

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN CON EL USO
SISTEMÁTICO DE LA EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS
EN EL HOSPITAL Nº II ES SALUD-AMARILIS - HUÁNUCO PERIODO
2015**

TESISTA:

NIGER NERY DIEGO TOLENTINO

ASESOR: Obst. Carlos Antonio CARRILLO Y ESPINOZA.

PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

HUÁNUCO – PERU

2017

**COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN CON EL USO SISTEMÁTICO DE
LA EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL Nº II ES
SALUD-AMARILIS - HUÁNUCO PERIODO 2015**

DEDICATORIA

A dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis queridos padres Francisco y Leonarda y a mi querida esposa e hijos Daynné y Adriano por su apoyo moral y económico, brindándome siempre su amor y comprensión.

Niger.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por su bendición y haberme permitido la culminación de mi trabajo, y así hacer realidad este sueño anhelado.

A mis maestros por su esfuerzo y dedicación, quienes con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación han logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A mi asesor de tesis Obstetra Carlos Antonio Carrillo y Espinoza por su asesoramiento científico para la culminación de mi trabajo de investigación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo el de conocer las complicaciones que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N° 2 Es Salud Amarilis Huánuco, en el periodo 2015. Siendo un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; con la aplicación de un análisis documental a través de las historias clínicas y del cuaderno del libro de partos y una ficha de recolección de datos; el muestreo es el no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 195 partos que presentaron complicaciones con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas; teniendo como resultados: se observa que el 75% están comprendidas en el rango de desgarro de 1° grado, el 23% se encuentra en el rango de 2° grado, mientras el 2% se encuentra en el rango de 3° grado; el 29% están comprendidas en el rango de dolor alto post episiotomía, el 65% se encuentra en el rango de dolor regular, el 3% se sitúa en el rango de dolor leve, mientras el 2% se encuentra en el rango de ningún dolor; el 6% de pacientes sometidas a episiotomías sistemática presentó edema, mientras en el 89% no se presentó edema; el 7% presentaron hematoma, mientras el 88% no presentó hematoma; mientras que el 14% presentan sangrado profuso, mientras el 86% no presentan sangrado profuso. Estudio realizado en el Hospital Es Salud II Amarilis – Huánuco. 2015.

Palabras claves: Episiotomía, complicaciones, uso sistemático.

SUMMARY

The objective of this study is to know the complications that occur with the systematic use of episiotomy in nulliparous patients treated at the Hospital N ° 2 Es Salud Amarilis Huánuco, in the period 2015. As a descriptive, retrospective and Cross-sectional; With the application of a documentary analysis through the clinical histories and the book of the book of births and a record of data collection; Sampling is non-probabilistic for convenience. The sample consisted of 195 deliveries that presented complications with the systematic use of episiotomy in nulliparous patients; Having as results: it is observed that 75% are included in the 1st degree tear range, 23% is in the 2nd grade range, while 2% is in the 3rd grade range; 29% are in the range of high pain post-episiotomy, 65% are in the range of regular pain, 3% is in the range of mild pain, while 2% is in the range of no pain ; 6% of patients submitted to systematic episiotomies presented edema, whereas in 89% no edema was present; 7% presented hematoma, while 88% had no hematoma; While 14% have profuse bleeding, while 86% do not show profuse bleeding. Study carried out at the Hospital EsSalud II Amarilis - Huánuco. 2015.

Key words: Episiotomy, complications, ystematic use.

ÍNDICE

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
	1.1.Fundamentación del problema	12
	1.2.Formulación del problema	13
	1.1.1. General	13
	1.1.2. Específicos.....	13
II.	MARCO TEÓRICO	16
	2.1. Antecedentes.....	16
	2.1.1. Internacionales	16
	2.1.2. Nacionales.....	17
	2.1.3. Locales	18
	2.2. Investigación bibliográfica	20
	2.3. Definición de Términos Básicos	37
III.	ASPECTOS OPERACIONALES.....	39
	3.1.Hipótesis	39
	3.2.Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores	39
IV.	MARCO METODOLÓGICO.....	41
	4.1.Ambito de estudio.....	41
	4.2. Tipo de Investigación.....	41
	4.3. Diseño y esquema de Investigación	41
	4.4. Universo/Población/Muestra	42
	4.5. Determinación de la población.....	42
	4.6. Selección de la muestra	43
	4.7. Tamaño de la muestra	44
	4.8. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	44
	4.6. Técnicas de Procesamiento, Análisis y Presentación de Datos	45
V.	RESULTADOS	46
	DISCUSIÓN	57
	CONCLUSIONES	62
	RECOMENDACIONES	63

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

La episiotomía o perineotomía es una técnica quirúrgica simple de relajación, que consiste en seccionar el anillo vulvoperineal, con la finalidad de ampliar el canal blando del parto, facilitando así la expulsión del feto¹. La práctica de la episiotomía sigue siendo una operación muy común en obstetricia. Según Sheila Kitzinger, ésta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente en la sociedad occidental y en nuestro medio². El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para indicaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones fetales (distocia de hombros, parto de nalgas), operaciones de fórceps y de extractor al vacío, posiciones occipito posteriores y en los casos en que sea obvio que la falta de ejecución de una episiotomía producirá la ruptura perineal.

De acuerdo a la **Organización Mundial de la Salud** “el uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada”. Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada para aliviar el distress materno o fetal, o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso. La presente investigación surge de la formulación de las siguiente interrogante: ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N° II Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015? .Se aplicó una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con el objetivo de conocer las

complicaciones que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N° II Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015; se precisaron las siguientes variables de estudio: complicaciones de la episiotomía, uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas, teniendo como variables intervinientes a la edad de la paciente, grado de instrucción, estado civil, edad gestacional y peso del recién nacido las que fueron operacionalizadas con el propósito de alcanzar los objetivos. Este estudio se ha organizado en V capítulos: Capítulo I EL planteamiento del problema, Capítulo II Marco Teórico, Capítulo III Aspectos operacionales, Capítulo IV Marco metodológico y Capítulo V de Resultados seguido de la discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

INDICE DE TABLAS

N°	Nombre de las tablas	Página
1.	Edad de las pacientes	46
2.	Estado civil de las pacientes	47
3.	Grado de instrucción de las pacientes.	48
4.	Edad gestacional de las pacientes	49
5.	Tipo de episiotomía de las pacientes.	50
6.	Peso del recién nacido.	51
7.	Complicaciones de la episiotomía.	52
8.	Dolor post episiotomía.	53
9.	Edema perineal.	54
10.	Hematoma vulvar.	55
11.	Sangrado profuso	56

ÍNDICE DE LAS FIGURAS

N°	Nombre de la figura	Página
1.	Edad de las pacientes.	45
2.	Estado civil de las pacientes.	47
3.	Grado de instrucción de las pacientes.	48
4.	Edad gestacional de las pacientes.	49
5.	Tipo de episiotomía de las pacientes.	50
6.	Peso del recién nacido.	52
7.	Complicaciones de la episiotomía.	54
8.	Dolor post episiotomía.	56
9.	Edema perineal.	57
10.	Hematoma vulvar.	58
11.	Sangrado profuso	59

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Fundamentación del problema

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada”. Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada para aliviar el distress materno o fetal, o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso ^{7, 8}. La práctica de la episiotomía sigue siendo una operación muy común en obstetricia. Según Sheila Kitzinger, ésta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente en la sociedad occidental y en nuestro medio ². Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurría con frecuencia de otro modo ^{3,4}. Su reparación es más fácil, pero no parecen ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es menor y la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarro. Con una episiotomía medio lateral, la posibilidad de una laceración en el recto se reduce

pero no se elimina^{3,5}. Parece razonable llegar a la conclusión de que no debe realizarse una episiotomía de rutina⁶. El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para indicaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones fetales (distocia de hombros, parto de nalgas), operaciones de fórceps y de extractor al vacío, posiciones occipito posteriores y en los casos en que sea obvio que la falta de ejecución de una episiotomía producirá la ruptura perineal.

La episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, especialmente en Latinoamérica, donde se realiza a las mujeres en su primer parto por vía vaginal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. General

¿Cuáles son las complicaciones que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N°2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015?

1.2.2. Específicas

➤ ¿Cuáles son las complicaciones inmediatas post parto que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N°2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015?

- ¿Cuál es el tipo de episiotomía utilizado con mayor frecuencia en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N°2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015?

- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N°2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015?

1.3. Objetivos:

1.3.1. General

Conocer las complicaciones que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N°2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015.

1.3.2. Específicos

- Determinar las complicaciones inmediatas post parto que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N° II Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015.
- Identificar los tipos de episiotomías más frecuentes realizados a las pacientes nulíparas que fueron atendidas en el Hospital N° II Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015.

- Identificar la frecuencia de desgarros que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N° II Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015.

1.4. Justificación e importancia

La presente investigación tiene una relevancia social, ya que beneficiaría a un grupo de la población femenina en estado de gestación cuyos partos son atendidos con la práctica rutinaria de la episiotomía y expuestos a diversas complicaciones que conlleva esta técnica quirúrgica en el Hospital II Es Salud Huánuco. Los resultados servirán para conocer las posibles complicaciones post parto que presentan las mujeres gestantes nulíparas sometidas a episiotomía y sería útil para analizar el riesgo-beneficio para la salud física y mental de las gestantes con el uso rutinario de esta práctica quirúrgica en el servicio de obstetricia del Hospital II Es Salud Huánuco; en la actualidad el uso de esta técnica quirúrgica ha disminuido notablemente y su práctica es selectiva previo estudio minucioso de los factores de riesgo de cada paciente. La importancia de la investigación radica en que se podrían disminuir la incidencia de anemia en las puérperas y las altas tasas de cesáreas por temor que causa la episiotomía en las mujeres asociados a experiencias ajenas y desconocimiento del uso de esta técnica; y estas a su vez causarían mejoras en la calidad de vida de un grupo de mujeres gestantes de la región Huánuco.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

García Cuesta, E; en España, el año 2013 realizó la investigación titulada La episiotomía en la era del parto humanizado concluyendo en lo siguiente: La episiotomía rutinaria no tiene base científica y debería ser eliminada. Carece de beneficios y posee una extensa lista de complicaciones. La tendencia actual está encaminada hacia su uso selectivo, pero aún hay muchas barreras que derribar, especialmente profesionales, para que sea algo más cercano a la realidad que a una utopía. Las mujeres tienen la ley de su parte (Ley 41/2002, de autonomía del paciente) y saben que tienen derecho a tomar las decisiones de acuerdo con el profesional que les asiste. Este consenso precisa que ellas conozcan los riesgos y beneficios de las opciones disponibles. Sin embargo, no son pocos los casos de hospitales que soslayan protocolos o directrices que no les interesan. Muchas veces la práctica sistemática de estas intervenciones se debe a la prisa o a intereses de los profesionales, más que de la parturienta. En este sentido, hay que exigir buenas prácticas, paciencia y tiempo para dejar de actuar a las fuerzas naturales del parto. Mantener una actitud expectante y obrar en consecuencia ha demostrado que disminuyen los traumas y se favorece la recuperación adecuada¹⁰.

Salas S; en Costa Rica, el año 2012 realizó la investigación y posterior publicación en la Revista Electrónica sobre la perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía, donde concluye que la episiotomía debe realizarse antes de las indicaciones ya sean materno y/o fetales; esto bajo criterio profesional. Los desgarros del perineo pueden ocurrir en presencia o no de una episiotomía, es decir, debido a la no ejecución de esta o por efectuarse de manera tardía. La consideración histórica de la práctica de episiotomía presenta aspectos relevantes, lo cual lleva a una reflexión continua sobre la normativa vigente para realizar procedimientos médicos, tanto en el ámbito público como privado, acerca de la corporalidad femenina y la cultura. Se debe establecer claramente de que, aunque se trata de un procedimiento relativamente simple, esto no está exento de complicaciones⁹.

2.1.2. Nacionales

Gutierrez Rojas, Johan en Ventanilla Perú, el año 2017 realizó la investigación titulada Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales en gestantes del Hospital de Ventanilla concluye que los desgarros perineales son la complicación asociada al parto más frecuente, su ocurrencia conlleva morbilidad y secuelas inmediatas y mediatas en la calidad de vida de la madre; teniendo como objetivo el de conocer si las medidas somato métricas guardan relación con la ocurrencia de desgarros.

Fakury Dominguez, Baccy en Perú, el año 2016 realizó la investigación titulada Estudio comparativo de la episiotomía restrictiva frente a la episiotomía rutinaria y la incidencia de desgarro perineal severo, teniendo como objetivo comparar el uso de la episiotomía rutinaria frente a la episiotomía restrictiva, a la frecuencia de desgarros perineales severos en mujeres primigestas, concluyendo que la episiotomía no se debe de practicar de manera rutinaria, sino debe ser aplicado de manera selectiva aplicándose criterios de individualización medica en todo momento”.

Perez Alva, G. en Perú, el año 2015 realizó una investigación titulada: Uso Rutinario de la episiotomía y Complicaciones asociadas en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana”, informa que se realizó un estudio explicativo, retrospectivo, comparativo y de corte longitudinal con la finalidad de determinar en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes sin episiotomías, se concluyó que las mujeres con episiotomía presentaron dolor en el 83% de los casos, mientras que las mujeres con parto sin episiotomía presentaron dolor solamente en el 27%, esto muestra diferencias estadísticamente significativas.

2.1.3. Locales

Albornoz Piñan, C. en Huánuco, el año 2012 ALBORNOZ realizó una investigación titulada Uso de la episiotomía restrictiva en comparación con la episiotomía tradicional en primigestas durante el parto vaginal en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari Amarilis Huánuco llegando a la conclusión que el uso de la episiotomía tradicional es más elevado que la episiotomía restrictiva (de 91% a un 27%), porcentaje que son bastante elevados para la episiotomía tradicional, si se tiene en cuenta que muchos profesionales de la salud lo realizan en forma rutinaria. Así mismo, concluye que el número de complicaciones para la episiotomía tradicional es de: infecciones 21%, disparidad anatómica 38%, sangrado profuso 29% y dehiscencia en un 3%; y para la episiotomía restrictiva es de: desgarros de grado I en un 24% y dolor en un 3%¹⁷.

Bacilio Cruz, S. en Huánuco Perú, el año 2011 realizó investigación titulado Complicaciones en el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas Hospital Hermilio Valdizan, concluye que la episiotomía influyen en la aparición de complicaciones como desgarro, dolor y dehiscencia de las pacientes nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco¹⁸.

En nuestro medio son los dos únicos trabajos encontrados en los archivos de la facultad y de la universidad.

2.2. Investigación bibliográfica

Episiotomía

La episiotomía (perineotomía) es una técnica quirúrgica simple de relajación, que consiste en seccionar el anillo vulvoperineal, con la finalidad de ampliar el canal blando del parto, facilitando así la expulsión del feto¹.

Incisión quirúrgica en el cuerpo perineal que se realiza con la finalidad de facilitar el proceso real del parto o prevenir desgarros y laceraciones¹⁹.

La episiotomía es una intervención quirúrgica muy practicada durante el parto a pesar de pocas pruebas de su beneficio. A pesar de realizarse durante casi 250 años, este procedimiento sigue siendo muy controvertido¹⁸. Rockner define a la episiotomía como un corte quirúrgico del cuerpo perineal que se practica para proteger el esfínter y el recto de laceraciones o desgarros severos durante el parto, como también para disminuir la duración de la segunda etapa del mismo y prevenir la aparición de futuros prolapsos genitales¹⁷.

La episiotomía significa etimológicamente “cortar el pubis” (episeion=pubis y temmo=yo corto), es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión con tijera o bisturí en la zona del periné femenino que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, en el momento del expulsivo del parto vaginal. Tiene como objetivo principal, ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné, acortando el periodo expulsivo e intentando evitar la producción de desgarros complicados en perinés muy rígidos o en vaginas muy estrechas, puesto que de entrada es una incisión recta y limpia que favorece a una mejor sutura y cicatrización que un desgarro²⁰.

La episiorrafia se realiza teniendo 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 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 médico²¹.

Historia de la episiotomía.

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould, proponiendo que el uso de esta es prevenir el desgarro perineal, Según datos históricos, habría sido Sir Fielding Ould (1742) en Irlanda, el primero en realizar dicha intervención para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. El procedimiento no ganó mayor aceptación entre la comunidad obstétrica de la época debido a la alta morbilidad infecciosa asociada a ella y a la no disponibilidad de anestesia^{22,23}.

Según Parvin, desde que Ould propuso por primera vez el uso de la episiotomía en 1742 recomendando su utilización en aquellos partos "extremadamente dificultosos". Su utilización ha sido objeto de múltiples controversias²⁴. El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799²⁵. Según lo reporta Nugent, Primer²⁶. El profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad mediolateral de episiotomía en Francia después del año 1847. El que le dio el nombre de episiotomía que deriva del griego episeion, vulva, pubis, y tomi o tome, sección, cortar, Carl Brauna mediados del siglo pasado (1857) quien fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibile e innecesaria, desaconsejando su uso. Por entonces, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto

difícil y el intentar salvar la vida del feto. El “corte” no se popularizó hasta el siglo XIX porque los médicos se negaban explícitamente a aceptar una práctica “nueva” de maternidad que iba contra “la ley natural”. Anna Broomall²⁵ en EEUU y Credé y Colpe²⁷, en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl²⁸. Defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración integral del periné. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse.

En las décadas del 70 y 80, con el surgimiento del movimiento naturalista en Estados Unidos, el uso rutinario de la episiotomía comenzó a ser cuestionado. La revisión de la literatura publicada en inglés entre 1960 y 1980 realizada por Thacker y Banta en 1983, reveló la falta de evidencia científica que sustente los beneficios atribuidos a la episiotomía, particularmente respecto a su uso rutinario. Por el contrario, encontraron evidencias considerables sobre los riesgos asociados a la episiotomía, en especial la de tipo medio, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia. Los autores concluyeron que la episiotomía debería ser restringida a ciertos casos en los

que existan indicaciones estrictas para su uso y desafiaron a la comunidad obstétrica a practicar Medicina Basada en Evidencia. Cinco ensayos controlados randomizados, bien diseñados, muestran una reducción del 9% de desgarros perineales graves con el uso selectivo de la episiotomía en comparación con el uso de rutina²⁹.

En la actualidad, la episiotomía realizada en el Perú a las nulíparas, es una práctica que se encuentra generalizada; en los 108 hospitales mayores del país figura que el 92.3% de las pacientes fueron sometidas a este procedimiento entre los años de 1991 y 1998, frecuencias que nos indican que las episiotomías se realizan de manera rutinaria en los centros obstétricos del país, las cuales se encuentran en aumento, en estos últimos años a casi un 100%³⁰.

Tipos de episiotomía.

➤ La episiotomía mediana o central

La episiotomía mediana se efectúa sobre la línea media, desde la comisura vulvar posterior u horquilla vulvar hasta el esfínter anal. Esta episiotomía es menos sangrante y de fácil sutura, ya que no secciona el músculo aponeurótico, además es de buen resultado estético y no causa dispareunia, pero tiene la desventaja de que si se prolonga puede afectar el esfínter anal, el

plexo hemorroidal y la propia mucosa anorrectal, provocando desgarro de tercer y cuarto grado³¹.

➤ **Episiotomía medio lateral**

La episiotomía oblicua o medio lateral es cuando la incisión se extiende desde la horquilla vulvar y penetra dentro del periné hacia abajo y afuera formando un ángulo de 45° con la línea media en dirección de la tuberosidad isquiática. Este tipo de incisión se recomienda cuando hay evidencia de macrosomía fetal o el periné es poco amplio. A pesar de que el proceso de cicatrización y de reparación de la incisión es mayor y en ocasiones se puede presentar dispareunia, tiene como ventaja el de extenderse con poca frecuencia hasta el esfínter anal³¹.

➤ **La episiotomía lateral.**

Es una variante de la anterior, cuando el ángulo de corte abre hacia la nalga más de 45°. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Protege el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión, pero no se suele practicar ya que afecta a casi todos los músculos de la zona y provoca una pérdida de sangre más abundante que la producida con el corte central. Además, respecto a los otros tipos de corte, la sutura suele producir con más facilidad dolores en el periné.

Nace del labio mayor, en la unión de los 2/3 anteriores con el 1/3 posterior, y se dirige hacia la tuberosidad isquiática, abarcando en la sección todos los tejidos del labio mayor¹.

Momento de la episiotomía.

Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza fetal es visible durante una contracción.

La realización de una episiotomía temprano es innecesario, la hemorragia de la incisión puede ser considerable durante el tiempo transcurrido (interin) entre la episiotomía y el parto.

Si se la realiza demasiado tarde, los músculos del piso perineal ya habrán sufrido un estiramiento excesivo y se anula uno de los objetivos de la intervención.

Respecto a la técnica, la episiotomía se debe practicar cuando la cabeza aparece en la vulva, es decir, cuando la presentación se apoya en el periné en el cuarto plano de Hodge. Sin embargo, existen muchas diferencias en cuanto al tipo de episiotomía, las cuales deben ser consideradas al evaluar los riesgos y beneficios de cada una de ellas, pues de ello dependerá la presencia de posibles complicaciones³².

La técnica de episiotomía incluye los siguientes procedimientos^{33,34}.

- Informar a la parturienta en que consiste el procedimiento que se le va a realizar.
- Revisar la Historia Clínica: asegurarse que no haya alergia conocida a la lidocaína o similares.
- Evaluar si el periné es corto, si está muy tenso, si existen várices o condiloma acuminado.
- Preparar una jeringa estéril con anestésico local: generalmente con 10 mililitros de lidocaína (xiloidina) al 2% sin epinefrina y aguja número 22 o 21 de una pulgada y media de largo.
- Proteger la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma: colocar dos de sus dedos entre la cabeza del bebé y el periné.
- Insertar toda la aguja desde la horquilla por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y profundamente en el músculo perineal: Antes de aplicar el anestésico, jalar el émbolo de la jeringa para asegurarse que no ha pinchado ningún vaso sanguíneo. Inyectar el anestésico en forma simultánea al retiro de la aguja, asegurarse que el anestésico se administre en todo el recorrido de la misma.
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar el corte: es preferible, si usted no está capacitado en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, realizar una episiotomía medio lateral. Si está capacitado realizar una

episiotomía mediana porque es menos sangrante, es más rápida de suturar y el dolor es menor en el puerperio.

- Realizar el corte del periné: es mejor realizarlo en el momento que el periné está más delgado y presionado por la cabeza fetal. Antes de realizar el corte coloque dos dedos entre el periné y la cabeza fetal.

Momento de reparación de la episiotomía

La técnica de episiorrafia se realiza una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente, asimismo, se debe tener presente que una buena episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía. La introducción de gasas u otros materiales en vagina son recomendables para producir hemostasia durante la realización de este procedimiento, sin embargo la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y son expuestas a cuadros infecciosos, por lo que es importante retirarlo una vez culminado el procedimiento³¹.

En la práctica se utilizan las suturas reabsorbibles como Catgut crómico o vycril³⁴.

La técnica de episiorrafia incluye los siguientes procedimientos³³:

- Antes de proceder se debe esperar a la expulsión de la placenta y su revisión.

- Después se realiza nuevamente la antisepsia de la región, el cambio de los paños del campo operatorio y la revisión del canal del parto por la posible presencia de desgarros del cuello uterino.
- Reparación por medio de la episiorrafia con adecuada hemostasia y restauración anatómica de los tejidos, teniendo especial cuidado en el afrontamiento de los tejidos iguales a ambos lados de la incisión.
- Cerrar la mucosa vaginal mediante sutura continua con catgut crómico N° 2.00.
- Comenzar la reparación cerca de 1 cm del ápice (parte superior) de la episiotomía y seguir la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal juntando los bordes cortados, lo cual logra menor tasa de dehiscencia y menor dolor en la reparación de la vagina.
- Se lleva la aguja por debajo de la abertura vaginal, para anudar.
- Cerrar el musculo perineal mediante puntos separados con sutura 2.00 o de forma continua.
- Cerrar la piel mediante puntos separados de forma continua en “U” o idealmente con sutura intradérmica.

Finalmente se aplica una solución antiséptica y se explica a la usuaria el tipo de sutura utilizada y los cuidados e higiene para evitar la infección.

Indicaciones de la episiotomía.

El criterio actual ha abandonado el uso rutinario de la episiotomía, indicándola únicamente en casos muy precisos:

➤ **Indicaciones maternas:**

- Inminencia de desgarro vulvo-vagino-perineal (sin importar la paridad).
- Para abreviar el expulsivo, lo cual puede ser importante en las siguientes patologías: pre eclampsia, HTA, hipertensión endocraneana y patologías vasculares del SNC, hiperdistensión ocular, cardiopatías, neuropatías.
- Parto vaginal instrumentado¹.

➤ **Indicaciones fetales:**

Las indicaciones suelen ser de carácter preventivo, para abreviar el parto, facilitando una expulsión fetal rápida y así evitar la hipoxia fetal:

- Macrosomía.
- Prematuridad.
- feto con restricción de crecimiento intrauterino.
- SFA, durante el segundo periodo del parto.
- Distocia de hombros.
- Presentación cefálica.

- Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas¹.

Complicaciones de la episiotomía.

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

Otras complicaciones son: dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia), procesos adherenciales vaginales o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartholini por sección del conducto excretor, fístulas recto vaginales³⁶.

Las complicaciones de la episiorrafia pueden ser inmediatas, mediatas o tardías^{37,38} :

COMPLICACIONES INMEDIATAS:

Desgarros: es el aumento de extensión de la incisión.

Los desgarros perineales constituyen una de las lesiones más frecuentes ocasionadas durante el parto, que pueden comprometer la vagina, vulva, periné y recto en grado variable y extensión directa.

Según la etiología, se producen por sobre distensión mecánica del periné, por la presión de la presentación fetal

por el canal del parto, o por el efecto instrumental del fórceps o ventosas¹.

Los desgarros son más frecuentes con: cabeza fetal poco flexionada, trabajo de parto precipitado, recién nacido macrosómicos, episiotomía mediana, distocia de hombros, parto vaginal ayudado o instrumentado¹.

Clasificación de los desgarros: De acuerdo a su extensión, se distinguen cuatro tipos de desgarro perineal¹:

- **De primer grado:** laceración superficial que afecta la piel perineal y mucosa vaginal, pero sin comprometer músculos subyacentes.
- **De segundo grado:** involucran, además de piel y mucosa vaginal, a los músculos del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter externo del ano.
- **De tercer grado:** además involucra al esfínter externo del ano, pero no afecta a la mucosa rectal.
- **De cuarto grado:** se afecta además la mucosa rectal.

¿Por qué se rasgan las mujeres?

Existen diversas causas por la que puede ocurrir un desgarro durante el parto, entre estas tenemos que la madre es muy pequeña, que el bebe es muy grande o que el pujo fue muy fuerte. Una de las consideraciones importantes para la prevención de desgarros, es la posición de la madre al

momento del expulsivo. La posición ginecológica estrecha los tejidos vaginales de una manera anormal y es la peor posición para el parto³⁹.

Como prevenir desgarros.

Diversos factores pueden intervenir en la prevención de desgarros:

- ✓ Buena nutrición. Es importante tener los tejidos en buen estado. Existen ejercicios como los de Kegel y el masaje perineal, los cuales nos van a ayudar a preparar el periné para la distensión en el momento del parto.
- ✓ Comodidad y privacidad. Refieren que la posición en cuclillas y la privacidad suficiente como para que la madre pueda gritar en el momento de la salida del bebé ayudan a que no se produzcan desgarros²⁰.
- ✓ Descanso. Se deben adoptar todas las posiciones incluyendo parada, de cuclillas o, de rodillas apoyándose con las manos. Estas son ideales para quitar la presión del periné, igual que la posición en decúbito lateral⁴⁰.
- ✓ Parto bajo el agua. Puede ayudar a prevenir desgarros, ya que el agua distribuye la presión con suavidad y enlentece el parto.
- ✓ Atención de parto sin apresurarse. De esta manera el periné puede tomar el tiempo necesario para distenderse lo suficiente para la salida del bebé⁴¹.

- ✓ Ejercicios de Kegel. Éstos permiten a los músculos perineales tener un tono adecuado para prevenir los desgarros durante el parto. El ejercicio consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y mantenerlos contraídos por 5 segundos, luego relajarlos. Se deben hacer hasta 200 repeticiones al día, no todas a la vez pero durante el día, sobre todo cuando se micciona⁴².
- ✓ Masaje perineal. Este prepara el cuerpo para el estiramiento perineal que ocurrirá durante el parto. Comenzar hacerlo desde las 34 semanas del embarazo. Se inicia el masaje aplicando sobre las manos aceite vegetal o gel lubricante. Separar las piernas e introducir los dedos en la vagina deprimiendo el periné hacia los lados hasta sentir un estirón. Mantener esta posición alrededor de 2 minutos, luego proceder a masajear alrededor del introito como si se estuviese dando a luz. Es importante no exagerar con este ejercicio porque puede ocasionar un daño al área⁴².

Sangrado excesivo o profuso: Se presenta en caso de episiorrafias medio-laterales practicadas precozmente y/o que se prolongan. Es uno de los riesgos inmediatos del post parto, debido a los desgarros del canal del parto.

Edema: se manifiesta con una hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.

Dolor: cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves o compresas frías.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial. El dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del SNC un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo⁵⁴.

El dolor se clasifica, según su duración en:

Dolor agudo.- Es aquel que no suele durar más de lo que tarda en resolverse la lesión causante; su aparición y duración es breve, de horas a meses.

Dolor crónico.-Es de carácter persistente, que puede ser de semanas o meses.

COMPLICACIONES MEDIATAS:

Infección de la episiorragia: aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación es de una celulitis sintomática. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales para decidir si es necesaria otra cirugía.

Dehiscencia de la episiorragia: separación o apertura de los tejidos previamente unidos por sutura.

En su mayor parte asociada a la infección de la herida.

Granulomas: se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal, por lo que deben extirparse y su base debe ser cauterizada con ácido tricloro acético o electrocauterio.

COMPLICACIONES TARDÍAS:

Fibrosis: son más frecuentes en las episiorrafias medio-laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia.

Fístulas: 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.

La dehiscencia de episiorrafia es una complicación de la episiorrafia que se define como la separación o apertura de la herida quirúrgica o de los tejidos previamente unidos por sutura³⁶. A menudo cuando hay infección de la episiorrafia, las suturas desgarran los tejidos edematosos permitiendo que los bordes necróticos de la herida se abran liberando un exudado seroso, ser sanguinolento o purulento, de esta forma, se produce la dehiscencia completa de la episiorrafia, por ello esta la infección y al dehiscencia están asociadas. El dolor local

y la disuria, con o sin retención urinaria son síntomas habituales⁵³.

2.3. Definición de términos básicos

❖ **Complicaciones de la episiotomía:**

Alteraciones en la salud de la paciente puerpera a consecuencia de la práctica de la episiotomía durante el parto, entre ellas tenemos: sangrado excesivo, infección, edema, hematoma, dolor, dehiscencia, granuloma, fibrosis, fistulas, otras.

❖ **Parto eutócico:** Proceso fisiológico por el cual se expulsa del útero al bebé a término y en presentación cefálica de vértice.

❖ **Laceraciones:** Desgarro o herida desgarrada.

❖ **Hematoma:** Derrame sanguíneo que se produce en el espesor del tejido conectivo perivaginal o perivulvar sin ruptura, por lo menos al comienzo de los planos superficiales.

❖ **Edema:** Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo.

❖ **Infección:** Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.

❖ **Dehiscencia:** Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica.

CAPITULO III

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis:

Hi Investigación

El uso sistemático de la episiotomía presenta mayores complicaciones en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital II Es Salud Amarilis Huánuco Periodo 2015.

Ho Nula

El uso sistemático de la episiotomía no presenta mayores complicaciones en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital II Es Salud Amarilis Huánuco Periodo 2015.

3.2 Sistema de Variables

Variable dependiente

- ❖ Complicaciones de la episiotomía

Variable independiente

- ❖ Uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas

Variables intervinientes

- ❖ Edad
- ❖ Grado de instrucción
- ❖ Estado civil.
- ❖ Edad gestacional.
- ❖ Peso del recién nacido.

CAPITULO IV

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1. **Ámbito de estudio**

El estudio se realizó en el en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital N° II Es Salud Amarilis-Huánuco Periodo 2015. Ubicado entre las intersecciones del Jr. José Olaya y la carretera central del Distrito de Amarilis, Provincia de Huánuco, Departamento de Huánuco.

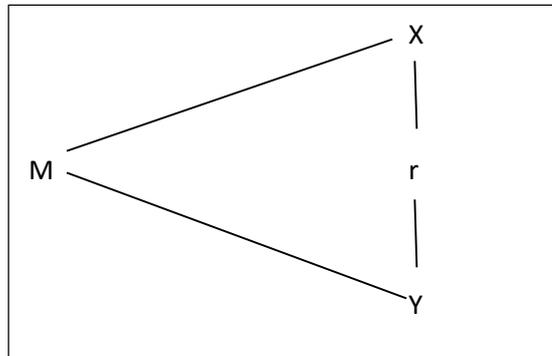
4.2. **Tipo de investigación**

Fue una investigación de nivel correlacional, donde se aplicó el siguiente tipo de investigación:

- **Descriptivo:** Porque nos permitió describir de manera analítica la situación de las variables a estudiar, es decir donde se produjeron los fenómenos dados.
- **Retrospectivo:** porque la información que se registró son hechos ocurridos con anterioridad al diseño de estudio.
- **Corte Transversal:** Porque las variables se estudió simultáneamente en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo.

4.3. Diseño y esquema de investigación

El presente estudio de investigación tiene un diseño **No Experimental** y obedece al siguiente diagrama:



Donde:

M = Representará a la muestra de estudio.

X = Representará a la variable dependiente.

Y = Representará a la variable independiente.

r = Representará la relación entre las variables.

4.4. Universo, Población y muestra

Nuestro universo estuvo conformado por todas las pacientes gestantes atendidas en el periodo 2015 en el Hospital N° 2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Haciendo un promedio de 690 partos registrados en el cuaderno de libro de partos.

4.5. Determinación de la población

La población estuvo conformada por todas las pacientes nulíparas de parto eutócico, según el libro de partos del Hospital N° 2 Es Salud-Amarilis-Huánuco, durante el periodo del 2015.

Criterios de inclusión

1. Pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N° Es Salud Amarilis Huánuco durante el año 2015.
2. Partos eutócicos
3. Pelvis ginecoide.
4. Feto único en presentación cefálica.

Criterios de exclusión

1. Partos con Distocias del canal de parto.
2. Embarazos múltiples.
3. Parto con Distocias de presentación.
4. Partos instrumentados

4.6. Selección de la muestra

Para la selección de la muestra se usó el tipo de muestreo No Probabilístico. Dentro del muestreo No probabilístico se utilizó el Muestreo por criterio, para lo cual se consideró a todas las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis Huánuco durante el año 2015 que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

4.7. Tamaño de la muestra.

El tamaño de muestra se determinó según el tipo de muestreo por conveniencia, es decir a un promedio de 195 partos, constituidas en grupos de 100 sin episiotomía y 95 con episiotomía, de todas las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis Huánuco durante el año 2015.

4.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

Para la recolección de datos se utilizó un **análisis documental** de las historias clínicas y del libro del cuaderno de partos donde se revisó de manera minuciosa para la recopilación máxima de datos.

Instrumento

Para la recolección de la información se utilizó como instrumento las historias clínicas u una **ficha de recolección de datos** elaborado por el investigador.

Procedimiento de recolección de datos.

La recolección de datos se realizó los meses de agosto a diciembre del 2016, en el Hospital N° 2 Es Salud Amarilis Huánuco.

Se aplicó una ficha de recolección de datos para su interpretación y tabulación, haciendo un minucioso análisis documental del cuaderno de libro de partos y de las historias clínicas con el objetivo de conocer cuáles son las complicaciones que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas.

4.9. Técnicas de procesamiento de datos

Una vez registrados los datos, se procedió a la tabulación, aplicando el programa SPSS Windows 2009 - Microsoft Office 2013 con programas como el Word 2013, el Excel 2013, y el EPI INFO versión 6.4., una vez culminado con el procesamiento de datos, y para un mejor entendimiento se procedió a plasmar los resultados a través de cuadros.

Para el procesamiento y la presentación de los datos obtenidos, se ha tenido en cuenta que la muestra de estudio es pequeña, y está comprendido en una hoja de cálculo de Excel, la cual ha ofrecido resultados con cuadros estadísticos diseñados en gráficos de barras.

CAPÍTULO V

V. RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01. Edad de las pacientes atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015

Edad	12-17 años		18-29 años		30 a más		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso de Episiotomía	13	14	67	70	15	16	95	95
No uso de Episiotomía	5	5	84	84	11	11	100	100

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En la presente tabla se observan las edades de las pacientes atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, de los cuales se observa que el 14% y 5% están comprendidas entre las edades de 12 a 17 años población adolescente, un 70% y 84% se encontró entre las edades de 18 a 29 años, mientras el 16% y 11% se encontraron entre las edades comprendidas de 30 años a más.

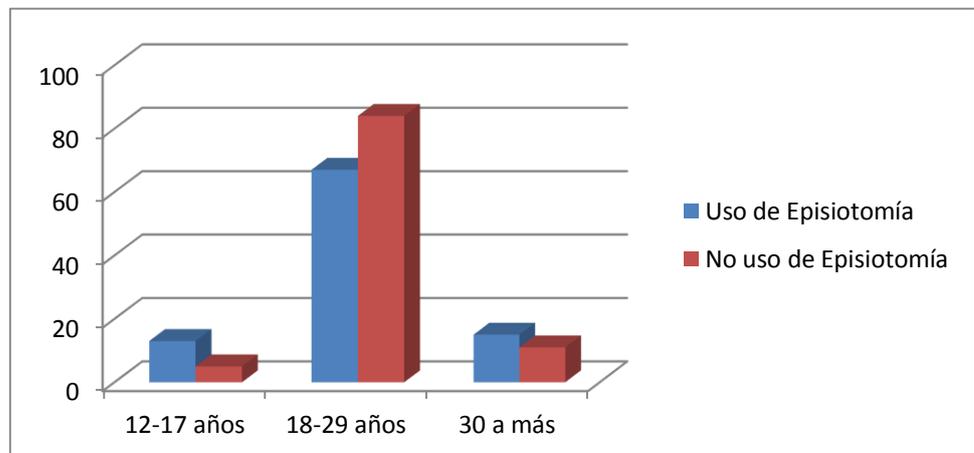


Figura 01. Edad de la paciente

Tabla 02. Estado civil de las pacientes atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015

Estado civil	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No epi		
Soltera	36	46	38 %	46 %
Conviviente	33	30	35 %	30 %
Casada	26	24	27 %	24 %
Total	95	100	100 %	100 %

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En la presente tabla sobre el estado civil de las pacientes se observa que el 38% y 46% fueron comprendidas en la condición de solteras, un 35% y 30% se encontró en la condición de conviviente, mientras el 27% y 24% se encontraron en la condición de casadas.

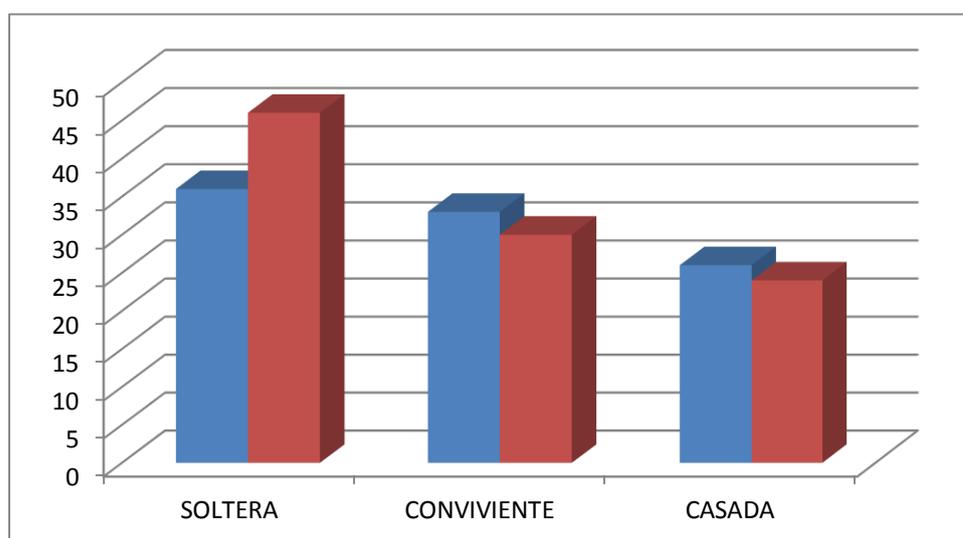


Figura 02. Estado civil de las pacientes.

Tabla 03. Grado de Instrucción de las pacientes atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Grado de Instrucción	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
Primaria	15	14	16%	14%
Secundaria	20	27	21%	27%
Superior	60	59	63%	59%
Total	95	100	100%	100%

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En la presente tabla sobre grado de instrucción de las pacientes en estudio, según los resultados, se observa que el 16% y 14% están comprendidas en el grado de primaria, un 21% y 27% se encontró en el grado de secundaria, mientras el 60% y 59% se encuentran en el grado de superior.

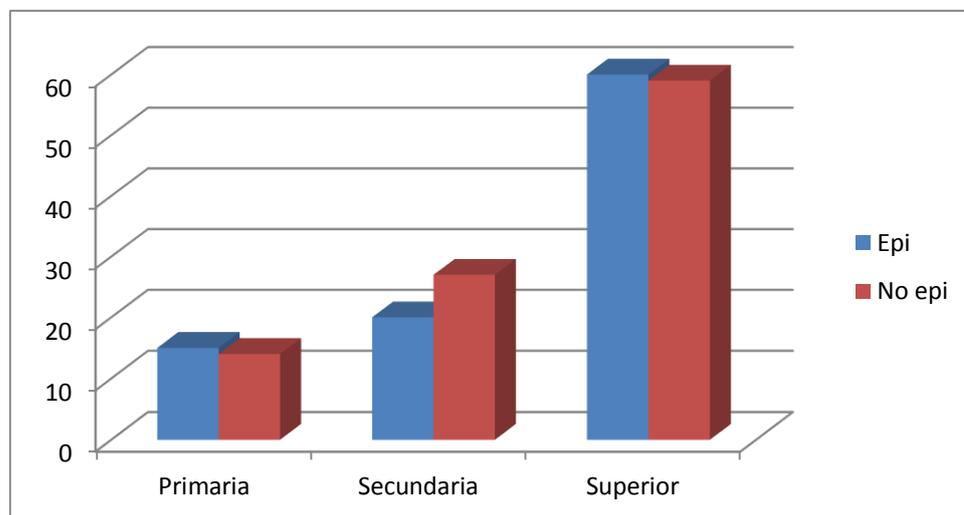


Figura 03. Grado de Instrucción de las pacientes.

Tabla 04. Edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Edad gestacional	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No epi		
35 a 36 semanas	8	9	8%	9%
37 a 38 semanas	33	35	35%	35%
39 a 40 semanas	47	50	49%	50%
41 a más semanas	7	6	7%	6%
Total	95	100	100%	100%

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: La edad gestacional de las pacientes, según los resultados, se observa que el 8% y 9% están comprendidas en el rango de 35 a 36 semanas, un 49% y 50% se encontró en el rango de 39 a 40 semanas, mientras el 7% y 6% se encuentran en el rango de 41 a más semanas.

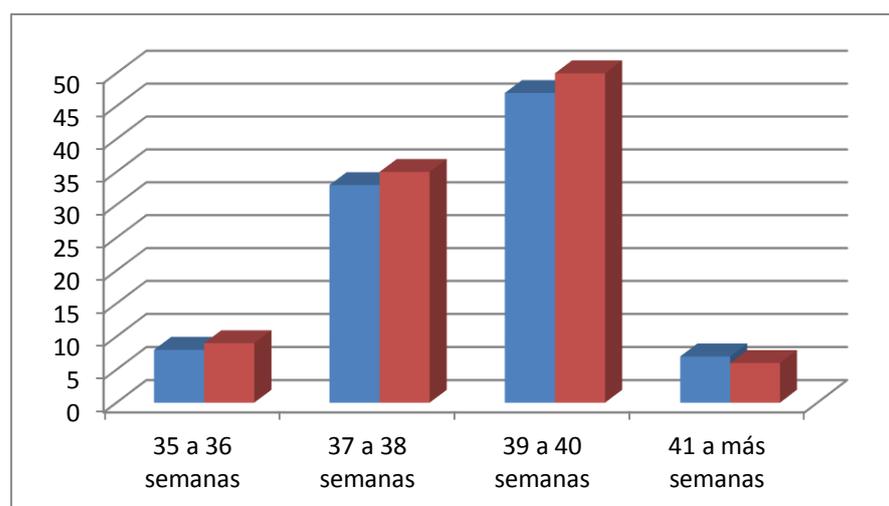


Figura 04. Edad gestacional de las pacientes.

Tabla 05. Tipo de episiotomía practicada a las pacientes las pacientes atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015

Tipo de episiotomía	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
Mediana	22	0	23%	0
Medio lateral derecha	73	0	77%	0
Medio lateral izquierda	0	0	0	0
Lateral	0	0	0	0
Total	95	100	100%	0

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En lo referente al tipo de episiotomía practicada durante el parto en las pacientes en estudio, según los resultados, se observa que el 23% de las pacientes con practica de episiotomía éstas se realizaron con el tipo de mediana, mientras el 77% de las pacientes se les realizó episiotomía medio lateral derecha.

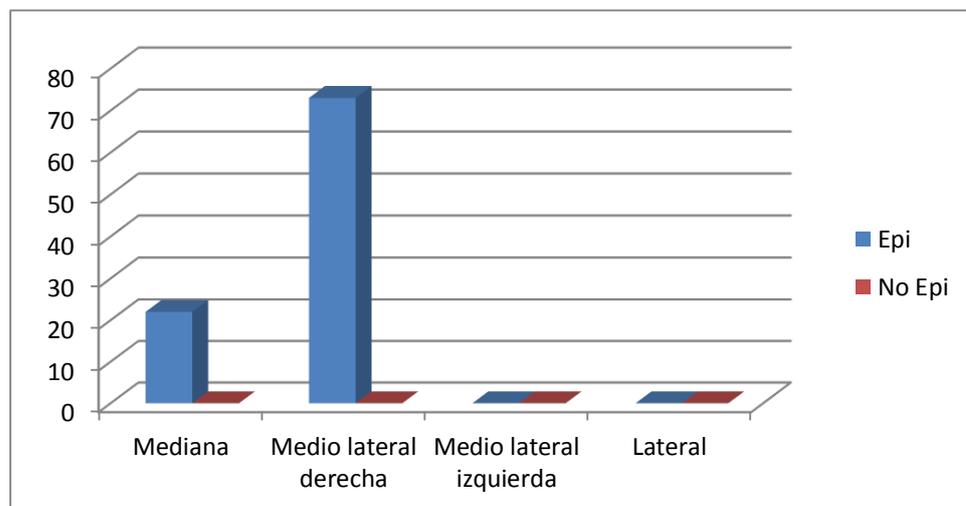


Figura 05. Tipo de episiotomía.

Tabla 06. Peso del recién nacido de la pacientes con parto eutócico atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Peso de RN	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
2000 a 2499 gr	8	9	8%	9%
2500 a 2999 gr	19	18	20%	18%
3000 a 3499 gr	38	49	40%	49%
3500 a 3999 gr	22	13	23%	13%
4000 a mas	8	11	8%	11%
Total	95	100	100%	100%

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado del peso del recién nacido, el 8% y 9% se sitúan de 2000 a 2499 gr, el 20% y 18% oscila desde 2500 a 2999 gr, el 40% y 49% se presenta de 3000 a 3499 gr, mientras el 23% y 13% se encuentran de 3500 a 3999 gr.

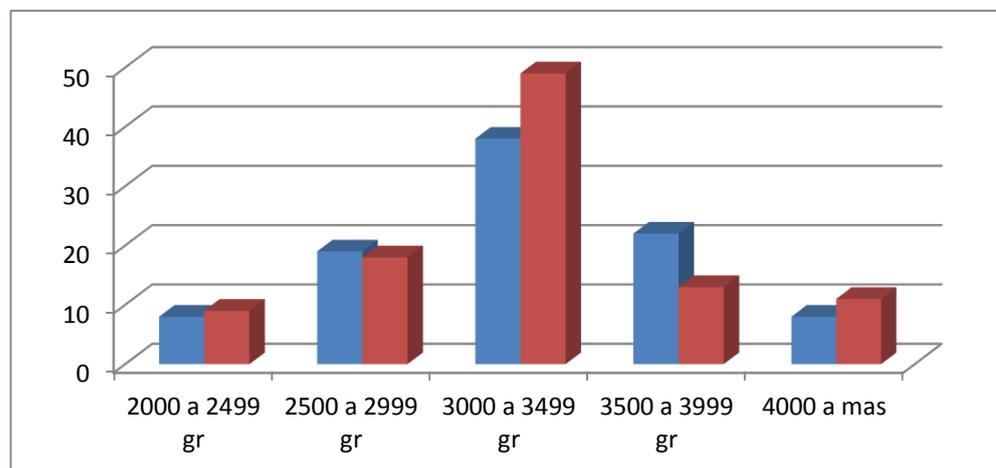


Figura 06. Peso del recién nacido.

Tabla 07. Frecuencia de desgarros presentados en las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Procedimiento	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
I Grado	71	55	75%	55%
II Grado	22	15	23%	15%
III Grado	2	2	2%	2%
IV Grado	0	0	0%	0%
Sin desgarro	0	28	0%	18%
Total	95	100	100%	100%

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: Respecto a la frecuencia de desgarros en las pacientes en las que se practicó la episiotomía de manera sistemática podemos observar que el 75% de pacientes están comprendidas en el rango de desgarro de I grado, el 23% se encuentra en el rango de II grado, mientras el 2% se encuentra en el rango de III grado, no presentándose desgarro de IV grado; con relación a la frecuencia de desgarros en pacientes en las que no se les practicó episiotomía de forma sistemática, podemos observar que 55% de las pacientes tuvieron desgarro de I Grado, seguido por el 15% de pacientes que hicieron desgarro de II Grado, con un 2% presentaron desgarro de III Grado y un 28% no presento desgarro de ningún grado.

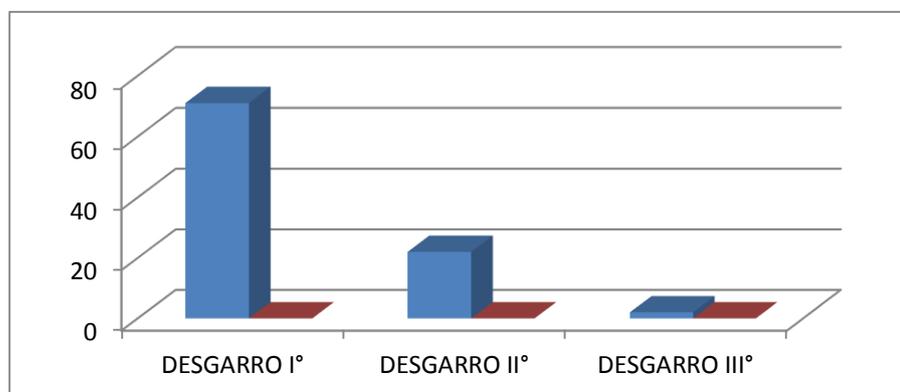


Figura 07. Frecuencia de desgarros.

Tabla 08. Frecuencia de dolor post episiotomía en las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Dolor	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
Leve	43	0	45%	0
Regular	26	0	27%	0
Severo	6	0	6%	0
Ninguno	20	0	21%	0
Total	95	100	100%	0

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En el dolor post episiotomía de las pacientes en estudio, según los resultados, se observa que el 45% están comprendidas en el rango de dolor leve, el 27% se encuentra en el rango de dolor regular, el 6% se sitúa en el rango de dolor severo, mientras el 21% de las pacientes no presentaron ningún dolor.

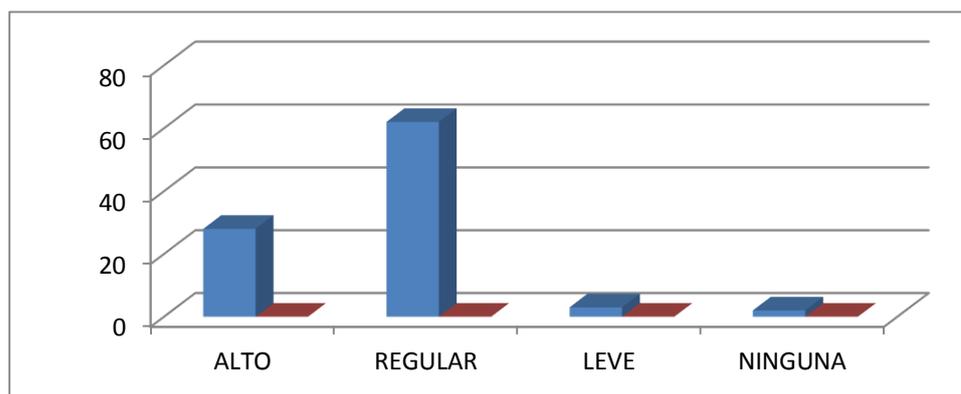


Figura 08. Frecuencia de dolor.

Tabla 09. Frecuencia de edemas perineales presentados en pacientes atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Edema perineal	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
Con edema	6	0	6%	0
Sin edema	89	0	94%	0
Total	95	100	100%	0

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En el caso de los edemas perineales en las pacientes, según los resultados, se observa que el 6% se le presentó edema, mientras en el 89% no se presentó edema.

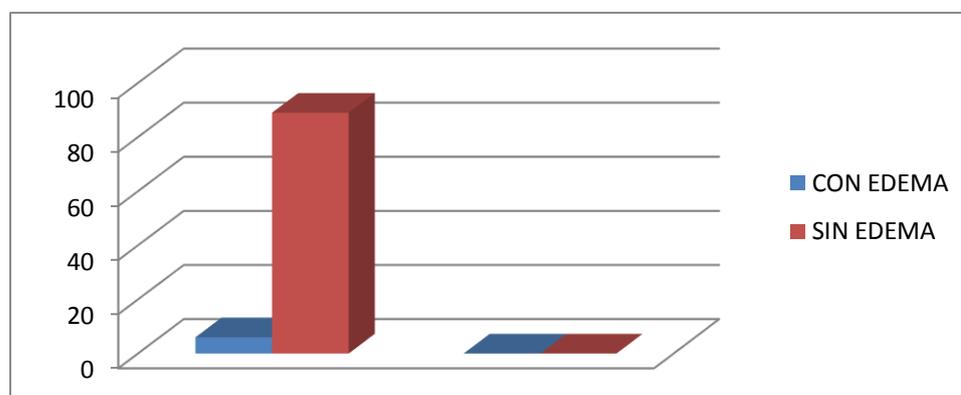


Figura 09. Frecuencia de edemas.

Tabla 10. Frecuencia de hematoma vulvar de pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Hematoma vulvar	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
Con Hematoma	3	0	3%	0
Sin Hematoma	92	0	97%	0
Total	95	100	100%	0

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En el caso del hematoma vulvar de las pacientes, según los resultados, se observa que el 3% presentaron hematoma sin complicación, mientras el 97% no presentó hematoma.

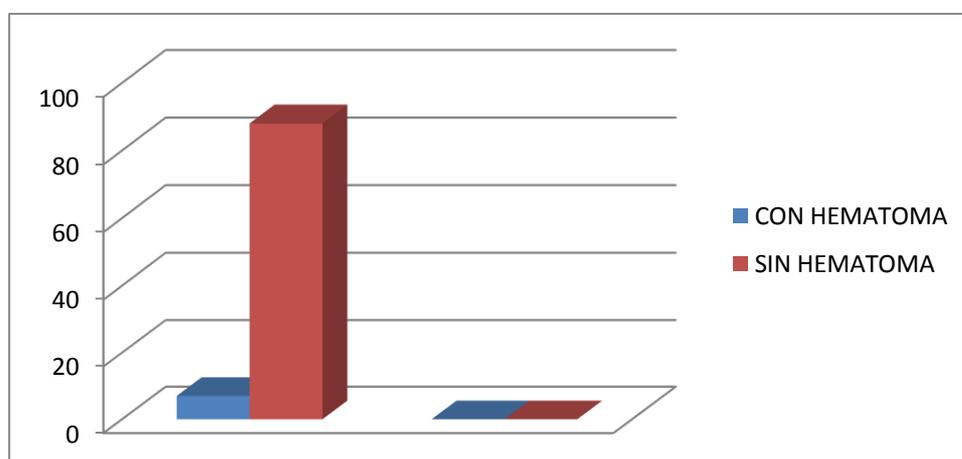


Figura 10. Frecuencia de hematomas.

Tabla 11. Pérdida sanguínea de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015.

Sangrado profuso	Frecuencia		Porcentaje	
	Epi	No Epi		
Con sangrado Profuso (mayor a 500 ml)	13	0	14%	0
Sin sangrado profuso (menor a 500 ml)	82	0	86%	0
Total	95	100	100%	0

Fuente: Elaborado por el tesista.

Interpretación: En lo referente a la pérdida sanguínea en las pacientes en las que se practicó la episiotomía sistemática podemos observar que el 14% de las pacientes presentaron sangrado profuso, mientras el 86% no presentan sangrado profuso.

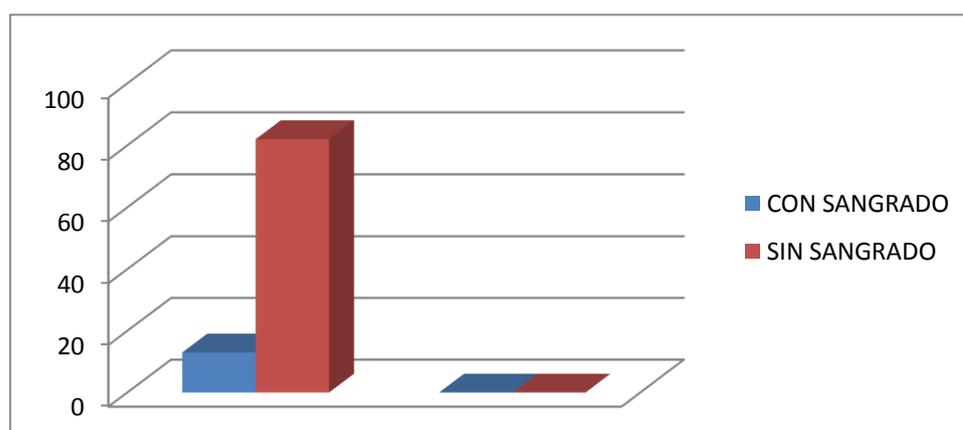


Figura 11. Pérdida sanguínea.

DISCUSION

Para determinar la edad de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se ha elaborado la tabla 1 en ella se observa que el 14% y 5% están comprendidas entre las edades de 12 a 17 años que viene hacer la población adolescente, un 70% y 84% se encontró entre las edades de 18 a 29 años, mientras el 16% y 11% se encontraron entre las edades comprendidas de 30 años a más, estas edades están comprendidas dentro de los parámetros de la edad reproductiva según el MINSA (Ministerio de Salud del Perú)

Para determinar el estado civil de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se ha elaborado la tabla 2 en ella se observa que la mayor parte está comprendida entre el 38% y 46% que se encuentran en la condición de soltera, pues un 35% y 30% se encontró en la condición de conviviente, mientras el 27% y 24% se encuentran en la condición de casada.

Con la finalidad de determinar el grado de instrucción de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, (Tabla 3) encontrando que el 16% y 14% están comprendidas en el grado de primaria, un 21% y 27% se encontró en el grado de secundaria, mientras el 60% y 59% se encuentran en el grado de superior.

Con el propósito de determinar la edad gestacional de las de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se elaboró la tabla 4 donde se observa que el 8% y 9% están comprendidas en el rango de 35 a 36 semanas, un 49% y 50% se encontró en el rango de 39 a 40 semanas, que es la mayor cantidad concentrada en este grupo de estudio, mientras el 7% y 6% se encuentran en el rango de 41 a más semanas, a diferencia del estudio realizado por Albino, Frank Piura-Perú en el 2009, en donde señala que la población mayor estuvo conformado por pacientes con edad gestacional mayor a 37 semanas. En relación a las variables, que se refiere, al tipo de episiotomía de las pacientes, según los resultados, se observa que el 23% están comprendidas en el rango de mediana, mientras el 77% se encuentran en el rango de medio lateral, y que constituye el mayor indicador de este grupo de estudio, en el estudio realizado por Albino, Frank Piura –Perú 2009, señala que a la mayoría de la población se le practicó la episiotomía medio lateral.

Con la finalidad de determinar el tipo de episiotomías de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, (Tabla 5) en lo referente al tipo de episiotomía practicada durante el parto en las pacientes en estudio, según los resultados, se observa que el 23% de las pacientes con practica de episiotomía éstas se realizaron con el tipo de la mediana, mientras el 77% de las pacientes se les realizó

episiotomía medio lateral derecha, no registrándose ninguna episiotomía de tipo lateral izquierda - derecha o ambas.

Para determinar el peso del recién nacido de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se ha elaborado la tabla 6 en ella se observa que el peso del recién nacido, según los resultados, el 8% y 9% se sitúan de 2000 a 2499 gr, el 20% y 18% oscila desde 2500 a 2999 gr, el 40% y 49% se presenta de 3000 a 3499 gr, que concentra el mayor grupo de estudio, mientras el 23% y 13% se encuentran de 3500 a 3999 gr., a diferencia del estudio realizado por García Cuesta, E; en España, el año 2013 , donde señala que recién nacidos con peso entre 2501 y 3500 gramos con perímetro cefálico entre 34 y 36 centímetros conformaron la población mayoritaria y fueron ellos los que más desgarros y laceraciones produjeron.

Con el propósito de conocer la frecuencia de desgarros durante la práctica de episiotomías de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se ha elaborado la tabla 7 en donde se observa los desgarros como complicaciones de las episiotomías practicadas en la siguiente forma el 75% de pacientes están comprendidas en el rango de desgarro de I grado, el 23% se encuentra en el rango de II grado, mientras el 2% se encuentra en el rango de III grado, no presentándose desgarro de IV grado; con relación a la frecuencia de desgarros en pacientes en las que no se les practicó episiotomía

de forma sistemática, podemos observar que 55% de las pacientes tuvieron desgarro de I Grado, seguido por el 15% de pacientes que hicieron desgarro de II Grado, con un 2% presentaron desgarro de III Grado y un 28% no presento desgarro de ningún grado, en el estudio realizado por Gutierrez Rojas, Johan en Ventanilla Perú, el año 2017 señala que los desgarros perineales son la complicación asociada al parto más frecuente, su ocurrencia conlleva morbilidad y secuelas inmediatas y mediatas en la calidad de vida de la madre.

Con el propósito de conocer la frecuencia de dolor post episiotomías se ha elaborado la tabla 8 en ella se observa que el 45% están comprendidas en el rango de dolor leve, el 27% se encuentra en el rango de dolor regular, y que muestra de manera significativa la comprensión de este procedimiento aplicado, el 6% se sitúa en el rango de dolor severo, mientras el 20% se encuentra en el rango de ningún dolor; a diferencia del estudio realizado por Albino, Frank Piura 2009 donde señala que 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.

Para determinar los edemas perineales de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se ha elaborado la tabla 9 en ella se observa que el 6% presentó edema, lo que nos demuestra variabilidad en este grupo de estudio, mientras en el 89% no se presentó edema, a diferencia del estudio realizado por Albino, Frank Piura

2009 donde señala que la episiotomía también se relaciona con una mayor prevalencia de edemas vulvoperineales.

Para determinar los hematomas vulvares de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se ha elaborado la tabla 10 en ella se observa que el 3% presentaron hematoma, y no fue muy considerable, mientras el 97% no presentó hematoma, a diferencia del estudio realizado por Albino, Frank Piura 2009 donde señala que la episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales.

Para determinar la pérdida de sangrado de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital N° II Es Salud Amarilis – Huánuco. Periodo 2015, se ha elaborado la tabla 11 en ella se observa que el 14% presentan sangrado profuso ósea una pérdida de sangre mayor a 500 ml debido a que se presentaron algunas complicaciones, mientras el 86% no presentan sangrado profuso; edemas perineales en las pacientes, según los resultados, se observa que el 6% se le presentó edema, mientras en el 89% no se presentó edema.

CONCLUSIONES

Las complicaciones que se presentaron con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N°2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015. podemos mencionar que el 75% de pacientes presentaron desgarro de I grado, el 23% presentaron un desgarro de II grado, mientras el 2% se encuentra en el rango de III grado, no presentándose desgarro de IV grado, así mismo otra complicación fue el sangrado profuso con un 45% comprendidas como dolor leve, mientras que el 27% se encuentra en el rango de dolor regular, el 6% se sitúa en el rango de dolor severo, mientras el 21% de las pacientes no presentaron ningún dolor.

Las complicaciones post parto que se presentaron con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas atendidas en el Hospital N°2 Es Salud-Amarilis-Huánuco. Periodo 2015, presentándose con la mayor frecuencia el desgarro de I grado con un 75%, seguido del desgarro de II grado con 23% de pacientes están comprendidas en el rango de desgarro de I grado, el 23% se encuentra en el rango de II grado, así como un 45% presentaron complicación como un dolor leve; mientras que un 6% presento edema y un 3% presentó hematoma vulvar.

El tipo de episiotomía realizado con mayor porcentaje fue la episiotomía medio lateral derecho con un 77%, no se presentó ninguna episiotomía medio lateral izquierda.

RECOMENDACIONES

- Se debe poner énfasis en los controles de psicoprofilaxis obstétrica los ejercicios de Kegel y el masaje perineal para mejorar la calidad de vida de las parturientas, y poder evitar así complicaciones con el uso sistemático de la episiotomía.
- Seguir con las recomendaciones de la OMS en el uso restrictivo de la episiotomía, concientizando y capacitando al personal profesional de manera permanente para una atención de calidad con resultados favorables tanto para la madre como del recién nacido, empleando técnicas adecuadas en el uso de la episiotomía.
- Poner en práctica la **Maniobra de Ritgen** con la finalidad de proteger el periné de la madre cuando la vía de parto sea vaginal y en presentación cefálica, evitando con ello los desgarros y/o traumatismos perineales.
- Se recomienda a los profesionales obstetras fortalecer sus capacidades y destrezas en el uso correcto y oportuno de las episiotomías, valorando clínicamente los beneficios tanto maternos como fetales.
- Se recomienda a las autoridades del Hospital N° II Es Salud Amarilis Huánuco a que sigan con capacitaciones permanentes a todo el personal del área de Obstetricia para que el uso de la episiotomía solo se deba de realizar en casos que lo ameriten.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Juan C. Alvarado A. Apuntes de Obstetricia. Lima: Editado por apuntes Médicos del Perú; 2013.
2. Berghella V, Bakter JK, Chauhan SP, Reviews: Evidencia-based labor and delivery managemet. Am. Jobstet Gynecol 2008;pp445-542.
3. Carroli G, Belizan Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4.
4. Cunningham G, Mac Donald P.Williams Obstetricia. Vigésima Edición. Edictorial Médica Panamericana. España 1998.
5. Schawarz R, Duverges C,Diaz G, Fescina R. Obstetricia. Quinta Edición. Edictorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina 1995.
6. Berghella V. Bakter JK, Chauhan SP, Reviews:Evidencia-based labor and delivery managemet. Am. Jobstet Gynecol 2008;pp445-542.
7. Harper B, Genthe Birth Choices. Rochester. 1994;75.
8. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-lenguaje literatura Since 1980. Obstretrics and Gynecology Survey Vol. 50. Estados Unidos.1995.
9. García Cuesta, E. 2013-España en el Estudio “La episiotomía en la era del parto humanizado”.
- 10.Salas Sánchez, Evelyn 2012.Costa Rica- San José de la Revista electrónica sobre “Perspectiva crítica de los antecedentes Históricos de la Episiotomía”.
- 11.Scetti, Griselda Soledad Serracani, Hospital “J.R. Vidal “Argentina Corrientes – 2005; “USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA” en el

- Hospital “J.R. Vidal” de la Ciudad de Corrientes, en el Servicio de Obstetricia durante el período 1 de enero 2010 - 30 de septiembre 2011.
12. Albino, Frank 2009 Piura-Perú Hospital de Apoyo de Sullana en la revista Salud, Sexualidad y Sociedad sobre “el Uso rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas, en mujeres Nulíparas atendidas de parto vaginal”.
 13. Casanova Chang, MeyLin. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas. Complicaciones; Lima; UNMSM, 2002.
 14. Jonh A Rock, Te Linde. Ginecología Quirúrgica 8va edición editorial panamericana p.889.
 15. Bacilio Cruz, S. 2011. Huanuco –Perú “Complicaciones en el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco”.
 16. Jonh A Rock, Te Linde. Ginecología Quirúrgica 8va edición editorial panamericana p.889
 17. Cabero L, Saldivar D. Operatoria Obstétrica: una visión actual. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
 18. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Suturas Continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Numero 2 Oxford: Update Software Ltd.
 19. Obstetricia de Williams. 22 Edición Mc Graw-Hill, 2006-New York.
 20. Carroli G, Belizan Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4.

21. Parvin T. Cuidado del perineo. *Trans Am Gynecol Soc* 1882;7:145-54, Discussion 154-7.
22. David M. Wererfand den Dammschnitt? Zur Geschichte der Episiotomie
¿Quién inventó la episiotomía? Sobre la historia de la episiotomía]. *Zentralbi Gynakol* 1993;115:188.
23. Nugent F. El perineo primíparas después del parto con fórceps. *Am J Obstet Gynecol* 1835; 30: 249-56.
24. Credé C, Colpe E. Ueber die Zweckmässigkeit der einseitigenseitlichen incision beimDannschutzverfahren. *Arch Gynaekol* 1884;24:148-68.
25. Stahl F. En cuanto a los principios y la práctica de la episiotomía. Por qué el centro preferibles a lateral. *La angina de Pediatría* 1895; 8: 674-7.
26. Thacker SB, Banta HD. BeneFits and risks or episiotomy: An interpretive review of the English lenguaje literatura, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;322-338.
27. Ministerio de salud. Análisis de la situación de salud hospitalaria. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé ”. ASISHO, 2012.
28. Cabero L, Saldivar D. *Operatoria Obstétrica: una visión actual*. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
29. Pagés G, Martell A. Capítulo 41: Intervenciones menores. (Acceso el 2 de Diciembre del 2014).
30. Jiménez A. *Guía de episiotomía y episiorrafia*. Colombia: E.S.E. Hospital San Francisco de Asís; 2013.
31. Ministerio de Salud. Hospital Santa Rosa. *Guías de Práctica Clínica Médicos Quirúrgicos*. Lima: Hospital Santa Rosa Departamento de Gineco-Obstetricia; 2008.

32. Moreira C, Torres A. Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja. Departamento de Ciencias de la Salud; 2013.
33. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada. México; 2013.
34. Snyder RR, Hammond TL, Hankins GD virus del papiloma humano asociado a la mala cicatrización de la episiotomía. Obstet Gynecol. 1990. Octubre;76:664-667.
35. Dimitrov A, Tsenov D, Ganeva G. Causas de complicaciones en la cicatrización de la episiotomía. Akush Gynecol (Sofia).-2000; 40:17-20.
36. ASPPO. Boletín Informativo. Año I. Perú 1999;1:7.
37. Northrup C. Womeris Bodies, Womeris Wisdom. New York: Bantam 1998.
38. Balaskas, Janet. Active Birth. Boston: Haruard Common Pass; 1992.
39. Diccionario MOSBY POCKET de medicina, enfermería y ciencias de la Salud. Cuarta Edición.
40. Brooks E. Infección de Episiotomía (Tesis). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 1999.
41. Ontañón M. Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. Biblioteca digital de la UAH. 2010.
42. Tomasso G, Althable F, Saavedra ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Venezuela 2002.
43. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España.2006.

44. Rodríguez R, M. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie de trabajos Fin de Master. 2010.
45. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera” 2013.
46. Herrera B. Galvez A. Episiotomía Selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog. Obstet Ginecol; 2004.
47. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN (2005). «Los resultados de la episiotomía de rutina: una revisión sistemática». JAMA 293 (17): pp. 2141–8.
48. Mathai, Matthews; Shanghvi, Harshad; Guidotti, Richard J. (2000). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. pp. 98, 354.
49. Brooks E. Infección de Episiotomía (Tesis). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 1999.
50. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera” 2013.

ANEXOS



INSTRUMENTO:
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD HERMILIO VALDIZAN DE HUANUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

INICIALES DE LA PACIENTE:

FECHA: HC:

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

1. Edad:
 - a. 12 a 17 ()
 - b. 18 a 29 ()
 - c. 30 a más ()

2. Estado civil:
 - a. Casada ()
 - b. Conviviente ()
 - c. Soltera ()
 - d. Otro ()

3. Alfabeta:
 - a. Si ()
 - b. No ()

4. Grado de instrucción:
 - a. Primaria ()
 - b. Secundaria ()
 - c. Superior ()

II. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS:

1. Edad gestacional:
 - a. 35 a 36 ()
 - b. 37 a 38 ()
 - c. 39 a 40 ()
 - d. 41 a más ()

2. Episiotomía:
 - a. Medio lateral derecho ()
 - b. Medio lateral izquierdo ()
 - c. Lateral ()
 - d. Mediana ()

3. Atención Prenatal:
 - a. Si ()
 - b. No ()

4. Peso del RN:
 - a. 2000 – 2499 gr ()
 - b. 2500 – 2999 gr ()
 - c. 3000 – 3499 gr ()
 - d. 3500 – 3999 gr ()
 - e. 4000 a más ()

III. COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA:

1. Desgarro: SI..... NO.....
 - a. I Grado ()
 - b. II Grado ()
 - c. III Grado ()
 - d. IV Grado ()

2. Dolor post episiotomía:
 - a. Alto ()
 - b. Regular ()
 - c. Leve ()
 - d. Ninguna ()

3. Edema perineal:
 - a. Si ()
 - b. No ()

4. Hematoma Vulvar:
 - a. Si ()
 - b. No ()

5. Sangrado profuso:
 - a. Si ()
 - b. No ()