

# **UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**E.A.P DE OBSTETRICIA**



## **INFORME DE TESIS**

**COMPLICACIONES DEL USO Y NO USO DE LA EPISIOTOMIA EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN SU PRIMER PARTO VAGINAL EN EL  
HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha, 2015.**

**TESISTA:**

- BLANCO PAYANO HANET FLOR
- RAMIREZ REMIGIO ALDO ELADIO

**ASESOR:**

- FERNANDEZ PICON CLARA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA  
HUÁNUCO – PERÚ**

**2016.**

## **TÍTULO**

**COMPLICACIONES DEL USO Y NO USO DE LA EPISIOTOMIA EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN SU PRIMER PARTO VAGINAL EN EL  
HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha, 2015.**

## **DEDICATORIA**

A Dios por su bendición que derrama cada día  
en nuestras vidas, a nuestros padres  
por su apoyo incondicional  
en los buenos y malos momentos.

**BLANCO PAYANO HANET FLOR**  
**RAMIREZ REMIGIO ALDO ELADIO**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradecemos a Dios por su fortaleza diaria, a nuestros padres por sus ánimos incondicionales y su amor eterno, a los profesionales obstetras por contribuir en nuestra formación académica y ética.

**BLANCO PAYANO HANET FLOR**

**RAMIREZ REMIGIO ALDO ELADIO**

# Índice

TÍTULO.....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	5
RESUMEN .....	8
ABSTRACT.....	9
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	10
<b>1.1. Fundamentación y planteamiento del problema</b> .....	11
<b>1.2. Formulación del problema</b> .....	14
<b>1.2.1. Problema general</b> .....	14
<b>1.2.2. Problemas específicos.</b> .....	14
<b>1.3. Objetivo</b> .....	15
<b>1.3.1. Objetivo general</b> .....	15
<b>1.3.2. Problemas específicos.</b> .....	15
<b>1.4. Justificación e importancia</b> .....	16
<b>1.4.1. Justificación técnica-legal.</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>1.4.2. Justificación académica</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>1.4.3. Justificación práctica.</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>1.5. Limitaciones</b> .....	16
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	17
2.1. Revisión de estudios realizados .....	17
<b>2.1.1. Revisión de estudios realizados a nivel internacional</b> .....	17
<b>2.1.2. Revisión de estudios realizados a nivel nacional</b> .....	21
2.2. Bases conceptuales.....	¡Error! Marcador no definido.
<b>2.2.1. Episiotomía y Episiorrafia.</b> .....	25
<b>2.2.2. Objetivo de la episiotomía</b> .....	25
<b>2.2.3. Epidemiología de la episiotomía</b> .....	25
<b>2.2.4. Requisitos de la episiotomía</b> .....	26
<b>2.2.5. Indicaciones de la episiotomía</b> .....	26
<b>2.2.6. Contraindicaciones.</b> .....	27
<b>2.2.7. Tipos de episiotomía.</b> .....	28
<b>2.2.8. Ventajas e inconvenientes de los tipos de episiotomía más frecuentes.</b> .....	30
<b>2.2.9. Aplicación y técnica.</b> .....	33
<b>2.2.10. Episiorrafia. Técnica quirúrgica</b> .....	36
<b>2.2.11. Episiorrafia sin prolongación.</b> .....	37
<b>2.2.12. Técnica</b> .....	38

2.2.13.	<b>Episiorrafia con prolongaciones a esfínter y ano.....</b>	39
2.2.14.	<b>Complicaciones.....</b>	40
	<b>Complicaciones mediatas .....</b>	43
2.2.15.	<b>Complicaciones tardías.....</b>	44
2.3.	Definición de términos básicos .....	44
III.	<b>HIPOTESIS, VARIABLES, INDICADORES Y DEFINICIONES OPERACIONALES .....</b>	46
3.1.	Hipótesis general.....	46
3.2.	Sistema de variables – dimensiones e indicadores.....	46
3.3.	Definición operacional de variables, dimensiones e indicadores.....	47
IV.	<b>MARCO METODOLOGICO.....</b>	50
4.1.	Nivel y tipo de investigación .....	50
4.2.	Diseño de la investigación.....	50
V.	<b>UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	51
5.1.	Determinación del universo, población.....	51
5.2.	Selección de la muestra.....	51
VI.	<b>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS .....</b>	54
6.1.	<b>Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</b>	54
6.2.	<b>Procesamiento y presentación de datos .....</b>	54
VII.	<b>RESULTADOS.....</b>	55
7.1.	<b>Resultados descriptivos .....</b>	55
7.2.	<b>Resultados Inferenciales .....</b>	63
	<b>Tabla n° 08.....</b>	64
	<b>Tabla n° 09.....</b>	65
	<b>Tabla n° 10.....</b>	66
	<b>Tabla n° 11.....</b>	67
	<b>Tabla n° 12.....</b>	68
	<b>Tabla n° 13.....</b>	69
	<b>Tabla n° 14.....</b>	70
	<b>Tabla n° 15.....</b>	71
	<b>Tabla n° 16.....</b>	72
	<b>Tabla n° 17.....</b>	73
VIII.	<b>CONCLUSIONES.....</b>	74
IX.	<b>DISCUSION.....</b>	74
X.	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	77
XI.	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	78

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015. **Métodos y materiales:** el estudio fue observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se aplicó un diseño caso control. La selección de los casos (gestantes con episiotomía) y la selección de controles (gestantes sin episiotomía). el tamaño de la muestra fue de un grupo de 160 casos y otros 160 controles. **Análisis estadístico:** para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS 23, se utilizó estadística descriptiva, así mismo pruebas inferenciales como el chi cuadrado para buscar asociación y a su vez pruebas de monomios para identificar los riesgos. **Conclusiones:** Los Desgarros de grado II, III, IV, la Cantidad de perdida sanguínea mayores a 300 ml, la presencia de hematomas, infecciones y dehiscencias fueron complicaciones asociadas al No uso de episiotomías en gestantes.

**Palabras claves:** episiotomía, desgarros vaginales, hematomas, dehiscencias.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the complications of use and non-use of episiotomy in pregnant women at their first vaginal birth in hospital Amazon Yarinacocha, 2015.

**Methods and Materials:** The study was observational, retrospective, transversal and analytical. a case control design was applied. The selection of cases (pregnant women with episiotomy) and the selection of controls (pregnant women without episiotomy). the size of the sample was a group of 160 cases and 160 controls other. **Statistical analysis:** for statistical analysis SPSS 23 was used descriptive statistics were used, also inferential tests such as chi square to find association and its monomials are testing to identify risks. **Conclusions:** Slashed grade II, III, IV, the amount of blood loss greater than 300 ml, the presence of hematomas, infections and complications associated with dehiscence were not one of episiotomies in pregnant women.

**Keywords:** episiotomy, vaginal lacerations, hematomas, dehiscence.



## INTRODUCCION

La episiotomía es una incisión de las partes pudendas (La periotomía es la incisión del perineo) Sin embargo en el lenguaje común, el termino episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía. La incisión puede practicarse en la línea media para la episiotomía media o es posible empezar en la línea media pero dirigirse hacia afuera y abajo en dirección opuesta al recto, lo que constituye una episiotomía medio lateral.(1)

Para la organización mundial de la salud OMS, el uso sistémico de la episiotomía no es justificado, además nos indica que no debemos exceder un 30% de pacientes con episiotomía. Solo debe considerarse en estos casos: Parto vaginal complicado (parto de nalgas, sospecha de posible distocia de hombro). Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal cicatrizado y riesgo de pérdida del bienestar fetal. (2)

Como se puede observar en las investigaciones revisadas las tasas de episiotomía en nulíparas aún son muy altas además de las complicaciones que nos conlleva, debido a ello el Ministerio de Salud recomienda realizar capacitaciones continuas que permita un cambio de actitudes y conductas en el profesional con el fin de disminuir las altas tasas y complicaciones, debido a esto se decide realizar ese proyecto con los fines de saber las tasas actuales de episiotomía en nuestro hospital, además de ver cuáles son las complicaciones más frecuentes.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Fundamentación y planteamiento del problema**

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media (1).

Esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto (2).

Tras el paso del tiempo, han sido muchos investigadores los que han revisado numerosos estudios y se llega a la conclusión de que la práctica de la episiotomía está basada en escasa evidencia científica, ya que la ciencia va desmintiendo muchos de los beneficios que justificaban esta práctica. Son muchos los autores que recomiendan el uso de esta técnica en no más del 20-30 % de los partos, coincidiendo con el 30% que aconseja no superar la O.M.S. (3) (4)

En la actualidad el porcentaje de episiotomías realizadas es muy variable desde países como Holanda con un 8% a otros que casi alcanzan el 100%. España se sitúa aproximadamente en un 60%, aunque si miramos hacia atrás, podemos observar un pequeño descenso del uso de la episiotomía desde sus orígenes hasta hoy día (5). En el Perú en la actualidad según el MINSA nos indica que en nuestro país se realiza un 40% de episiotomía en los partos vaginales episiotomía según los estudios realizados (6).

En todo ello tiene mucho que ver el tipo de profesional que realiza dicha técnica y de sus conocimientos aprendidos. Experiencias basadas en la imposición de políticas selectivas de episiotomía a profesionales acostumbrados a realizar episiotomía sistemática han producido resultados desastrosos, con un aumento importante de las lesiones perineales graves (3).

Es muy importante saber cuál es el momento oportuno para realizar la incisión, pues, si se realiza "tempranamente", la pérdida sanguínea puede ser importante, sobre todo en caso de la medio lateral, y por el contrario, si se realiza "tardíamente", la distensión de los músculos perineales ha podido ser tal que no puede evitarse su desgarro, propósito capital de la técnica. (7) La paridad, es un factor fundamental a la hora de realizar o no la práctica de episiotomía, así al aumentar la paridad disminuye el riesgo de traumatismo perineal en el parto, incluso de episiotomías, por tanto éste se produce con más frecuencia en mujeres primíparas que tienen el periné corto y tenso (8). Son muchos los autores los que asocian un mayor uso de esta técnica en mujeres nulíparas, contribuyendo en algunas ocasiones a desgarros de 3 y 4 grado, provocando en la mayoría de ellas el uso nuevamente de episiotomía en partos posteriores. Por otro lado, aquellas mujeres nulíparas a las que no se le realiza episiotomía y por ello presentan un periné íntegro, es más frecuente que aparezcan desgarros de 1 y 2 grado mucho menos traumáticos. Es por ello fundamental que los Obstetras que son los profesionales de la salud que realizan esta técnica, tengan una buena educación sobre las ventajas y desventajas que pueden ejercer en la parturienta si emplean el uso de dicha técnica. (9)

El desgarro en un parto ocasiona un trauma perineal en los genitales de la mujer y puede suceder bien de forma espontánea o bien debido a la episiotomía.

Es por ello necesario seguir investigando en este campo acerca de las ventajas e inconvenientes del uso rutinario o selectivo de la episiotomía, así como del tipo (episiotomía media o mediolateral) más adecuado además de tener en cuenta las posibles complicaciones que conlleva realizarla. De esta manera conseguiremos un mayor bienestar materno y una estandarización de dicha técnica, ya que es un procedimiento quirúrgico importante con efectos fisiológicos, psicológicos y socio-económicos sobre las mujeres.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

- ✓ ¿Cuál es la frecuencia del uso de episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015?
- ✓ ¿Cuáles son las complicaciones del uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015?
- ✓ ¿Cuáles son las complicaciones del no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015?

### **1.3. Objetivo**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar las complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015

#### **1.3.2. Problemas específicos.**

- ✓ Identificar la frecuencia del uso de episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.
- ✓ Identificar las complicaciones del uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.
- ✓ Identificar las complicaciones del no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

#### **1.4. Justificación**

A nivel mundial, según la universidad pública de Navarra en España en un estudio publicado el 30 de junio del 2014 “prevalencia e incidencia” los índices sobre los casos de episiotomía informados de su práctica son de un 62,5% en EE.U, 30%en Europa y una mayor proporción en América Latina; en Argentina es una intervención rutinaria que se practica en casi todos los partos de mujeres nulíparas y multíparas.

En una investigación publicada en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto Periodo 2010. Para determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal, en donde se demostró que la incidencia de episiotomía era de un 45%, y dentro de las complicaciones se encontraron los desgarros de III y IV.

La mayor razón por la cual se decidió estudiar esta población fue que según el SIP 2000 tenemos que durante los tres últimos años (2013, 2014, 2015) se tubo 11 366 partos; de los cuales un grupo de pacientes tuvieron desgarros de III y IV a consecuencia de la episiotomía en un 12% haciendo una población de 1363, y un 14% tuvieron desgarros de III y IV sin episiotomía haciendo una población de 1591. A nuestro criterio estos datos son muy alto como complicación post parto, razón por la cual se decide realizar este proyecto además de ver cuáles son las demás complicaciones del uso y no uso de la episiotomía,

#### **1.5. Limitaciones**

- ✓ La limitación de los recursos económicos, pues el presupuesto que sea aprobado puede modificar las características del tiempo de

estudio, la recolección de los instrumentos por parte de los encuestadores dependerá del presupuesto.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Revisión de estudios realizados

#### 2.1.1. Revisión de estudios realizados a nivel internacional

En la Paz Bolivia, el año 2010, Escobar Martínez, Maribel investigo la **“frecuencia del uso de la episiotomía en el servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil”**. Con el objetivo de determinar la frecuencia del uso de la episiotomía en el servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, en segundo semestre de 2009. Diseño metodológico Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal, descriptivo. Área de estudio: Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz de la Caja Nacional de Salud. Universo: Se trabajó con el total del universo, 105 pacientes cuyo parto vaginal fue atendido en este hospital durante los meses de marzo a mayo de 2009. Instrumentos de recolección de datos: Historia clínica perinatal. Resultados: De las 105 mujeres con parto vaginal se realizó episiotomía en 51 (49%) de las pacientes atendidas. Sin embargo, se registraron un total de 33 desgarros perineales, de los cuales el mayor porcentaje se da en pacientes sin episiotomía 32 (97%). Conclusión: El uso de la episiotomía es menor en relación a estudios de referencia; sin embargo la frecuencia de desgarro perineal es mayor en mujeres sin episiotomía. (13)

En el Ecuador, el año 2011, Zamora Cifuentes, Lady investigo el estudio titulado **“la episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en**



**pacientes del parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra tena, 2010”.** Estudio retrospectivo transversal con el objeto de identificar Ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena. Se trabaja con una muestra de 123 historias clínicas de mujeres nulíparas, obteniéndose información en una ficha de recolección de datos que se analizan en el programa estadístico de Microsoft Excel y SPSS. Se organizan dos grupos de pacientes con y sin episiotomía, obteniéndose como resultados que: 62% de nulíparas no se realiza episiotomía, de acuerdo a la edad y peso de la gestantes no hay diferencias dignas de mención, de los recién nacidos el 96,7% tiene entre 37 y 41 semanas; el 92,7% pesa entre 2500 - 4000 gr en los dos grupos, 4 pesan más de 4000 gr con episiotomía; el perímetro cefálico predominante es de 33 a 35cm en los dos grupos, solo el 1,6% es mayor de 36cm; el Apgar fue mayor de 7 en el 99,2% en los dos grupos sin mayor diferencia estadística. Las complicaciones más frecuentes en los dos grupos son los desgarros: sin episiotomía desgarro Grado I 22,8%, y Grado II 4,9%. Con episiotomía existe 9,8% desgarro Grado II, 2,4% desgarro Grado III y 1,6% desgarro Grado IV, Hematoma 5,7%, Infección y Dehiscencia el 1,6%. Se concluye que las características de la madre y antropometría fetal no repercuten mayormente en la práctica de episiotomía, las complicaciones se presentan con mayor incidencia al realizar la episiotomía por lo que se recomienda mayor capacitación al personal médico para mejorar técnicas de protección perineal.

(14)

En la ciudad de Cuenca, Ecuador el año 2014 los investigadores Cristian Andrés Gualán Cartuche y Oscar Ismael Guanoluisa Cordero, estudiaron la

**“Prevalencia de episiotomía y factores de riesgo asociados, en pacientes primigestas del Hospital Vicente Corral Moscoso, del cantón Cuenca, provincia del Azuay durante el año 2014”**. Con el objetivo de determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetro cefálico del recién nacido, ya que al momento no existen estudios para establecer si existe disminución de esta acción 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 que lo constituyeron 3798 parturientas, de los cuales 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 se presentaron los resultados en tablas simples y de doble entrada. En los resultados se halló que la prevalencia de episiotomía fue del 35,5%. La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística; de igual manera el Peso del Recién Nacido mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; sin embargo no se encontró significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía. (15)

En el San Salvador, el año 2013 Gamero, Carlos investigo el **“El riesgo del parto vaginal en primigestas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Nacional Juan José Fernández de El Salvador”**. El presente estudio tiene como objetivo conocer la diferencia en el riesgo del parto vaginal

en primigestas con episiotomía y sin episiotomía para los desgarros grado II, duración de la segunda fase del parto y del valor del APGAR del recién nacido al primer minuto, en los períodos 2003 al 2004 y del 2007 al 2008 en el Hospital Nacional Zacamil de El Salvador. Para ello, se realizó un estudio epidemiológico observacional, analítico de casos y controles de las primigestas que verificaron parto vaginal en los períodos del 2003 al 2004 que es el período en el cual no existían criterios para la realización de la episiotomía comparada con el período 2007 al 2008 en el cual ya se aplicaban criterios para la realización de la episiotomía. Entre los principales resultados, tenemos que la prevalencia de desgarros mayores de tipo II entre las pacientes primigestas con episiotomía y sin episiotomía no mostraron asociación significativa de factor de protección para el uso de episiotomía. De la misma manera no se demostró ninguna asociación significativa como factor de protección para la disminución del tiempo del segundo período del parto o para el valor del APGAR al primer minuto. Esto nos permite concluir que el uso rutinario de la episiotomía con aplicación de criterios o sin ellos no ha demostrado ser una estrategia de valor para la disminución del riesgo de desgarros grado II o mayores, ni influir en la duración del segundo período del parto por consecuencia lógica tampoco influye en el valor del APGAR al primer minuto. Por lo tanto de acuerdo al presente estudio no hay evidencia de su efecto protector. (16)

### 2.1.2. Revisión de estudios realizados a nivel nacional

En Lima, el año 2014 la investigadora Guevara Cabello, Maricela Mileni investigo los **“Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las Episiorrafia en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”**. El presente estudio se realizó para poder determinar cuáles son los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las Episiorrafia en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014, con la finalidad de identificar las posibles causas y así poder prevenir las diversas complicaciones que podrían conllevar dicho problema. El estudio fue de tipo Observacional; Diseño, Analítico de casos y controles, retrospectivo, transversal. La técnica recolección de datos utilizada fue la documental, es decir mediante historias clínicas. Encontrándose de los 500 casos de Episiorrafia registrados en dicho nosocomio, sólo 38 (7.6%) puérperas presentaron diagnóstico de dehiscencia de la episiorrafia. Siendo factores de riesgo: La inducción del parto (81.6%), el expulsivo prolongado (42.1%), las variedades de posición derecha (44.7%), la primiparidad (94.7%), la realización de más de 5 exploraciones vaginales (57.9%), las episiorrafias realizadas por los internos de medicina (57.9%), la anemia (73.7%), el hábito de fumar (10.5%), la infección por VPH (8%), las infecciones genitales (5.3%) y la distocia de hombros (8%). Llegando a las Conclusiones que los factores personales que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias fueron la anemia ( $p < 0.001$ ) y el hábito de fumar ( $p = 0.03$ ). Los

factores Ginecoobstetricos fueron la infección por VPH ( $p=0.011$ ), las infecciones genitales ( $p=0.04$ ), la primiparidad ( $p=0.003$ ), la inducción del trabajo de parto ( $p<0.001$ ), el expulsivo prolongado ( $p<0.001$ ) y los desgarros ( $p=0.011$ ). Los factores fetales fueron la distocia de hombros ( $p=0.013$ ) y las variedades de posición izquierdas (OIDP, OIDA, OI DT) ( $p<0.001$ ). Los factores de atención obstétrica fueron la realización de más de 5 exploraciones vaginales durante el trabajo de parto ( $p<0.001$ ) y la realización de la episiorrafia por internos de medicina ( $p<0.001$ ) y obstetricia ( $p<0.001$ ). (17)

De la misma forma que el estudio anterior, en la ciudad norteña de Trujillo el año 2014, Edgar Rolando Flores Aranda, investigo los **“Factores de riesgo asociados a dehiscencia de Episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013”**. Con el objetivo de demostrar que existen factores de riesgo asociados con la dehiscencia de Episiorrafia en el hospital Vista Alegre. La población de estudio estuvo constituida por 135 pacientes que terminaron su gestación vía vaginal con Episiorrafia según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 9 pacientes con dehiscencia de Episiorrafia y 126 pacientes sin dehiscencia de Episiorrafia. La frecuencia de dehiscencia de Episiorrafia fue de 6,7%. El promedio de pacientes con infección y anemia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con dehiscencia ( $p<0.001$ ). En cuanto al tipo de episiotomía y paridad no se observa asociación significativa ( $p>0,05$ ). Llegando a la conclusión que el promedio de pacientes que presentaron infección y anemia son factores de riesgo asociados con la dehiscencia de Episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. (18)

En Jaén el año 2014, Marín Pérez, Jérica estudio la **“práctica de la episiotomía y sus cuidados. Una revisión de la literatura”**. El objetivo de esta revisión bibliográfica es explorar la práctica de la episiotomía y sus cuidados, describimos en qué consiste dicha práctica, y analizaremos su prevalencia relacionada con la paridad. Exploramos cuales son los tipos de episiotomías que existen y los más utilizados, también conoceremos las ventajas e inconvenientes de la práctica. Por otro lado, hemos indagado sobre las complicaciones que se pueden producir al realizar esta técnica y sobre su proceso de reparación. Por último hemos revisado qué relación existe entre la práctica de la episiotomía y los desgarros espontáneos y cómo influye está en el bienestar materno. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud. Las conclusiones más importantes son por un lado la gran importancia que tiene el seguimiento y cuidado de la episiotomía para evitar posibles complicaciones, siendo muy importante la cura diaria de esta para una buena cicatrización. Por otro lado, el uso de la episiotomía influye generalmente afectando el bienestar materno de la puerpera, ya que el uso de esta práctica produce en la mujer una serie de signos y síntomas que afectan a su vida diaria. (19)

En la ciudad de Sullana, el año 2008 el obstetra Albino Sánchez, Frank investigo **“uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana”**. Se realizó un estudio explicativo, retrospectivo, comparativo y de corte longitudinal con la finalidad de determinar en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres

atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana entre los meses de Marzo – Setiembre del 2005. Para lo cual se aplicó una encuesta y revisión de historias clínicas llegándose a los siguientes resultados. La episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal, más moderado y más intenso que el dolor en mujeres provenientes de parto sin episiotomía. Este procedimiento no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, sin embargo estos significativamente más graves que en el parto normal, ya que son de tercer y cuarto grado, mientras que en el parto normal se dan en la modalidad de primer y segundo grado. A pesar de ello las mujeres episiotomizadas presentan menos laceraciones que las no episiotomizadas. La episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales, dicho procedimiento también se relaciona con una mayor prevalencia de edemas vulvoperineales y agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias. (6)

#### **Revisión de estudios realizados a nivel local**

**En la ciudad de tarapoto en el 2010 Edgar R. investigo las “complicaciones del uso rutinario de episiotomías en gestantes nulíparas hospital II-2 MINSA- TARAPOTO”.** Donde llegaron a la conclusión que la incidencia de gestantes a quienes se le realizo episiotomía fue un 90.04%. Las complicaciones a corto y largo plazo del uso rutinario de la episiotomía fueron: dolor y perdida sanguínea por encima de los valores normales y además port procedimiento presentaron dispareunia, dehiscencias en casi un 30%, esto nos indica que el uso de la episiotomía debe ser restringida.

## **2.2. BASES CONCEPTUALES**

### **2.2.1. Episiotomía**

La palabra episiotomía viene del sinónimo Episio, Pudendo femenino. Viene de las raíces griegas Epision y Episeion que hacen referencia al pubis. Sinónimos: Perineotomía. Pudendotomía. Es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto. Su reparación se denomina EPISIORRAFIA. Etimológicamente episiotomía significa *cortar el pubis* (*episeion* =pubis y *temno* =yo corto). También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un acto quirúrgico que requiere de conocimiento y experiencia. Aunque su empleo es frecuente en la asistencia del parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas actualmente en relación a su empleo e indicación. (20)

### **2.2.2. Objetivo de la episiotomía**

El propósito fundamental de la episiotomía es impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vagino-perineales. Secundariamente, se consigue abreviar la duración del período expulsivo, y, disminuir la compresión de la cabeza del feto pretérmino durante el expulsivo. (21)

### **2.2.3. Epidemiología de la episiotomía**

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 sortear la segunda fase del parto sin necesidad de una (2).

#### **2.2.4. Requisitos de la episiotomía**

Al igual que en todo procedimiento quirúrgico, deberán llenarse unos requisitos básicos:

1. Operador cómodo.
2. Asepsia y Antisepsia.
3. Instrumental adecuado.
4. Anestesia.
5. Conocimiento de la técnica quirúrgica.
6. Sutura adecuada.
7. Hemostasia.
8. Cierre por planos.

#### **2.2.5. Indicaciones de la episiotomía**

Son muy precisas. Se clasifican en Maternas y Fetales:

##### **a) Maternas:**

- Inminencia de desgarro Vulvo-Vagino-Perineal. Nótese que a propósito no se hace referencia estricta a la paridad de la paciente, pues sí es cierto que existen nulíparas que no la ameritarían y, por el contrario, en algunas

multíparas es preciso realizarla. Un arco subpúbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino *selectiva*.

- Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de Valsalva forzada), importante en las siguientes patologías maternas: Pre-Eclampsia-Eclampsia, Hipertensión Arterial, Hipertensión Endocraneana y Patologías Vasculares del S.N.C., Hipertensión Ocular, Cardiopatías, Neumopatías.
- Parto Vaginal Instrumentado. Utilización de fórceps o espátulas.

**b) Fetales:**

1. Macrosomía.
2. Prematurez.
3. Feto con Retardo del crecimiento intrauterino.
4. Sufrimiento fetal agudo, en el segundo período del parto.
5. Presentación Podálica.
6. Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas.
7. Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacra.

**2.2.6. Contraindicaciones.**

- a) Relajación y flaccidez del piso pélvico.
- b) Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.

- c) Enfermedades granulomatosas activas.
- d) Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.
- e) Fístulas recto-perineales.
- f) Antecedentes de Perineoplastia.
- g) Cáncer Ano-rectal. (22)

### **2.2.7. Tipos de episiotomía.**

La episiotomía ciertamente es la práctica invasiva más usada en el parto normal, se justifica generalmente como una técnica para la protección del perineo, no obstante los estudios indican que su uso liberal está conectado a las más altas tasas de trauma del perineo y a las más bajas tasas de mujeres con el perineo intacto. La propuesta de humanización del parto indica el uso limitado de esta intervención y debe haber una indicación válida para la realización de una episiotomía, y su uso liberal y rutinario se señala como una práctica usada con frecuencia de manera inadecuada (23). La episiotomía se realiza con tijeras afiladas de punta redonda justo antes del parto cuando se ven aproximadamente 3-4 cm de la cabeza fetal durante una contracción cuando la presentación está empezando a coronar. (24)

Como veníamos hablando anteriormente, existen tres tipos de episiotomía reconocidos según su localización y presentación. Estos tipos son:

- Lateral: La incisión se realiza desde unos centímetros por encima de la línea media de la horquilla vulvar, en dirección a la tuberosidad isquiática. Se seccionan haces de músculo bulbocavernoso, el sangrado es abundante. Actualmente está en desuso.
- Media o central: La incisión se realiza sobre el rafe fibroso ano-vulvar, respetando los músculos elevadores. La pérdida hemática es escasa. Es

fácil de suturar, origina pocas molestias postoperatorias y el resultado estético y funcional. La tasa de desgarros, su longitud, el grado de complicación y las secuelas de incontinencia anal, son mayores.

- Episiotomía Medio-Lateral: se realiza una incisión oblicua ( $45^{\circ}$ ) desde la horquilla vulvar, afectando vagina, piel y músculo, incluida la fascia pubo-rectal del elevador del ano. El sangrado es mayor que con la episiotomía media, pero la tasa de desgarros de  $3^{\circ}$  y  $4^{\circ}$  grado es menor, aunque pueden quedar retracciones y dispareunia durante algunos meses. Es la más realizada en España (5).

Para Kalis et al. en 2012, además de los tres tipos de episiotomía descritos anteriormente, existen algunos más, los cuales no son muy empleados. Son los siguientes:

- Episiotomía media modificada: Es una modificación de la episiotomía mediana. Se lleva a cabo realizando dos incisiones transversales en direcciones opuestas justo por encima de la ubicación esperada del esfínter anal. La incisión transversal se lleva a cabo en cada lado, perpendicularmente a la línea media, de modo que mida 2-5 cm en total. El uso de esta modificación se demanda para aumentar el diámetro de la salida vaginal en un 83% en comparación con una episiotomía mediana estándar, posiblemente por la separación de la membrana perineal y el esfínter, permitiendo cierto desplazamiento posterior del ano sin riesgo de cualquier daño por tracción.
- Episiotomía en forma de "J": Esta episiotomía comienza con una incisión en la línea media y a continuación, se curva lateralmente para evitar llegar al ano. En esta técnica se utilizan tijeras curvas a partir de la línea media

de la vagina hasta llegar a 2,5 cm por encima del ano. Entonces la 'J' está hecha en dirección hacia la tuberosidad isquiática quedando lejos del esfínter anal.

- Episiotomía anterior: La episiotomía anterior (el procedimiento de apertura de la cicatriz asociada con algunos grados de mutilación genital femenina) generalmente se realiza durante el parto en las mujeres que han tenido infibulación femenina realizada previamente. El dedo del practicante es insertado a través del introito y dirigida hacia el pubis. Otro tipo de la episiotomía (preferiblemente mediolateral) puede ser necesario durante el parto (25).

#### **2.2.8. Ventajas e inconvenientes de los tipos de episiotomía más frecuentes.**

Desde que surgió por primera vez el uso de la episiotomía en 1742, su utilización ha sido objeto de numerosas controversias. En sus inicios, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de esta técnica eran la asistencia de un parto dificultoso y el intento de salvar la vida del feto. En el siglo XIX empezó a darse un uso más liberal de la episiotomía, así lo explicaban varios autores como Anna Broomall en EE.UU o Credé y Colpe en Alemania, que justificaban esta práctica argumentando que se prevenían laceraciones del periné. Pero el mayor esplendor se produjo tras los artículos publicados por Pomeroy y DeLee quienes afirmaban que el uso de una episiotomía tenía muchos más beneficios que su empleo sistemático. Los beneficios que aportaba eran los siguientes:

- Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del periodo y el trabajo físico de un periodo expulsivo prolongado.

- Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar.
- Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el periodo expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia entre otros.
- Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum vesico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas.

Desde la publicación de estos argumentos sin estudios que justificaran estas aseveraciones, la episiotomía rutinaria incrementó su aceptación en la comunidad médica y su empleo aumentó con relativa poca evidencia científica. Según Tomasso et al. en su estudio del año 2002 se encuestaron a 100 mujeres en un hospital público de Montevideo, Uruguay. En él se recogieron las opiniones de estas mujeres sobre las ventajas y desventajas del uso de la episiotomía y los resultados fueron los siguientes: 11% manifestó que el empleo de esta práctica no era necesario, un 13% no tuvo una opinión formada sobre la necesidad de esta intervención y el 76% restante, justificó su uso. Todo esto estaba muy influenciado ya que dependía de una decisión médica y era de esperar que la mayoría de las mujeres creyeran que la práctica de esta técnica era beneficiosa y necesaria (26).

En otro estudio realizado en 2005 por Scetti et al. se describen las ventajas e inconvenientes de cada tipo de episiotomía. Para la episiotomía mediana afirman que sus ventajas son: fácil de realizar, fácil de reparar, buena

cicatrización, escaso dolor puerperal y dispareunia, buen resultado anatómico posterior y la pérdida de sangre es menor. Inconveniente: desgarro del esfínter anal y recto. Para la episiotomía lateral no presentan ventajas pero sí inconvenientes, los cuales son que no brinda ampliación suficiente, puede lesionar la glándula de Bartolino del lado afecto y deja cicatrices. Por último, la episiotomía medio-lateral, cuyas ventajas son que proporciona un buen espacio vaginal, baja frecuencia de desgarros tipo III-IV y menores incidencias de desgarros. Los inconvenientes de esta última son: que hay necesidad de 16 suturar, mayor pérdida hemática, cierre con mayor dificultad, peor resultado anatómicoestético, cicatrización más difícil y defectuosa, dolor puerperal y dispareunia (27).

La episiotomía sigue siendo una intervención quirúrgica muy común en obstetricia. A lo largo de la última década, ha habido fuertes críticas al uso sistematizado de esta técnica. El porcentaje de episiotomías varía de unos países a otros; en la mayoría, oscila del 50 al 90%. Aunque en algunos países europeos esta cifra no es tan alta. En España se estima el empleo de esta práctica es superior al 80%. En Estados Unidos, el tipo de episiotomía que se emplea básicamente es la episiotomía media (EM) mientras que en Europa, el tipo más habitual es la episiotomía mediolateral (EML). En el estudio de Borja et al. en 2001 se refiere a que existen pocos estudios que comparan la EM y la EML. Estos autores reflejan en el análisis de su estudio que hay una mejor recuperación y mayor índice de desgarros de tercer y cuarto grado con la EM. Así lo reflejan en su estudio donde tomaron, por un lado, un grupo experimental de 191 mujeres (88 primíparas y 103 multíparas) a las cuales se les realizó EM y por otro lado crearon un grupo control de 242

mujeres (117 primíparas y 125 multíparas) a las que se le realizó EML y se compararon varios parámetros para ver qué tipo de episiotomía era más favorable. Sus resultados fueron: la dehiscencia ocurrió con mayor frecuencia en el grupo control (10% en primíparas y 4,7% multíparas) que en el grupo de estudio (0% primíparas y 4,7 % multíparas). Respecto a cuándo pudieron retomar su vida normal, se observa que en la EM el reinicio de la vida normal se produce en una media de 3,5 días y en las EML asciende a 4,9 días. También se evaluó el grado de satisfacción con respecto a la episiotomía y se apreció que, tanto las primíparas como multíparas a las se le realizó EM, respondieron estar muy satisfechas, disminuyendo este porcentaje en las mujeres del grupo control (EML). En lo que respecta a la clasificación del dolor, las mujeres del grupo de estudio (EM) presentaron menos dolor que las del grupo control. Al comparar el grado de satisfacción de la episiotomía del parto actual con la del parto anterior, se comprobó que el 42% de mujeres con EML lo calificó de igual; sin embargo hasta un 58% de las de EM lo calificó como mucho mejor. Las relaciones sexuales con penetración se reiniciaron antes en primíparas con EML que en primíparas con EM, siendo la diferencia no estadísticamente significativa entre ambas. Mientras que en multíparas con EM tardaron una media de 44 días en reiniciarlas, en la multíparas con EML ascendió a 52 días. También se analizó las molestias en las relaciones sexuales con penetración (dispareunia) siendo menores en el grupo de estudio (EM). Y por último no se apreciaron diferencias entre ambos grupos en lo que respecta a la incontinencia urinaria (28).

#### **2.2.9. Aplicación y técnica.**



El momento oportuno para realizar la incisión es muy importante, pues, si se realiza "tempranamente", la pérdida sanguínea puede ser importante, sobre todo en caso de la medio lateral, y por el contrario, si se realiza "tardíamente", la distensión de los músculos perineales ha podido ser tal que no puede evitarse su desgarramiento, propósito capital de la técnica. (22)

Este momento se reconoce objetivamente, observando que la presentación apoyada ya en el piso pélvico en estación de +2, al final o inicio de una contracción distiende y adelgaza la cuña perineal, entreabriendo el ano y la horquilla vulvar a través de la cual se visualiza un diámetro de 3 ó 4 cm de la presentación fetal. Es recomendable realizar el corte un poco antes de la contracción siguiente de manera que las manos estén libres para ejecutar las otras maniobras destinadas a proteger el periné y el desprendimiento de la presentación fetal; además si la incisión es realizada en el momento de la contracción, llegaría a ser prolongada por la presión de la presentación al distender la cuña perineal. (22)

Para realizar el corte, puede usarse el bisturí, pero, se aconseja el uso de tijeras especialmente diseñadas, que se reconocen fácilmente, primero porque su hoja anterior o interna termina en un borde transversalmente romo, que al no ser punzante, evita penetrar y lesionar inadvertidamente la luz rectal; y segundo, por la angulación pronunciada que sus hojas tienen con relación al mango, permitiendo la realización del corte cómodo del cuerpo perineal abarcado entre ellas.

Recomendamos la Anestesia local infiltrativa, con lidocaína simple al 1%, un volumen casi nunca superior a los 10 cc, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el

trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal.  
(22)

El momento de realizar la Episiorrafia es posterior al alumbramiento; primero porque el obstetra se obliga a estar pendiente de la evolución de este período crítico del parto y retirar la placenta inmediatamente se realice el descenso de la misma evitando un sangrado retroplacentario excesivo; segundo no se obliga a interrumpir el procedimiento para retirar y revisar la placenta y sus anexos; y tercero, en el caso de tener que realizar extracción manual no existe riesgo de lesionar la rafia.

#### **a) Mediolateral versus mediana**

La única y verdadera razón de no hacer una episiotomía mediana es el riesgo inminente de que llegue a prolongarse y lesionar el esfínter externo y el ano, y se le tema a esta complicación, o no sentirse bien adiestrado para corregirla.

En la Episiotomía mediana se produce un corte limpio y totalmente perpendicular a la cuña perineal con sangrado escaso, por ello su reparación es más fácil y más anatómica, se utiliza menor cantidad de sutura consiguiéndose mejores resultados estéticos-funcionales y menor fibrosis con mucho menos dolor postquirúrgico y postcoital.

En la Episiotomía medio lateral, en cambio, hay mayor pérdida de sangre y el corte es oblicuo a las fibras musculares de la cuña perineal, es más difícil de reparar y amerita mayor cantidad de sutura; el dolor postoperatorio es más intenso y más frecuente; ocurre mayor fibrosis, los resultados anatómicos son desfavorables en más o menos un 10% de los casos (aún en "buenas manos"). A veces es seguida de dispareunia.

Cuando la Episiotomía está indicada, recomendamos la mediana en los siguientes casos:

1. Feto, con peso estimado como promedio.
2. Presentación cefálica, vértice, variedad anterior.
3. Periné de 6 cm. como mínimo y en reposo.
4. Pelvis adecuada con arcada púbica promedio o amplia.
5. Comprobado bienestar fetal en el expulsivo.
6. Adecuada actividad uterina y pujos eficientes.

En todos los demás casos donde se indique la episiotomía y no se den las condiciones anteriores, recomendamos realizar el medio lateral.

Si se revisan bien las indicaciones anteriores se caerá en cuenta que ellas existen en la gran mayoría de los partos, lo cual hace presumir que en realidad es el temor a la prolongación de la episiotomía mediana al esfínter o al ano la verdadera razón por la cual ésta no es la más frecuente que se práctica en las instituciones de enseñanza. Por lo tanto, durante el aprendizaje, los estudiantes deben adquirir la habilidad para que tal circunstancia no se presente. (22)

#### **2.2.10. Episiorrafia. Técnica quirúrgica**

Se recuerdan dos aspectos básicos, el primero, realizarla una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente, y segundo, tener siempre presente que una buena Episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía.

Se proscribe la introducción de gases u otros materiales en vagina durante la realización de esta cirugía, la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos, y crea

en la paciente y en la comunidad dudas sobre la idoneidad y la reputación del médico.

Se prefieren las suturas reabsorbibles. Utilizamos el Catgut cromado 2/0 para los planos de mucosa, submucosa y muscular intermedio. El cromado 0, para el esfínter y su fascia; y el cromado intestinal 3/0, para mucosa rectal.

Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario, para evitar el molesto dolor, que de presentarse, por momentos "enfrenta" a la paciente con su médico.

Se reconocen los planos incididos, descartando o verificando las prolongaciones y/o los desgarros, que de existir, se suturaran en orden inverso a su grado. (22)

#### **2.2.11. Episiorrafia sin prolongación.**

En el caso de la mediana, se reconocen los siguientes planos y vértices: A nivel del extremo vaginal la línea de corte se extiende hasta unos 2 ó 3 cm por detrás de las carúnculas himeneales y el extremo perineal no se compromete más allá de la fascia del esfínter externo. En el plano medio, hacia el extremo vaginal, se alcanzan a notar las fibras más externas del transverso profundo y en la región de la cuña perineal, el tendón conjunto se expone nítidamente.

Para el caso de la medio lateral, los hallazgos a nivel del extremo vaginal son exactamente iguales que para la mediana; Hacia el extremo perineal en razón de la orientación del corte, no debe observarse el esfínter, y los

músculos de la cuña se exponen claramente, aunque no tanto como en la mediana.

En ambos casos, se insiste que la profundidad de los planos, no debe comprometer más allá del plano medio, si ello ocurre, debe considerarse que se trata de una prolongación y proceder a su cierre según se expondrá más adelante, de no hacerlo así, se caerá en el error de dejar "espacios muertos", cuya reparación es muy "dudosa", cuando se realiza la técnica convencional, que se expone a continuación.

#### **2.2.12. Técnica.**

Se inicia un centímetro por detrás del vértice vaginal, continuándola con sutura continua y cruzada hasta inmediatamente por detrás de las carúnculas himeneales, teniendo en cuenta de incluir en las puntadas iniciales a la submucosa y la porción comprometida del transverso profundo. Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de ellas en sentido de atrás hacia delante, fijándola con una puntada de mucosa a mucosa por delante de ellas; desde este punto hasta la horquilla vulvar posterior se lleva con sutura continua sin cruzar y se anuda.

Se repara entonces la cuña perineal, iniciándose a nivel del tendón conjunto en el punto de conjunción del bulbocavernoso del cual con sutura continua sin cruzar se baja hasta el vértice perineal inferior del cual sin interrumpir se pasa a piel y en forma ascendente se afronta piel y celular subcutáneo finalizando al nivel de la fosa navicular donde se anuda para finalizar.

Se utiliza como única sutura, el Catgut crómico 2/0

### **2.2.13. Episiorrafia con prolongaciones a esfínter y ano.**

En estos casos los planos se reparan en orden inverso a su grado, como se mencionó anteriormente. Para el caso de desgarró grado IV, se aconseja que el cirujano se calce dos guantes en la mano cuyo dedo índice va a colocarse en la luz rectal, sirviendo de referencia para evitar que la puntada penetre al recto, al tiempo que mostrará a trasluz si queda un trayecto sin suturar o incorrectamente afrontado; Una vez culminado este paso, se retira y desecha el guante contaminado sin incomodidades ni pérdida de tiempo para el obstetra. (22)

La mucosa rectal se sutura en dos planos, el primero mucosa-mucosa, iniciándose al menos 0.5 cm por detrás del vértice y dejando reparado su extremo; Sin penetrar a la luz rectal, utilizando sutura continua sin cruzar (para evitar necrosis), según la técnica de sutura intestinal de Lembert, en la que cada puntada se hace en cada extremo mucoso para que al traccionarse la sutura, éstos se enfrenten en aposición de sus extremos evitándose los espacios "muertos" tras el cierre. Hay que tener especial cuidado que en este primer plano no quede incluida la fascia perirectal ni las fibras del esfínter externo al aproximarse al borde mucocutáneo del ano, el cual sí debe incluirse en este tiempo; desde este punto se devuelve para realizar el segundo plano, donde se aproxima medialmente sobre la sutura anterior la fascia perirectal, anudándose para concluir en el extremo reparado. Se comprueba que no hayan quedado "ventanas" pasando el dedo índice repetidamente por la luz rectal y observando el cierre a través de la sutura.

Seguidamente se aproximan los extremos del esfínter externo del ano utilizando pinzas de allí que se introducen a través de las depresiones laterales que se observan en este plano de la cuña perineal y que característicamente identifican la fascia de este músculo. Las pinzas introducidas se abren y atrapan las fibras musculares retraídas dentro de la fascia y se traen medialmente; así reparadas se sutura este músculo con dos o tres puntos individuales o con una sutura que iniciándose en el extremo superior izquierdo abarque el espesor de la fascia y el músculo en ese extremo, y se repara, se toma otra puntada parecida al extremo inferior derecho, de aquí se tira otra tercera puntada que tome el extremo inferior izquierdo y finalmente una última que tome el espesor de la masa muscular en el extremo superior derecho; se tracciona fuertemente y se anuda con el reparo inicial de la sutura; Es la puntada en "ocho", haciendo referencia a la orientación general que se le da a esta sutura en forma de "reloj de arena".

Siempre se debe revisar si existe prolongación en el extremo vaginal, que de existir compromete al elevador del ano; En estos casos recomendamos su cierre con puntadas individuales en número de dos o tres, reparando las masas musculares con pinzas de allis, que en forma característica siempre terminan cruzadas al soltarlas. Solo de esta forma se asegura un cierre anatómico, sin temor a dejar espacios "muertos". El resto del cierre se realiza según la técnica anterior.

#### **2.2.14. Complicaciones**

Comprenden las de aparición: Inmediatas, Mediatas y Tardías:

**INMEDIATAS:** Incluye: Desgarros y Prolongaciones, Sangrado, Hematomas y Dolor.

**a) *Prolongaciones y desgarros***

La prolongación se entiende como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4cms en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de Episio. En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada. La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta al recto.

En el caso de la medio lateral la extensión es hacia los planos profundos donde el compromiso del elevador es mayor, imponiendo una reparación muy cuidadosa.

Si bien la fuerza de expulsión que se realiza durante el parto se ejerce principalmente sobre el periné, que es el que con más frecuencia se lesiona, la incidencia de los desgarros de la pared anterior no son raros, en especial si la vejiga está llena y en el momento de la “cornada fetal” no se protege adecuadamente.



Los desgarros perineales se clasifican en grados que van del I al IV. Teniendo en cuenta las estructuras que se comprometen, tal como se describen a continuación:

Grado I: Compromiso de piel y/o mucosa vaginal.

Grado II: Compromete piel, mucosa, músculos perineales superficiales respetando el esfínter externo. Frecuentemente suele observarse el compromiso de las paredes laterales de la vagina, dando lugar a una lesión triangular debida a la retracción de los músculos perineales superficiales.

Grado III: Compromete el esfínter externo del ano.

Grado IV: Compromete la mucosa anal.

La reconstrucción se realiza en orden inverso al grado. Los desgarros grado I generalmente no se suturan, pues casi nunca sangran y porque sus bordes quedan en aposición facilitando su ulterior cicatrización espontánea.

b) **Sangrado**

Se presenta en caso de medios laterales que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento.

c) **Hematomas:**

Asociados casi siempre a las medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvoperineales por desgarros.

#### ***d) Dolor***

Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías.

### **Complicaciones mediatas**

Infección, Dehiscencia, Granulomas.

#### ***a) Infección***

Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes grandes negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.

#### ***b) 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.

### c) **Granulomas**

Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.

## 2.2.15. **Complicaciones tardías**

Fibrosis, Fístulas.

### a) **fibrosis**

De incidencia más frecuente con mediolaterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir Dispareunia.

### b) **fistulas**

Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria. (22)

## **GESTANTES**

## **PARTO VAGINAL**

### 2.3. **Definición de términos básicos**

**Episiotomía:** Es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto. Su reparación se denomina EPISIORRAFIA.

**Episiotomía Lateral:** La incisión se realiza desde unos centímetros por encima de la línea media de la horquilla vulvar, en dirección a la tuberosidad isquiática. Se seccionan haces de músculo bulbocavernoso, el sangrado es abundante. Actualmente está en desuso.

**Episiotomía Media o central:** La incisión se realiza sobre el rafe fibroso ano-vulvar, respetando los músculos elevadores. La pérdida hemática es escasa. Es fácil de suturar, origina pocas molestias postoperatorias y el resultado estético y funcional. La tasa de desgarros, su longitud, el grado de complicación y las secuelas de incontinencia anal, son mayores.

**Episiotomía Medio-Lateral:** se realiza una incisión oblicua (45°) desde la horquilla vulvar, afectando vagina, piel y músculo, incluida la fascia pubo-rectal del elevador del ano. El sangrado es mayor que con la episiotomía media, pero la tasa de desgarros de 3° y 4° grado es menor, aunque pueden quedar retracciones y dispareunia durante algunos meses..

**Episiorrafia:** Es una intervención quirúrgica que consiste en reparar la herida dejada por la episiotomía, suturando las caras internas de los labios mayores.

**Gestación:** Período de tiempo comprendido entre la fertilización del óvulo y el nacimiento.

**Parto Vaginal:** Expulsión de uno o más fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina, hacia el exterior

### **III. HIPOTESIS, VARIABLES, INDICADORES Y DEFINICIONES OPERACIONALES**

#### **3.1. Hipótesis general**

**Ha:** El uso de la episiotomía disminuye las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

**Ho:** El No uso de la episiotomía disminuye las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

#### **3.2. Sistema de variables – dimensiones e indicadores**

##### **3.2.1. Variable independiente**

episiotomía.

##### **3.2.2. Variable dependiente**

Complicaciones

### 3.3. Definición operacional de variables, dimensiones e indicadores

Nombre de la variable		Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Criterios de medición	Variable	Escala	Fuente
Variable independiente	Episiotomía	Es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo Período del parto. También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto.	Uso de episiotomía.	Episiotomía Media central.	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos.
			No uso de episiotomía.	Episiotomía Medio-Lateral	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Nominal	
Variable Dependiente	Complicaciones	Las complicaciones de la episiotomía más frecuentes, son las mismas que las de cualquier incisión profunda	Inmediatas	Desgarros y Prolongaciones	✓ I ✓ II ✓ III ✓ IV	Cualitativa	Nominal	
				Sangrado	✓ <300ML ✓ 300-500ML ✓ >500ML	Cuantitativa	Nominal	
				Hematomas	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Nominal	
				Edema	✓ SI ✓ NO			
				Dolor.	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Nominal	
			Mediatas	dehiscencia	✓ Si ✓ No	Cualitativa	Nominal	

Nombre de la variable		Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Criterios de medición	Variable	Escala	Fuente
Variable interviniente	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Edad	Años	Años	Cualitativa	nominal	DNI
	Grado de instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analfabeta</li> <li>✓ Primaria</li> <li>✓ Secundaria</li> <li>✓ Universitario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analfabeta</li> <li>✓ Primaria</li> <li>✓ Secundaria</li> <li>✓ Universitario</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal	Instrumento de recolección de datos.
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soltera</li> <li>✓ Conviviente</li> <li>✓ Casada</li> <li>✓ Divorciada</li> <li>✓ Viuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soltera</li> <li>✓ Conviviente</li> <li>✓ Casada</li> <li>✓ Divorciada</li> <li>✓ Viuda</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal	
	Ocupación	Actividad o trabajo.	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ama de casa</li> <li>✓ Comerciante</li> <li>✓ Empleada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ama de casa</li> <li>✓ Comerciante</li> <li>✓ Empleada</li> </ul>	Cualitativa	nominal	
	Procedencia	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Urbano</li> <li>✓ Rural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Urbano</li> <li>✓ Rural</li> </ul>	Cualitativa	nominal	

	Edad gestacional	La edad se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla	-Termino	✓ Mejores de 37-40 semanas	Mayores de 37-40 semanas	cualitativa	Nominal	
--	------------------	---	----------	----------------------------	--------------------------	-------------	---------	--



## IV. MARCO METODOLOGICO

### 4.1. Nivel y tipo de investigación

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**.

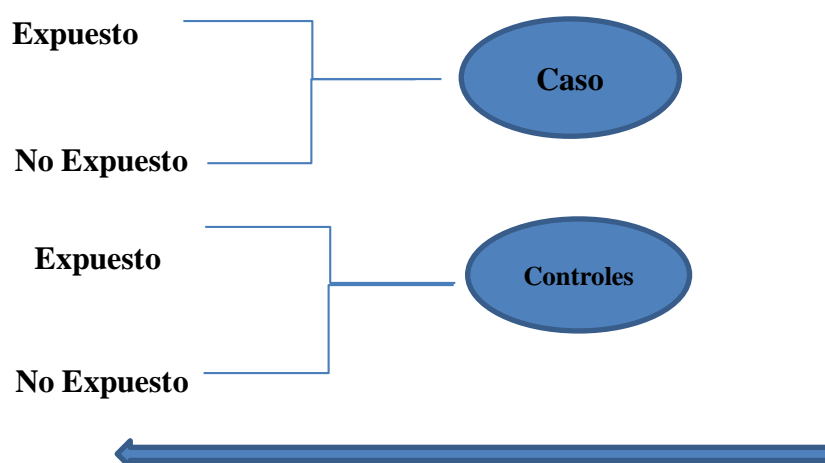
Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **retrospectivo**.

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**.

Según la cantidad de variable a estudiar el estudio es **analítico**. Las variables a estudiar son dos o más, con la finalidad de buscar asociación o dependencias entre ellas. El análisis es multivariado. (29)

### 4.2. Diseño de la investigación.

Se realizara un diseño **caso y control**. Araña de Kleinbaum que muestra el diseño de un estudio de casos y controles. (29)



**Caso:**

Gestantes con episiotomía.

**Control:**

Gestantes sin episiotomía.

## V. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

### 5.1. Determinación del universo, población

La población está constituida por 533 gestantes nulíparas atendidas en su primer parto vaginal.

### 5.2. Selección de la muestra

La selección de los casos (gestantes con episiotomía) y la selección de controles (gestantes sin episiotomía)

Para el tamaño de la muestra utilizaremos la fórmula para casos y controles

(30) (31):

	Gestantes con Episiotomía (casos)	Gestantes sin Episiotomía (controles)	Total
Complicaciones	58	83	141
Sin Complicaciones	102	290	352
<b>Total</b>	160	373	533

$$OR = W = \frac{a \times d}{c \times b}$$

$$OR = W = \frac{58 \times 290}{102 \times 83} = 1.98$$

✓ P<sub>1</sub>: Tasa de exposición entre los casos

$$P_1 = \frac{a}{a + c} \times 100$$

$$P_1 = \frac{58}{160} \times 100 = 36.25\%$$

✓ P<sub>2</sub>: Tasa de exposición entre los controles

$$P_2 = \frac{b}{b + d} \times 100$$

$$P_2 = \frac{83}{373} \times 100 = 22.25\%$$

**Fórmula para casos y controles (32):**

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

**Donde:**

- ✓  $Z_{1-\alpha/2}$ : Nivel de confianza. La seguridad con la que se desea trabajar ( $\alpha$ ), o riesgo de cometer un error de tipo I. Generalmente se trabaja con una seguridad del 95% ( $\alpha = 0,05$ ) = **1,96**
- ✓  $Z_{1-\beta}$ : El poder estadístico ( $1-\beta$ ) que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II. Es habitual tomar  $\beta = 0,2$ , es decir, un poder del 80% = **0,84**
- ✓ P: Probabilidad de existo o tasa de prevalencia ( $P_1 + P_2 / 2$ ) = **0,29**
- ✓  $P_1$ : La frecuencia de la exposición entre los casos, cuyo valor es 36% = **0,36**
- ✓  $P_2$ : La frecuencia de la exposición entre los controles, cuyo valor es 22% = **0,22**
- ✓ W: Odds ratio previsto = 2.

**Ahora reemplazamos:**

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{\left[ 1,96 \sqrt{2 \times 0,29(1-0,29)} + 0,84 \sqrt{0,36(1-0,36) + 0,22(1-0,22)} \right]^2}{(0,36 - 0,22)^2}$$

$$n = 160.53$$

Por tanto, se necesitaría un grupo de 160 casos y otros 160 controles.

**CRITERIOS DE INCLUSION Y ESCLUSION:****Criterios de inclusión;**

- ✓ Gestante a término atendida en el H.A.Y.
- ✓ Partos eutócicos
- ✓ Pacientes nulíparas
- ✓ Feto único en presentación cefálica de vértice
- ✓ Pelvis ginecoide
- ✓ Pacientes que por lo menos tuvieron 1 atención prenatal

**Criterios de exclusión**

- ✓ Feto pretermo
- ✓ Feto podálico
- ✓ Feto con Dx de malformaciones congénitas
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Gestantes sin ninguna atención prenatal

## VI. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS

### 6.1. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos

**Técnicas: observación sistemática. (33)**

Se revisó la base de datos del servicio de Obstetricia en la búsqueda de casos de pacientes con complicaciones en su parto mediante una ficha de recolección de datos y SIP 2000.

**Instrumento:** Instrumento de recolección (34)

### 6.2. Procesamiento y presentación de datos

El procesamiento, implica un tratamiento de la información recolectada, luego de haber tabulado los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos, con la finalidad de apreciar el comportamiento de las variables.

Se utilizará la estadística de análisis descriptivo e inferencial:

#### 6.2.1. Análisis descriptivo.

Se utilizará la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables. . Así mismo se utilizarán estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio.

#### 6.2.2. Análisis inferencial.

Se utilizarán estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando la prueba de monomios, el chi cuadrado.

## VII. RESULTADOS.

### 7.1. Resultados descriptivos Tabla n° 01

Descripción de la distribución según la edad de las gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

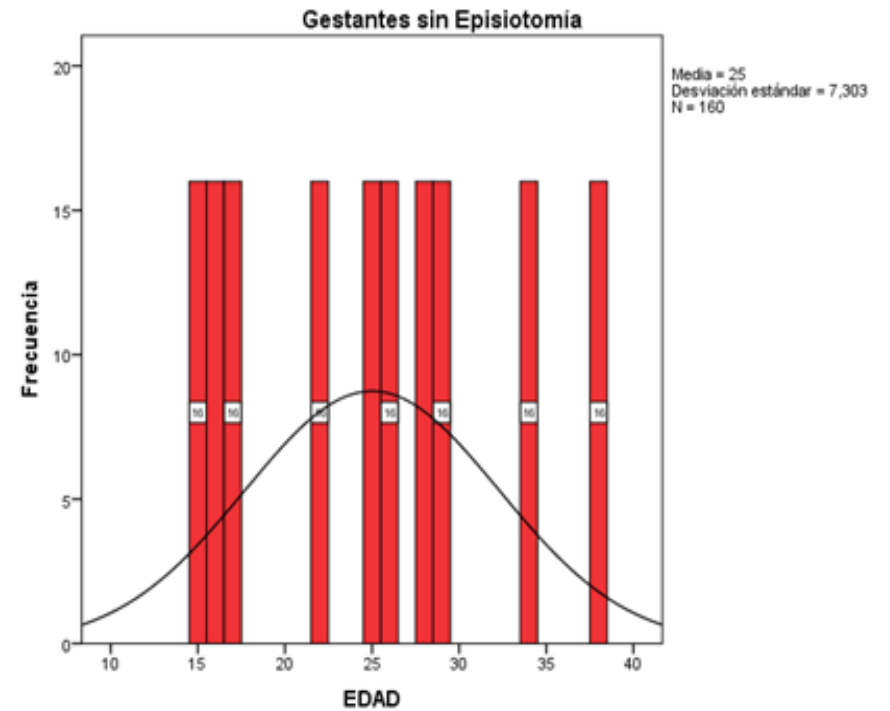
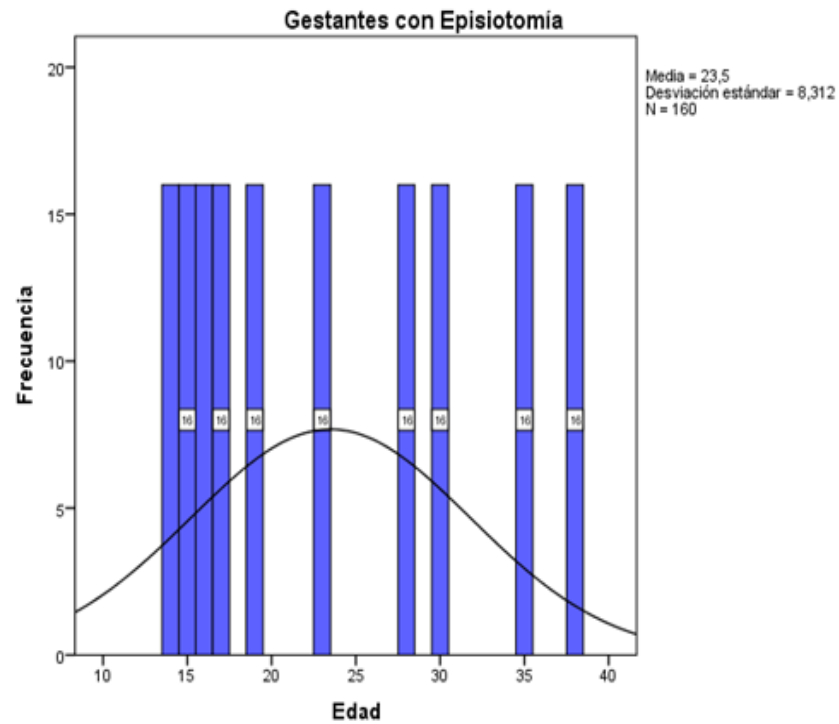
Episiotomía	SI	NO
Gestantes	160	160
Media	23,50	25,00
Mediana	21,00	25,50
Moda	14 <sup>a</sup>	15
Desviación estándar	8,312	7,303
Rango	24	23
Mínimo	14	15
Máximo	38	38

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Al observar en la tabla n° 01 podemos comparar las características de la edad en gestantes con y sin episiotomía. Las gestantes con episiotomía tuvieron una media de 23 años  $\pm$  8 años, de las cuales el 50% tuvieron edades mayores de 21 años. La edad que más se repitió en este grupo fue la edad de 14 años, teniendo como edad mínima 14 años y como edad máxima 38 años. En relación al grupo de las gestantes sin Episiotomía vemos que su media fue de 25 años  $\pm$  7 años un poco más alto que el grupo de gestantes con episiotomía. Así mismo podemos observar que el 50% de estas gestantes tuvieron edades mayores que 25 años, y la edad que más abundó fue la edad de 15 años. La edad mínima fue de 15 años y la máxima de 38 años.

**Grafico n° 01**

Representación gráfica de la distribución según la edad de las gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Tabla n° 02**

Descripción de la distribución según el Grado de Instrucción de las gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Grado de Instrucción	Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>
	Sí	No			
Primaria	32	32	64	20,0	0,00
Secundaria	112	80	192	60,0	
Superior	16	48	64	20,0	
	160	160	320	100,0	

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

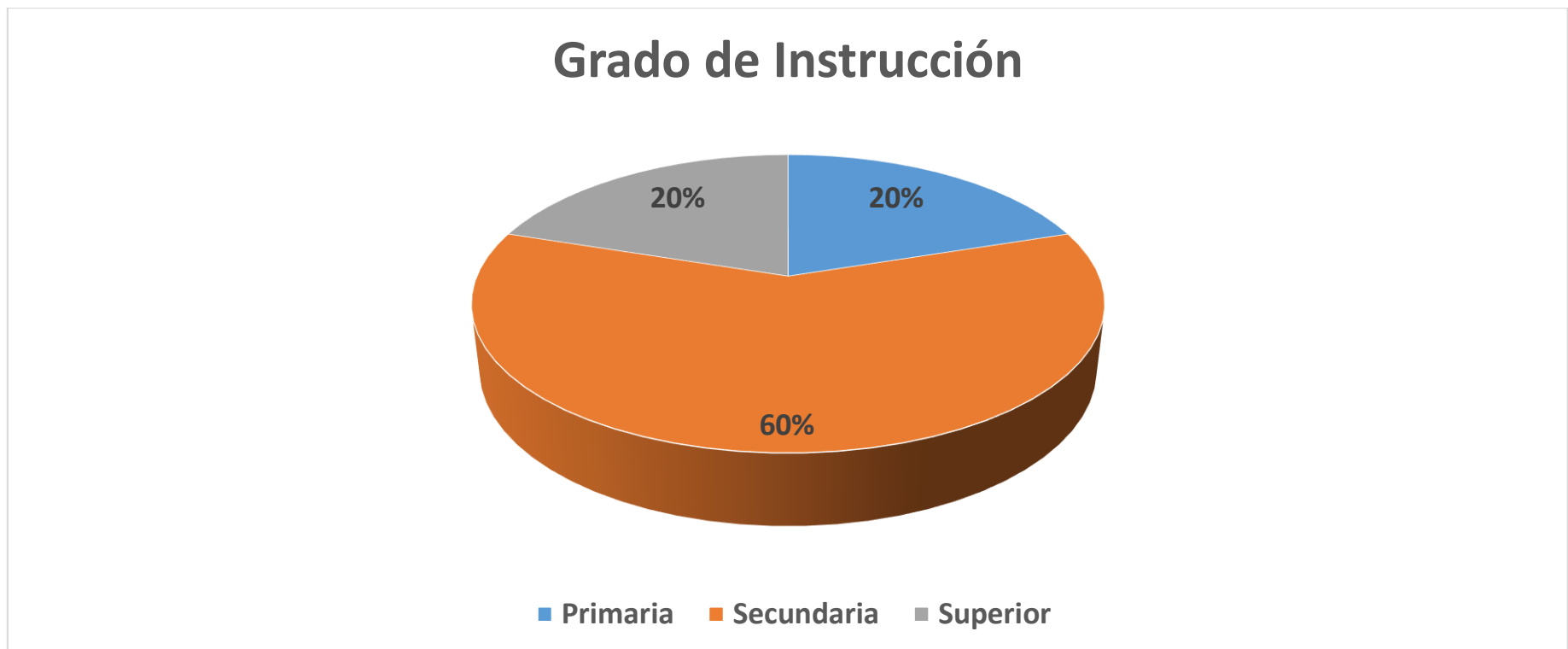
**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía el 60% de tuvo un grado de instrucción a nivel secundario, un 20% tuvo como grado de instrucción primaria y un 20% tuvo como grado de instrucción superior.

Podemos evidencia la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,00 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadísticamente entre la presencia de la episiotomía según el grado de instrucción de las gestantes.



**Grafico n° 02**

Representación gráfica de la distribución según el Grado de Instrucción de las gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Tabla n° 03**

Descripción de la distribución según el Estado Civil de las gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Estado Civil	Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>
	Sí	No			
Soltera	48	32	80	25,0	0,00
Conviviente	112	96	208	65,0	
Casada	0	32	32	10,0	
Total	160	160	320	100,0	

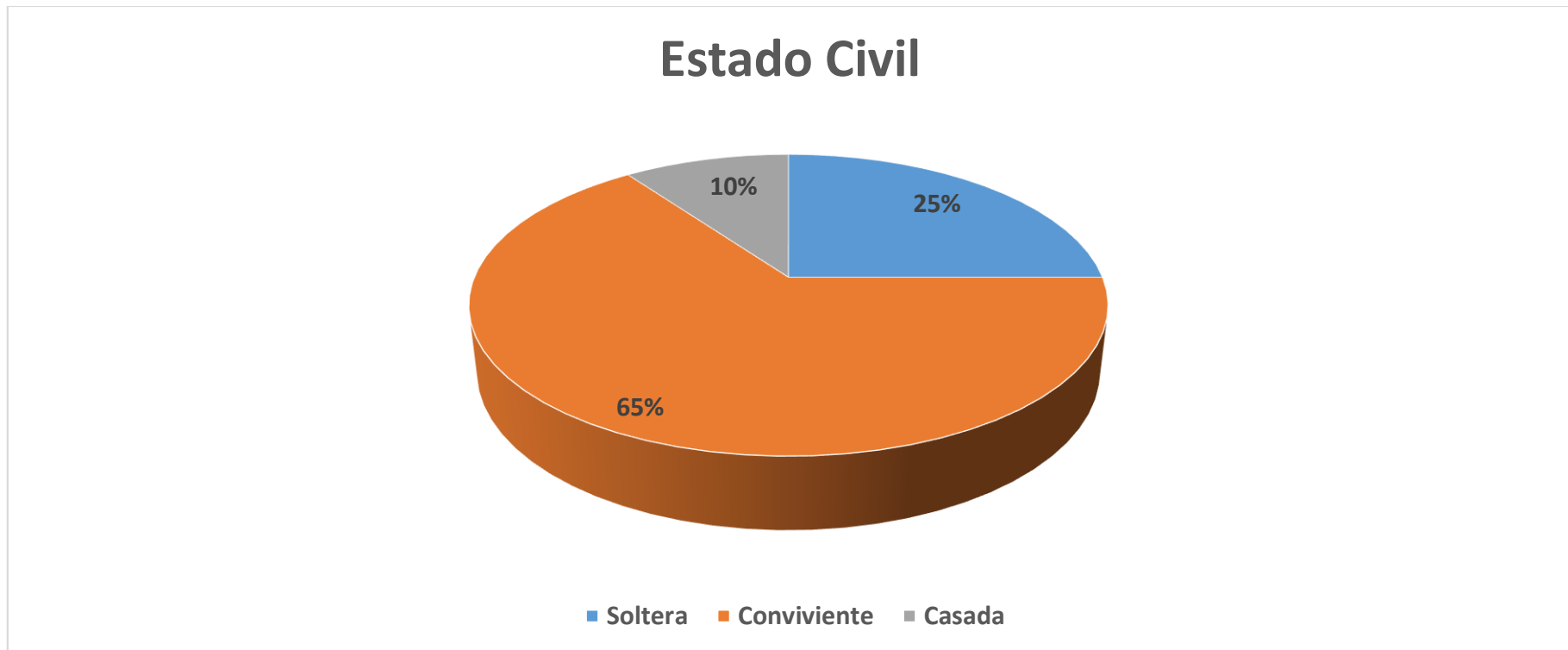
Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía el 65% son convivientes, el 25% de ellas son solteras y un 10% son casadas.

Así mismo pudimos evidenciar que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,00 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadísticamente entre la presencia de la episiotomía el estado civil en las gestantes evaluadas.

**Grafico n° 03**

Representación gráfica de la distribución según el Estado Civil de las gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Tabla n° 06**

Descripción de la distribución según el tipo de episiotomía realizada a las gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

		<b>Tipo de Episiotomía</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Episiotomía Media o central	32	20,0	20,0	20,0
	Episiotomía Medio-Lateral	128	80,0	80,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con episiotomía el 80% tuvieron una episiotomía medio lateral y un 20% una episiotomía media.

**Grafico n° 06**

Representación gráfica de la distribución según el tipo de episiotomía realizada a las gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

## 7.2. Resultados Inferenciales

Tabla n° 07

Descripción de la distribución según los Desgarros de grado I presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Desgarros de grado I	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	29	37	66	20,6	0,269	0,736
NO	131	123	254	79,4		
Total	160	160	320	100,0		

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 254 gestantes (79,4%) no presentaron desgarros de grado I, 66 gestantes (20,6%) presentaron desgarro de grado I. Por ello se puede evidenciar que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,269 el cual es mayor que 0,05 con el cual contrastamos que NO existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la disminución de los desgarros de grado I. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 0,736) para un desgarro de grado I no está relacionado a la realización al uso o uso de la episiotomía. Por ello el desgarro de grado I no es una complicación en el No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 08**

Descripción de la distribución según los Desgarros de grado II presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Desgarros de grado II	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	32	62	94	29,4	0,00	1,521
NO	128	98	226	70,6		
Total	160	160	320	100,0		

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 226 gestantes (70,6%) no presentaron desgarros de grado II, 94 gestantes (29,4%) presentaron desgarro de grado II. Con lo cual se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,00 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la disminución de los desgarros de grado II. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 1,521) para un desgarro de grado II está relacionado al no uso de la episiotomía.

Por ello el desgarro de grado II es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 09**

Descripción de la distribución según los Desgarros de grado III presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Desgarros de grado III	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	2	20	22	6,9	0,00	1,935
NO	158	140	298	93,1		
Total	160	160	320	100,0		

**Fuente:** Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 298 gestantes (93,1%) no presentaron desgarros de grado III, 22 gestantes (6,9%) presentaron desgarro de grado III. Con lo cual se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,00 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la disminución de los desgarros de grado III. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 1,935) para un desgarro de grado III está relacionado al no uso de la episiotomía.

Por ello el desgarro de grado III es una complicación del No uso de la episiotomía.



**Tabla n° 10**

Descripción de la distribución según los Desgarros de grado IV presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Desgarros de grado IV	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	2	9	11	3,4	0,032	1,674
NO	158	151	309	96,6		
Total	160	160	320	100,0		

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 309 gestantes (96,6%) no presentaron desgarros de grado IV y solo 11 gestantes (3,4%) presentaron desgarro de grado IV. Se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,032 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la disminución de los desgarros de grado IV. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 1,674) para un desgarro de grado IV está relacionado al no uso de la episiotomía.

Por ello el desgarro de grado IV es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 11**

Descripción de la distribución según el Sangrado menor de 300 ml presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Sangrado menor de 300 ml	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	124	68	192	60,0	0,000	4,660
NO	36	92	128	40,0		
Total	160	160	320	100,0		

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 192 gestantes (60%) presentaron un sangrado normal menor de 300 ml en su parto y 128 gestantes (40%) presentaron sangrados mayores a 300 ml. Se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la cantidad de sangrado. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 4,66) para sangrado mayor de 300ml está relacionado al no uso de la episiotomía.

Por ello el sangrado mayor de 300ml es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 12**

Descripción de la distribución según el Sangrado de 300 ml a 500 ml presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Sangrado de 300 ml a 500 ml	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	34	60	94	29,4	0,001	1,443
NO	126	100	226	70,6		
Total	160	160	320	100,0		

**Fuente:** Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 226 gestantes (70,6%) No presentaron sangrados mayores de 300 ml, pero menores de 500 ml en su parto y solo 94 gestantes (29,4%) presentaron sangrados mayores de 300 ml, pero menores de 500 ml en su parto. Se evidencia entonces que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,001 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la cantidad de sangrado. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 1,443) para sangrados mayores de 300 ml pero menores de 500 ml en su parto está relacionado al no uso de la episiotomía.

Por ello sangrados mayores de 300 ml pero menores de 500 ml en su parto es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 13**

Descripción de la distribución según el Sangrado mayor de 500 ml presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Mayor de 500 ml	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	2	32	34	10,6	0,000	2,103
NO	158	128	286	89,4		
Total	160	160	320	100,0		

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 286 gestantes (89,4%) No presentaron sangrados mayores de 500 ml en su parto y solo 34 gestantes (10,6%) presentaron sangrados mayores de 500 ml en su parto. Con ello se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la cantidad de sangrado mayor de 500 ml. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 2,103) para sangrados de 500 ml en su parto es elevado, es decir una primigestas que no se le realiza la episiotomía tiene doble probabilidad de perder mayor sangre.

Por ello los sangrados de 500 ml en su parto es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 14**

Descripción de la distribución según los Hematomas presentes en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Hematomas	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	36	92	128	40,0	0,000	2,029
NO	124	68	192	60,0		
Total	160	160	320	100,0		

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 192 gestantes (60%) No presentaron Hematomas y 128 gestantes (40%) presentaron Hematomas. Con ello se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y los hematomas. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 2,029) para los hematomas es elevado, es decir una primigestas que no se le realiza la episiotomía tiene doble probabilidad de poder hacer hematomas vulvares.

Por ello los hematomas vulvares es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 15**

Descripción de la distribución según la edema presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Edemas	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	20	60	80	25,0	0,000	1,800
NO	140	100	240	75,0		
Total	160	160	320	100,0		

**Fuente:** Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 240 gestantes (75%) No presentaron infección y 80 gestantes (25%) presentaron infecciones. Con ello se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y las infecciones. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 1,800) para las infecciones es elevado, es decir una primigestas que no se le realiza la episiotomía tiene doble probabilidad de poder hacer infecciones.

Por ello las infecciones es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 16**

Descripción de la distribución según la dehiscencia presente en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Dehiscencia	Presencia de Episiotomía		Total	%	X <sup>2</sup>	Odds ratio
	Sí	No				
SI	20	92	112	35,0	0,000	2,513
NO	140	68	208	65,0		
Total	160	160	320	100,0		

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** Se evidencia que del total de gestantes con y sin episiotomía 208 gestantes (65%) No presentaron dehiscencias y 112 gestantes (35%) presentaron dehiscencias. Con ello se evidencia que la significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de la episiotomía y la presencia de dehiscencias. Así mismo el riesgo relativo (Odds ratio de 2,513) para las dehiscencias es elevado decir una primigestas que no se le realiza la episiotomía tiene doble probabilidad de poder hacer dehiscencias.

Por ello las dehiscencias es una complicación del No uso de la episiotomía.

**Tabla n° 17**

Descripción de la distribución del dolor según los Hematomas presentes en gestantes atendidas en su primer parto vaginal con uso y no uso de la episiotomía en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

Dolor	Hematoma		Total	%	X <sup>2</sup>
	Sí	No			
SI	112	32	144	45	0,000
NO	16	160	176	55	
Total	128	192	320	100	

**Fuente:** Instrumentos de recolección de datos.

**Interpretación:** La significancia asintótica bilateral de la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) tiene un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con el cual contrastamos que existe una significancia estadística entre la presencia de dolor y hematomas.



## VIII. CONCLUSIONES.

- ✓ Las gestantes con episiotomía tuvieron una media de 23 años  $\pm$  8 años, de las cuales el 50% tuvieron edades mayores de 21 años. La edad que más se repitió en este grupo fue la edad de 14 años, teniendo como edad mínima 14 años y como edad máxima 38 años. En relación al grupo de las gestantes sin Episiotomía vemos que su media fue de 25 años  $\pm$  7 años un poco más alto que el grupo de gestantes con episiotomía. Así mismo podemos observar que el 50% de estas gestantes tuvieron edades mayores que 25 años, y la edad que más abundó fue la edad de 15 años. La edad mínima fue de 15 años y la máxima de 38 años.
- ✓ Desgarros de grado I y II fueron complicaciones para el no uso de la episiotomía.
- ✓ Los Desgarros de grado III y IV fueron complicaciones relacionadas al uso de la episiotomía.
- ✓ Cantidad de pérdida sanguínea mayores a 300 ml en el momento de parto fueron complicaciones asociadas al No uso de episiotomías en gestantes.
- ✓ La presencia de hematomas, edemas y dehiscencias fueron complicaciones asociadas al No uso de episiotomías en gestantes.

## IX. DISCUSION

En el Ecuador, el año 2011, Zamora Cifuentes, Lady investigo el estudio titulado “la episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes del parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra tena, 2010”. En tal estudio se demostró que las complicaciones más frecuentes en los dos grupos son los desgarros: sin episiotomía desgarro Grado I 22,8%, y Grado II 4,9%. Con episiotomía existe 9,8% desgarro Grado II, 2,4% desgarro Grado III y 1,6% desgarro Grado IV, Hematoma 5,7%, Infección y Dehiscencia el 1,6% (14) dichos resultados no concuerdan con los hallados en nuestro estudio realizado en el Hospital Amazónico de Yarinacocha pues nosotros hallamos que los Desgarros de grado II, III y IV estuvieron presente en mujeres a quienes No se les realizo la episiotomía.

En el San Salvador, el año 2013 Gamero, Carlos investigo el “El riesgo del parto vaginal en primigestas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Nacional Juan José Fernández de El Salvador”. Entre los principales resultados, tenemos que la prevalencia de desgarros mayores de tipo II entre las pacientes primigestas con episiotomía y sin episiotomía no mostraron asociación significativa de factor de protección para el uso de episiotomía. Esto nos permite concluir que el uso rutinario de la episiotomía con aplicación de criterios o sin ellos no ha demostrado ser una estrategia de valor para la disminución del riesgo de desgarros grado II o mayores (16) dichos resultados no concuerdan con los hallados en nuestro estudio realizado en el Hospital Amazónico de Yarinacocha pues nosotros hallamos que los Desgarros de grado II, III y IV estuvieron presente en mujeres a quienes No se les realizo la episiotomía.

Realizando la discusión a nivel nacional podemos observar que, en la ciudad de Sullana, el año 2008 el obstetra Albino Sánchez, Frank investigo “uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana”. La episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal, más moderado y más intenso que el dolor en mujeres provenientes de parto sin episiotomía. Este procedimiento no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, sin embargo, estos significativamente más graves que en el parto normal, ya que son de tercer y cuarto grado, mientras que en el parto normal se dan en la modalidad de primer y segundo grado. A pesar de ello las mujeres episiotomizadas presentan menos desgarros que las no episiotomizadas. La episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales, dicho procedimiento también se relaciona con una mayor prevalencia de edemas vulvoperineales y de la episiorrafia perineal ocasionando mayor número de dehiscencias (6) dichos resultados no concuerdan con los hallados en nuestro estudio realizado en el Hospital Amazónico de Yarinacocha pues nosotros hallamos que la presencia de hematomas, edemas y dehiscencias estuvieron presente en mujeres a quienes No se les realizo la episiotomía.

## **X. RECOMENDACIONES**

- ✓ Las complicaciones del uso y no uso de la episiotomía siempre estarán presentes en las pacientes; lo que se busca es disminuir las estadísticas de estas complicaciones además de que cada profesional esté capacitado para poder realizar este procedimiento.
- ✓ Implementar una política selectiva de episiotomía respetando los derechos de las pacientes, debido a que no todas las nulíparas ameritan este procedimiento.
- ✓ Se recomienda hacer uso de la episiotomía con una técnica adecuada, de manera selectiva y cumpliendo con las normas establecidas para evitar las complicaciones posteriores.
- ✓ Se recomienda realizar estudios más seguidos en nuestro hospital para mejorar la calidad de atención a la población.

## **XI. BIBLIOGRAFIA**

1. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2008.
2. Berzaín Rodríguez MC. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Méd. 2014 mayo; 17(2): p. 53 - 57.
3. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet ginecol. 2004 junio; 47(9): p. 414-22.
4. Romero Martínez J, Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Matronas Profesión. 2002 enero; 2(1): p. 33-39.
5. Sánchez Casal M. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. 2012 junio; 97(1): p. 27-32.
6. Albino Sánchez F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana. [Online]; 2005 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistass/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
7. Sánchez Casal M, Luna Valero J. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. Paraninfo Digital. Monográficos de investigación en Salud. 2013 junio; 18(2).
8. Vergara G. Episiotomía. E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. 2009.

9. KaraÇam Z, Eroglu K. Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. Journal of advanced nursing. 2003 marzo; 43(4): p. 384-394.
10. REPUBLICA CDL. Ley General de Salud N° 26842. [Online].; 1997 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>.
11. REPUBLICA CDL. Ley del Ministerio de Salud 27657. [Online].; 2002 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS\\_01/LEY%2027657.pdf](http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_01/LEY%2027657.pdf).
12. REPUBLICA CDL. Ley Univeristaria N° 23733. [Online].; 2013 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: [http://www.albany.edu/dept/eaps/prophe/data/Country\\_Law/Peru-LEY%20UNIVERSITARIA\\_modificada.pdf](http://www.albany.edu/dept/eaps/prophe/data/Country_Law/Peru-LEY%20UNIVERSITARIA_modificada.pdf).
13. Escobar Martínez M. Frecuencia del uso de la episiotomía en el servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil. Rev Med La Paz. 2009 Marzo 27-31; 15(2).
14. Zamora Cifuentes L. la episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes del parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra tena, 2010. 2010. Tesis para optar el grado académico de médico. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
15. Gualán Cartuche C, Guanoluisa Cordero O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del hospital Vicente Corral Moscoso, cuenca- ecuador. 2014. 2015. Tesis previa a la obtención del título en medicina.

16. Gamero C. El riesgo del parto vaginal en primigestas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Nacional Juan José Fernández de El Salvador. Revista Universidad y Ciencia. 2013 enero; 7(10): p. 27 - 29.
17. Guevara Cabello MM. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las Episiorrafia en las puerperas atendidas en el hospital nacional docente madre niño "San Bartolomé", lima 2014. 2015 febrero 18. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.
18. Flores Aranda E. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de Episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013. 2014. Tesis para obtener el título de médico cirujano.
19. Arín Pérez J. La práctica de la episiotomía y sus cuidados. Una revisión de la literatura. [Online].; 2014 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1304/1/TFG\\_MarinPerez%2cJesica.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1304/1/TFG_MarinPerez%2cJesica.pdf).
20. Bustamante S. Episiotomía restrictiva en parto normal. REV. OBSTET. GINECOL. 2007 junio; 2(2): p. 127-136.
21. Vergara Sagbini G. Episiotomia. [Online].; 2012 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EPISIOTOMIA.pdf>.
22. Frigo J, Cagol G, Azambuja D, Dos Santos S. episiotomía: (des) conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2014 Mayo; 6(2): p. 5 - 10.
23. Rangel da Silva L, Moreira Christoffel M. La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: En busca del cambio en el modelo asistencial.. Enfermería global. Noviembre 2006; N° 9 1-13.

24. Rueda García J, Linares Abad M, Serrano Martos J. Valoración del proceso de cicatrización de la episiotomía a las 48 horas del parto. *Inquietudes*, 2000; 20:35-38.
25. Kalis V, Laine K. Classification of episiotomy: towards a standardization of terminology. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012 julio; 119(2): p. 522-526.
26. Tomasso G, Althabe F, Cafferata M. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2002 enero; 62(2).
27. Scetti M, Serracani G. Uso selectivo de la episiotomía. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2005 junio; 1(1): p. 6-9.
28. Borja Jiménez A, Pulido Maestre M, Domínguez Grerory A. Episiotomía media y mediolateral. *Matronas Profesión*. 2001 febrero; 2(6): p. 36-41.
29. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev Mex Pediatr*. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
30. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. [Online].; 2012 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra\\_casos/casos\\_controles.asp](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp).
31. Abner Fonseca L. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huánuco: Biblioteca Nacional del Perú; 2013.
32. Merino T. Estudios de Casos y controles III. [Online]; 2013 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epiana17.htm>.



33. Ruiz Medina MI. Técnicas e instrumentos de investigación investigación. [Online].; 2012 [Citado el 15 de mayo del 2016]. Disponible en: [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/tecnicas\\_instrumentos.html](http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/tecnicas_instrumentos.html).
34. Cuero Vidal OL. Parto vaginal después de una cesárea previa, hospital san juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011 junio; 62(2).
35. Blanco Rodríguez H, Morejón Márquez O, Falcon Díaz M. Evaluación de la tintura de guayaba 20 % en el tratamiento de las episiorrafias. Rev Cubana Farm. 2013 abril - junio; 47(2).

## ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO EXPERTOS PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

EXPERTO: .....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento <b>da cuenta del título /tema</b> y lo expresa con claridad y pertinencia	( )	( )
2. El instrumento tiene <b>estructura lógica</b>	( )	( )
3. La secuencia de presentación <b>es optima</b>	( )	( )
4. El grado de complejidad de los <b>ítems es aceptable</b>	( )	( )
5. Los términos utilizados en las preguntas son <b>claros y comprensibles</b>	( )	( )
6. Los reactivos ( operacionalización de variables ) reflejan <b>las fases de la elaboración del proyecto</b> de investigación	( )	( )
7. El instrumento establece <b>la totalidad de los ítems</b> de la operacionalización de variables del proyecto de investigación	( )	( )
8. Las preguntas permiten el <b>logro de los objetivos</b>	( )	( )
9. Las preguntas permiten <b>recoger la información para alcanzar los objetivos</b> de la investigación	( )	( )
10. Las preguntas <b>están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudios</b>	( )	( )
<b>TOTAL</b>		

OBSERVACIONES:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

-----  
FIRMA DEL EXPERTO

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

**“COMPLICACIONES DEL USO Y NO USO DE LA EPISIOTOMIA EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN SU PRIMER PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE  
YARINACocha, 2015.”**

### **I. DATOS SOCIECONOMICOS**

**1. Edad:**

**N° Hcl:**

**2. Grado de instrucción**

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Universitario**

**3. Estado civil**

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Divorciada
- e) Viuda**

**4. Apgar al minuto:**

**5. Apgar a los cinco minuto:**

## II. COMPLICACIONES EN EL USO Y NO DE LA EPISIOTOMIA.

### 6. Episiotomía

- a) Si
- b) No

**En caso de ser la respuesta si, mencione el tipo de episiotomía:**

- a) Episiotomía Lateral.
- b) Episiotomía Media o central.
- c) Episiotomía Medio-Lateral

### 7. Desgarros y Prolongaciones

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV

### 8. Sangrado

- a) < 300 ml
- b) 300 – 500 ml
- c) > 500 ml

### 9. Hematomas

- a) Si
- b) No

### 10. Infección

- a) Si
- b) No

### 11. Dehiscencia.

- a) Si
- b) No

