta:

¿Cuáles son las indicaciones de la episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia?

III. OBJETIVO

III.1 Objetivos General

Conocer las indicaciones de la episiotomía en pacientes parturientas.

III.2 Objetivos Específicos

- Establecer el rango de edad más frecuente que se realiza episiotomía.
- Relacionar la nacionalidad con la incidencia de episiotomía.
- Asociar la paridad y la gestación con la realización de una episiotomía.
- Determinar el motivo más frecuente de episiotomía.
- Establecer cuál es el tipo de episiotomía más frecuente, de acuerdo a la indicación.
- Determinar cuál es la técnica más utilizada para la episiotomía.
- Relacionar la edad más frecuente con la indicación restrictiva más frecuente.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Episiotomía

IV.1. 1. Historia

La historia de la episiotomía data a inicios del siglo II en los textos de Sorano, en el libro *De morbis mulierum*, el primer texto escrito para comadronas. Ya se hacía mención a la protección del periné, aconsejando a la comadrona que apoyara la mano sobre el perineo materno con una compresa de lino para evitar que se rasgara durante la expulsión del bebe.

En la época medieval, durante el siglo XI, se escribió en Salerno un tratado de enfermedades obstétricas y ginecológicas, que se conoce con varios títulos: *De passionibus mulierum curandarum*, *De aegritudinibus mulierum*, *De curis mulierum*, *Trotula major* o simplemente *Trótula*, en este tratado se cita la conveniencia de la sutura perineal.

Durante el siglo XVI, un famoso cirujano obstetra, Ambroise Paré, escribió dos tratados obstétricos, en uno de ellos, llamado *De la Generation de l'homme* (1573), describe la realización de la sutura del periné desgarrado, siendo pionero en su enseñanza.

Asimismo, en el siglo XVII, y gracias a William Harvey, el padre de la asistencia al parto inglesa, la Obstetricia adoptó por primera vez una base científica. Escribió un trabajo sobre atención al parto en 1651, de *generatione animalium*, traducido del latín al inglés en 1653. Su precepto principal consistía en esperar a que actuara la naturaleza y en intervenir únicamente si era absolutamente necesario.

Hacia mediados del siglo XVIII, la modestia femenina, que hasta entonces había excluido a los hombres de la cámara de partos estaba desapareciendo entre las clases altas y medias, por lo que se hizo popular en Londres que auxiliares del género masculino dirigieran los partos. El término comadrón, que se había usado desde 1625, indicaba únicamente el sexo del profesional. Podía ser un boticario, cirujano, médico o profano que decidía dedicarse a la asistencia al parto.

En 1742, el comadron Sir Fielding Ould propuso en su tratado sobre partería "*Teatrise of midwifery in threeparts*". En aquel momento se recomendaba en partos con una complicación extrema.

En un principio, esta técnica quirúrgica se indicaba en casos muy puntuales. Durante los siglos XVIII y XIX, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de la episiotomía eran en la asistencia de un parto dificultoso y para intentar salvar la vida del feto.

Michaelis, Tarnier y Credé recomendaban la sección del periné en sus partos. Los proponentes de la episiotomía argumentaron que “su uso prevenía el daño perineal y la relajación del suelo pélvico y protegía al feto de injurias”, recomendando su utilización en aquellos “partos extremadamente dificultosos”. En 1799, Michaelis (médico de Hamburgo, Alemania) propone su realización para la prevención de grandes desgarros perineales.

En 1847, Dubois (Francia) sería el primero en sugerir la realización de una “incisión oblicua en el periné”, conocida como la episiotomía mediolateral. En 1850 y 1852, Eichelberg y Scanzoni recomiendan la episiotomía lateral y bilateral (realización de “incisiones laterales perpendiculares al orificio vaginal”).

En 1857, Carl Braun, fue el primero en dar el nombre de “episiotomía” a la incisión perineal, y el primero en condenarla por considerar que no era aconsejable ni necesaria.

El primer uso documentado de la episiotomía en los Estados Unidos fue publicado en 1851 en *The Stethoscope and Virginia Medical Gazette* por un cirujano en Virginia, Taliaferro.²⁰

Su mayor auge lo alcanzó a principios del Siglo XX, cuando Pomeroy y DeLee publicaron artículos sobre esta técnica, pero debido a la ausencia de anestesia y alta morbilidad infecciosa no tuvo gran aceptación en la comunidad obstétrica.¹⁶

IV.1.2. Anatomía del periné

Pelvis

Es el anillo en forma de vaso de hueso formado por los huesos de la cadera, el sacro y el cóccix. (Los huesos de la cadera o coxales consiste en el ilio, el isquion y el pubis.)

Se divide por el borde pélvico o línea iliopectínea en la pelvis principal (pelvis falsa) por encima y la pelvis menor (pelvis verdadera) abajo. Tiene una salida cerrada por el músculo coccígeo y el elevador del ano, que forman el suelo pélvico.

Normalmente se inclina en posición anatómica así: La espina ilíaca anterior-superior y los tubérculos púbicos están en el mismo plano vertical; El cóccix está en el mismo plano horizontal que el margen superior de la sínfisis púbica; El eje de la cavidad pélvica que atraviesa el punto central de la entrada y la salida casi paralela a la curvatura del sacro.

La pelvis mayor (falsa pelvis) es la porción expandida de la pelvis ósea por encima del borde pélvico. La pelvis menor (pelvis verdadera), la cavidad de la pelvis está por debajo del borde pélvico o apertura superior y por encima de la salida pélvica o abertura inferior. Tiene una salida que está cerrada por los músculos coccígeo y elevador y la fascia perineal, que forman el suelo de la pelvis. ²¹

Dentro de la pelvis femenina se encuentran; en la zona central encontramos el útero, por delante de él está la vejiga con la uretra y por detrás, el recto. Entre estas tres estructuras hay fondos de saco o suturas de tejido fibroso que las separan. El saco que separa la vejiga del útero se denomina saco vesico-uterino y el saco que separa el útero del recto se denomina saco de Douglas.

El suelo pélvico está formado por un conjunto de músculos estriados que cierran por debajo la pelvis menor y juegan un papel importante en el embarazo, parto y en la incontinencia urinaria.

La musculatura del suelo pélvico se organiza en tres planos:

- Plano profundo

Músculo coccígeo: sale de las espinas ciáticas para llegar al vértice del cóccix. El músculo elevador del ano (muy importante): es el más grande y potente y tiene tres porciones que se fijan en las paredes de la vagina y de la uretra. Músculo pubo-rectal: que va del pubis a las paredes del recto. Músculo pubo-coccígeo: que se origina en el pubis y termina en el cóccix. Músculo ileo-coccígeo: que parte de la Espina ciática para acabar insertándose en el pubis.

- Plano intermedio

Esfínter uretral externo: es un músculo estriado que rodea y cierra la porción membranosa de la uretra. Músculo transverso profundo del periné: va de una rama isquiopubiana a otra, fijándose en la uretra y en la vejiga. ²²

- Plano superficial

El plano superficial comprende cinco músculos. El musculo esfínter externo del ano. El músculo isquiocavernoso. Transverso superficial del periné consiste

en una lengüeta muscular delgada constituida por dos tipos de fascículos, unos nacen en la cara medial del isquion y de la rama isquiopubiana y terminan en el centro del periné. Otros proceden del músculo esfínter externo del ano y de la porción elevadora del músculo elevador del ano. El músculo bulboesponjoso, recubre la cara lateral del bulbo del vestíbulo. Y el músculo constrictor de la vulva o constrictor del vestíbulo de la vagina.

Fascias

Las fascias del periné femenino serían idénticas a las del hombre si no estuvieran atravesadas por la amplia hendidura media que da paso a la uretra y a la vagina. La fascia de recubrimiento superficial del periné, se pierde medialmente en el tejido conjuntivo de la base de los labios menores de la vulva, mientras que anteriormente se continúa con la fascia del clítoris. La fascia del diafragma pélvico comprende dos hojas una inferior y otra superior. La inferior se extiende transversalmente desde la rama isquiopubiana hasta el vestíbulo, la superior termina medialmente en la pared lateral de la uretra y vagina. La fascia pélvica, medialmente, a nivel del arco tendinoso de la fascia pélvica esta en relación, de posterior a anterior, con la uretra, la vagina y el recto.²³

Irrigación

La arteria pudenda interna es la responsable de la irrigación del periné y los órganos genitales externos. Tras su origen en el tronco de división anterior de la arteria hipogástrica, desciende a la cavidad pélvica por delante del plexo sacro y lateral al nervio pudendo. Rodea dorsalmente la espina ciática para alcanzar el periné donde sigue un trayecto inicial hacia abajo y adelante en la pared externa en la fosa isquioanal, en un desdoblamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno denominado conducto de Alcock. Después, su trayecto anterior de incurva hacia arriba siguiendo la rama interna de la rama isquiopubiana, quedando situada en el ángulo de unión, entre la aponeurosis del musculo obturador interno y la hoja profunda de la membrana perineal, hasta alcanzar el borde inferior de la sínfisis del pubis, donde emite su rama terminal (arteria dorsal del clítoris).

Inervación

La inervación somática del suelo pelviano depende principalmente del plexo pudendo, formado por la rama anterior S4 a las que se unen ramas anastomóticas procedentes de S2 y S3. Se encuentra situado sobre el músculo cocciógeo y cubierto por la misma aponeurosis que cubre el plexo sacro. Las ramas colaterales del plexo pudendo son, ramas viscerales hacia el recto; vejiga urinaria y vagina, directamente o través del plexo hipogástrico; rama muscular para el elevador del ano (S3-S4) y cocciógeo (S4); ramos perineales y los nervios clúneos inferiores. La rama terminal es el nervio pudendo (S2, S3, S4). En su trayecto rodea dorsalmente la espina ciática y se sitúa en la pared externa de la fosa isquioanal, por debajo del músculo elevador del ano, acompañando a los vasos pudendo interno en el conducto de Alcock. La espina ciática es un punto de referencia clave en el trayecto del nervio pudendo. A este nivel, el nervio queda situado medial a la arteria pudenda interna, y a una distancia de la rama isquiopubiana que oscila entre 77,2 y 83,1mm. ²⁴

IV.1.3. Definición

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné, que realizada durante el parto, aumenta el orificio vulvar y facilita la salida del feto al exterior. Su objetivo es triple; acortar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal, evitar desgarros perineales, y prevenir el prolapso rectal y la incontinencia urinaria. ²⁵

IV.1.4. Clasificación

Aunque la mayoría de los textos obstétricos hablan de dos tipos de episiotomía fundamentalmente (mediolateral y media/mediana), en la literatura se recogen hasta siete tipos diferentes en función de la extensión, trayectoria y ángulo de corte. ⁴

- Episiotomía mediana

La episiotomía mediana comienza en la córnea posterior y se extiende a lo largo de la línea media a través del tendón central del cuerpo perineal. La extensión de la incisión debe ser aproximadamente la mitad de la longitud del perineo. Este tipo de episiotomía se usa comúnmente en la EE.UU. y Canadá.

- Episiotomía mediana modificada

Se realiza una modificación de la episiotomía mediana mediante la adición de dos incisiones transversales en direcciones opuestas justo por encima de la localización esperada del esfínter anal. La incisión transversal se realiza en cada lado, perpendicular a la línea media, de modo que mide 2,5 cm en total. Se afirma que el uso de esta modificación aumenta el diámetro de la salida vaginal en un 83% en comparación con una episiotomía mediana estándar 10, posiblemente por separación de los accesorios de la membrana perineal / esfínter, y permite así el desplazamiento posterior verdadero del ano sin riesgo de cualquier lesión de tracción resultante.

- Episiotomía en forma de "J"

Esta episiotomía comienza con una incisión en la línea media y luego se curva lateralmente para evitar el ano. En esta técnica se utilizan tijeras curvas que comienzan en la línea media de la vagina hasta que la incisión se encuentra a 2,5 cm del ano. Entonces el 'J' se hace dirigiendo la incisión hacia la tuberosidad isquiática lejos del ano.

- Episiotomía mediolateral

Este es el tipo de episiotomía más utilizado en Europa. La definición exacta es a menudo poco clara aunque de acuerdo con los textos obstétricos internacionalmente reconocidos se define como una incisión que comienza en la línea media y se dirige lateralmente y hacia abajo lejos del recto.

- Episiotomía lateral

Este tipo de episiotomía se describió por primera vez en 1850. Comienza en el introito vaginal 1 ó 2 cm lateral a la línea media y se dirige hacia abajo hacia la tuberosidad isquial. La episiotomía lateral se menciona muy raramente en la literatura obstétrica.

- Radical lateral (incisión de Schuchardt)

La episiotomía lateral radical se considera a menudo como una incisión no obstétrica. Es una episiotomía completamente extendida, que lleva profundamente en un surco vaginal y está curvada hacia abajo y lateralmente

alrededor del recto. Puede ser realizada al comienzo de una histerectomía vaginal radical o traquelectomía para permitir un fácil acceso al parámetro 20- 22 para permitir la extracción de un pesario vaginal descuidado o, muy ocasionalmente, para facilitar el parto en partos complicados (cabeza grande, nalgas difíciles o para la corrección de la distocia del hombro).

- Episiotomía anterior

La episiotomía anterior o la desinfibulación (el procedimiento de apertura de la cicatriz asociada con algunos grados de mutilación genital femenina) suele realizarse durante el parto en mujeres que han tenido infibulación femenina realizada previamente. El dedo del practicante es insertado a través del introito y dirigido hacia el pubis. Para liberar la cicatriz, los labios menores se incisan en la línea media hasta que se puede ver el meato uretral externo y la aleta anterior está completamente abierta. Los restos clitoridianos no deben ser incisos. Puede ser necesario otro tipo de episiotomía (preferiblemente medio lateral). ²⁶

IV.1.5. Epidemiología

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más utilizado en la actualidad. En EE.UU. se realiza entre el 50 y 90 % de las mujeres primíparas, dependiendo de la zona. En países europeos como Francia e Inglaterra, se sitúa en torno al 30%, mientras que en Holanda, en menos del 25%.

La episiotomía es una incisión que se realiza en la zona del periné, entre la vulva y el ano, junto antes del expulsivo cuando el bebé asoma la cabeza en el parto, con la función de evitar los posibles desgarros de los músculos de la zona llegando al ano y pudiendo producir infecciones y una recuperación dolorosa innecesaria.

En los países de América Latina, esta tasa es muy alta, siendo el caso de Argentina uno de los más llamativos, pues se llega a realizar sistemáticamente a las mujeres nulíparas y primíparas. La situación en España no es mucho mejor que en América Latina, y aunque no existen cifras oficiales, se podría afirmar que es una práctica rutinaria en nulíparas y primíparas, con cifras, posiblemente, cercanas al 90%.

No existe un consenso establecido sobre cuál tendría que ser la tasa ideal de episiotomías en un país, aunque se calcula que debería oscilar alrededor del

20%. Incluso hay quien reduce esa cifra ideal hasta el 10%. En España: 56% y el 87%, 8% en Suiza, 4-8% en partos asistidos por parteras en domicilio en Estados Unidos. La OMS y algunos expertos, consideran que no es lógico ni está justificado realizar porcentajes de episiotomías superiores al 20%.⁵

En República Dominicana específicamente en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia, en datos obtenidos entre los meses enero-abril 2014 se registraron una cantidad de 2,470 partos a las cuales se le realizaron 722 episiotomías, el cual corresponde a un 29.2 por ciento.²⁷

IV.1.6. Indicaciones

Gabbe, Niebyl y Simpson hablan de la indicación general de este procedimiento profiláctico para nuestros días, como lo es la detención o prolongación del descenso, en asociación con un parto instrumental para acelerar el parto en el contexto de anomalías de la frecuencia cardiaca fetal.²⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su manual de manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstétricos y médicos. Ponen indicaciones precisas al momento de la realización de una episiotomía. Parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío o ventosa obstétrica); cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados; sufrimiento fetal.²⁸

En el ministerio de salud pública de la República Dominicana en su guía clínica para la atención a la mujer durante el embarazo, parto inminente y puerperio en el primer nivel de atención, dice que la episiotomía, de acuerdo a la evidencia clínica, no debe ser un procedimiento rutinario y su implementación debe ser valorada en base a criterios clínico- quirúrgicos bien fundamentados en el diagnóstico y de preferencia practicar el corte medio central.²⁹

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son la nuliparidad, el peso y perímetro cefálico fetal. Su uso se ha visto influenciado además por la edad materna y 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 y cuarto grado.³⁰

IV.1.7. Técnica quirúrgica

Los elementos que se seccionan son: piel, tejido celular subcutáneo, mucosa vaginal, músculo bulbocavernoso, músculo transverso superficial del periné, haces pubianos del elevador del ano.³¹

La técnica empleada también tiene variaciones en función de la persona que la lleve a cabo, desde el tipo de episiotomía a realizar, hasta el uso o no de anestesia. En el que caso que se utilice anestesia, se emplea lidocaína al 1 por 100, pudiéndose utilizar también a la hora de la sutura. Seguidamente se separan los labios con el segundo y tercer dedo de la mano que no sujete la tijera, se visualiza el plano muscular y se introduce la tijera a unos 6-9 cm de profundidad. Cuando la zona del corte está localizada, se procede a realizarlo aprovechando que la cabeza del recién nacido empuja el periné, desplazando el esfínter anal. En este momento mejora la visualización del mismo y se puede evitar lesionarlo y además se disminuye la pérdida hemática. Cuando no se emplea anestesia se aprovecha que la parturienta este teniendo una contracción y así el dolor de la incisión se mitiga o se despista con el propio de la misma.¹⁵

Para la episiotomía de la línea media, los dedos se insinúan entre la coronación de la cabeza y el perineo. Las tijeras se colocan en dirección de la 6 del reloj en la abertura vaginal y se dirigen hacia atrás. La longitud de la incisión varía de 2 a 3 cm dependiendo de la longitud perineal y del grado de adelgazamiento del tejido. La incisión se personaliza para necesidades específicas de suministro, pero debe detenerse antes del esfínter anal externo. Con la episiotomía mediolateral, las tijeras se colocan a las 7 o 5 del reloj y la incisión se extiende 3 a 4 cm hacia la tuberosidad isquiática.³²

IV.1.7.1. Sutura

Episiorrafía

La reconstrucción de la incisión debe hacerse respetando al máximo la anatomía, para mantener íntegramente la función de los músculos y evitar la formación de las cicatrices patológicas. Es preferible comenzar la sutura una vez que ha salido la placenta.

Se recomienda el uso de hilos de materiales de absorción rápida, derivados de ácido poliglicólico y similares, ya que tiene un periodo de resistencia útil de unos 12 días. Aunque hay evidencias de una mayor tasa de dehiscencias leves

a moderadas que con el uso de los materiales de reabsorción rápida, ofrecen como beneficio una adecuada fuerza de tensión entre los bordes, durante un tiempo medio suficiente para minimizar la reacción tisular.

Se han propuesto numerosas técnicas de sutura. Dentro de estas están las siguientes. Para la vagina, sutura continúa por encima del ángulo de la incisión, finalizando inmediatamente por fuera de la inserción del himen, consiguiendo así, menor tasa de dehiscencia y menor dolor. Para el plano muscular, puntos dobles o simples sueltos. Para la fascia, puntos sueltos con el músculo. Para la piel, sutura intradérmica o puntos sueltos en "U". Una alternativa válida es la sustitución de los puntos de fascia y piel, por una sutura única entrecortada.

Para la sutura quirúrgica de la episiotomía, el eje de la aguja debe ser perpendicular al borde de la herida, con el mantenimiento de una separación constante entre punto y punto, garantizando una adecuada hemostasia y correcta tensión entre los puntos.³³

Una vez finalizada la sutura, se comprobaba que no hay cuerpos extraños en vagina y se realizaba un tacto rectal para comprobar la integridad de la mucosa.

La lesión vaginal puede extenderse hacia el fórnix en sentido lateral y ascender más hacia arriba, exponiendo la uretra. Una sutura incompleta favorece el paso de los loquios al espacio incidido y, por lo tanto, las infecciones secundarias. Esto subraya la importancia del estudio inicial de las lesiones.

Durante la sutura perineal, el paso de la aguja por la pared rectal conlleva un riesgo de dolor, de infección y de fístula. Por consiguiente, se debe realizar un tacto rectal de control de forma sistemática para comprobar que no haya puntos penetrantes. La insuficiencia de sutura del plano muscular deja un espacio muerto que favorece los hematomas.³⁴

IV.1.8. Complicaciones

Independientemente del tipo de episiotomía realizada, se producen una serie de complicaciones relacionadas con el uso de esta práctica.³⁵

Las complicaciones inmediatas de una episiotomía más frecuentes son: hemorragia, desgarros, hematoma, infección, dehiscencia.³⁶

- Hemorragia

Considerada mayor a 500ml, asociada frecuentemente en episiotomías mediolateral debido a que se practican precozmente.³⁷

- Desgarros

Incremento de la prolongación del corte de la episiotomía en la misma dirección, creando un desgarro de tercer y cuarto grado. En el caso de aplicar la episiotomía media; compromete el esfínter anal externo del ano y en ocasiones el recto; y al aplicar la medio lateral, el compromiso del elevador del ano es mayor y se debe reparar cuidadosamente. ³⁸

Hay 4 niveles desgarros. De primer grado lesión de piel perineal. De segundo grado, lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal. De tercer grado, lesión del esfínter anal, la cual se subdivide en, 3a Lesión del esfínter externo <50%, 3b Lesión del esfínter externo >50% y 3c Lesión de esfínter externo e interno. De cuarto grado, lesión del esfínter anal y la mucosa rectal. ³⁹

- Hematoma

Se trata de sangre acumulada en la zona vulvar y perineal, justo debajo de los puntos, los síntomas se presentan con intenso dolor, sensación de bulto. En ocasiones se torna azulado. ³⁶

El sangrado en este caso está en los tejidos internos, en lugar de externo. Es causada por el continuo sangrado de los vasos que se han retraído hacia los tejidos profundos paravaginales y vulvares.

El grado de incomodidad para la mujer es proporcional al tamaño del hematoma. El manejo es a menudo conservador, ya que la incisión y el drenaje pueden aliviar el "taponamiento" de un vaso sanguíneo profundo y causar una mayor hemorragia más difícil de controlar. ⁴⁰

- Infección

Es una complicación poco frecuente. De todas las episiotomías, solo el 0.1% se infectan, aunque esta proporción asciende al 1-2% para las episiotomías complicadas con desgarros de tercer y cuarto grado. ⁴¹

Una infección de la episiotomía debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios. Drenaje purulento de la episiotomía, absceso en la episiotomía o infección del fondo del saco vaginal. ⁴²

El dolor es el síntoma más común, es frecuente el drenaje espontáneo. La inspección del sitio de la episiotomía muestra la rotura de la herida y la

separación de la incisión. Es posible que una membrana necrótica cubra la herida y deba desbridarse siempre que sea posible. Debe llevarse cuidadosamente la exploración rectovaginal para determinar si no se ha formado una fistula y valorarse la integridad del esfínter anal.

Es común la infección por organismos aerobios y anaerobios mixtos. Es posible que se recupere *Staphylococcus* del cultivo del material de estas infecciones.⁴³

- Dehiscencia

Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.⁴⁴

Dentro de las complicaciones tardías están. Dolor perineal, dispareunia, endometriosis sobre la cicatriz de episiotomía, fistulas recto vaginales.³⁶

- Dolor Perineal

Un estudio de cohorte realizado en África hizo una comparación con la ocurrencia de dolor perineal en mujeres con y sin episiotomía. Encontró que las 88 mujeres que se sometieron al procedimiento sintieron dolor en el perineo durante 24 horas o más, en comparación con solamente siete mujeres sin episiotomía, con diferencia significativa. La literatura informa que el dolor en el perineo puede estar presente en las primeras horas después del parto y persiste durante años.⁴⁵

La manifestación dolorosa en la región perineal puede ocurrir por trauma, especialmente en el período expulsivo del parto vaginal. El trauma perineal se define como la pérdida de la integridad de los tejidos de la región genital durante el parto, ocasionado por lesión quirúrgica (episiotomía) o espontánea.⁴⁶

- Dispareunia

El dolor perineal y la dispareunia se consideran frecuentemente resultado de trauma perineal, episiotomía y parto instrumentado.

Durante el proceso de parto se puede producir un trauma perineal, que puede estar originado por un desgarramiento espontáneo o por la realización de la episiotomía,

lesionándose así la musculatura perineal. La lesión de estos músculos son una causa de disfunción del suelo pélvico, y este problema es a su vez una causa de disfunción sexual. Por lo tanto, podríamos pensar en la posibilidad de que existiera una relación entre el trauma perineal y la disfunción sexual, es decir, la episiotomía podría ser una causa de disfunción sexual. ⁴⁷

- Endometriosis sobre la cicatriz de episiotomía

La endometriosis cicatricial es una enfermedad rara y generalmente difícil de diagnosticar. La endometriosis incisional o cicatricial es un tipo raro con una incidencia de menos del 1%. La incidencia de endometriosis cicatrizada de episiotomía es de aproximadamente 0,06-0,07%. El diagnóstico y tratamiento completo de la endometriosis cicatrizante puede ser un reto. Las modalidades médicas y quirúrgicas desempeñan un papel importante en el manejo de casos de endometriosis dependiendo del sitio. ⁴⁸

El diagnóstico clínico suele ser confuso, por lo que debe diferenciarse de hematoma, absceso, granuloma de sutura, tumor desmoide, sarcoma de tejido blando y cáncer metastásico. Generalmente se diagnostica por síntoma clínico de un bulto de crecimiento lento en la cicatriz o área cercana que es dolorosa durante la menstruación. A veces se asocia con hemorragia. ⁴⁹

Hay literaturas que proponen la incontinencia urinaria como complicación tardía. La episiotomía representa un traumatismo en la pelvis, y esto podría conducir a incontinencia urinaria posparto. El perjuicio después de entregas instrumentales puede resultar una lesión global que podría traducirse en una disfunción más severa del suelo pélvico. ⁵⁰

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años que ha cumplido.	Numérica
Gesta	Es el estado de gestación. Número de veces que ha estado embarazada una mujer.	Primigesta Multigesta	Nominal
Paridad	Número de veces que una mujer ha dado a luz.	Nulípara Primípara Multípara	Nominal
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación	Dominicana Haitiana Venezolana	Nominal
Motivo	Causa que determina la existencia de una cosa o la manera de actuar de una persona.	Rutina Restrictiva	Nominal
Indicación	Razón válida para emplear una prueba diagnóstica, o un procedimiento médico.	Parto de nalgas Distocia de hombros Parto con fórceps Sufrimiento fetal Feto macrosómico Prevención de desgarro Por prolongación de 2da etapa del expulsivo.	Nominal
Técnica Quirúrgica	Ejecución sincrónica de las maniobras operatorias para beneficio del paciente.	Técnica Utilizada: Mediana Mediana modificada En forma de "J" Mediolateral	Nominal

		Lateral Radical lateral Anterior	
--	--	--	--

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivo, con el propósito de determinar las indicaciones de la episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo comprendido entre Septiembre 2017 y Febrero del 2018.

VI.2. Área de estudio

Tendrá lugar en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, localizado en Ave. Pedro Henriquez Ureña #49, Gazcue, Distrito Nacional, Santo Domingo, República Dominicana. (Ver mapa cartográfico y aéreo)

Mapa cartográfico



Mapa aéreo



VI.3. Universo

Todas las pacientes que se le asista parto vaginal en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo septiembre 2017 y febrero 2018.

VI.4. Muestra

Todas las pacientes que se les realice episiotomía en parto vaginal.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Las pacientes a participar deberán estar en labor de parto vaginal.
2. Deben hablar y entender español.
3. Las pacientes deberán tener la mayoría de edad establecida por la constitución dominicana, 18 años.
4. Las pacientes deberán tener algún documento de identificación ya sea cédula o pasaporte cuando aplique.
5. Residentes que estén cursando su segundo año de ginecología y obstetricia del HUMSA.
6. Residentes que hayan firmado el documento de consentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

1. Paciente que no entienda ni hable español.
2. Paciente menor de edad.
3. Residentes que no se encuentren cursando su segundo año de residencia.

VI. 6. Instrumento de recolección de la información

Se diseñara un instrumento con preguntas relacionadas a: datos generales, criterios para la realización de episiotomía, técnicas para la realización de episiotomía.

VI. 7. Procedimiento

Se enviara una carta al departamento de enseñanza de HUMSA para dar lugar a la autorización de la investigación en el centro. Una vez autorizado se procederá hacer el calendario de días de recolección de datos que será lunes, miércoles y viernes de 3:00pm a 7:00pm. Las pacientes se captaran en la sala de pre parto, aquellas que tendrán parto vaginal, al momento del parto se le acompañara a sala de expulsivo donde se observara si se le hace episiotomía, en caso que sí y cumpla con los criterios de inclusión, se le invitara al residente, que realizo la episiotomía, a ser parte de la investigación en caso que acepte y cumpla con los criterios de inclusión, se le procederá a asignar un ID y se le leerá

el consentimiento informado, para luego ser firmado. Una vez firmado se le aplicara el instrumento de recolección de datos al residente.

VI.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información serán tabuladas a través Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de datos. Dichos resultados serán presentados en gráficas y tablas de porcentajes.

VI.9. Análisis

Los datos recolectados serán analizados, utilizando la medida de tendencia central y los resultados serán presentados en gráficos y tablas para su mayor comprensión.

VI.10. Consideraciones éticas

El estudio será realizado bajo las normativas éticas internacionales, tomando en cuenta los principios establecidos en la declaración de Helsinki ⁵¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). ⁵²

Todos los datos recuperados en nuestro estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez la identidad de los/as pacientes contenida en los expedientes clínicos serán protegidos en todo momento, manejándose los datos que potencialmente pudieran identificar a cada paciente de manera desvinculada del resto de la información proporcionada en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada de otros autores, serán justificados por su llamada correspondiente.

VII. Resultados

Tabla 1. Cantidad de pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Se le realizó episiotomía:	Pacientes (fi)	%
Si	100	100
No	0	0
Total	100	100

Fuente: Directa

El 100 por ciento de las mujeres escogidas para el estudio, se les realizó episiotomía.

Tabla 2. Rango de edad más frecuente de las pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Edad de la paciente	Pacientes (fi)	%
18 - 23	45	45
23 - 28	29	29
28 - 33	13	13
33 - 38	11	11
38 - 43	2	2
Total	100	100

Fuente: Directa

El grupo de mayor número de mujeres en la que se les realizó episiotomía se encuentra entre los 18-23 años correspondiendo el 45 por ciento. El segundo grupo etarios es de 23-28 años correspondiendo el 29 por ciento de las mujeres que le practico la episiotomía en labor de parto. De modo que durante el periodo comprendido entre el mes de octubre completo el 74 por ciento de las parturientas eran de menores de 30 años. El grupo comprendido entre 28-33 fue de 13 por ciento, de modo que de todo el universo visto el 87 por ciento era menores de 35 años. Entre los 33-43 se encontraron 13 por ciento, aunque 11 por ciento correspondía al rango de 33-38, y solo un 2 por ciento al rango de 38-43.

Tabla 3. Nacionalidad más frecuente de las pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Nacionalidad	Parturientas (fi)	%
Dominicana	61	61
Haitiana	37	37
Venezolana	2	2
Total	100	100

Fuente: Directa

En cuanto a las nacionalidades el hallazgo es el siguiente el 61 por ciento de las parturientas fueron dominicanas. El 37 por ciento de las parturientas son de origen haitiano y 2 por ciento venezolanas. Como dato novedoso ese 2 por ciento de venezolana en labor de parto en los hospitales públicos puede significar que el número de extranjeras de otras nacionalidades pudiera estar presente en los próximos años. Solo como interpretación curiosa.

Tabla 4. Numero de gesta más frecuente de las pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Gesta	Pacientes (fi)	%
Primigesta	39	39
Multigesta	61	61
Total	100	100

Fuente: Directa

El 39 por ciento de las mujeres asistidas en labor de parto que se les realizó episiotomía durante el transcurso de la investigación fueron primigesta y el 61 por ciento multigesta.

Tabla 5. Numero de paridad más frecuente de las pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Paridad	Pacientes (fi)	%
Primípara	40	40
Múltipara	60	60
Total	100	100

Fuente: Directa

Una correlación se halla en la gestación y la paridad donde el 40 por ciento fueron primíparas y el 60 por ciento múltiparas. En ambos casos el número de las embarazadas por primera vez y las parturientas por primera vez fueron superados con una diferencia de 20 puntos porcentuales.

Tabla 6. Indicación en las pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Motivo de la episiotomía:	fi	%
Rutina	0	0
Restringida	100	100
Total	100	100

Fuente: Directa

El 100 por ciento de las parturientas se les realizó la episiotomía restringida, según el residente.

Tabla 7. Técnica quirúrgica más utilizada en las pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Técnica quirúrgica utilizada	fi	%
Mediana	0	0
Mediana modificada	0	0
En forma de "J"	0	0
Mediolateral	100	100
Lateral	0	0
Radical lateral	0	0
Anterior	0	0
Total	100	100

Fuente: Directa

El 100 por ciento de las parturientas se les realizó la episiotomía con la técnica mediolateral, según el residente.

Tabla 8. Indicación restringida en las pacientes que se les realizó episiotomía en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Indicación (en caso de ser restrictiva)	fi	%
Parto de nalgas	0	0
Distocia de hombros	0	0
Parto con forceps	0	0
Sufrimiento fetal	9	9
Feto macrosómico	0	0
Prevención de desgarro	45	45
Por prolongación de 2da etapa del expulsivo	0	0
Otros	46	46
Total	100	100

Fuente: Directa

.El 9 por ciento de las episiotomías realizadas con indicaciones restrictivas se indicaron por sufrimiento fetal. El 45 por ciento recibió la indicación como prevención de desgarro. El 46 por ciento recibió indicación bajo la condición de otros (no especificados),

Tabla 9. Episiotomías realizadas por prevención de desgarros de acuerdo al rango de edad en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el período octubre 2017.

Prevencción de desgarro por edades		
Edad de la paciente	Pacientes (fi)	%
18 – 23	24	43
23 – 28	18	33
28 – 33	7	13
33 – 38	6	11
38 – 43	0	0
Total	55	100

Fuente: Directa

El 24 por ciento de las pacientes que se les realizó episiotomía con indicación restrictiva de prevención de desgarro tenían entre 18 a 23 años de edad, el 18 por ciento rondaba entre los 23 a 28 años, el 7 por ciento entre los 28 a 33 años y de 33 a 38 años fueron solo un 6 por ciento. No se registraron pacientes en el rango de edad de 38 a 43 años.

VIII. Discusión

Durante el período del estudio se escogieron 100 pacientes que se les hizo episiotomía en la labor de parto en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, período septiembre 2017 – febrero 2018. Dando como resultado las siguientes estadísticas:

El 45 por ciento de las pacientes que se le realizó episiotomía tenían entre 18 y 23 años. Este valor desciende a medida que asciende la edad. Pudiendo decir que la realización de la episiotomía es inversamente proporcional a la edad. Esto puede estar asociado a la anatomía de la mujer según la edad.

El 61 por ciento de las parturientas fueron dominicanas, mientras que un 37 por ciento haitianas. Esto cumple con los resultados esperados, un por ciento alto de parturientas haitianas debido a la gran inmigración, pero no más alto que las dominicanas. Como dato novedoso un 2 por ciento de venezolanas en labor de parto en los hospitales públicos puede significar que el número de extranjeras de otras nacionalidades pudiera estar presente en los próximos años. Solo como interpretación curiosa. El dato de que se les realice más episiotomía a dominicanas que a otras parturientas extranjeras, tiene que ver más con el hecho que hay mayor flujo de nacionales dominicanas en el hospital que extranjeras, no asociándolo a ningún factor anatómico.

El 61 por ciento de las parturientas eran multigestantes y un 60 por ciento múltiparas. Esto es un signo de alarma. El resultado esperado era un mayor por ciento de episiotomías en mujeres primigestas y primíparas por el hecho de que la labor de parto en estas mujeres suele ser prolongada y un canal estrecho. Esto nos arroja dos posibilidades, un mal manejo del personal médico al momento de decidir realizar una episiotomía, o algún factor en común es este grupo de mujeres que influya en realizarles una episiotomía.

El 100 por ciento de las episiotomías realizadas fueron bajo un criterio restrictivo, no obstante cuando vemos los resultados que arrojo las indicaciones según los criterios restrictivos observamos que hay un 46 por ciento que cayeron en “otros” sin ninguna especificación. Pudiéramos asumir que parte de estas episiotomías cayeron en criterio de rutina y ese 100 por ciento de restrictiva no es completamente una realidad.

La técnica quirúrgica más utilizada fue la mediolateral en un 100 por ciento de los casos. Cumpliendo con los estándares de los últimos años que recomiendan el uso de esta técnica en la episiotomía para menor riesgo de complicaciones en las pacientes.

Relacionando la indicación restrictiva de prevención de desgarro con las edades de las parturientas. Los resultados reflejaron que en un 43 por ciento nuevamente se encuentra el rango de edad de 18 a 23 años por encima de los demás. Este dato refuerza nuestra hipótesis que la incidencia de episiotomía pudiera estar relacionada a la anatomía de la paciente de acuerdo a su edad.

IX. Conclusiones

Luego de analizado y discutido llegamos a las siguientes conclusiones:

- 1- El rango de edad que se le realizó más episiotomía fueron entre 18-23 años. Sigue siendo relevante el embarazo en mujeres muy jóvenes lo que plantea una situación preocupante para el desarrollo de estas mujeres.
- 2- La realización de episiotomía es inversamente proporcional a los rangos de edad. En la medida que las mujeres avanzan en edad y número de parto el procedimiento se va haciendo menos necesario por lo que indica el estudio.
- 3- La mayoría de pacientes eran dominicanas, alcanzando un 61 por ciento. Al menos en el periodo de la investigación las pacientes del grupo focal fueron dominicanas, lo que contradice hasta cierto punto la idea generalizada de que estos servicios en los hospitales públicos son para las extranjeras.
- 4- El 61 por ciento de las pacientes eran multigestantes, siendo la mayoría. A pesar de que el grupo mayor fue el rango de 18-23 tenían más de un embarazo lo que nos pone de frente al problema de mujeres jóvenes con más de un hijo que terminan restándole calidad de vida a ellas.
- 5- El 60 por ciento de las pacientes eran multíparas. La incidencia de partos y embarazos sigue siendo alto en un rango de edad entre 18-28 años. Lo que procedimientos como la episiotomía se hacen cada vez necesarios.
- 6- El 100 por ciento de las episiotomías realizadas fueron con indicación restrictiva. Este dato que muestra un nivel del cuidado de las parturientas en este hospital. Dado que la prevención de desgarre fue un atenuante de alto índice para la indicación de la misma.
- 7- El 100 por ciento de las episiotomías realizadas usaron la técnica mediolateral.
- 8- El 46 por ciento de las episiotomías realizadas bajo criterio restrictivo, tuvieron indicación no especificada. Aunque la indicación del residente aparece en el record de la paciente la razón de la indicación no está especificada.
- 9- De las episiotomías realizadas bajo la indicación de prevención de desgarre, la mayoría estaban entre el rango de edad de 18 – 23 años. La población muy joven corren mayor riesgo de desgarre.

X. Recomendaciones

Luego de lo discutido y de las conclusiones ofrecidas procedemos a realizar las siguientes recomendaciones:

Para el hospital:

- 1- Evaluar conocimientos, aptitudes y práctica de la episiotomía en los residentes.
- 2- Implementación de nuevos métodos en la labor de parto para evitar episiotomías.
- 3- Implementación de programas de enseñanza de labor de parto a mujeres embarazadas.
- 4- Motivar a investigaciones como esta sobre la episiotomía y factores que incentivan a su realización como la edad.
- 5- Mejorar la descripción de la realización de la episiotomía en los record de las pacientes, como documento médico legal.

Para los residentes:

- 1- Investigar nuevos métodos y maniobras para ayudar a las parturientas en la labor de parto.

Para las pacientes:

- 1- Ir a sus consultas prenatales donde pueden orientarlas sobre la labor de parto.
- 2- Practicar ejercicios previos que la ayuden a la labor de parto.

Ministerio de Salud:

- 1- Implementación de programas de enseñanza a nivel nacional sobre la labor de parto y en conjunto con el Ministerio de Salud de Haití, debido al gran flujo de extranjeras haitianas que vienen al país a parir.

XI. REFERENCIAS

1. Bernués I. Efectos de la Episiotomía en el Suelo Pélvico y Periné [Licenciatura]. Universidad Pública de Navarra. Campus de Tudela. Fisioterapia.; 2014.
2. Abehsera M, Acebes R, Aguilar T. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). 1st ed. Madrid: Bajo Arenas JM, Melchor JC; 2007.
3. Bustamante S. Episiotomía restrictiva en parto normal. Revista Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente [Internet]. 2016 [cited 30 August 2017];11(2). Available from: <http://www.revistaobgin.cl/>
4. Centro de información de las Naciones Unidas. OMS: Las embarazadas de Polonia alzan su voz [Internet]. 2015. Available from: <http://www.cinu.mx/noticias/mundial/las-embarazadas-de-polonia-alz/>
5. Trinh A. La tasa de episiotomías en mujeres vietnamitas en Australia: apoyo para cambiar una práctica obstétrica en Viet Nam. Boletín de las Naciones Unidas [Internet]. 2013 [cited 30 August 2017]; 91(5). Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-114314-ab/es/>
6. B G. Su Embarazo Semana a Semana. 3rd ed. Filadelfia, PA: Da Capo Lifelong Books; 2013.
7. Molina L. Primer Editorial de la Revista Ginecología y Obstetricia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2015 [cited 30 August 2017]; 61(4). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000400007&script=sci_arttext.
8. Jiang H, Qian X, Carroli G G, Garner P. Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal. 1st ed. Cochrane. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group; 2017.
9. Martínez J. Impacto de la episiotomía en la función del suelo pélvico: Revisión bibliográfica [Licenciatura]. Universidad de Jaén; 2016.
10. Calezulato M, et al. Episiotomía y riesgos [Licenciatura]. Universidad Cristiana de Bolivia; 2012.
11. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencias Médica [Internet]. 2014 [Revisado 10 Junio 2017]; 17(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=4260>

12. Mieses M, Durán L. Ventajas del uso de la episiotomía restrictiva vs la episiotomía de rutina en el Hospital de la Mujer Dominicana Junio 2005- Mayo 2006 [Especialidad]. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2012.
13. Gratereaux Z, et al. Frecuencia de episiotomía. Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, Enero-Mayo 2010 [Licenciatura]. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2011.
14. Gomes A. Episiotomia: Discussao sobre o trauma psicologico e fisico nas puerperás. Revista Rede de Cuidados em Saúde [Internet]. 2016 [cited 30 August 2017]; 10(1). Available from: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcc/article/view/3311>
15. Centro de prensa unicef República Dominicana. SNS y UNICEF acuerdan implementar la iniciativa “Hospital Amigo del Bebé” [Internet]. 2015. Available from: https://www.unicef.org/republicadominicana/media_33580.html
16. La episiotomía | El Parto es Nuestro [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 2013 [cited 30 August 2017]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-episiotomia>
17. Ballesteros-Meseguer C. La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 30 August 2017]; 24. Available from: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
18. Guzmán R. et al. Episiotomía y disfunciones del piso pélvico femenino. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile [Internet]. 2015 [cited 20 June 2017]; 26(3). Available from: <https://www.redclinica.cl/actividad-academica/revista-hcuch/revista-3-2015.aspx>
19. Ballesteros C, Martínez M, Meseguer M, Carillo C, Canteras M. La Episiotomía en el marco a la atención al parto normal [Licenciatura]. Asociación de Matronas de la Región de Murcia; 2014.
20. García E. La Episiotomía en la era del parto humanizado [Licenciatura]. Universidad de Cantabria; 2013.
21. Chung K, Chung H, Halliday N. Gross Anatomy. 8th ed. Filadelfia: Amy Weintraub; 2015.
22. Anatomía de la pelvis femenina [Internet]. Fisioterapia-online.com. 2017 [visitado 11 Junio 2017]. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/anatomia-de-la-pelvis-femenina>

23. Rouvière H, Delmas A, Delmas V. Anatomía humana. 11th ed. Barcelona [etc.]: Elsevier; 2010.
24. España Pons M, Porta Roda O. Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico. 1st ed. Barcelona: Marge Books Editora; 2010.
25. Silva G, Alcón M, Álvarez P. La Episiotomía: ¿Una técnica a extinguir? 1st ed. España: Servando Cros, Estefania Castillo, María J. Barbosa; 2012.
26. Kalis V, Laine K, De Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2012.
27. Cordero A, Capellán Y, De la Rosa J. Frecuencia de episiotomía en gestantes de 15-29 años. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Febrero-Julio 2014 [Licenciatura]. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2014.
28. Salas E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. Revista Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2012 [cited 19 June 2017];23:1-7. Available from: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/episiotomia.pdf> ISSN 1409-4568
29. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti R. Managing complications in pregnancy and childbirth. Geneva: World Health Organization, Dept. of Reproductive Health and Research; 2003.
30. Ministerio de Salud Pública. Guía clínica para la atención de la mujer durante el embarazo, parto inminente y puerperio en el primer nivel de atención. Santo Domingo: Dr. Milton Cordero; 2011.
31. Gualán C. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico de Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014. [Licenciatura]. Universidad de Cuenca; 2014.
32. ESE Carmen Emilia Ospina. Protocolo de indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafía. Huila, Colombia.: Esmerada Galeano; 2012.
33. Cunningham F, Lenevo K. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
34. Cabero L. Operatoria obstétrica. Mexico, D.F: Editorial Médica Panamericana; 2009.
35. 7. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. EMC - Ginecología-Obstetricia [Internet]. 2014 [cited 20 June

- 2017];50(2):1-17. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X14673343>
36. Marín Pérez J. La práctica de la episiotomía y sus cuidados. Una revisión a la literatura [Licenciatura]. Universidad de Jaén; 2014.
37. Secretaria de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada. Mexico, D.F: Centro Nacional de Excelencia y Tecnología en Salud; 2013.
38. Calapaqui L. Episiotomia en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga periodo abril-mayo 2015 [Especialidad]. Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.
39. López M, Palacio M. Protocolo: Lesiones Perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento [Internet]. 2nd ed. Barcelona; 2014 [cited 15 June 2017]. Available from:
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf
40. Permezel M, Walker S, Kyprianou K, Beischer N. Beischer & MacKay's obstetrics, gynaecology and the newborn. 4th ed. Chatswood, Sidney: Leanne Poll; 2015.
41. Mandell G, Douglas R, Bennett J, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2014.
42. Kazlauskas S, Zapardiel I. Fundamentos de Ginecología. Madrid: Jose Manuel Bajo Arenas, Et al; 2009.
43. DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico. 11th ed. México; 2014.
44. Bacilio S. Preparacion del perineo vs uso sistemico de la episiotomía en la prevención de complicaciones posparto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huanaco-2016 [Especialidad]. Universidad de Huanaco; 2016.
45. Amorín A, Barbosa F, Leister N. Efecto del dolor perineal en las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. Index Enfermeria [Internet]. 2012 [cited 16 June 2017]; 21(3). Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000200009&script=sci_arttext&tlng=pt

46. Beleza S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 20 June 2017];65(2):264-268. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028449010>
47. Álvalos A. Repercusión de la episiotomía en las relaciones sexuales postparto [Licenciatura]. Universidad de Jaén; 2015.
48. Dewani D, Gawande M. A rare case: Episiotomy scar endometriosis with anal sphincter involvement. *Panacea Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2017 [cited 16 June 2017];7(1). Available from: <http://pjms.in/index.php/panacea/article/view/425>
49. Jaysing R, More A. A rare case of scar endometriosis following Episiotomy. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* [Internet]. 2014 [cited 16 June 2017]; 3(53). Available from: https://jemds.com/latest-articles.php?at_id=5644
50. Gómez P. Incontinencia urinaria post parto: Factores de riesgo [Licenciatura]. Universidad del País Vasco; 2016.
51. Manzini JL. Declaracion de Helsinki: Principios éticos para la investigación medica sobre sujetos humanos. *ActaBioethica* 2000; VI (2): 321.
52. International Ethicals Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2017-2018	
Selección del tema	2017	Mayo 2017
Búsqueda de referencias		Junio 2017
Elaboración del anteproyecto		Julio 2017
Sometimiento y aprobación		Agosto- Septiembre 2017
Tabulación y análisis de la información	2018	Octubre 2017
Redacción del informe		Noviembre 2017
Revisión del informe		Enero 2018
Encuadernación		Enero 2018

XII.2. Instrumento de recolección de datos

INDICACIONES DE EPISIOTOMIA EN PARTURIENTAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA. SEPTIEMBRE 2017- FEBRERO 2018.

ID de la paciente:

ID del residente:

1. Se le realizó episiotomía:
 - a. Sí
 - b. No
2. Motivo:
 - a. Rutina
 - b. Restrictiva
3. Indicación (en caso de ser de rutina):
 - a. Decisión médica
 - b. Por enseñanza
4. Técnica quirúrgica utilizada:
 - a. Mediana
 - b. Mediana modificada
 - c. En forma de "J"
 - d. Mediolateral
 - e. Lateral
 - f. Radical lateral
 - g. Anterior
5. Indicación (en caso de ser restrictiva):
 - a. Parto de nalgas
 - b. Distocia de hombros
 - c. Parto con fórceps
 - d. Sufrimiento fetal
 - e. Feto macrosómico
 - f. Prevención de desgarro
 - g. Por prolongación de 2da etapa del expulsivo
 - h. Otro: (especificar)

XII.2. 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

Título del estudio: INDICACIONES DE EPISIOTOMIA EN PARTURIENTAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA. SEPTIEMBRE 2017- FEBRERO 2018.

ID del residente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir su participación o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO. Al realizar este estudio se espera encontrar las indicaciones que tiene la episiotomía en el HUMNSA. Con los resultados buscamos poder contribuir a la mejora del sistema de procedimientos obstétricos en el Hospital Universitario Maternidad de la Altagracia.
2. RIESGOS Y BENEFICIOS. No hay ningún riesgo en su participación en esta investigación. Con su participación usted estará aportando a la mejoría del servicio obstétrico del centro.

Aclaraciones

- a. Su decisión de participar es totalmente voluntaria.
- b. No habrá ninguna consecuencia desfavorable y no tendrá costo alguno.
- c. Su identidad se mantendrá en anonimato para fines de publicación.
- d. No recibirá pago por su participación.
- e. Para cualquier pregunta, duda o aclaración de esta investigación puede ponerse en contacto con el Dr. Plinio Cabrera, docente del centro, que es responsable y supervisor de esta investigación.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior. Por lo que acepto de manera voluntaria mi participación en el estudio. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

XII.2.3 ID DE LAS PACIENTES Y LOS RESIDENTES

ID DE LA PACIENTE: ID DEL RESIDENTE: NOMBRE DE LA PACIENTE: EDAD DE LA PACIENTE: NACIONALIDAD DE LA PACIENTE: G: P: A:	ID DEL RESIDENTE: NOMBRE DEL RESIDENTE: AÑO DE RESIDENCIA:
---	--

XII.3. Costos y recursos

VIII.3.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • Una sustentante • Dos asesores (metodológico y clínico) • Estadígrafo • Digitador • Médicos residentes • Secretaria 				
VIII.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		3 resmas	120	360.00
Papel Mistique		3 resmas	80.00	240.00
Lápices		2 unidad	10.005.00	20.00
Borras		2 unidad	10.00	10.00
Bolígrafos		2 Unidad	12.00	20.00
Sacapuntas		1 unidad		12.00
Computador Hardware: Dell Inspiron 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora Epson stylus 440 Scanner: Microteck 3700				
Software: Microsoft Windows 10 Microsoft Office 2010 MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0				
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector		1 unidades	2,500.00	2,500.00
Cartuchos Epson stylus 440		2 unidades	1600.00	3200.00
VIII.3.3. Información				
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias (ver listado de referencias)				
VIII.3.4. Económicos				
Inscripción de tesis				12,000.00
Papelería(copias)		1000 copias		750.00
Encuadernación		8 informes		14,000
Alimentación				500.00
Transporte				10,000.00
Imprevistos				5,000.00
Total				\$ 38,612.00

XII.4. Evaluación

Sustentante

Laura María Rodríguez Orozco

Asesores

Dr. William Duke
(Metodológico)

Dr. Plinio Cabrera
(Clínico)

Autoridades:

Dr. Eduardo García
Director escuela de medicina

Dr. William Duke
Decano de la facultad de ciencias de la salud

Calificación: _____

Fecha: _____