

# **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

## **TESIS**

**TITULO: “COMPLICACIONES EN PACIENTES PRIMIPARAS  
SOMETIDAS A EPISIOTOMIA MEDIANA EN RELACIÓN A AQUELLAS  
PRIMIPARAS QUE TUVIERON UN PARTO SIN EPISIOTOMIA  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO, UCAYALI PERIODO  
ENERO-DICIEMBRE 2012”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
OBSTETRICIA**

**BACHILLER**

**VELA MEDINA, ASTRIK SABYNA**

**ASESOR**

**DR. RUIZ SOLSOL, LUIS ENRIQUE**

**PUCALLPA – PERU  
2013**

## **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 padres Alejandro y Rosa, porque creyeron en mí y me dieron ejemplos dignos de superación y entrega; gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

## **AGRADECIMIENTO**

- ✚ A nuestro DIOS padre, por permitirme concluir una etapa más en mi ciclo de vida.
- ✚ A mi familia por su apoyo incondicional y motivación para la culminación de mi carrera profesional,
- ✚ A los Obstetras, que fueron mis docentes quienes con gran entereza me brindaron su apoyo, orientación, confianza, y conocimientos propios de su vasta experiencia profesional.



## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación se ejecutó en el Hospital Amazónico de Yarinacocha del Departamento de Ucayali. Periodo 2012. Se realizó una investigación No Experimental, Analítico de Casos y Controles, para determinar las complicaciones de pacientes primíparas sometidas a episiotomía mediana en relación a aquellas primíparas que tuvieron un parto sin episiotomía. La población estuvo conformada por 220 gestantes (110 conformaron el grupo en estudio y 110 el grupo control). El objetivo de esta tesis es “Determinar las complicaciones de pacientes primíparas sometidas a episiotomía mediana en relación a aquellas primíparas que tuvieron un parto sin episiotomía, atendidas en el hospital Amazónico–Ucayali, periodo enero-diciembre 2012. Se eligieron las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión y se tomó el número de historias clínicas de dichas pacientes, se realizó la revisión de cada una de ella, acompañado de la revisión del libro de registro de partos del centro obstétrico y del Sistema de Información Perinatal (SIP 2000) del Hospital Amazónico.

Las discusiones y conclusiones se realizaron de acuerdo a los resultados obtenidos y haciendo una comparación con las investigaciones anteriores.

Se recomienda que el Ministerio de Salud realice capacitaciones continuas que permita cambio de actitudes y conductas en el profesional de salud, considerando que la reducción del número de episiotomías en un servicio es simplemente la punta del iceberg de un cambio más profundo que afecta a la actitud profesional frente al proceso de parto y que implica una conducta menos intervencionista, más paciente y expectante, que proporciona mayor libertad de acción a la mujer y la transforma en protagonista de primer orden.

## **ABSTRACT**

The present research work was carried out in the Amazon Yarinacocha Hospital Department of Ucayali. Period 2012. No research Experimental, Analytical Case-Control was conducted to determine the complications of primiparous patients undergoing midline episiotomy in relation to those primiparae who gave birth without episiotomy. The population consisted of 220 pregnant women (110 comprised the study group and 110 in the control group) . The objective of this thesis is "Determining the complications of primiparous patients undergoing midline episiotomy in primiparous compared to those who gave birth without episiotomy , assisted in the Amazon - Ucayali hospital, period January to December 2012 . Patients who met the inclusion and exclusion criteria and the number of medical records of these patients took were chosen , reviewing each she performed together with the review of the log book of births and birth center Perinatal Information System (SIP 2000) Hospital of the Amazon .

Discussions and conclusions were made according to the results and making a comparison with previous research.

It is recommended that the Ministry of Health conduct ongoing training that allows changing attitudes and behaviors in health care, whereas the reduction in number of episiotomies service is just the tip of the iceberg of a deeper change that affects the attitude professional versus birthing process and involves a less interventionist , more patient and expectant behavior provides more leeway for women and the protagonist becomes first order

## INDICE

---

ACTA DE TITULACION PROFESIONAL	
CARATULA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
INTRODUCCIÓN	x

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	12
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3. PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3.1 Problema Principal	14
1.3.2 Problemas Específico	15
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2 Objetivos Específicos	16
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	16

### CAPITULO II

#### MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.2 BASES TEÓRICAS	20
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	26

# INDICE

---

## CAPITULO III HIPOTESIS Y VARIABLE

3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	28
3.1.1 Hipótesis General	28
3.1.2 Hipótesis Secundarios	28
3.2 VARIABLE	
3.2.1 Variable Independiente	28
3.2.2 Variable Dependiente	28
3.3 INDICADORES (ANEXO)	

## CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	30
4.1.1 Tipo de Investigación	30
4.1.2 Nivel de Investigación	31
4.1.3 Método	31
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.2.1 Población	31
4.2.2 Muestra	31
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.3.1 Técnicas	32
4.3.2 Instrumentos	32

# INDICE

---

## CAPITULO V PRUEBA DE HIPOTESIS

5.1 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS	33
5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS	34
RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACIÓN	48
ANEXOS	52
MATRIZ DE CONSISTENCIA	54



## **INTRODUCCIÓN.**

La episiotomía se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más extendidas en nuestra sociedad, una técnica tan utilizada debería ser bien conocida, tanto en su concepto como en las indicaciones que justifican su uso.

La controversia en torno a su realización ha generado muchos estudios científicos al respecto, que en su mayoría han recomendado su uso de forma selectiva. A pesar de esto, hoy en día muchos países continúan utilizándola de manera rutinaria, principalmente en Latinoamérica en el que el 90% de mujeres son sometidas a esta intervención en el momento del parto. (1)

Este uso de la episiotomía, aparte de ocasionar un gasto sanitario importante, afecta a la salud de la mujer tanto física y psicológicamente.

Alternativas tales como dotar de conocimientos a la embarazada sobre las diferentes medidas preventivas que puede llegar a cabo durante la gestación para evitar la episiotomía, así como las diferentes posibilidades en cuanto a la rutina del parto. (1)

La episiotomía es en la actualidad la operación obstétrica que se realiza con más frecuencia. La episiotomía se realiza como coadyuvante de la cirugía obstétrica y en determinadas indicaciones maternas y fetales. Sin embargo, la realización de la episiotomía es hoy un tema de controversia, al no haberse comprobado clínicamente sus potenciales efectos beneficiosos para la madre (prevención de desgarros complicados, incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso genital). En este trabajo se exponen las principales indicaciones quirúrgicas para la práctica de la episiotomía, de esa manera evitar complicaciones. (1)

La primera cita histórica de la realización de una incisión perineal data de 1742; F. Ould, matrona irlandesa, a través de un tratado sobre partería, recomendó su uso en partos extremadamente complicados. En Francia en 1847, el profesor

Dubois sería el primero en sugerir la modalidad mediolateral y diez años más tarde Carl Braun la denominó Episiotomía.

A finales del siglo XIX, Anna Broomall en EE.UU y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por un uso más frecuente de la misma. Sin embargo, su mayor auge lo alcanzó entrado el siglo XX, gracias a los artículos de dos obstetras, Pomeroy y Delee (1920) con argumentos a favor de la episiotomía. (2)

Desde entonces la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo. Las tasas de episiotomías varían entre un 30% y un 80%, siendo en Latinoamérica de 92.3 %, esto representa que algo más de 9 de cada 10 mujeres, reciben esta técnica en sus partos.

Los profesionales de salud debemos optar por un criterio unánime fundado en la evidencia científica y una atención de parto más humanizado que se aleje en lo posible del intervencionismo. (3)

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La episiotomía en EE.UU. se realiza al 50-90 % de las mujeres primíparas, dependiendo de la zona. En países europeos como Francia e Inglaterra, se sitúa entorno al 30%, mientras que en Holanda, es menos del 25%. En los países de América Latina, esta tasa es muy alta, siendo el caso de Argentina uno de los más llamativos, pues se llega a realizar sistemáticamente a las mujeres nulíparas y primíparas. (3)

En países pobres la situación empeora, ya que se realiza de forma rutinaria práctica de la episiotomía, en muchos países se une la falta de recursos (suturas y antibióticos), lo que favorece la aparición de complicaciones. A lo largo de este siglo se ha producido un aumento del número de episiotomías, en gran parte debido al traslado de los nacimientos a los hospitales. (12)

Tras estudios la episiotomía se sustenta en escasa evidencia científica, todos los posibles beneficios han ido siendo demostrados por la ciencia. Hay autores que indican que más del 20- 30% es una utilización excesiva de la técnica. (12)

La Organización Mundial de la Salud – OMS, dice que la cirugía es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarro natural. En nuestro medio casi el 100% de los partos de las mujeres primíparas son atendidas con episiotomía, que al igual que cualquier procedimiento quirúrgico, la episiotomía acarrea un sin número de riesgos: excesiva pérdida de sangre, formación de hematomas e infección. (3)

La O.M.S. recomienda no superar un 30% de episiotomías, La sociedad española de Ginecología y Obstetricia recomienda ir disminuyendo paulatinamente su uso.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “.... El uso sistemático de la episiotomía no es justificación. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada “. Estos hallazgos demuestran que la

episiotomía deber ser usada solo para aliviar el stress materno o fetal, para realizar un adecuado proceso cuando es el periné el responsable de esta falta de proceso. (3)

La O.M.S, recomienda un uso restringido de la misma. Como consecuencia de ello, en varios países desarrollados se ha producido una disminución en el uso de la episiotomía y asimismo reacciones mundiales sobre la agresión innecesaria a la mujer, llegándose incluso a decir que la episiotomía es una mutilación genital.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en conjunto con la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Estados Unidos, están iniciando actualmente una investigación cuya meta es evaluar una intervención para implementar prácticas basadas en evidencias entre el personal que asiste partos en Latinoamérica. Se entiende como prácticas basadas en evidencias aquellas que han sido demostradas como efectivas a través de investigaciones clínicas aleatorizadas. (1,3)

En el año 2002 – 2003, en Colombia la política selectiva disminuyó significativamente la tasa global de episiotomía del 47.3%, e incrementó el riesgo relativo de desgarro al 1.5%. En Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, en la tasa mediana de episiotomía en los 108 hospitales mayores del país, entre 1991 y 1998 fue de 92.3% mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es la episiotomía rutinaria.

En el Hospital de Apoyo de Sullana, es casi general la práctica de la episiotomía rutinaria, siendo también posible identificar algunas complicaciones obstétricas en mujeres nulíparas después de haberseles practicado la episiotomía mediana lateral. (1)

En cuanto a la perspectiva de la paciente frente al procedimiento en nuestro medio, existe desconocimiento y temor al respecto, asociándose a la inclinación de atenderse el parto fuera de la institución por personas empíricas, lo que se manifiesta en la cifra de atención por otras personas del 16%. (1)

Otro enfoque importante para restringir el uso de la episiotomía es la prevalencia de la anemia, en nuestra región considerándose que se presenta en más del 50% de ellas, siendo importante en este grupo evitar pérdida innecesaria de sangre durante la episiotomía.

La episiotomía es un procedimiento que no ha demostrado ventajas diferenciales respecto al parto natural, los diversos estudios que por el contrario tiene menos ventajas que las aparentemente propuestas por los proveedores y los centros hospitalarios. (3, 12,16)

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente perfil de plan de investigación se llevó a cabo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico que está ubicado en el Jr. Aguaytia N° 605 Del Distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali. Se realizó la investigación con paciente primíparas que cursaban entre los periodos 37 semanas a 40 semanas de gestación entre las edades de 15 – 35 años de edad.

## **1.3 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuáles son las complicaciones de pacientes primíparas sometidas a episiotomía mediana en relación a aquellas primíparas que tuvieron un parto sin episiotomía, atendidas en el hospital amazónico. Ucayali periodo enero-diciembre 2012?

### **1.3.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS**

1. ¿Cuál es el número de pacientes primíparas en quienes realizaron la episiotomía en el Hospital Amazónico durante el periodo Enero-Diciembre 2012?
2. ¿Cuál es el número de pacientes primíparas en quienes no realizaron la episiotomía en el Hospital Amazónico durante el periodo Enero-Diciembre 2012?
3. ¿Qué complicaciones presentaron las pacientes primíparas quienes se realizaron la episiotomía, atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo Enero-Diciembre 2012?
4. ¿Qué complicaciones presentaron las pacientes primíparas quienes no se realizaron la episiotomía. Atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo Enero-Diciembre 2012?
5. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso de la Episiotomía?
6. ¿Cuáles son las indicaciones para el no uso de la episiotomía?

### **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

“DETERMINAR LAS COMPLICACIONES DE PACIENTES PRIMIPARAS SOMETIDAS A EPISIOTOMIA MEDIANA EN RELACIÓN A AQUELLAS PRIMIPARAS QUE TUVIERON UN PARTO SIN EPISIOTOMIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO. UCAYALI PERIODO ENERO- DICIEMBRE 2012”

## **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Conocer el número de pacientes primíparas en quienes realizaron la episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico, periodo enero-diciembre 2012.
2. Determinar el número de pacientes primíparas en quienes no se realizaron la episiotomía, atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo Enero-Diciembre 2012.
3. Conocer las complicaciones que presentaron las pacientes primíparas en quienes realizaron la episiotomía, atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo Enero-Diciembre 2012.
4. Conocer las complicaciones que presentaron en quienes no se realizaron la episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo Enero-Diciembre 2012.
5. Conocer las indicaciones para el uso de la Episiotomía.
6. Conocer las indicaciones para el no uso de la episiotomía.

## **1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 JUSTIFICACIÓN**

La episiotomía constituye una de las practicas rutinaria más realizada en el campo de la obstetricia porque su uso se ha generalizado a la atención de todas las gestantes nulíparas como medida de prevención a traumas perineales y del recién nacido, sin embargo, esta medida deber der cambiada ya que sus beneficios no han sido completamente probados científicamente.

En nuestro medio casi el 100% de los partos de pacientes nulíparas son atendidas con episiotomía, que al igual que cualquier procedimiento quirúrgico, la episiotomía acarrea un sin número de riesgos: excesiva pérdida de sangre, formación de hematomas e infección. (8,14)

En cuanto a la perspectiva de la paciente frente al uso de la episiotomía existe desconocimiento y temor, asociándose a la inclinación de atenderse el parto fuera de la institución por personas empíricas. Otro enfoque importante para restringir el uso de la episiotomía es la prevalencia de la anemia, siendo importante en este grupo evitar pérdida innecesaria de sangre durante la episiotomía. (10)

Consideramos que este trabajo es un aporte importante para la Obstetricia Moderna porque no sólo eliminaría la práctica rutinaria de la episiotomía que no tiene beneficios demostrados, sino que también disminuirían considerablemente las complicaciones que su uso presenta y se brindaría una mejor calidad de vida a las pacientes.

### **1.5.2 IMPORTANCIA**

La episiotomía constituye una de las practicas rutinarias más realizadas en el campo de la obstetricia porque su uso se ha generalizado a la atención de todas las gestantes primíparas como medida de prevención a traumas perineales y del recién nacido, sin embargo, esta medida debe ser cambiada ya que sus beneficios no han sido completamente probados científicamente. Este trabajo tiene como importancia promover el no uso de la episiotomía en ciertas indicaciones y dejar al lado el uso de la misma.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

1. Se reporta que la investigación se analizaron 748 fichas de pacientes que tuvieron partos vaginales normales durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2006 de las cuales 391 (52,3%) fueron multíparas y 357 (47,7%) primíparas. Considerando al grupo de pacientes a las cuales se les realizó episiotomía, del total de multíparas, se realizó episiotomía en 24,55%, mientras que en 75,45% no se practicó. En primíparas, 78,43% requirió de dicho procedimiento y en 21,57% no fue requerido. Este estudio demostró lo siguiente: Entre las pacientes a las cuales no se les realizó episiotomía se aprecia que la mayor frecuencia de desgarros ocurre en aquellas cuyos recién nacidos presentaron una circunferencia craneana entre los 34 y 36 cm (137 casos). Sólo en 12 casos ocurre con circunferencia mayor a 36 cm.

El mayor número de desgarros en las pacientes con episiotomía está en el rango promedio antropométrico (34-36 cm). Con o sin aplicación de episiotomía el mayor número de desgarros ocurre entre los 34 y 36 cm de circunferencia craneana (rango promedio antropométrico). En 14 partos se produjeron desgarros con Circunferencia craneana mayor a 36 cm. (2)

##### **ANTECEDENTES NACIONALES**

1. En un estudio titulado “Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas en Mujeres Nulíparas atendidas de Parto Vaginal” de corte longitudinal, explicativo y retrospectivo. Al relacionar la presencia de dolor como una de las características más importantes del postparto, se pudo encontrar 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 %. En relación a la presencia de desgarro perineal se pudo encontrar que el 33 % de las mujeres con episiotomía presentaron desgarros, mientras que las mujeres procedentes de parto normal en el 25 % de los casos presentaron desgarros. En grado de desgarro se realizó un análisis comparativo pudiéndose encontrar que en el grupo de mujeres episiotomizadas en el 13% presentaron desgarros de segundo grado, 14% de tercer grado y 6 % de cuarto grado, mientras que las mujeres con parto normal tuvieron 19 % de desgarros de primer grado y 6 % de desgarros de segundo grado, no presentó ningún caso de desgarros de tercer y cuarto grado, esto con diferencias altamente significativas. Lo que quiere decir que el parto con episiotomía incrementa la gravedad de los desgarros.

Del total de las mujeres con episiotomía el 19 % presentó laceraciones y del total de parto normal, el 62 % si presentó laceraciones, esto con diferencias alterante significativas. Lo que quiere decir que el parto sin episiotomía se relaciona con un mayor número de laceraciones que el parto con episiotomía. (1)

2. En este estudio, se incluyeron seis estudios. En el grupo episiotomía rutinaria se realizó episiotomía al 72,7% de las mujeres, mientras que la tasa en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27,6%. La episiotomía en comparación con el uso rutinario se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, de la necesidad de sutura); y menos complicaciones en la cicatrización. El uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior. No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal severo; Dispareunia; incontinencia urinaria; o medidas relacionadas con dolor severo. Los resultados del uso restrictivo de la episiotomía mediolateral rutinaria versus el uso de la episiotomía mediana fueron similares a las comparaciones globales. (8)

3. En este estudio se informa que se realizó con el objetivo de determinar el tiempo que tardan las mujeres en reiniciar las relaciones sexuales tras el parto vía vaginal, valorar que repercusión tiene la episiotomía y el desgarro sobre la regularización de la actividad sexual de las mujeres, conocer qué tipo de relación sexual se mantiene de inicio tras el parto, detectar factores que influyen en la normalización de las relaciones sexuales tras el parto. El estudio realizado fue observacional, analítico, prospectivo en el área sanitaria del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, mujeres que den a luz en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) entre los meses de Julio y Diciembre del 2008, se realiza entrevista telefónica a los 60 días del parto. Los resultados del estudio fueron: Las relaciones sexuales de pareja se ven afectadas por el proceso de embarazo, parto y puerperio, implantando una política de episiotomía selectiva que toda la evidencia científica recomienda se favorece la normalización de dicha actividad sexual. (9)

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **DEFINICIÓN DE EPISIOTOMÍA.**

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. (11,12)

Siendo esta intervención uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, pero sin el respaldo de la evidencia científica sólida de su efectividad,

es de nuestro quehacer el cambio de actitud ante la no existencia de evidencias en su realización rutinaria. (12)

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.

Los efectos beneficiosos que parecen tener la episiotomía en la madre son los siguientes:

1. Reducción de la probabilidad de desgarros de III y IV grado.
2. Preservación de la relajación muscular del piso pelviano y el periné, lo cual conduce a una mejor función sexual y a reducir el riesgo de incontinencia fecal o urinaria.
3. Como es una incisión recta, limpia una episiotomía es más fácil de suturar y se cura mejor que un desgarro.

Actualmente, está claro que la episiotomía aumenta el riesgo de producir un desgarro en el esfínter anal externo, el recto o ambos. Además, entre los hipotéticos efectos adversos derivados del uso habitual de la episiotomía, se incluyen los resultados anatómicos insatisfactorios, como colgajos, asimetrías o reducción excesiva del introito, prolapso vaginal, fistulas recto-vaginales y fistulas anales, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema de la región de la episiotomía, infección y apertura de la sutura y disfunción sexual. (12,15)

Por el contrario, los desgarros anteriores que afectan la uretra y los labios son mucho más frecuentes en las mujeres que no se efectúa episiotomía, estos desgarros no solo constituyen un desafío para la reparación sino que a menudo tienen mayor dolor asociado que la episiotomía; sin embargo, se considera que estos son menos severos. (11,12)

## TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Hay tres clases de episiotomía, la mediana, la media lateral, y la lateral. A su vez, la media lateral puede ser realizada hacia la derecha o hacia la izquierda. Una última variante de episiotomía, aunque escasamente practicada, es la lateral.

### 1) La episiotomía mediana o central

Se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano, tiene como ventaja que permite una mayor apertura del canal del parto, cicatriza más rápidamente porque este corte se efectúa en una zona de tejido conjuntivo, que no tiene demasiados vasos sanguíneos .provoca menos hemorragia, técnicamente es más sencilla para suturar y suele provocar menos dolor en el posparto.

Aunque es menos usada porque tiene más riesgos de complicarse con lesiones del esfínter anal si se desgarran en el momento del nacimiento.<sup>(12)</sup>

### 2) La episiotomía medio lateral

Este tipo de episiotomía tiene menor riesgo de desgarro. La tijera secciona siguiendo un ángulo de 45° respecto a la horizontal .se cortan la piel, algunos centímetros de la vagina y todo el haz puborectal del musculo elevador del ano. Se dirige en línea oblicua hacia la nalga, hacia la derecha o izquierda según quien la practique sea diestro o zurdo. <sup>(12)</sup>

### 3) La episiotomía lateral

Es una variante de la anterior, cuando el ángulo de corte se 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.<sup>(12,14)</sup>

## **INDICACIONES DE LA EPISIOTOMIA**

**Indicaciones fetales:** En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto, resistencia que puede oponerse a la salida fetal es el plano perineal. La episiotomía al eliminar la resistencia perineal evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran la macrostomia fetal, el expulsivo prolongado, las presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior, la sospecha o confirmación de hipoxia fetal en expulsivo, el feto pre termino y la presentación podálica. <sup>(18,19)</sup>

**Indicaciones maternas:** Las indicaciones maternas pueden agruparse en indicaciones vitales (periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, desgarro perineal inminente, etc.) y preventivas. la práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en sus beneficios , esto es evitar los desgarros perineales y la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión ,y por lo tanto el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo. <sup>(9)</sup>

## **MOMENTO DE REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA**

En un parto eutócico se estima que el momento más oportuno para realizar la episiotomía es cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulvar, en un diámetro de 3-4 cm. Común criterio práctico, el momento idóneo es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa contráctil.

## **MOMENTO DE REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA**

La práctica más frecuente es diferir la reparación de la episiotomía hasta el alumbramiento de la placenta; así esta no es interrumpida por la necesidad obvia del alumbramiento placentario. (9)

## **COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA**

Entre las complicaciones tenemos la pérdida sanguínea excesiva, pérdida del tono de la mucosa rectal y del esfínter del ano y fistulas. También se puede ver afectada la vida sexual, al menos temporalmente, Daño tanto físico como psicológicamente. (18,19)

**Dolor al tener relaciones sexuales (Dispareunia):** Las mujeres que tienen partos con episiotomía tienen más molestias al tener relaciones comparadas con las que tuvieron un parto vaginal sin ninguna intervención o por cesárea.

**Lesión del esfínter del ano:** Este es un musculo situado en la parte inferior del recto, cuya función es cerrar con fuerza el ano. Las consecuencias físicas de la lesión son la incontinencia de materia fecal y la imposibilidad de retener los gases, lo que produce consecuencias emocionales, que interfieren en la vida normal de la mujer. (17,18)

**Alteración de la esfera emocional de la madre:** La mujer al no poder sentarse normalmente adopta una posición incómoda durante el amamantamiento del bebe, lo que le crea ansiedad. Si hubiere lesión del esfínter del ano no solo puede aparecer en la madre un estado de ansiedad, también puede sentirse deprimida por las dificultades que le tare en su actividad social, con rechazo a la hora de considerar la posibilidad de otro embarazo. (18,19)

**Desgarros Perineales:** 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 Episiotomía. 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. (18,19)

Se clasifica en cuatro grados:

- Desgarro Iº grado: Afecta la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y el musculo.
- Desgarro IIº grado: Afecta la fascia y el musculo del periné pero sin comprometer el esfínter anal.
- Desgarro IIIº grado: Comprende:
  - Desgarro de IIIº grado A: Lesión del esfínter externo <50%
  - Desgarro de IIIº grado B: Lesión del esfínter externo >50%
  - Desgarro de IIIº grado C: Lesión de esfínter externo e interno
- Desgarro IVº grado: Se extiende a través de la mucosa rectal y exponen a la luz el recto, puede haber desgarros de la uretra. (3,7,15)

## REQUISITOS

- Operador cómodo.
- Asepsia y Antisepsia.
- Instrumental adecuado.
- Anestesia.
- Conocimiento de la técnica quirúrgica.
- Sutura adecuada.
- Hemostasia.
- Cierre por planos.



## **CONTRAINDICACIONES:**

1. Relajación y flaccidez del piso pélvico.
2. Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.
3. Enfermedades granulomatosas activas.
4. Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.
5. Fístulas recto-perineales.
6. Antecedentes de Perineoplastia.
7. Cáncer Ano-rectal.

## **2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS**

- **Edad:** Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.
- **Edad Gestacional:** Tiempo transcurrido entre el día en que se inició el último período menstrual normal (dato conocido como fecha de última regla) y un momento dado del embarazo. Se expresa en semanas.
- **Ponderado Fetal:** Es el peso fetal estimado clínicamente mediante observación y palpación.
- **Peso al nacer:** Es una medida somatométrica que clasifica al recién nacido como: de bajo peso (menos de 2500 gr.), de peso muy bajo peso (menos de 1500 gr.), de extremadamente muy bajo peso (menos de 1000 gr.) y peso adecuado (mayor de 2500 gr.).
- **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.
- **Infeción:** Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.
- **Dehiscencia:** Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica.
- **Pelvis Ginecoide:** Es aquella pelvis que cumple con los requisitos de tener un diámetro transversal del estrecho superior igual o mayor a 12 cm, un diámetro anteroposterior del estrecho superior mayor de 11 cm, paredes laterales paralelas, sacro cóncavo, espinas ciáticas romas, un arco suprapúbico amplio, un ángulo subpúbico mayor de 90° y un diámetro bisquiático mayor de 8 cm.
- **Expulsivo:** Es el segundo período del parto y se inicia cuando la dilatación es completa (10 cm.) y culmina con la expulsión del recién nacido.
- **Tiempo del expulsivo:** El tiempo del expulsivo en nulíparas dura hasta dos horas con un promedio de 50 min.

## **CAPITULO III**

### **HIPOTESIS Y VARIABLE**

#### **3.1 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1 HIPOTESIS GENERAL**

Existe mayor complicación en pacientes primíparas sometidas a episiotomía frente a primíparas que tuvieron un parto sin episiotomía.

##### **3.1.2 HIPOTESIS SECUNDARIOS**

1. Los desgarros perineales son las complicaciones más frecuentes en las pacientes primíparas que se realizaron episiotomía.
2. Las laceraciones son las complicaciones más frecuentes en las pacientes primíparas que no se realizaron episiotomía.
3. El periné amplio es la indicación para la no aplicación de la episiotomía en pacientes primíparas.
4. El periné rígido es la indicación para la aplicación de episiotomía en pacientes primíparas.

#### **3.2 VARIABLE**

##### **3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

Episiotomía Mediana

##### **3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

Complicaciones en pacientes primíparas.

### **3.2.3 VARIABLES INTERVINIENTES**

- Edad materna
- Edad gestacional
- Peso al nacer
- Altura uterina
- Tiempo de Expulsivo
- Perímetro Cefálico
- Tipo de periné

### **3.3 INDICADORES**

Operalización de variable (**ANEXOS**)

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

##### 4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

##### NO EXPERIMENTAL, ANALITICO DE CASOS Y CONTROLES

- ✓ **No experimental:** Es la investigación en la que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir; se trata de una investigación donde no hacemos variar intencionadamente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.
- ✓ **Analítico:** Porque mediante el estudio se analizara las complicaciones más frecuentes, asociados a la episiotomía. En esta forma de estudio se analiza dos muestras de forma paralela. Una de estas debe contar con el fenómeno que se busque investigar mientras que la otra no, por ejemplo, una enfermedad. Lo que se hace es someter a ambos grupos a ciertos factores para ver cómo responde cada uno y así compararlos y analizarlos.
- ✓ **Casos y Controles:** Es un estudio observacional, analítico, en los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

#### 4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Casos y Controles (efecto-causa).

#### 4.1.3 MÉTODO

- ✓ Método Analítico

Los sujetos que participarán del estudio estarán divididos en 2 grupos: el grupo de casos lo conformarán 110 pacientes primíparas que se realizaron episiotomía atendidos durante el año 2012 y el grupo de controles lo conformarán 110 pacientes primíparas que no se realizaron episiotomía. Asimismo se aplicará una ficha de recolección de datos de las historias clínicas, donde se obtendrá información sobre el las ocurrencias en su parto. Descriptivo-Comparativo.

### 4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.2.1 POBLACIÓN

**POBLACIÓN:** Total de partos en primíparas: 1101 casos

#### 4.2.2 MUESTRA

La muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

La muestra: Es de 110 pacientes primíparas

## **4.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.3.1 TÉCNICAS**

Se eligieron a las pacientes que cumplían con los criterios de Inclusión y exclusión y se tomó el número de historias clínicas de dichas pacientes. Se revisaron datos del libro de registro de partos del Centro Obstétrico y del Sistema de Información Perinatal (SIP 2000) del Hospital Amazónico Para realizar dicho llenado de las fichas de recolección de datos.

### **4.3.2 INSTRUMENTO**

Ficha de Recolección de datos **(ANEXOS)**

## **CAPITULO V**

### **PRUEBA DE HIPOTESIS**

#### **5.1 ESTRATEGIA DE ANALISIS**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel y para la prueba de Hipótesis se aplicó el programa SPSS, para de esa manera conocer el tipo de complicaciones que tuvieron las pacientes primíparas que se realizaron episiotomía y las que no se realizaron episiotomía en el Hospital Amazónico, en el periodo Enero-Diciembre 2012.



## 5.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

**TABLA DE CONTINGENCIA: COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LAS PRIMÍPARAS QUE TUVIERON EPISIOTOMÍA Y LAS QUE NO TUVIERON EPISIOTOMÍA**

Complicaciones	Pacientes que se realizaron episiotomía		Total
	Si	No	
Desgarro	33	43	76
Laceraciones	55	40	95
Ninguna complicación	22	27	49
Total	110	110	220

### PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,194 <sup>a</sup>	2	,123
Razón de verosimilitudes	4,209	2	,122
Asociación lineal por lineal	,205	1	,651
N de casos válidos	220		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24.50.

**INTERPRETACIÓN:** El valor de Chi-Cuadrado de Pearson es mayor de 0.05 por lo tanto no existe relación entre las variables puestas a contraste por consiguiente las laceraciones y desgarros no están relacionados en los datos presentados. Las Complicaciones de la episiotomía no está relacionado si la paciente primípara se realizó o no dicho procedimiento.

**TABLA DE CONTINGENCIA: EL GRADO DE DESGARRO QUE  
PRESENTARON LAS PRIMIPARAS QUE TUVIERON EPISIOTOMIA Y  
LAS QUE NO TUVIERON EPISIOTOMIA**

Grados de Desgarros	Pacientes se realizaron episiotomía		Total
	Si	No	
I	0	20	20
II	19	20	39
III	7	3	10
IV	7	0	7
No Desgarros	77	67	144
Total	110	110	220

**PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,320 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	39,796	4	,000
Asociación lineal por lineal	9,395	1	,002
N de casos válidos	220		

a. 2 casillas (20.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.50.

**INTERPRETACIÓN:** El valor de Chi-Cuadrado de Pearson es menor de 0.05 por tanto existe relación entre las variables puestas a contraste por consiguiente el grado de desgarro y las primíparas que se realizaron episiotomía y las que no se realizaron episiotomía están relacionados. El grado de desgarro que presentaron las pacientes primíparas está relacionado a la aplicación de la episiotomía.

**TABLA DE CONTINGENCIA: EL TIPO DE LACERACIÓN QUE  
PRESENTARON LAS PRIMÍPARAS QUE TUVIERON EPISIOTOMÍA Y  
LAS QUE NO TUVIERON EPISIOTOMIA.**

Tipo de Laceración	Pacientes se realizaron episiotomía		Total
	Si	No	
Labio mayor	22	13	35
Labio menor	27	15	42
Parauretral	8	14	22
Vaginal	1	0	1
No Laceraciones	52	68	120
Total	110	110	220

**PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,513 <sup>a</sup>	4	,033
Razón de verosimilitudes	11,001	4	,027
Asociación lineal por lineal	6,306	1	,012
N de casos válidos	220		

a. 2 casillas (20.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .50.

**INTERPRETACION:** El valor de Chi-Cuadrado de Pearson es mayor de 0.05 por tanto no existe relación entre las variables puestas a contraste por consiguiente las laceraciones no están relacionados en los datos presentados.

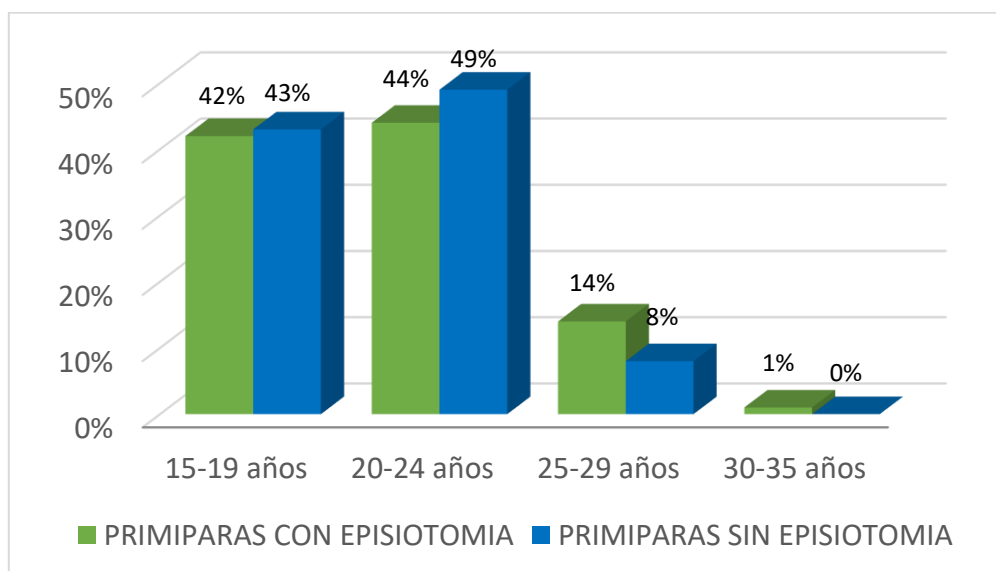
El tipo de laceración no está relacionado con las pacientes primíparas que se realizaron o no la episiotomía.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS

**TABLA N° 1: EDAD DE PACIENTES PRIMIPARAS QUE TUVIERON EPISIOTOMIA Y LAS PRIMIPARAS QUE NO SE SOMETIERON A LA EPISIOTOMIA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2012**

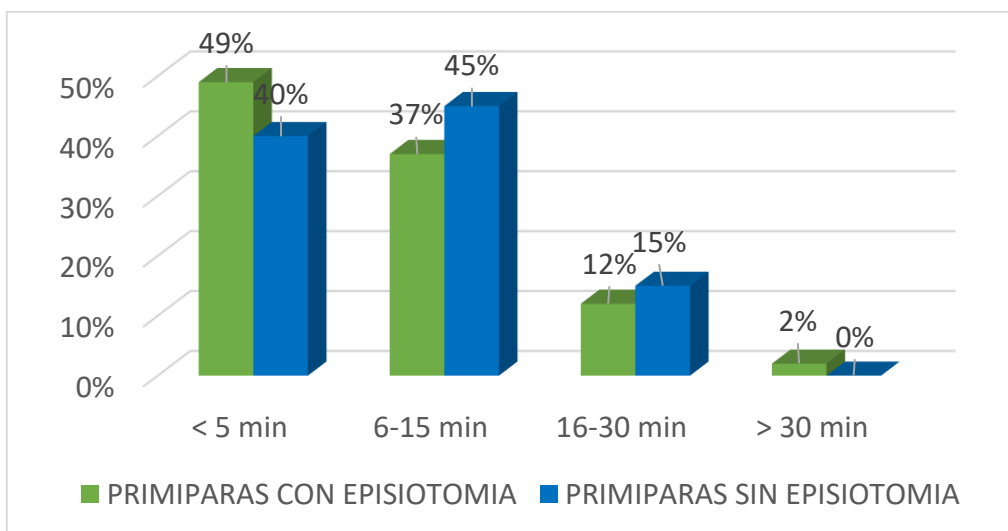
PACIENTES	PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA		PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA	
	Nº	%	Nº	%
EDAD				
15-19	46	42	47	43
20-24	48	44	54	49
25-29	15	14	9	8
30-35	1	1	0	0
TOTAL	110	100	110	100



**INTERPRETACIÓN:** Se presentaron en mayor porcentaje las pacientes primíparas entre las edades de 20-24 años en ambos grupos de estudio. Primíparas con episiotomía 44%, Primíparas sin episiotomía 49 %

**TABLA N° 2 TIEMPO DE EXPULSIVO EN PACIENTES PRIMIPARAS QUE TUVIERON EPISIOTOMIA Y LAS PRIMIPARAS QUE NO SE SOMETIERON A LA EPISIOTOMIA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2012**

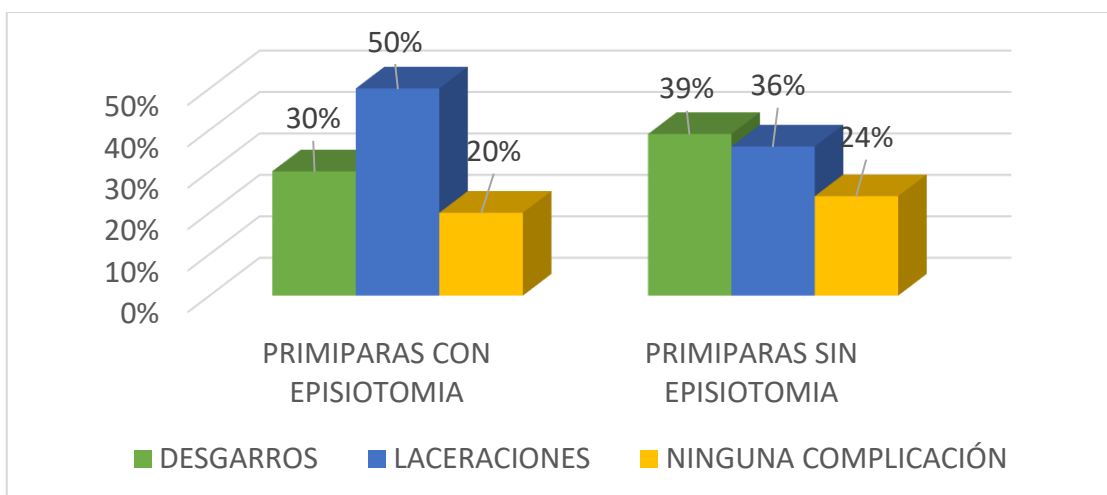
TIEMPO DE EXPULSIVO	PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA		PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA	
	N°	%	N°	%
≤ 5 min	54	49	44	40
6-15 min	41	37	49	45
16-30 min	13	12	17	15
> 30 min	2	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>



**INTERPRETACIÓN:** El 49% de pacientes que tuvieron episiotomía presentaron un periodo expulsivo ≤5 minutos; mientras que el 45% de pacientes que no tuvieron episiotomía presentaron un periodo expulsivo entre 6 – 15 minutos.

**TABLA N° 3 COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LAS PACIENTES PRIMIPARAS QUE TUVIERON EPISIOTOMIA Y LAS PRIMIPARAS QUE NO SE SOMETIERON A LA EPISIOTOMIA EN EL HOSPITAL AMAZONICO. PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2012**

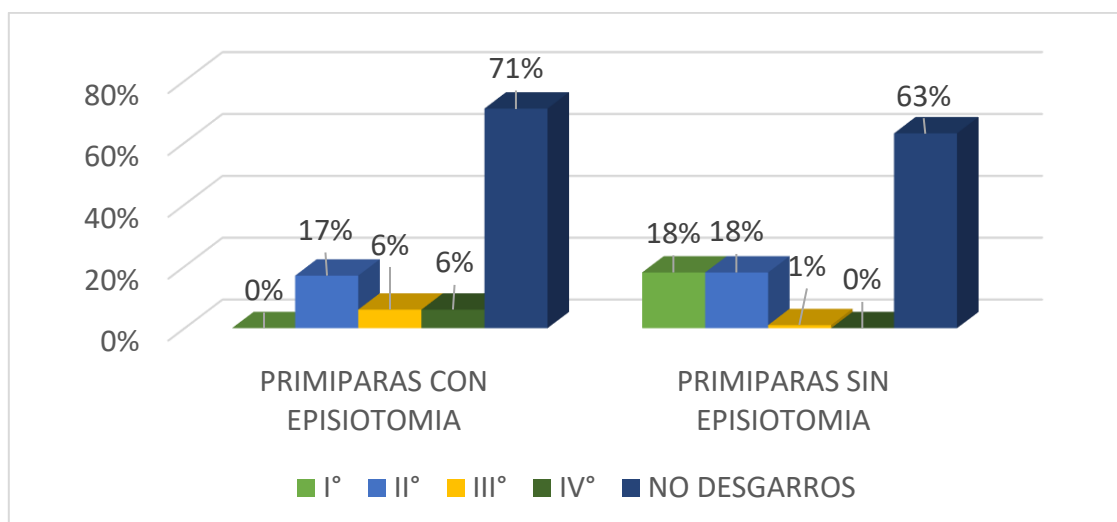
COMPLICACIONES	PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA		PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA	
	Nº	%	Nº	%
DESGARROS	33	30	43	39
LACERACIONES	55	50	40	36
NINGUNA COMPLICACIÓN	22	20	27	24
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>



**INTERPRETACIÓN:** El 50% de pacientes primíparas con episiotomía presentaron la complicación de laceración, mientras un 39% de pacientes primíparas sin episiotomía presentaron desgarros.

**TABLA N° 4: GRADOS DE DESGARRO PERINEAL EN PACIENTES PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA Y PRIMIPARAS QUE NO SE SOMETIERON A EPISIOTOMIA EN EL HOSPITAL AMAZONICO. PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2012**

GRADOS DE DESGARROS	PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA		PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA	
	Nº	%	Nº	%
I	0	0	20	18
II	19	17	20	18
III	7	6	3	1
IV	7	6	0	0
NO DESGARROS	77	71	67	63
TOTAL	110	100	110	100

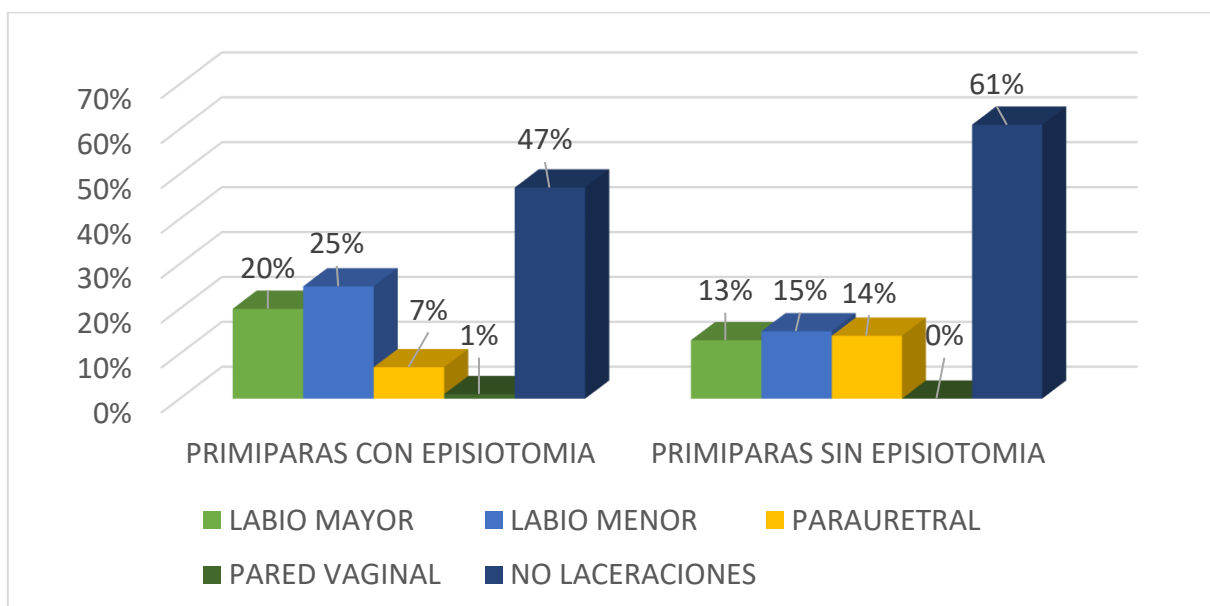


**INTERPRETACIÓN:** Las pacientes primíparas con episiotomía no presentaron desgarros a un 71%, pero en una cifra no muy elevada presentaron desgarros de

IIº grado a un 17 %. Mientras tanto en las pacientes primíparas sin episiotomía 63% no presentaron desgarros, sin embargo en un 38% presentaron desgarros de Iº y IIº grado.

**TABLA N° 5: LACERACIONES QUE PRESENTARON LAS PACIENTES PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA Y PRIMIPARAS QUE NO SE SOMETIERON A LA EPISIOTOMIA EN EL HOSPITAL AMAZONICO. PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2012**

LACERACIONES	PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA		PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA	
	Nº	%	Nº	%
LABIO MAYOR	22	20	13	12
LABIO MENOR	27	25	15	14
PARAURETRAL	8	7	14	13
VAGINAL	1	1	0	0
NO LACERACIONES	52	47	68	61
TOTAL	110	100	110	100

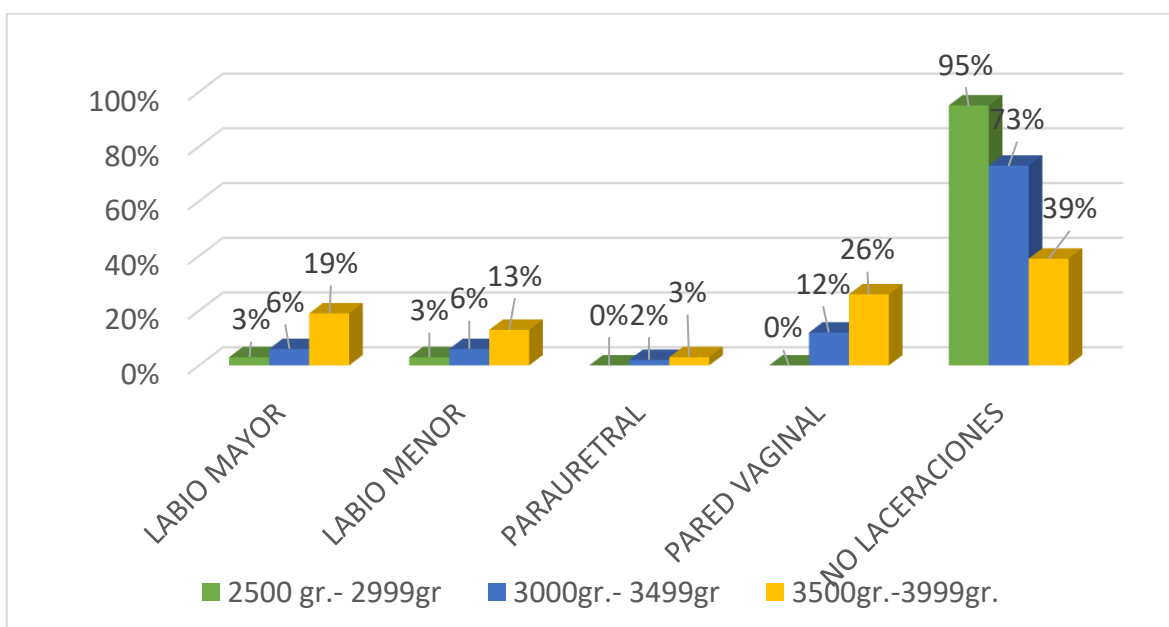




**INTERPRETACIÓN:** El 47% de pacientes primíparas con episiotomía no presento laceraciones, mientras tanto 61% de pacientes primíparas sin episiotomía no tuvieron laceraciones.

**TABLA N° 6: LACERACIONES VS. PESO DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA.**

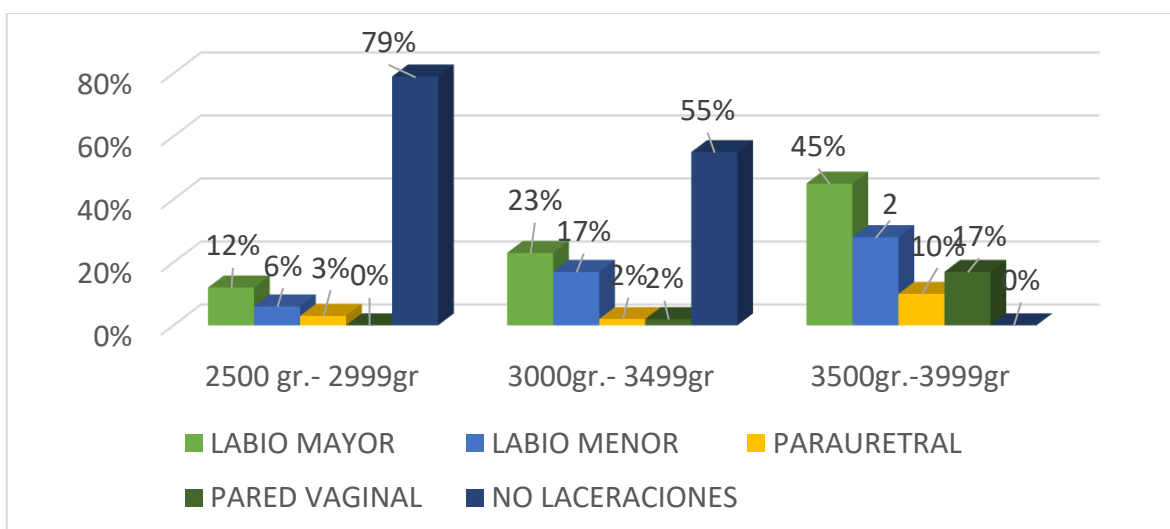
PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA	PESO DEL RECIEN NACIDO					
	2500 gr.- 2999gr.		3000gr.- 3499gr.		3500gr.-3999gr.	
	N°	%	N°	%	N°	%
LABIO MAYOR	1	3	3	6	6	19
LABIO MENOR	1	3	3	6	4	13
PARAURETRAL	0	0	1	2	1	3
PARED VAGINAL	0	0	6	12	8	26
NO LACERACIONES	28	93	36	73	12	39
TOTAL	30	100	49	100	31	100



**INTERPRETACIÓN:** En pacientes primíparas con episiotomía y un recién nacido entre el peso de 3500gr.- 3999gr, presentaron 61% de laceraciones siendo la más significativa la laceración de pared vaginal a un 26%.

**TABLA 7: LACERACIONES VS. PESO DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA**

PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA	PESO DEL RECIEN NACIDO					
	2500 gr.- 2999gr.		3000gr.- 3499gr.		3500gr.-3999gr.	
	N°	%	N°	%	N°	%
LABIO MAYOR	4	12	11	23	13	45
LABIO MENOR	2	6	8	17	8	28
PARAURETRAL	1	3	1	2	3	10
PARED VAGINAL	0	0	1	2	5	17
NO LACERACIONES	27	79	26	55	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

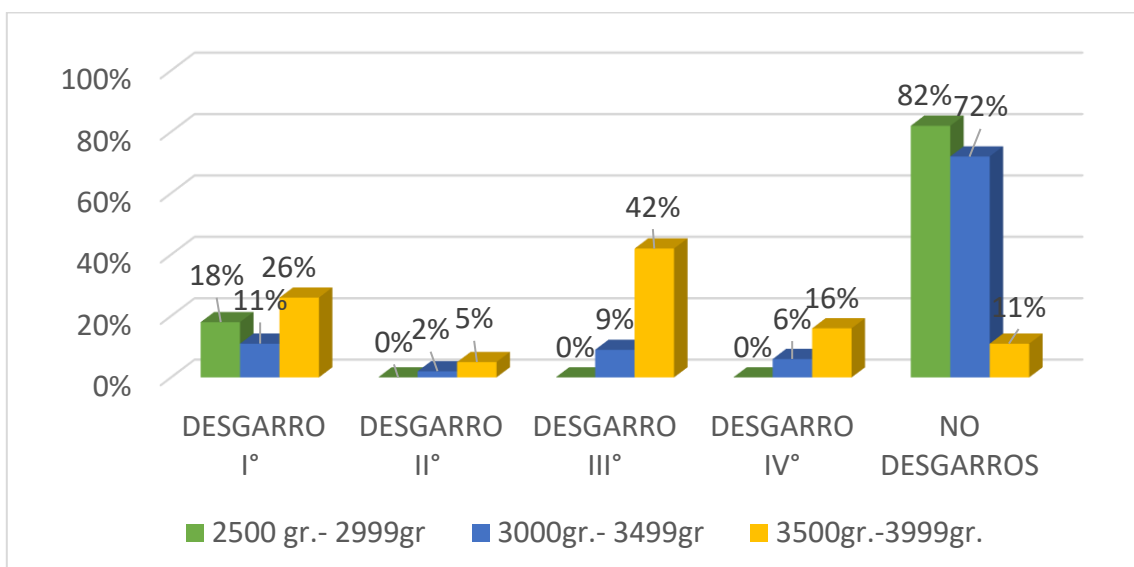


**INTERPRETACIÓN:** En pacientes primíparas sin episiotomía presentaron cifras significativas en laceración de labio mayor en los tres rangos de peso del recién

nacido tales como en el peso de 2500gr.- 2999gr un 12%, 3000gr-3499gr un 23% y entre el peso de 3500gr.- 3999gr un 45%.

**TABLA N° 8: DESGARROS VS. PESO DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPRAS CON EPISIOTOMIA.**

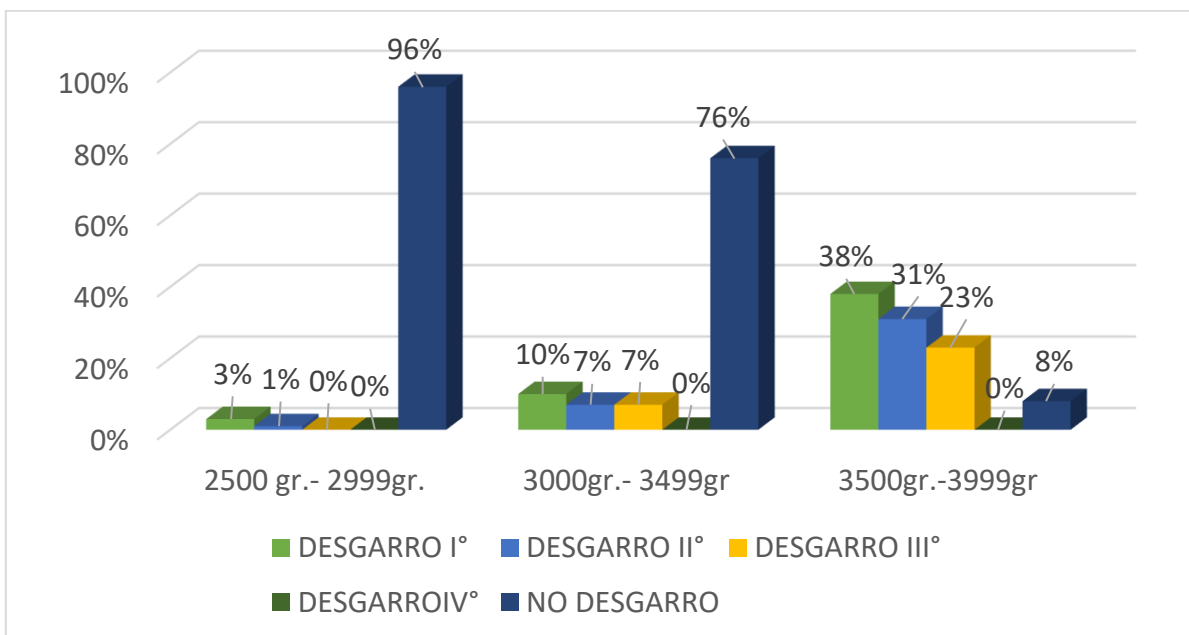
PRIMIPARAS CON EPISIOTOMIA	PESO DEL RECIEN NACIDO					
	2500 gr.- 2999gr.		3000gr.- 3499gr.		3500gr.-3999gr.	
	N°	%	N°	%	N°	%
DESGARRO I	8	18	5	11	5	26
DESGARRO II	0	0	1	2	1	5
DESGARRO III	0	0	4	9	8	42
DESGARRO IV	0	0	3	6	3	16
NO DESGARRO	36	82	34	72	2	11
TOTAL	44	100	47	100	19	100



**INTERPRETACIÓN:** En pacientes primíparas con episiotomía y un recién nacido entre el peso de 3500gr.- 3999gr, presentaron una cifra significativa en desgarro de III °, refiriendo de esa manera a mayor peso de recién nacido mayor es el desgarro que pueden presentar las primíparas con la aplicación de la episiotomía.

**TABLA N° 9: DESGARROS VS. PESO DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA.**

PRIMIPARAS SIN EPISIOTOMIA	PESO DEL RECIEN NACIDO					
	2500 gr.- 2999gr.		3000gr.- 3499gr.		3500gr.-3999gr.	
	N°	%	N°	%	N°	%
DESGARRO I	2	3	3	10	5	38
DESGARRO II	1	1	2	7	4	31
DESGARRO III	0	0	2	7	3	23
DESGARRO IV	0	0	0	0	0	0
NO DESGARRO	65	96	22	76	1	8
TOTAL	68	100	29	100	13	100



**INTERPRETACIÓN:** En pacientes primíparas sin episiotomía y con un recién nacido con el peso entre 3500gr- 3999gr. Presentaron una cifra significativa de 38% en desgarro de Iº.

## **CONCLUSIONES**

1. Al usar la episiotomía facilita que la expulsión del feto sea más rápida, en esta investigación se demuestra que cumple este objetivo.
2. Los desgarros perineales de menor grado sea Iº y IIº se presentan más en pacientes primíparas sin episiotomía.
3. La aplicación de la episiotomía se asocia a complicaciones significativamente graves que son desgarros perineales de IIIº y IVº grado debido a que se prolonga la episiotomía mediana.
4. Al disminuir la aplicación de la episiotomía, se disminuirá la pérdida innecesaria de sangre en las pacientes. No solo encontramos este beneficio al no aplicar la episiotomía sino también favorece en el sector Económico de cada establecimiento de salud debido a que se disminuirá los gastos a nivel de insumos.
5. Las pacientes primíparas que se realizaron episiotomía no solo presentaron mayores cifras de desgarros sino también mayores cifras en laceraciones.
6. En el aspecto del peso del recién nacido se concluyó el estudio a mayor peso de recién nacido es mayor la complicación que presenta la paciente primípara.
7. Se concluye también, que la episiotomía debería traer más beneficios para la paciente, no debería causar ninguna otra complicación.

## **RECOMENDACIONES**

1. Recomendar a las Direcciones Regionales de Salud Capacitación continua que permita cambio de actitudes y conductas en el profesional de salud frente a la atención de parto en la gestante primípara.  
Esta capacitación en la atención de partos con episiotomía disminuirá notablemente la incidencia de desgarros perineales y laceraciones.
2. Recomendar a los profesionales de salud que la episiotomía debe ser usado previa evaluación a las pacientes y en el momento adecuado y preciso, para evitar complicaciones. Se deben realizar estudios para determinar la influencia de la posición de la madre en el momento del parto en la ocurrencia de complicaciones.
3. Se recomienda Considerar el seguimiento de las pacientes hasta los primeros siete días post parto para identificar posibles complicaciones.
4. Implementar la técnica de Kegel y el masaje perineal en las sesiones de Psicoprofilaxis para determinar los beneficios que puedan tener en la prevención de desgarros perineales.
5. Es necesario Implementar en la nota obstétrica de ingreso un cuadro de condiciones y/o criterios por las cuales se realiza la episiotomía a dicha paciente, siendo dato importante para posteriores estudios de investigación.
6. Se recomienda Limitar la práctica rutinaria de la episiotomía, realizando solo en los casos que ameritan.

## **FUENTES DE INFORMACION**

1. Albino F. USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS, EN MUJERES NULIPARAS ATENDIDAS DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL DE APOYO DE SULLANA. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. 2009; 1(4): 34-40. Disponible en URL: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
2. Bustamante S, Castillo C, Saavedra V, Schmied W. EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA EN PARTO NORMAL. REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE. 2007; VOL 2 (2): 127-136. Disponible en URL: [http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/trabajode\\_investigacion\\_127a1360.pdf](http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/trabajode_investigacion_127a1360.pdf)
3. Vargas M, EPISIOTOMÍA. Revista médica de costa rica y centroamérica LXVIII (599) 461-466 2011. Disponible en URL: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art13.pdf>
4. Scetti M, Serracani G, Zalazar L. USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA. Revista de Postgrado de la VICátedra 6 de Medicina 2005; 146(1): 6-9. Disponible en URL: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista146/2\\_146.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.pdf)
5. Casanova M, Luna T. ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO SISTEMATICO Y EL NO USO DE LA EPISIOTOMIA EN PACIENTES NULIPARAS: COMPLICACIONES. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLÓME [Tesis Doctoral]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2002. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/casanova\\_ch\\_m/t\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/casanova_ch_m/t_completo.pdf).

6. Scott J. Episiotomía y traumatismo vaginal. *Revista Obstet Gynecol Clin N Am*. 2005; 32 (1); 307–321 Disponible en URL:
7. Juste A, Luque R, Sabater B, Sanz E, Viñerta E, Cruz E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof*. 2007; 8 (3-4): 5-11. Disponible en URL:<http://www.federacion-matronas.org/rs/197/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/247/rglang/es-ES/filename/vol8n3-4pag5-11.pdf>.
8. Rodriguez E. COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010. [Tesis Doctoral]. Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín. 2012. Disponible en: [http://ftp.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyector/archivo\\_52\\_Binder1.pdf](http://ftp.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_52_Binder1.pdf)
9. Salas E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Costa Rica*. 2012. 23 (3): 1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44824928009.pdf>.
10. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera”. *NURE Inv*. [Internet]. 2013; 10(63): Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63\\_original\\_episiotomia.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomia.pdf).
11. Rubio J. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol*. Bogotá. 2005; 56 (2). Disponible: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0034-74342005000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0034-74342005000200002&script=sci_arttext).



12. Reyes M, Ortiz D, Huete D, Strivens H. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. Unidad de Partos del Hospital General Básico de Baza. España. 2009; Manuscrito; 6 (25). Disponible: <http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev6919.php>.
13. Carroli G. Episiotomía en el parto vaginal. Reproducción de una revisión Cochrane, publicada en The Cochrane Library Número 2007. 4(1). Disponible en: <http://apps.who.int/whl/reviews/CD000081sp.pdf>.
14. Montenegro S, Pereiro S, Barro E. Episiotomía en partos Eutócicos. Matronas profesión. 2005; 6(1): Pág. 30-32. Disponible en : [https://www.google.com.pe/?gws\\_rd=cr&ei=WwCdUseBHsPtkQfrroHYCA#q=episiotomia+sistematica+pdf](https://www.google.com.pe/?gws_rd=cr&ei=WwCdUseBHsPtkQfrroHYCA#q=episiotomia+sistematica+pdf).
15. Rubio J. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario, Colombia 2005; 56(2):116-126. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a02.pdf>.
16. Martínez J. "Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas". NURE Inv. (Revista en Internet) 2009. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/proyectos\\_obj.cfm?ID\\_INV\\_NURE=69&Filalnicio=1](http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=69&Filalnicio=1).
17. Lede, R.; Moreno, M. Belizan, J. Reflexiones acerca de la indicación rutinaria de la episiotomía. Sinopsis Obstet Ginecol 2006; 38: 161(6). Disponible en: [http://www.episiotomia.info/index.php?option=com\\_content&task=view&id=28&Itemid=9](http://www.episiotomia.info/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=9).
18. Pregnancy-info.net, España: .información sobre el embarazo [actualizado el 2009; citado en octubre 2011]. Disponible en: <http://espanol.pregnancy-info.net/episiotomia.htm>.

19. Sistema de información perinatal SIP 2000. Hospital Amazónico de Yarinacocha. Departamento de Gineco-Obstetricia.

20. PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. 2008. Disponible en: [http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_y\\_obstetrica/LESIONES\\_PERINEALES\\_DE\\_ORIGEN\\_OBSTETRICO2.pdf](http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/LESIONES_PERINEALES_DE_ORIGEN_OBSTETRICO2.pdf).



# UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. N° de Historia Clínica: .....
2. Edad:.....
3. G  P
4. Edad Gestacional:  
 37 sem     38 sem     39 Sem     40 sem     41 sem
5. Ponderado Fetal  
 2500-2999 gr.     3000-3499 gr.     3500-3999 gr.
6. Tiempo de Expulsivo:  
 ≤5min     6-15 min     16-30 min.     ≥30 min
7. Peso del Recién Nacido  
 2500-2999 gr.     3000-3499 gr.     3500-3999 gr.
8. Altura Uterina:.....
9. Intercurrencias:.....
10. Episiotomía: S     No
11. Desgarros: Si     No

12. Grado de Desgarro:

I° grado       II° grado       III° grado       IV° grado

13. Laceraciones: Si       No

Labio menor       Labio mayor       Parauretral       Vaginal

14. Pérdida Sanguínea:

< 500 cc       500 cc       > 500 cc

Otros: .....