



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**RELACIÓN ENTRE LA EPISIOTOMÍA Y EL GRADO DE SEVERIDAD
DEL TRAUMATISMO PERINEAL EN GESTANTES NULÍPARAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERÍODO ENERO A
DICIEMBRE DEL 2014**

TESIS PRESENTADO POR:

BACH. CARMEN LORENA RENGIFO DEL AGUILA

PARA OPTAR

TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

NOVIEMBRE 2015

INDICE

CARATULA.....	i
PAGINAS PRELIMINARES	ii-v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii-ix
I PLANEAMIENTO METODOLOGICO.....	1
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2 Delimitación de la Investigación.....	3
1.3 Formulación Del Problema.....	3
1.3.1 Problema De Investigación.....	3
1.3.2 Problema secundario.....	3
1.4 Objetivos de la investigación.....	4
1.4.1 objetivos general.....	4
1.4.2 objetivos específicos.....	4
1.5 Hipótesis De Investigación.....	5
1.5.1 Hipótesis General.....	5
1.5.2 Hipótesis Secundarias	5
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.....	6
1.6 Diseño de la Investigación.....	6
1.6.1 Tipos De Investigación.....	6
1.6.2 Nivel De Investigación.....	7

1.6.3 Método.....	8
1.7 Población y Muestra de la Investigación.....	8
1.7.1 Población.....	8
1.7.2 muestra.....	8
1.8 Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos.....	9
1.8.1 Técnicas.....	10
1.8.2 instrumentos.....	10
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación.....	11
II. MARCO TEORICO.....	13
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación.....	13
2.1.1 Antecedentes.....	13
2.1.2 Bases Teóricas.....	22
2.1.3 Definición de Términos Básicos.....	41
III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	
3.1 Presentación y Análisis de resultados.....	43
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53-55
ANEXOS	

DEDICATORIA

A mi madre Elena.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Samuel.

Que en paz descanse por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizaron y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

AGRADECIMIENTO

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 la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

También a mis profesores que durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mis profesoras la Obsta. Zoila Pando, Anita Florián por su enseñanza y más que todo por su amistad.

De igual manera agradecer a mi asesor de tesis, Obsta. Julio Vargas Arana por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona e investigador.

RESUMEN

El trauma perineal es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. En la actualidad existe controversia en el campo obstétrico en cuanto a la realización rutinaria de la episiotomía. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la episiotomía realizada en gestantes nulíparas y traumatismo perineal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el período Enero a Diciembre del 2014. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, observacional, incluyendo gestantes nulíparas atendidas por parto vaginal con episiotomía. Entre ellas, se identificaron aquellas que presentaron traumatismo perineal. El tamaño de la muestra se halló con una fórmula que es aplicable para poblaciones finitas, siendo 209 historias clínicas. La elección de los elementos de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio simple (por balota). **Resultados:** El análisis estadístico de los 209 casos estudiados mediante la prueba de Chi Cuadrado mostro una significancia de 0,593 al cruzar las variables de la hipótesis principal, no cumpliéndose $p < 0,05$ por lo que no existe significancia estadística en la relación episiotomía realizada en gestantes nulíparas y traumatismo perineal. **Conclusiones:** Se registraron 13 casos de traumatismo perineal 6,2% del total de la muestra estudiada, siendo el tipo de traumatismo más frecuente el Desgarro de I Grado con 8 casos que representa el 3.8% y el de menor frecuencia el Desgarro de II° Grado con 5 casos registrados, representando el 2,3%, no habiéndose registrado casos de Desgarro de III y IV Grado. En cuanto al tipo de episiotomía se identificó que la menor frecuencia corresponde a episiotomía media 29 (14%).

Palabras clave: Gestante nulíparas, traumatismo perineal y episiotomía.

ABSTRACT

The perineal trauma is the result of a spontaneous or secondary to the episiotomy tear. The morbidity associated with perineal tears is a health problem as more than 91% of women report at least one symptom persisting up to eight weeks after delivery. At present there is controversy in the obstetric field about the routine performance of episiotomy. **Objective:** Determining the relationship between episiotomy performed in nulliparous pregnant and perineal trauma to the Regional Hospital of Pucallpa during the period January to December 2014. **Methodology:** A descriptive study, cross-sectional, was performed, including pregnant nulliparous served by vaginal delivery with episiotomy. Including those presented perineal trauma were identified. The sample size was found with a formula that is applicable for finite populations, with 209 medical records. The choice of the elements of the sample was performed by simple random sampling (by ballot). **Results:** Statistical analysis of the 209 cases studied by the chi Cudrado showed a significance of 0.593 across the variables of the main hypothesis, not fulfilling $p < 0.05$ so there is no statistical significance in the relationship made in nulliparous pregnant episiotomy and perineal trauma. **Conclusions:** 13 cases of perineal trauma 6.2% of the sample were recorded, being the type of trauma most frequent Grade I tear of 8 cases representing 3.8% and less frequently Tear Grade II 5 cases reported, accounting for 2.3%, having registered no cases of Tear Grade III and IV. As for the type of episiotomy it was identified that the lower frequency corresponds to episiotomy 29 (14). Finally no statistical significance was found in the relationship between episiotomy performed in nulliparous pregnant and perineal trauma to the Regional Hospital of Pucallpa.

Key words: gilts Gestante, perineal trauma and episiotomy.

INTRODUCCION

El trauma perineal o lesión del tracto genital ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. Como consecuencia, se estima que cerca de 1.000 mujeres por día en Estados Unidos, requieren un reparo perineal luego del parto. La episiotomía rutinaria se efectúa hasta en 60% de los partos vaginales y hasta en 90% de las pacientes primíparas. Asimismo, se estima que más de 85% de las pacientes con parto vaginal sufrirán algún tipo de trauma perineal entre 1 a 8% tendrán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y 60% a 70% de los desgarros requerirán sutura para su manejo.¹

La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto.² Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal. Además, los desgarros perineales se clasifican según los tejidos comprometidos por el mismo: de primer grado (lesión del epitelio vaginal o la piel del periné únicamente), de segundo grado (involucra además los músculos perineales pero no el esfínter anal), de tercer grado (disrupción de los músculos del esfínter anal) y de cuarto grado (desgarro de tercer grado con disrupción del epitelio anal). Los desgarros de grado 3 y 4 son considerados severos.²

Anatómicamente, la episiotomía involucra los mismos planos que un desgarro de segundo grado y se asocia con complicaciones tempranas y tardías de mayor severidad y duración que los desgarros espontáneos, incluyendo prolapso genital e incontinencia urinaria y fecal. Por otro lado, diferentes

estudios han sido realizados para identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de desgarros perineales durante el parto vaginal, con el fin de minimizar su ocurrencia. Los factores maternos y de parto identificados en trabajos previos incluyen la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la nuliparidad, el uso de episiotomía, el parto vaginal instrumentado (fórceps y/o vacuum), la presión fúndica, el peso al nacer, la variedad de posición (occipito-posterior), la distocia de hombros, el expulsivo prolongado, la inducción del trabajo de parto y la anestesia epidural.³

La episiotomía en gestantes nulíparas, es un procedimiento de cirugía menor que consiste en seccionar tejido muscular, mucosa y piel del periné que se encuentran en periodo expulsivo del trabajo parto, siendo de dos tipos episiotomía mediana y episiotomía media lateral teniendo como complicación traumatismo perineal, que son desgarro de los tejidos vulvo perineales posterior a la realización de la episiotomía.⁴

De una población de 449 casos de gestantes nulíparas con episiotomía y usando la fórmula para poblaciones finitas obtuvimos la muestra de 209. El análisis estadístico de las diferencias se a utilizando la prueba de Chi Cuadrado de Pearson considerando que la diferencia es significativa cuando $p < 0.05$.⁸

El informe consta de tres capítulos: capítulo I está constituido por el planeamiento metodológico, el capítulo II está constituido por marco teórico y el capítulo III está constituido presentación, análisis e interpretación de resultados.

CAPITULO I

I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad existe controversia en el campo obstétrico en cuanto a la realización rutinaria de la episiotomía. La Organización Mundial de la Salud – OMS, dice que la cirugía es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarro natural.⁵

En países latinoamericanos como Argentina, hay un 62% de reducción en el número de episiotomías en mujeres multíparas o gran multíparas, así mismo en países como Colombia y Venezuela se realizaron análisis de costo – efectividad dentro de una política de episiotomía restrictiva.⁵

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%.⁶ 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.⁶

Las conclusiones obtenidas, basadas en ensayos clínicos aleatorizados demuestran que la práctica rutinaria de la episiotomía, principalmente la mediana, no previno los desgarros vaginales, ni evitó la presencia de lesiones severas o daño del esfínter anal y por el contrario, sí favoreció la aparición de desgarros perineales leves y de lesiones que comprometen el esfínter y la mucosa rectal.⁷ Tampoco se encontró que la episiotomía disminuya el trauma sobre el piso pélvico, por lo que no contribuye a la prevención del cistocele ni del rectocele; tampoco ayuda a disminuirla relajación del piso pélvico. Por el contrario, múltiples estudios identifican este procedimiento como un factor de riesgo para desarrollar distopias genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo; también puede retardar el reinicio de la actividad sexual.⁷

En cuanto a la duración del período expulsivo del parto, la episiotomía al parecer tampoco lo acorta en forma significativa ni modifica los resultados perinatales. Por el contrario, los estudios antes mencionados informaron un mayor riesgo de complicaciones tales como la extensión hasta el recto y aumento significativo del riesgo de laceraciones complicadas, infección, hemorragia posparto, hematomas, aparición de fístulas, celulitis y fascitis necrotizante, endometriosis perineal, aumento del dolor posparto y en ocasiones resultado anatómico insatisfactorio y dispareunia.⁷

El uso restrictivo de la episiotomía aparentemente tiene beneficios en comparación con la práctica rutinaria de la episiotomía. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas que se adoptan para controlar el dolor y el trauma perineal o vaginal severo. No obstante con el uso restrictivo de la episiotomía, hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior.⁸

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se desarrollará en el Hospital Regional de Pucallpa, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Pucallpa, distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, región Ucayali; manzana 125-A, entre los jirones Agustín Cauper Videira, (frente principal), Diego de Almagro, Mariscal Cáceres y por el respaldo, con el Jr. Luis Scavino Silva. Sus límites son por el Este con el margen izquierdo del Rio Ucayali, por el Oeste con la jurisdicción de Nuevo Paraíso, por el Norte con la jurisdicción de San Fernando y por el Sur con la jurisdicción de 2 de Mayo.

El área corresponde a la Región de Ucayali, ubicada en la parte oriental de Perú. Abarcando la provincia de Coronel Pedro Portillo y distrito Callería, cuya área de influencia son las cuencas del río Aguaytia y cuenca del río Ucayali. La ciudad de Pucallpa, se encuentra ubicada a una altitud de 154 msnm y sobre el punto geográfico Longitud Sur: 08°23'00" y Longitud Oeste: 74°32'15".

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Existe relación entre la episiotomía y el grado de severidad del traumatismo perineal realizada en gestantes nulíparas en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el período Enero a Diciembre del 2014?

1.3.2 Problemas Secundarios

- a. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron traumatismo perineal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?

- b. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de I Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?
- c. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de II Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?
- d. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de III Grado en el Hospital de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014 Regional?
- e. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de IV Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la episiotomía y el grado de severidad del traumatismo perineal realizada en gestantes nulíparas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el período Enero a Diciembre del 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a. Cuantificar el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron traumatismo perineal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.

- b. Conocer el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de I Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.
- c. Conocer el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de II Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.
- d. Conocer el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de III Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.
- e. Cuantificar el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de IV Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

Existe relación entre la episiotomía y el grado de severidad del traumatismo perineal realizada en gestantes nulíparas en el Hospital Regional de Pucallpa.

1.5.2 Hipótesis Especifica

Se presenta con mayor frecuencia casos de traumatismo perineal de primer grado en gestantes nulíparas sometidas a episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa.

1.5.3 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E

INDICADORES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Episiotomía en gestantes nulíparas

VARIABLE DEPENDIENTE: Traumatismo Perineal.

INDICADORES

Nº	Tipo de Variable	Nombre de Variable	Definición Teórica	Dimensión Categoría	Tipo	Escala de Medición	Indicador Valores
1	Independiente	Episiotomía en gestantes nulíparas.	Procedimiento de cirugía menor que consiste en seccionar tejido muscular, mucosa y piel del periné en gestantes nulíparas que se encuentran en periodo expulsivo del trabajo de parto.	Categórica	Nominal	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Episiotomía Mediana• Episiotomía Media lateral
2	Dependiente	Traumatismo Perineal.	Desgarro de los tejidos vulvo perineales posterior a la realización de la episiotomía.	Categórica	Ordinal	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Desgarro de I Grado• Desgarro de II Grado• Desgarro de III Grado• Desgarro de IV Grado

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, observacional, correlacional, para determinar la relación entre la episiotomía realizada en gestantes nulíparas y el grado de

severidad del traumatismo perineal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el período Enero a Diciembre del 2014.⁹

La presente investigación es un trabajo de tipo descriptivo como lo expresa (Danhake, 1989), reportado por Hernández: “Los estudios descriptivos buscan identificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”.⁹

Los estudios descriptivos miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno investigar. Desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos para investigadores cuantitativos y recolectar información para la investigación cualitativa. Los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.¹⁰

Las variables contempladas en la presente investigación son episiotomía en gestantes nulíparas y traumatismo perineal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2014, considerando los desgarros de I, II, III y IV Grado.¹⁰

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno. Aquí se indicará si se trata de una investigación exploratoria, descriptiva o explicativa.

En cualquiera de los casos es recomendable justificar el nivel adoptado.¹⁰

1.6.3 MÉTODO.

El presente trabajo de investigación por su naturaleza, exige utilizar los siguientes métodos:

- a. **Problemático - Hipotético:** En cuanto se basa en la formulación de un problema sobre la realidad y en adelantar conjeturas o soluciones probables a dichas cuestiones.⁸

- b. **Deductivo:** Es deductivo, porque en función del principio de causalidad y la demostración de las hipótesis mediante el manejo de lo más probable, se obtendrán conclusiones generales.¹¹

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La constituyen todas las gestantes nulíparas a las cuales se les atendió el parto con episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo Enero – Diciembre del año 2014, siendo en total 449 gestantes.¹¹

1.7.2 Muestra

El tamaño de la muestra se halló con una fórmula que es aplicable para poblaciones finitas y es la siguiente:

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

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

p = Probabilidad de éxito 50% (0.50)

q = Probabilidad de fracaso 50% (0.50)

E= Es el margen de error considerado por el investigador y es de 5% (0.05)

Z= Valor de la distribución Normal para un intervalo de confianza del 95% cuyo valor es 1.96 ¹¹

Entonces:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (449) * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 (449 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$n = 209.36$

Tomando la decisión de redondear a 209 historias clínicas para contrarrestar los errores no muestrales. La elección de los 209 elementos de la muestra se realizará mediante muestreo aleatorio simple (por balota).

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Técnica de fichaje.- Se utilizó para registrar la información bibliográfica acerca de la episiotomía en gestantes nulíparas y traumatismo perineal.¹¹

a. Técnica de procesamiento de datos.- Para el tratamiento de los datos se usaron los siguientes procedimientos:

- Se digito la información básica contenida en la matriz de recolección de datos en una base de datos efectuando la codificación correspondiente utilizando el software SPSS. Ver 22.0
- Luego se prepararon seis archivos: uno para la corrida de la hipótesis general y dos archivos para las hipótesis secundarias.
- Posteriormente se procedió a utilizar el método estadístico: Prueba de Chi Cuadrado de Pearson, tanto para la hipótesis general y para la hipótesis específica, presentando los resultados.¹¹

b. Técnica de análisis e interpretación de datos. Para el análisis de los datos se utilizó el Programa Estadístico SPSS v 22.0. Primero se hará una descripción de los tipos de traumatismo perineal y luego se estudiarán las posibles asociaciones con la episiotomía en gestantes nulíparas. El análisis estadístico de las diferencias se a utilizando la prueba de Chi Cuadrado de Pearson considerando que la diferencia es significativa cuando $p < 0.05$.¹¹

1.8.2 Instrumentos

Los datos se recopilaron mediante su registro en una matriz de recolección de datos, instrumento que fue elaborado de manera previa a la intervención, mediante la identificación de las variables relacionadas con el problema de investigación, utilizando como fuente de datos las historias clínicas y el Sistema

1.9 JUSTIFICACIÓN E INPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN.

El uso indiscriminado de la episiotomía configura una innecesaria agresión a la mujer.¹⁴ Además representa un costo de salud también innecesario. A partir de ella surgen recomendaciones nacionales e internacionales, incluso desde la Organización Mundial de la Salud, que recomiendan 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.¹²

Una de las estrategias sería diseminar la información científica y capacitar al personal de salud en la lectura crítica de la literatura. La medicina basada en las evidencias brinda las herramientas necesarias para alcanzar estos objetivos.⁹ Estudios de alta calidad publicados previamente brindan fuerte evidencia de que la episiotomía no debe ser efectuada en forma rutinaria. Su uso debería restringirse a situaciones clínicas específicas.¹²

IMPORTANCIA.

Es probable que la asistencia del parto sin episiotomía, exija un cambio en la actitud del profesional actuante.¹⁵ Sería necesario capacitar al personal de salud en adquirir las habilidades necesarias para efectuar el parto sin el uso de episiotomía en forma rutinaria. En algunas instituciones la episiotomía es una práctica habitual a pesar que los

datos disponibles hace más de una década muestran que no mejora los resultados.¹⁶

Esto sugiere que se necesitan intervenciones que cambien el comportamiento de los profesionales. Es por ello que se propone realizar esta investigación para establecer la relación entre la episiotomía en gestantes nulíparas y el traumatismo perineal, con la finalidad de plantear acciones y recomendaciones que contribuyan a su regulación y uso no indiscriminado.¹³

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

- a) **Lady Guissela Zamora Cifuentes**, en su trabajo realizado en el año 2011, realizó el trabajo realizado en Hospital José María Velasco Ibarra Tena Riobamba-Ecuador 2011. **Objetivo** de identificar Ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena. **Material y Método:** Estudio retrospectivo transversal. Se trabaja con una muestra de 123 historias clínicas de mujeres nulíparas, obteniéndose información en una ficha de recolección de datos que se analizan en el programa estadístico de Microsoft Excel y SPSS . Se organizan dos grupos de pacientes con y sin episiotomía, obteniéndose. **Resultados** 62% de nulíparas no se realiza episiotomía, de acuerdo a la edad y peso de la gestantes no hay

diferencias dignas de mención, de los recién nacidos el 96,7% tiene entre 37 y 41 semanas; el 92,7% pesa entre 2500 - 4000 gr en los dos grupos, 4 pesan más de 4000 gr. con episiotomía; el perímetro cefálico predominante es de 33 a 35cm en los dos grupos, solo el 1,6% es mayor de 36 cm; el APGAR fue mayor de 7 en el 99,2% en los dos grupos sin mayor diferencia estadística. Las complicaciones más frecuentes en los dos grupos son los desgarros: sin episiotomía desgarro Grado I 22,8%, y Grado II 4,9%. Con episiotomía existe 9,8% desgarro Grado II, 2,4% desgarro Grado III y 1,6% desgarro Grado IV, Hematoma 5,7%, Infección y Dehiscencia el 1,6%. **Conclusión** que las características de la madre y antropometría fetal no repercuten mayormente en la práctica de episiotomía, las complicaciones se presentan con mayor incidencia al realizar la episiotomía por lo que se recomienda mayor capacitación al personal médico para mejorar técnicas de protección perineal.¹⁷

- b) **Juan Lorenzana Cruz y José Espinal Rodríguez**, realizaron un estudio en sala de labor y parto del Hospital Escuela en Honduras en el año 2001. **Objetivo** es determinar la prevalencia general de desgarros perineales cuando se hace o no la episiotomía durante la atención del parto normal independiente de la paridad. **Material y Método:** Se realizó un estudio experimental. Se tomó una muestra de 1936 madres, se les atendió parto normal en la Sala de Labor y Partos del Hospital Escuela en un período de 1998 a 2000. Se dividieron dos grupos; al grupo A no se le realizó episiotomía (control) y al grupo B se le realizó episiotomía. **Resultados** que hubo una frecuencia de desgarros de 23%; en relación al Grado III fue de 2.9% y al Grado IV fue de 3.3%. Hubo aumento en los desgarros GI y II al no hacer la episiotomía y disminuyendo los Grado III y IV. Al hacer episiotomía aumentan los grados III y IV. **Conclusión** la episiotomía, según los hallazgos del estudio, puede hacerse en forma selectiva en nuestros hospitales o cuando esté indicada, se comprobó que disminuye la frecuencia de los desgarros grado III y IV, al mismo tiempo se reduciría la morbilidad a que estos conllevan.¹⁸

c) **Francis Paulina, Abril González y Cols.**, realizaron un trabajo en el Hospital Universitario de Bogotá Colombia en el año 2007. **Objetivo:** identificar los factores de riesgo para desgarros perineales grado II o superior durante el parto vaginal de pacientes atendidas por personal en entrenamiento en un hospital universitario con política selectiva de episiotomía. **Metodología:** se realizó un estudio analítico de cohorte prospectivo, incluyendo mujeres atendidas por parto vaginal en el Hospital de Engativá ESE nivel II entre noviembre de 2006 y mayo de 2007. Entre ellas, se identificaron aquellas que presentaron desgarros perineales grado II o mayores y se excluyeron las pacientes a quienes se les realizó episiotomía, parto instrumentado o cesárea por cualquier indicación obstétrica. **Resultados:** se incluyeron 149 pacientes de las cuales 81 (54,4%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura. Los factores de riesgo significativos para desgarro perineal durante el parto vaginal sin episiotomía fueron la duración de la fase activa del trabajo de parto mayor de 420 minutos (RR=1,45; IC95% 1,10-1,91), peso del neonato mayor de 3.100 g (RR=1,43; IC95% 1,05-1,94) y la inducción del trabajo de parto (RR=1,38; IC95% 1,03-1,86). El nivel de educación del operador, la paridad, el perímetro cefálico y la duración del expulsivo no fueron estadísticamente significativos mientras que el análisis de regresión logística estableció que el peso (RR=2,6; IC95% 1,25-5,49) y la duración de la fase activa (RR=3,0; IC95% 1,33- 6,48) fueron los factores de riesgo significativos. **Conclusiones:** la duración de la fase activa y el peso del neonato son factores de riesgo para desgarro perineal. Por el contrario, ni la inducción del parto ni el nivel de formación del operador fueron factores de riesgo estadísticamente significativos.¹⁹

d) **Lina Figueira Rodríguez, Manuel Ibarra Arias, y cols.** Se realizó un estudio en Caracas, Venezuela 2004. **Objetivo** comparar la utilización rutinaria de la episiotomía con su uso selectivo en pacientes nulíparas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, aleatorio y controlado con 100 pacientes nulíparas entre marzo y

noviembre de 2002. Cincuenta pacientes fueron asignadas al grupo de episiotomía rutinaria y 50 al de episiotomía selectiva. **Resultados:** La principal variable en el estudio fue el daño perineal. Los desgarros perineales severos fueron poco frecuentes y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo rutinario y el selectivo (4% vs 0%, $p= 0,495$), mientras que los desgarros anteriores y los perineales leves fueron más frecuentes en el grupo selectivo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la duración del período expulsivo, presencia de meconio, puntuación de Apgar, gasto en material de sutura, dolor y complicaciones a las 24 y 48 horas. La mayoría de las pacientes del grupo selectivo (76%) sólo presentaron desgarros leves o no presentaron desgarros; entre ellas un 30 % no requirieron sutura. Estos resultados no demuestran ninguna ventaja clínicamente significativa con el uso rutinario de la episiotomía; tasas superiores al 30% no se justifican.²⁰

- e) **Maribel Escobar Martínez, Max Gonzales, Gonzalo Aramayo**, en su trabajo realizado en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, en 2009 con el **Objetivo:** Determinar la frecuencia del uso de la episiotomía en el servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, en segundo semestre de 2009. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo. Área de estudio: Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz de la Caja Nacional de Salud. Universo: Se trabajó con el total del universo, 105 pacientes cuyo parto vaginal fue atendido en este hospital durante los meses de marzo a mayo de 2009. Instrumentos de recolección de datos: Historia clínica perinatal. Resultados: De las 105 mujeres con parto vaginal se realizó episiotomía en 51 (49%) de las pacientes atendidas. Sin embargo, se registraron un total de 33 desgarros perineales, de los cuales el mayor porcentaje se da en pacientes sin episiotomía 32 (97%). Conclusión: El uso de la episiotomía es menor en relación a estudios de referencia; sin embargo la frecuencia de desgarro

perineal es mayor en mujeres sin episiotomía. Palabras clave: Episiotomía, parto, desgarro perineal.²¹

NACIONALES

- f) **Frank Albino Sánchez**, realizó un estudio en el Hospital de Apoyo de Sullana, Perú en el año 2005. **Objetivo** determinar en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana entre los meses de Marzo – Setiembre del 2005. **Material y métodos:** Se realizó un estudio explicativo, retrospectivo, comparativo y de corte longitudinal con la finalidad de para lo cual se aplicó una encuesta y revisión de historias clínicas llegándose a los siguientes **resultados**. La episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal, más moderado y más intenso que el dolor en mujeres provenientes de parto sin episiotomía. Este procedimiento no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, sin embargo estos significativamente más graves que en el parto normal, ya que son de tercer y cuarto grado, mientras que en el parto normal se dan en la modalidad de primer y segundo grado. A pesar de ello las mujeres episiotomizadas presentan menos laceraciones que las no episiotomizadas. En **conclusión**, la episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales, dicho procedimiento también se relaciona con una mayor prevalencia de edemas vulvoperineales y agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias.²²
- g) **Casanova Chang MeyLin y Luna Zafra Tania Jessica**, realizaron el estudio en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé desde enero del 2000 a diciembre del 2004, Lima, Perú. **Objetivos:** comparar las complicaciones que se presentan con el uso sistemático y el no uso de la episiotomía mediolateral. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo

descriptivo retrospectivo transversal. El estudio se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, centro especializado en la atención del niño y de la madre. **Resultados:** La muestra está constituida por 146 pacientes con el diagnóstico de TPP durante el parto vaginal, en el periodo de enero del 2000 a diciembre del 2004.

Durante el periodo de estudio se produjeron 25,044 partos vaginales de los cuales 146 TPPG, con una incidencia anual promedio de 0,58%. En cuanto a los factores de riesgo estudiados se halló: tipo de episiotomía: a 69,2% (101 casos) se les había realizado episiotomía mediana y a 25,3% (37 casos) no se les realizó episiotomía. Tipo de parto: los TPPG se presentaron con mayor frecuencia en los partos vaginales (89,7) en los partos instrumentados con fórceps (8,9%) y en los partos instrumentados con vacuum extractor (1,4%). Número de partos: los casos de TPPG se presentaron más frecuentemente en nulíparas (80,1%) que en multíparas (19,9%). Peso del recién nacido: en 85,6% de los casos TPPG, los recién nacidos pesaron menos de 4 Kg. Y solo en 14,4%, más de 4 Kg. **Conclusión:** Al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones post parto, pero de menor severidad, que cuando esta se realiza de manera sistemática. La aplicación sistemática de la episiotomía se asocia a complicaciones post parto severas como los hematomas, las infecciones, los edemas, los desgarros perineales, las dehiscencias parciales y totales de episiorrafias. Cuando no se realiza episiotomía es mayor el número de laceraciones y desgarros de I° y II°. La dehiscencia de episiorrafia es la principal complicación que se presenta como resultado de la aplicación de la episiotomía sistemática. Existe mayor riesgo de desgarro de III° y IV°. El tiempo de expulsivo aumenta discretamente cuando no se realiza la episiotomía. El puntaje de apgar al minuto y a los 5 minutos no varía cuando no se practica la episiotomía.²³

- h) **Alexander Longaray Chau**, realizó el estudio Hospital Belén de Trujillo, Perú en el año 2010. **Objetivo:** identificar los factores de riesgo asociados

a desgarro perineal de III° y IV°. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, analítico de casos y controles, con todas las pacientes afectadas de desgarros perineales de III o IV grado, denominadas casos, y las pacientes que no sufrieron desgarros perineales, denominadas controles, en el Hospital Belén de Trujillo, durante enero del 2002 a diciembre del 2008. **Resultados:** 45 pacientes presentaron desgarro perineal de III o IV grado (casos) y 135 no presentaron desgarros (controles). El tipo de desgarro con mayor presentación fue III grado, con 43 pacientes (95,5%). Se encontró significancia estadística con las siguientes variables: macrostomía fetal (OR= 8,11; <1,77 – 41,88>) (p = 0,0007) e instrumentación del parto (OR = 16,75; <1,81 – 390,23>) (p = 0,0008); sin embargo, la baja talla materna, la episiotomía y la atención por interno no presentaron significancia estadística (p < 0,05). Según el análisis de regresión logística, el factor de riesgo que más se asoció fue la macrostomía fetal (p = 0,0019; OR = 9,26). **Conclusión:** Los factores de riesgo asociados al desarrollo de desgarro perineal de III o IV grado fueron: macrosomía fetal e instrumentación del parto. Palabras clave: Desgarro perineal de III° o IV° grado, macrostomía fetal, baja talla materna, parto instrumentado, episiotomía, atención por interno.²⁴

- i) **Danae Olimpia Atunca Sernaque, Cynthia Simona Huamán Tomairo realizaron el trabajo Instituto Nacional Materno Perinatal Lima Perú 2011. Materiales y métodos:** El tipo de estudio es analítico de casos y controles la presente investigación se ha realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, sede docente de la Facultad de Medicina de la UNMSM y consecuentemente de la EAP de Obstetricia. **Resultados:** Se encontró que el 79.2% presentó desgarro de primer grado, el 74.6% de pacientes se encontraron entre 20 y 34 años de edad, el grado de instrucción más frecuente es el quinto año de secundaria con 57.3%. El distrito de mayor concurrencia al Instituto Nacional Materno Perinatal fue San Juan de Lurigancho con 26.5% de pacientes. La infección de transmisión sexual con más frecuencia fue la candidiasis con 3.1%.

Del grupo con desgarro perineal se encontró respecto a la paridad que el 80% fueron multíparas, en cuanto al peso del recién nacido el 84.6% estuvo en el rango de peso adecuado. El 43% de pacientes en este grupo presentó anemia. El tiempo del expulsivo de mayor frecuencia fue menos o igual a 10 minutos con 78.5%. El 73.8% de este grupo no tuvo preparación psicoprofiláctica. En cuanto al periodo intergenésico, el 47.3% presento un PIG largo, el 36.9 % presentó un PIG adecuado.

Del grupo sin desgarro perineal resultó que el 79.2% fueron multíparas, el 97.7% tuvo recién nacidos con peso adecuado. El 28.5% tuvo anemia. El 78.5% presento un periodo expulsivo menor o igual a 10 minutos. El 73.8% no tuvo preparación psicoprofiláctica. El 51.5% presentó un periodo intergenésico adecuado y el 33.9% un PIG largo.

Conclusiones: Dentro de los factores maternos podemos concluir en cuanto a la edad, que pertenecer al grupo de adolescentes o mayores de 35 años, aumenta el riesgo para la presencia de desgarro perineal. Las pacientes con anemia tienen unas 1.9 veces más riesgo de presentar desgarro perineal que las pacientes sin anemia. La presencia o ausencia de psicoprofilaxis no se relaciona con el desgarro perineal. En cuanto a los factores obstétricos, en relación a la paridad se concluye que las primíparas tienen 1.5 veces más riesgo que las multíparas y las gran multíparas de presentar desgarro perineal. Presentar el segundo periodo de parto menor o igual a 10 minutos se relaciona con la presencia de desgarro perineal. Aquellas con un periodo intergenésico corto o largo tienen más riesgo (1.5 y 1.9 respectivamente) de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado. En cuanto a los factores neonatales, en relación al peso del recién nacido, se obtuvo que los macrosómicos tienen unas 23 veces más riesgo de hacer desgarro perineal frente a los de peso adecuado y a los de peso menor de 2500 grs. En general de los tres factores mencionados, se obtuvo que los neonatales son considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y obstétricos.²⁵

j) **Nelson Solis Almonacid realizó un estudio en el HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO SAN BARTOLOMÉ Lima Perú 2006.**

Materiales y métodos: Se realizó una investigación de tipo Descriptivo Transversal, un estudio de Cohortes y Prevalencia. La muestra incluyó a todas las pacientes con el diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave durante el parto vaginal durante el 01 Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2004.

Resultados: En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 1° Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2004 se produjeron 25044 partos vaginales y 146 presentaron desgarros perineales posteriores graves, con una incidencia anual promedio de $0,58 \times 100$. De los 146 casos de desgarros perineales posteriores graves que se produjeron, se encontró que el 69,18% (101 casos) se les había realizado episiotomía medio lateral, 5,48% (8 casos) se les realizó episiotomía mediana, y en el 25,34% (37 casos) no se les había realizado episiotomía, lo cual indica que el uso de la episiotomía incrementa el riesgo de desgarro posterior grave. Los desgarros perineales posteriores graves se presentaron con mayor frecuencia en los partos vaginales (89,73%), en segundo lugar en los partos instrumentados con fórceps (8,9%) y finalmente en los partos instrumentados con vaccum extractor en el (1,37%), lo cual indica que el parto instrumentado con forceps en particular no incrementaría el riesgo de desgarro perineal posterior grave, pero además hay una tendencia marcada descendente al parto instrumentado en los últimos años. Los casos de desgarros perineales posteriores graves se presentaron más frecuentemente en nulíparas (80,14%) que en multíparas (19,86%), con lo cual podemos observar que la nuliparidad es un factor de riesgo que incrementa la presentación de desgarros perineales posteriores graves. En el 85,62% de los casos de desgarro perineal posterior grave pesaron menos de 4 Kg. y solo en el 14,38% pesaron más de 4 Kg. no se observó que el peso mayor de 4 Kg. incremente el riesgo de esta patología.

En **conclusiones** el uso de la episiotomía y la nuliparidad incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave. El parto instrumentado con fórceps y el feto grande no se asocia al traumatismo perineal posterior grave.²⁶

LOCALES

No se encontró investigaciones relacionados al tema a nivel local.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA PERINEAL.

Las estructuras perineales son con frecuencia dañadas durante el parto. A pesar de ello, desgraciadamente su reparación es a menudo inadecuada, en gran parte debido al conocimiento subóptimo de la anatomía del periné por parte de los profesionales.²⁷

Es importante conocer que la medida media del cuerpo perineal es de 3,9 cm. sin encontrar diferencias significativas entre las mujeres nulíparas o multíparas. Un cuerpo perineal de una longitud de 2,5 cm. o menos tiene un riesgo significativamente mayor de presentar un desgarró severo durante el parto vaginal (hasta 10 veces mayor) comparado con una longitud del cuerpo perineal de más de 2,5 cm.; las mujeres con cuerpos perineales cortos también presentan un riesgo mayor de parto instrumental. Otros expertos como Aytan proponen como longitud crítica los 3 cm. considerando que en cuerpos perineales de menos de esta medida incrementa el riesgo de desgarró de tercer y cuarto grado, indistintamente del tipo de episiotomía empleada (media o media lateral).²⁷

El cuerpo tendinoso del periné o núcleo fibroso central del periné es un complejo fibromuscular en el que se insertan distintas estructuras. Forma el punto central entre los triángulos urogenital y anal del periné. Musculatura de la pared lateral y suelo de la pelvis. Núcleo central del periné. (Sobotta; Atlas de Anatomía Humana). Músculos perineales del diafragma pelviano y urogenital.

Marcado el núcleo fibroso del periné. (Tomado de MP. CambraLinés). Sus límites anatómicos son: cefálicamente el septo rectovaginal (la fascia de Denonviellers), caudalmente la piel del periné, anteriormente la pared posterior de la vagina, posteriormente la pared anterior del ano y del recto, y lateralmente las ramas isquiáticas.²⁷

El cuerpo tendinoso del periné está desprovisto de tejido graso subcutáneo. Tras eliminar el tejido graso subcutáneo de los triángulos adyacentes urogenital y anal, se puede explorar la anatomía del cuerpo fibroso perineal. El piso inferior (caudal) está formado por los músculos bulbocavernosos, (a ambos lados y profundos a los labios mayores y al introito vaginal), y por el músculo transverso superficial del periné. A este nivel también se encuentra la porción subcutánea del esfínter anal externo. El piso superior (craneal) está formado por las fibras profundas del esfínter anal externo y la porción puborrectal del músculo elevador del ano.²⁰

Anteriormente, el núcleo del periné está firmemente adherido a la *muscularis* de la mucosa vaginal; se inserta en su parte anterior al hueso púbico por los músculos puborrectal y pubovaginal. Lateralmente, está anclado a las ramas isquiáticas por el músculo transverso superficial del periné, y sus bordes laterales superiores se anclan a las porciones pubococcígea, pubovaginal y puborrectal del grupo de músculos que constituyen el elevador del ano. (11) En el límite posterior y superior, el cuerpo perineal comunica con la vaina fibrosa del esfínter anal interno, a nivel de la unión anorrectal del canal anal.²⁰

El complejo del esfínter anal descansa sobre la parte inferior del cuerpo tendinoso del periné. Está formado por el esfínter anal externo, el esfínter anal interno y el componente puborrectal del músculo elevador del ano²⁰. El esfínter externo se compone a su vez de tres partes: componentes profundo, superficial y submucoso. Los dos primeros, los componentes profundo y superficial,

rodean el esfínter anal interno. El componente submucoso del esfínter externo se localiza por debajo (caudal) del esfínter anal interno. El esfínter interno es una continuación de las fibras longitudinales musculares del recto; está formado por músculo liso y rodea el canal anal en una longitud de unos 2 a 4cm., situándose entre la mucosa anal y el esfínter anal externo. Su grosor medio es de 1,5 a 4mm.²⁰

El esfínter anal externo está formado por músculo estriado y es innervado por el nervio pudendo. Su longitud media es de unos 2cm. característicamente, ambos esfínteres se solapan en una distancia media de unos 1,7 cm. la continencia anal se mantiene gracias a una compleja interacción de nervios y músculos viscerales y somáticos. La actividad tónica del esfínter anal interno normalmente mantiene el ano cerrado y es el máximo responsable de la continencia anal. Aunque el esfínter anal externo es un músculo voluntario tiene cierta actividad continua; contribuye a la continencia fundamentalmente en situaciones de aumento de la presión intraabdominal.²⁰

La continencia se mantiene cuando el complejo esfinteriano anal permanece estructural y funcionalmente intacto. El traumatismo directo durante el parto, o la lesión del nervio pudendo pueden alterar su anatomía o fisiología desencadenando síntomas de incontinencia anal. Cuando se daña el esfínter externo, la urgencia defecatoria es el síntoma prioritario; si la lesión afecta también el esfínter interno la incontinencia suele empeorar, con incapacidad para controlar el paso de heces y gases.²⁰

IMPORTANCIA CLÍNICA DEL CUERPO TENDINOSO PERINEAL.

Las funciones clínicas del núcleo fibroso central del periné son múltiples; por ello, cuando su anatomía se ve modificada o dañada durante el parto (bien

sea por traumatismo espontáneo o tras la realización de una episiotomía), su funcionalidad puede verse alterada dando lugar a manifestaciones clínicas en cualquiera de estos campos:²⁸

1. Anclaje del canal anal.
2. Anclaje de la vagina.
3. Prevención del ensanchamiento del hiato urogenital.
4. Barrera física entre a vagina y el recto.
5. Mantiene la plataforma del orgasmo.
6. Mantiene la continencia de orina.
7. Mantiene la continencia anal.

ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA EPISIOTOMÍA.

La primera mención de una abertura quirúrgica del periné para prevenir desgarros y facilitar la expulsión del feto en trabajos de parto prolongados apareció en el año de 1741 y fue realizada por Sir Fielding Ould, partero de Dublín, Irlanda, quien posteriormente publicó en 1742 sus recomendaciones en su *Treatise Of Midwifery In Three Parts*. En la primera mitad del siglo pasado se registró a todo el mundo un incremento sustancial en la práctica de la episiotomía, coincidente con la movilización de las parturientas de sus hogares a los hospitales para la atención del parto y el cambio de la partera por el médico en dicho proceso. Antes de este fenómeno, las parteras estaban encargadas de la atención de la paciente en su domicilio y solo los casos complicados eran asistidos por el médico. En Estados Unidos se publicó, en 1852, el caso de una adolescente con preeclampsia y trabajo de parto prolongado, a quien se realizó una incisión perineal con bisturí para evitar un desgarró del recto, el reporte fue hecho por Taliaferro.²⁹

El mayor auge de la episiotomía en la práctica obstétrica de los EEUU, se alcanzó luego de los artículos de Pomeroy en 1918 y De Lee en 1920. La conducta de entonces cambió. Se pasó del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía, (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profilático, particularmente en primíparas. Los argumentos esgrimidos a favor de la episiotomía rutinaria fueron los siguientes:

1. "Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período dilatante y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado".
2. "Individualmente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar".
3. "Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la comprensión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc."
4. "Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas".²⁹

Otros factores que influyeron en el incremento de la episiotomía fueron las innovaciones en anestesia, el apoyo por parte de famosos obstetras que popularizaron los fórceps y las mejorías de la práctica quirúrgica en general, por la llegada de los materiales de sutura y los antibióticos. La episiotomía llegó a convertirse en el procedimiento quirúrgico más comúnmente practicado e introducido sin una evidencia científica sólida que justificara su efectividad.²⁹

EPISIOTOMÍA.

Es un sentido estricto, la episiotomía es una incisión de las partes pudendas. La perineotomía es la incisión del perineo sin embargo en el lenguaje común, el termino episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía, una práctica que se sigue aquí. La incisión puede practicarse en la línea media para la episiotomía media o es posible empezar en la línea media pero dirigirse hacia

afuera y abajo en dirección opuesta del recto, lo que constituye una episiotomía mediolateral.³⁰

OBJETIVOS DE LA EPISIOTOMÍA

Exceptuando el corte del cordón umbilical, la episiotomía es la operación más corriente en obstetricia. Las razones de su popularidad son evidentes: sustituye, por una incisión quirúrgica limpia y recta, la desigual laceración que con frecuencia se produciría; es más fácil de reparar y cicatriza mejor que un desgarró, y la episiotomía media lateral reduce la probabilidad de desgarró rectales.³¹

Recientemente, algunos autores han cuestionado las ventajas de la episiotomía (Thacker y Banta, 1963) al igual que ha ocurrido con otros aspectos de la atención obstétrica. Puede decirse con seguridad, sin embargo, que desde la era de los partos hospitalarios con la episiotomía se ha producido un notable descenso del número de mujeres atendidas posteriormente por cistocelos sintomáticos, rectocelos, prolapsos uterinos e incontinencia de esfuerzo.³¹

En lo que a la episiotomía se refiere, las preguntas que debe hacerse el obstetra son:

1. ¿Con que intervalo debe practicarse antes del parto?
2. ¿Debe realizarse una incisión media o media lateral?
3. ¿Debe suturarse la incisión antes o después de la expulsión de la placenta?
4. ¿Cuáles son los mejores materiales de sutura y la técnica a emplear?

Momento oportuno para la episiotomía. Si la episiotomía se realiza demasiado pronto, la hemorragia de la herida abierta puede ser considerable durante el tiempo que transcurre en la incisión y el nacimiento del niño. Si se practica demasiado tarde, los músculos del suelo perineal ya se habrán

distendido excesivamente, y si habrá frustrado uno de los objetivos de la operación. La costumbre es practicar la episiotomía cuando en el transcurso de una contracción es visible un diámetro de 3 a 4 cm de cabeza fetal.³¹

Respecto a este punto se plantea la cuestión de si la episiotomía debe practicarse antes o después de la aplicación de fórceps. La aplicación y articulación de fórceps son ramas ampliamente separadas, como en los fórceps de Simpsons, puede desgarrar el introito. La aplicación de fórceps con ramas estrechas como fórceps de Tucker Mc Lane, antes de la episiotomía no suele ser tan traumática. Aunque es más difícil practicar la episiotomía con los fórceps colocados, la pérdida de sangre de la herida de la episiotomía es inferior con esta técnica ya que puede ejercerse reacción inmediata a los fórceps y la cabeza del niño tapara el suelo perineal con mayor rapidez que empleando cualquier otra técnica.³¹

CLASIFICACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA:

Profiláctica.- Cuando se realiza para prevenir un posible desgarro perineal.

Complementaria.- Como su nombre lo indica complementa otro procedimiento obstétrico.

Iterativa.- Cuando se incide un anillo vulvoperineal previamente incidido.³²

CLASIFICACIÓN DE LA EPISIORRAFIA:

Precoz.- Inmediatamente después del parto.

Tardía.- Entre 12 y 24 horas después del parto.

Secundaria.- Se trata de una resutura cuando no hubo una cicatrización adecuada.³²

VARIEDADES DE EPISIOTOMÍA.

En la actualidad se practican básicamente dos tipos, la media y la media lateral. Algunos han propuesto la episiotomía restrictiva (mínima invasión) reportando menor morbilidad. Los tejidos incididos en la episiotomía son: piel, tejido subcutáneo, mucosa vaginal, septo urogenital (mayormente fascia) pero también el musculo transverso perineal, fascia superior del diafragma pélvico y, menos frecuentemente, fibras y la porción puborrectal del elevador del ano (en episiotomía mediolateral profunda).³²

Episiotomía media (Línea media) frente a episiotomía media lateral.

Las ventajas de los dos tipos de episiotomía pueden enumerarse como siguen:

Episiotomía media.

1. Fácil de reparar.
2. Escasas dificultades de cicatrización.
3. Infrecuente dolor en el puerperio.
4. No suele ir seguido de dispareunia.
5. Resultados anatómicos finales casi siempre excelentes.
6. Menor pérdida de sangre.
7. Extensión a través del esfínter anal y el recto relativamente frecuente.³²

Episiotomía media lateral.

1. Más difícil de reparar.
2. Dificultades de cicatrización más frecuentes.
3. Dolor en un tercio de casos durante unos días.
4. A veces va seguido de dispareunia.
5. Resultados finales anatómicos más o menos defectuosos en el 10 % de casos.
6. Mayor pérdida de sangre.
7. La extensión a través del esfínter es rara.³²

Seleccionando adecuadamente los casos es posible asegurar las ventajas de la episiotomía media y al mismo tiempo reducir al mínimo su única desventaja, el mayor riesgo de extensión de tercer grado. El tamaño del cuerpo perineal está relacionado con las probabilidades de laceración de tercer grado, ya que el accidente es naturalmente más probable si el cuerpo perineal es corto. La posibilidad de extensión de una episiotomía media es el esfínter rectal es también muy superior cuando el niño es grande, el occipucio es posterior en los partos con fórceps y partos de nalgas. En general es aconsejable emplear la episiotomía medio lateral en las circunstancias mencionadas y en los demás casos utilizar la incisión media. Pero incluso con esta selección de casos, la cifra total de laceraciones de tercer grado que se producen es probablemente superior a la derivada del empleo sistemático de la episiotomía medio lateral. En cualquier caso nunca deben emplearse tijeras puntiagudas, para evitar que la hoja posterior (interna) penetre inadvertidamente en el recto.³²

Benyon ha descrito más recientemente (1974) las experiencias realizadas siguiendo una práctica de episiotomía media sistemática de 1.166 nulíparas a las que se practicó episiotomía media, se produjo extensión a través del esfínter con afección del recto en 8%, la técnica de reparación fue similar a descrita posteriormente. Este autor destaca el hecho de que las episiotomías y reparaciones fueron practicadas por internos en prácticas. Después de la reparación no se produjeron problemas especiales con respecto a la acción intestinal.³²

Se prohibieron los supositorios, tubos rectares y enemas, y se evitaron los exámenes rectales. Se vigilaron todos los casos después de la reparación primaria, y solo en uno se identificó posteriormente una fistula rectovaginal. Por tanto una laceración de tercer grado como consecuencia de una episiotomía media no es necesariamente una catástrofe. A pesar de su único inconveniente, es un procedimiento satisfactorio en 9 de cada 10 casos.³³

INDICACIONES

Se ha puesto en duda la necesidad de la episiotomía de rutina para todos los partos vaginales. En un reciente boletín de práctica del American College of Obstetricians and Gynecologists se afirmó que las viejas ideas que indicaban que la episiotomía facilitaba el parto vaginal, especialmente el parto vaginal difícil u operatorio, o que mejoraba la evolución neonatal cuando se indicaba un parto rápido no se confirmaron con la evidencia actual. Los estudios de Myles y Santolaya y de Bodner Adler y cols. no pudieron demostrar reducción alguna de la lesión del esfínter anal o los desgarros de la mucosa rectal o una mejoría de la evolución neonatal en las mujeres sometidas a episiotomía.³²

Tradicionalmente se ha enseñado que la episiotomía sistemática evita las lesiones vaginales y perineales asociadas con la relajación pelviana posterior. Sin embargo se han publicado pocos datos que respalden la premisa de que la episiotomía “profiláctica” evita el cistocele, rectocele, el enterocele, el prolapso uterino vaginal o la incontinencia de orina de esfuerzo. Rockner y cols. evaluaron la fuerza de los músculos del piso de la pelvis por medio de conos vaginales y revelaron que las mujeres con episiotomías tenían menos fuerzas. En otros estudios, la evaluación nerviosa de los músculos del periné demostró que la magnitud de la denervación se asoció con el peso del bebe y con la duración del segundo estudio del trabajo de parto y que no se relacionó con la episiotomía. Sleep y Grant evaluaron partos en los cuales se restringió el uso de episiotomía en forma liberal. Durante los 3 años del seguimiento, se observaron escasas diferencias entre ambos grupos con respecto a la gravedad de la incontinencia o a la incidencia informada de incontinencia. Estos estudios indican que la episiotomía no parece ser útil para prevenir los cambios físicos y anatómicos o sintomáticos relacionados con la relajación pelviana.³²

Además hay pocos datos que respalden el uso de episiotomías profilácticas para evitar el “traumatismo” del feto, especialmente del feto pre término.

Aunque no hay evidencia que indique que es posible reducir el riesgo de distocia de hombro con el uso de episiotomía, muchos expertos consideran que una episiotomía generosa puede contribuir en el manejo de una distocia de hombro cuando se presenta.³²

En resumen, la opinión actual no avala el uso sistemático de episiotomía en el parto vaginal. Las ideas antiguas que sostenían que la episiotomía reducía el riesgo de lesión perineal o traumatismo durante el parto operatorio o mejoraba la evolución neonatal no se confirmaron en los estudios recientes. Sin lugar a dudas, la episiotomía brinda más espacio en un parto vaginal difícil. Estos partos se asocian con mayor riesgo de sufrimiento fetal y traumatismo materno. El obstetra debe individualizar a cada paciente y comparar los beneficios potenciales de la episiotomía con los riesgos documentados de la episiotomía, el parto vaginal sin episiotomía o incluso la cesárea.³²

TÉCNICA DE LA EPISIOTOMÍA MEDIA LATERAL.

Para la realización de la episiotomía se utiliza tijera roma. Aunque también puede emplearse bisturí. Se inicia en la horquilla vulvar y se dirige a la tuberosidad isquiática ipsilateral. La angulación exacta no ha sido precisada, sin embargo se sugiere que tenga un ángulo respecto de la línea media de al menos 40 grados; la mayoría de los libros de texto sugiere entre 45 y 60 grados; debe tener una longitud aproximada de 3 a 4cm; hay quienes sugieren que debe llegar a la fosa isquiorrectal (Wilson, 1969). Una sugerencia para conseguir una angulación de 45 grados es apoyándose en la horquilla con el periné bien distendido y dirigirse las tijeras con una ángulo de 90 grados al retirar las tijeras y después de la expulsión y alumbramiento se tiene un corte de 45 grados. Se puede prolongar el corte vaginal lo suficiente para eliminar la resistencia del periné, con las tijeras o los dedos y siempre protegiendo la presentación fetal.²⁹

Se procede a la revisión del cérvix y canal vaginal. Se inicia con una valoración cuidadosa de la extensión de la episiotomía y la busca de desgarros

perineales, vaginales y cervicales con la ayuda de dos valvas vaginales, una para la pared vaginal superior y otra para la pared vaginal inferior, sostenidas ambas por un ayudante.²¹ Se procede a pinzar los labios cervicales, anterior y posterior, con pinzas de anillos, se traccionan con delicadeza y es posible reubicar las pinzas a fin de visualizar la totalidad del cérvix. Una vez terminada la evaluación, se retira las pinzas y se procede a extraer lentamente las valvas vaginales, evaluando los fondos del saco y las paredes vaginales.³²

Se identifica el ángulo del corte en la vagina y se inicia la sutura 1 cm. de tras de ella, el periné se distiende y se une el tejido profundo para no dejar espacio muerto.(17) La mucosa vaginal se aproxima con un surgete anclado hasta un cm antes de llegar a las carúnculas vaginales y el plano profundo que sutura de preferencia con puntos separados diagonalmente, la submucosa, con puntos separados o continuos también diagonales y tratando de que la final coincidan perfectamente los tejidos (mucosa con mucosa, músculo con músculo). Finalmente podremos afrontar la piel de 2 formas la primera con puntos invertidos separados y la segunda con subdérmico continuo.²⁷

En cuanto al material de sutura se sugieren materiales absorbibles: vicryl, catgut crómico con calibre 0 y 00. Existen algunos estudios que han comparado estos materiales estándar y otros de absorción rápida, en la hipótesis en la producen menor dolor pero se ha encontrado mayor índice de dehiscencia.³¹

TÉCNICA DE LA EPISOTOMIA MEDIANA.

Se inicia introduciendo las tijeras romas en la horquilla vulvar dirigiéndolas sagitalmente, sin llegar al ano; se realiza un corte limpio protegiendo con la otra mano la presentación. Es importante valorar la extensión del perineo, ya que es muy variante pues tenemos perineo de 2 a 5cm. Aproximadamente es obvio que un perineo corto contraindica de manera relativa la realización de una episiotomía media. Debe realizarse cuando la cabeza fetal distiende del perineo lo suficiente para ver el cuero cabelludo fetal 2 o 3cm., idealmente bajo

bloque peridural o infiltración del área con anestésicos locales. Una vez realizado el corte perineal puede extenderse a la vagina con las tijeras, también en sentido sagital o con los dedos hasta una extensión de 2 a 4cm.durante la contracción.²⁹

Durante la expulsión del feto, se controla la velocidad de la expulsión, ya que una salida abrupta puede contribuir al desgarro perineal; con la otra mano se protege el perineo con la maniobra de Ritgen modificada. Terminada la expulsión del feto y el alumbramiento se procede la revisión del cérvix y canal vaginal y después a la reparación o episiorrafia. Se identifica el ángulo del corte en la vagina y se inicia la sutura 1 cm. Por detrás de ella se aproxima la mucosa vaginal con un surgete anclado hasta 1 cm. Antes de llegar a las carúnculas vaginales. En este lugar aplica un punto dirigido al periné y se anuda. Después se inicia el afrontamiento del rafe perineal, iniciando en la profundidad el primer plano con puntos separados. En seguida se puede realizar surgete continuo para aproximar la submucosa. Finalmente se afronta la piel de dos formas: la primera con puntos invertidos separados, y la segunda con subdérmicos continuos.²⁹

MOMENTO OPORTUNO PARA REPARAR LA EPISIOTOMÍA

La práctica más corriente consiste en demorar la reparación de la episiotomía hasta que sea expulsado la placenta esta política permite al ginecólogo prestar atención a los signos de desprendimiento placentario y extraer el órgano cuando se separa. Se cree que la expulsión precoz de la placenta disminuye la pérdida de sangre, ya que impide la hemorragia retroplacentaria extensa. Otra ventaja de esta práctica es que la reparación de la episiotomía no se ve interrumpida a causa de la evidente necesidad de extraer la placenta, especialmente si es necesario proceder a la extracción manual.³⁴

COMPLICACIONES DE UNA EPISIOTOMÍA.

Las complicaciones principales de la episiotomía son la infección, hematoma, la dehiscencia y la formación de fistulas. Es probable que la complicación individual más frecuente sea el desgarro (es decir la laceración de tercero o cuarto grado), en definitiva, los desgarros pueden generar incontinencia de gases y materia fecal, fistulas rectovaginales e infección. Como se sabe que el tipo de episiotomía mediana el 20% sufrían laceración de 3°. En el informe de Harris el 11% de 7000 mujeres sometidas a episiotomías medianas tuvo laceraciones de tercer o grado. En mujeres con estas laceraciones de 3° o 4°. El 2% presentó un tono esfinteriano inadecuado y el 0,1% desarrollo una fistula rectovaginal. Signorelo y cols. Realizaron un estudio de cohortes retrospectivo para evaluar la relación entre las episiotomías medianas y la incontinencia anal postparto. Las mujeres sometidas a episiotomías tuvieron un riesgo más elevado de incontinencia fecal 3 y 6 meses después del parto y dos veces mayor de incontinencia de gases en comparación con las mujeres con laceraciones espontaneas. En una evaluación prospectiva de 16.583 partos, Walsh y cols. hallaron que el 0,56% de los partos se complicó debido a laceraciones de tercer grado. La episiotomía no impidió la generación de laceraciones, pero estas se asociaron con partos con fórceps. De las 81 pacientes controladas, 30 presentaron exámenes anorrectales anormales; el 7% tuvo incontinencia de materia fecal y el 12% tuvo incontinencia de gases.³³

Afortunadamente las fistulas son una complicación rara de la episiotomía. Las causas que la producen son laceraciones no reconocidas en el tabique rectovaginal en el momento de la reparación de la episiotomía o un hematoma infectado. Los factores de riesgo para la formación de fistulas son obesidad, escasa higiene, desnutrición anemia, antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades del tejido conectivo o antecedentes de exposición a radioterapia. La mitad de estas fistulas cicatriza espontáneamente, pero debe considerarse su reparación si la paciente presenta muchos síntomas.³³

DOLOR DESPUÉS DE LA EPISIOTOMÍA

Para aliviar el dolor causado por la episiotomía, un remedio estándar que se ha sabido utilizar es la lámpara de calor, pero esta puede producir más molestia que alivio durante los meses de verano. La aplicación precoz de una bolsa de hielo suele reducir la inflamación y aliviar el dolor. A veces son eficaces los pulverizadores de aerosol con un anestésico local.³⁴

Los analgésicos como la codeína proporcionan un alivio considerable. Como el dolor puede ser un signo de hematoma o absceso vulvar, paravaginal o isquiolateral, es esencial examinar cuidadosamente estas regiones si el dolor es intenso o persistente.³⁴

ANALGESIA Y ANESTESIA REGIONAL

Agentes anestésicos

En la actualidad se utilizan diversos fármacos para conseguir la analgesia o una anestesia local o regional en obstetricia. Aunque si se emplean de forma adecuada son casi siempre seguros tanto para la madre como para el feto y recién nacido, presentan el riesgo de provocar reacciones tóxicas que pueden poner en peligro la vida de alguno de ellos. Quizás la reacción menos frecuente de este tipo, pero que cuando se produce puede ser fatal, es la aparición de convulsiones con la concentración sanguínea del producto elevada. Como puede aparecer cualquiera que haya sido la vía de administración.³⁴

Infiltración local

Esa técnica apenas tiene valor para la analgesia durante el parto, pero ha sido utilizada en el mismo. La infiltración local está especialmente indicada en las situaciones siguientes:

1. Antes de la episiotomía y el expulsivo.
2. Tras el parto en los lugares en que sea preciso reparar un desgarró.
3. Alrededor de la herida de episiotomía sino se cuenta con una anestesia epidural o pudenda adecuadas.

En cuanto a la seguridad, la infiltración local es excelente, pero desde el punto de vista de la eficacia, con demasiada frecuencia se comienza hacer la incisión o la sutura antes de que el agente anestésico local haya podido empezar a producir efecto.³⁴

MANEJO POSOPERATORIO

Se puede manejar el posoperatorio de la episiotomía con varias alternativas. Es posible usar antiinflamatorios no esteroideos, ya sea por vía oral (ibuprofeno) o rectal (indometacina, supositorios de 100mg.), con muy buenos resultados. También se sugiere la utilización de lidocaína en pomada directamente sobre la episiorrafia con resultados excelentes.³³

ENTRENAMIENTO EN EPISIOTOMIA.

Se ha cuestionado la manera en que se adquiere el adiestramiento en la relación de episiotomías. Tanto en estados unidos como en nuestro país prevalece la tradición de “ve una, haz una enseña una”. En la mayoría de los casos los médicos residentes realizan el procedimiento sin supervisión, que si la hay es subjetiva, y mejoran su técnica al atender gran cantidad de pacientes. En Estados Unidos se ha propuesto la utilización de un modelo para episiotomía, que cuenta con un parche perineal reemplazable que permite 36 reparaciones antes de ser cambiado. El costo promedio de este modelo es de 510 dólares y el parche tiene un costo de 337 dólares. La utilización del modelo permite un control directo sobre el procedimiento y una mejor evaluación del residente antes de que realice una episiotomía en un paciente real.³³

DESGARROS DEL PERINEO

Con el nombre de perineo se designa a un desgarro, más o menos profundo y extenso del tubo vaginal, de la piel que cubre el perineo y de la musculatura perineal del suelo pélvico, que se ha producido en un parto espontáneo. Siendo más acertada la denominación desgarro perineovaginal.³³

LESIONES PERINEALES OBSTÉTRICAS.

El embarazo y el parto modifican la anatomía y función del suelo pélvico. Hablamos tanto de traumatismos en el tracto genital visibles en el momento del parto, hasta lesiones ocultas de los nervios y estructuras musculares del suelo pélvico. Las disfunciones ocasionadas por la lesión del suelo pélvico son multifactoriales y muy frecuentes e incluyen incontinencia urinaria y anal, cambios anatómicos, disfunción sexual y dolor perineal. Nos gustaría dejar constancia de que las lesiones perineales obstétricas no depende de la destreza o la protección que ejerza la matrona sobre el periné ya que existe suficiente evidencia de que la técnica “rands off”, tan usada en obstetricia, no aumenta el número ni la gravedad de desgarros perineales.³³

TIPOS DE LESIONES PERINEALES OBSTÉTRICAS.

Desgarros perineales.

Son sin duda la complicación más frecuente dentro de la morbilidad materna asociada al parto. Más de un 65% del total de las puérperas con un parto vaginal normal y hasta un 83% en las mujeres primíparas que han tenido embarazos y partos de bajo riesgo presentan cierto grado de lesión perineal, ya sea un desgarro o bien una episiotomía; y miles de mujeres diariamente requerirán la reparación del periné tras un parto vaginal.³³

Tradicionalmente los desgarros perineales se han clasificado en cuatro grados. Así por ejemplo, William's Obstetrics y Cabero Roura en sendos tratados de Obstetricia definen la siguiente clasificación: ³⁵

Desgarros de I Grado: Sólo afectan a los tejidos superficiales del cuerpo perineal. Lesionan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia ni el músculo subyacente.

Desgarros de II Grado: Incluyen a todo el cuerpo perineal, sin alcanzar el esfínter anal.

Desgarros de III Grado: Abarcan la piel, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y la musculatura del esfínter anal.

Desgarros de IV Grado: Se extienden a la mucosa anorrectal y exponen la luz del recto. ³⁵

De otra parte, Sultan propuso la siguiente clasificación descriptiva que ha sido aprobada por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists de Reino Unido e incorporada a sus guías de actuación: ³⁶

Desgarros de I Grado: Laceración de la mucosa vaginal o de la piel.

Desgarros de II Grado: afectación del periné que incluye la musculatura perineal, pero no el esfínter anal.

Desgarros de III Grado: Lesión del periné que incluye el complejo del esfínter anal. ²⁶

3a: Desgarro de menos del 50% del grosor del esfínter anal externo.

3b: Desgarro de más del 50% del grosor del esfínter anal externo.

3c: Desgarro que incluye el esfínter interno (además del externo).

Desgarros de IV Grado: Lesión del periné afectando el complejo del esfínter anal (interno y externo) y la mucosa anorrectal. ³⁶

FACTORES DE RIESGO PARA TRAUMA GENITAL.

Se ha reportado numerosos estudios donde se han identificado factores de riesgo estadísticamente significativos. Los principales factores son primiparidad

parto instrumentado, segundo periodo, expulsivo prolongado, periné corto (menor de 4 cm.) macrostomia fetal, conducción del trabajo de parto con oxitocina, presentación compuesta en occipito – sacra y pélvica. La dilatación digital de cérvix generalmente se acompaña de las laceraciones cervicales. El mayor riesgo de desgarros de 3° y 4° se asocian a episiotomía media, con reportes desde 9.7 hasta 26% y se ha visto que estos desgarros hasta de 3cm. Más que los desgarros espontáneos en mujeres primíparas. Al comparar la incidencia de desgarros de 3° en pacientes con episiotomía media lateral y sin episiotomía, si tiene 14.9, 5.1 y 0.7%, respectivamente. Estos desgarros se asocian al dolor perineal, disfunción sexual e incontinencia anal, la cual se ha reportado hasta en 57% de los casos, así como a una mayor incidencia de desgarros similares en partos vaginales subsecuentes. ²⁹

En cuanto al grupo étnico, existe algunas diferencias respecto de las estructuras anatómicas del periné; se ha visto que la población de raza negra la fascia es más elástica y flexible que en otras razas lo que se traduce en menor daño durante el nacimiento, en la mayoría de las mujeres los tejidos no pueden estirarse lo suficiente resultando en estas lesiones las asiáticas que tiene un riesgo mayor de desgarros perineales graves en comparación a las afroamericanas; el resto de los grupos étnicos parece tener el mismo riesgo. Un parto previo muestra la protección significativa contra el desgarro del esfínter anal. La distocia de hombros en parto vaginal espontáneo con ventosa ha mostrado un riesgo significativamente aumentado de desgarro perineal grave. ²⁹

TECNICA PARA LA REVISIÓN DE CANAL DE PARTO.

Debido a lo anterior, es importante que el obstetra realice una revisión del canal del parto una vez terminado el tercer periodo para esto se debe iniciar revisando el cérvix bajo visión directa para lo cual resulta práctico el uso de las valvas de Sims y dos pinzas de anillo, con el objeto de tomar el labio anterior y posterior de esta manera, y recorriendo las pinzas según sea necesaria se podrá visualizar la circunferencia cervical y detectar lesiones. Para la revisión de las paredes vaginales, se pueden utilizar gasas montadas en una pinza de

anillos con el fin de rechazar la cúpula vaginal y el cérvix hacia la parte posterior; y con ayuda de las valvas de Sims se puede exponer cada una de las paredes vaginales en busca de las laceraciones o desgarros finalmente se debe realizar una inspección de los genitales externos con énfasis en los bordes himeneales; labios menores, región periuretral y clitoriana. Asimismo, se revisa los desgarros del periné y el estado de la episiotomía si esta fue realizada con anterioridad.²⁹

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Episiotomía.- Incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura.³⁷

Nulípara.- La palabra nulípara es compuesta nuli proviene de la palabra nulo o sea nada y para de parir, parto, etc. o sea significa mujer que nunca ha parido, en esta clasificación se encuentran también las que han quedado embarazadas pero por una razón u otra han abortado su producto de concepción.³⁷

Traumatismo perineal.- Cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea espontáneamente o causado por una episiotomía.³⁸

Desgarro de I Grado.- Sólo afectan a los tejidos superficiales del cuerpo perineal. Lesionan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia ni el músculo subyacente.²⁹

Desgarro de II Grado.- Incluyen a todo el cuerpo perineal, sin alcanzar el esfínter anal.³⁹

Desgarro de III Grado.- Abarcan la piel, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y la musculatura del esfínter anal.²⁹

Desgarros de IV Grado.- Se extienden a la mucosa anorrectal y exponen la luz del recto.³⁹

Episiotomía mediana.- Se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano.³⁹

Episiotomía media lateral.- es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática en un ángulo de 45° respecto a la horizontal.⁴⁰

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO Nº 1

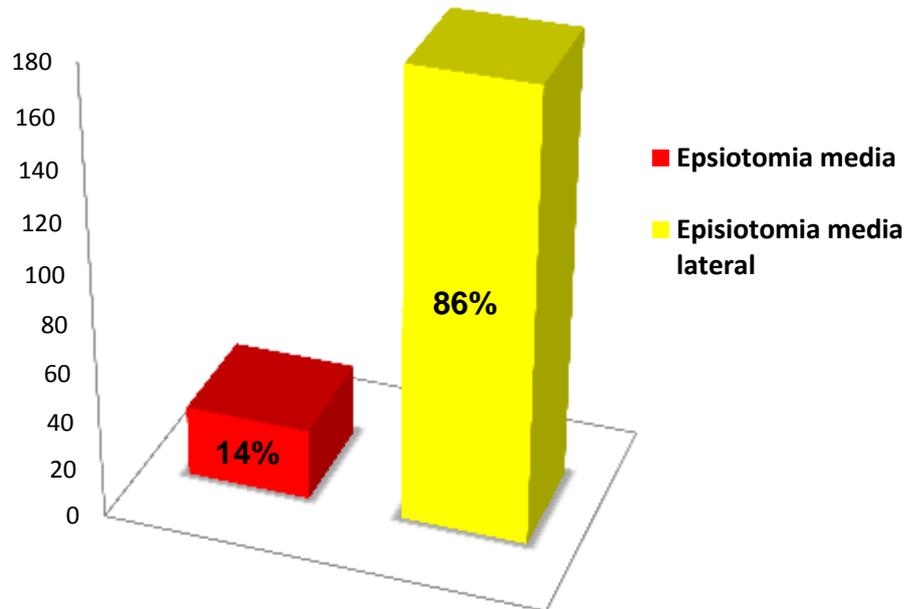
Distribución de la muestra según tipo de episiotomía en gestantes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero – diciembre 2014

TIPOS DE EPISIOTOMIA	Nº	%
EPISIOTOMIA MEDIA	29	14%
EPISIOTOMIA MEDIA LATERAL	180	86%
TOTAL	209	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática - HRP 2014.

GRAFICO N°1

TIPOS DE EPISIOTOMIA



Fuente: Oficina de Estadística e Informática - HRP 2014

De los 209 casos estudiados de gestantes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero – Diciembre del 2014, el 86% corresponde a gestantes nulíparas con episiotomía media lateral y el 14% corresponde a gestantes nulíparas con episiotomía media. Se observa que a la mayor proporción de gestantes nulíparas se le realizó episiotomía media lateral.

CUADRO Nº 2

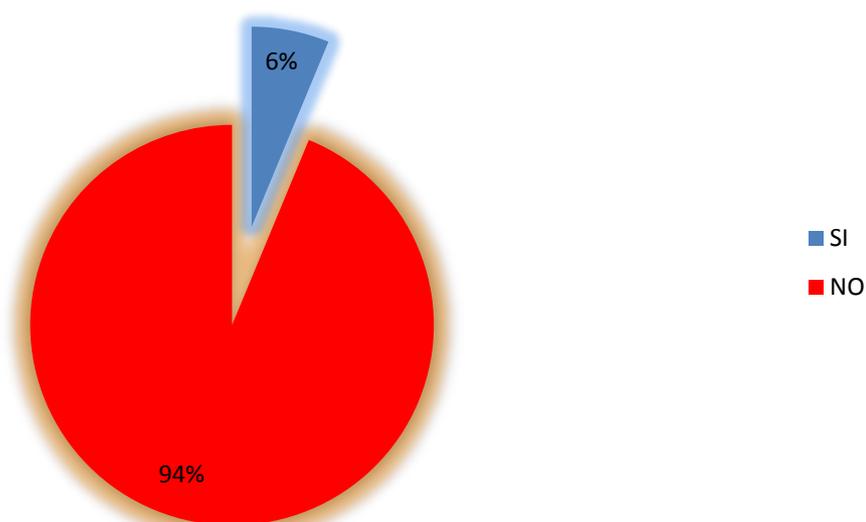
Distribución de la muestra según el número de desgarros perineales en las gestantes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero – Diciembre 2014.

DESGARRO PERINEAL	N	%
SI	13	6.2%
NO	196	93.8%
TOTAL	209	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática - HRP 2014

GRAFICO Nº2

DESGARRO PERINEAL



Fuente: Oficina de Estadística e Informática - HRP 2014

De los 209 casos estudiados de gestantes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero – Diciembre del 2014, el 6.2% corresponde a gestantes nulíparas con episiotomía con desgarro perineal y el 93.8% corresponde a gestantes nulíparas con episiotomía sin desgarro perineal. Se observa que la mayor proporción de gestantes nulíparas con episiotomía no presentaron desgarro perineal.

CUADRO N° 3

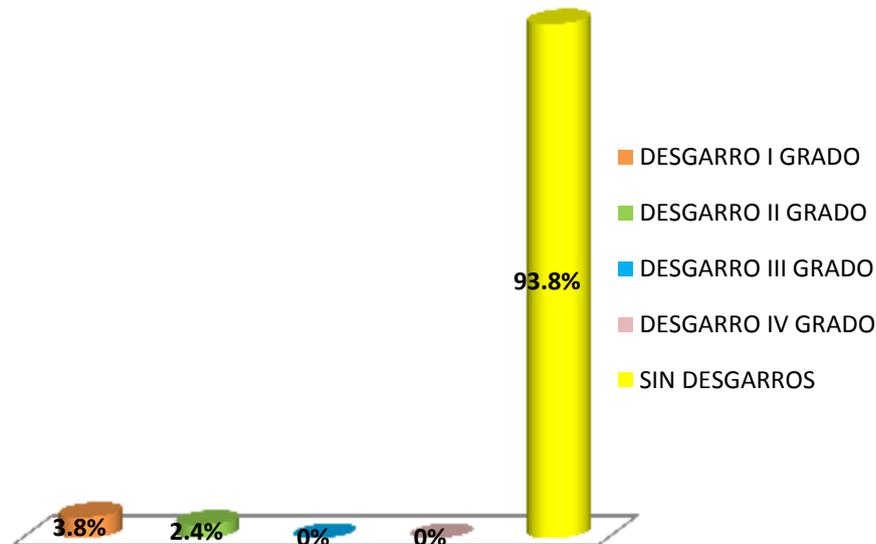
Distribución de la muestra según tipo de desgarro perineal en gestantes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero – Diciembre 2014.

TIPO DE DESGARRO PERINEAL	N	%
DESGARRO I GRADO	8	3.8%
DESGARRO II GRADO	5	2.4%
DESGARRO III GRADO	0	0%
DESGARRO IV GRADO	0	0%
SIN DESGARROS	196	93.8%
TOTAL	209	100%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática / HRP 2014.

GRAFICO N°3

GRADO DE TRAUMATISMO PERINEAL



Fuente: Oficina de Estadística e Informática - HRP 2014

De los 209 casos estudiados de gestantes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de Enero a Diciembre del 2014, el 3.8% presentaron desgarro de I Grado, 2.4% presentaron desgarro de II Grado, 0% desgarro de III Grado y 0% desgarro de IV Grado. Se observa

que la mayor proporción de gestantes nulíparas con episiotomía presentaron desgarro de I Grado.

En este estudio se encontraron 13 casos de traumatismo perineal en gestantes nulíparas a las cuales se les realizó episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo enero a diciembre del 2014 representando el 6.2% del total de casos estudiados. En relación al tipo de traumatismo perineal se encontró una mayor frecuencia de desgarros de I° grado con un total de 8 casos que representan el 3.8% del total de la muestra y en segundo lugar se encontró en menor frecuencia un total de 5 casos de desgarros de II° grado que representan el 2.4% de la muestra, no se encontraron casos de traumatismo perineal de III° y IV° grado. Este resultado tiene diferencia significativa con el estudio realizado por Maribel Escobar Martínez, Max Gonzales y Gonzalo Aramayo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde encontraron que el 79.2% de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía, presentaron desgarro de I° grado. Lady Guisela Zamora Cifuentes en su estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra 2011, encontró 9.8% de desgarros de II° grado, 2.4% de desgarro de III° grado y 1.6 de desgarro de IV° grado en gestantes nulíparas sometidas a episiotomía.

En relación a la presencia de traumatismo perineal en gestantes nulíparas a las cuales se les realizó episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo enero a diciembre del 2014, resultó que el 6.2% del total de casos estudiados presentaron desgarro perineal, mientras que el 93.8% del total de casos no presentaron desgarros perineal, esta diferencia dista significativamente si la comparamos con el estudio realizado por Juan Lorenzana Cruz Espinal Rodríguez titulado prevalencia general de desgarros perineales cuando se hace o no la episiotomía durante la atención de parto normal, independiente de la paridad, concluyendo que la frecuencia de desgarros fue del 23% del total de los casos estudiados.

En cuanto al desgarro de I° grado se encontró una mayor frecuencia con un total de 8 casos del total de la muestra, que representa el 3.8%, encontrando

diferencia significativa con el estudio realizado por Maribel Escobar Martinez, Max Gonzales y Gonzalo Aramayo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el cual encontraron un 79.2% de casos que presentaron desgarro de I° grado. En cuanto a los desgarros perineales de II°, se encontraron en menor frecuencia con un total de 5 casos del total de la muestra estudiada, que representa el 2.4% en relación a los desgarro de I° grado que representan el 3.8% del total de casos de traumatismo perineal en gestantes nulíparas a las cuales se les realizo episiotomía, se encuentra una diferencia significativa con el estudio de Lady Guisela Zamora Cifuentes realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra 2011, en el cual reporta 9.8% de casos de desgarros de II° grado. En cuanto al desgarro perineal de III° grado en gestantes nulíparas a las cuales se les realizo episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo enero a diciembre del 2014, no se registraron casos, representando los desgarros perineales de I° y II° grado el 6.2% de casos de traumatismo perineal en la muestra estudiada, observando diferencia significativa con los resultados del trabajo de investigación de Lady Guisela Zamora Cifuentes en el Hospital José María Velasco Ibarra 2011, donde reporta 2.4% de casos de desgarro perineal de III° grado. En cuanto al desgarro perineal de IV° grado, tampoco se registraron casos, a diferencia del trabajo de Lady Guisela Zamora Cifuentes donde reporta que el 1.6% de casos estudiados de gestantes nulíparas con episiotomía presentaron desgarro perineal de IV° grado.

En relación a las hipótesis planteadas para la investigación desarrollada, podemos indicar que de acuerdo a los resultados del procesamiento y sistematización de datos, sobre la hipótesis general, la relación es de 3.8% de casos traumatismo perineal de I Grado y de 2.4% de casos de traumatismo perineal de II Grado en gestantes nulíparas a las cuales se les realizo episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo enero a diciembre del 2014.

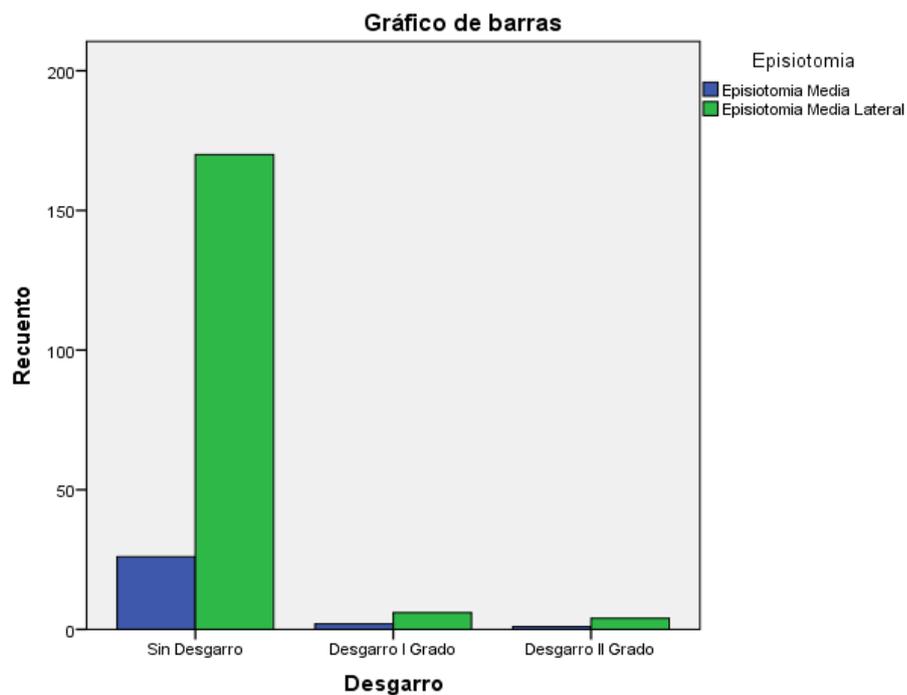
En cuanto a la frecuencia de casos de traumatismo perineal en gestantes nulíparas sometidas a episiotomía, se presentaron 6.2% de casos, mientras

que el 93.8% de los casos estudiados no presentó traumatismo perineal. En cuanto al desgarro de I° grado, se presentó en el 3.8% del total de los casos de traumatismo perineal en gestantes nulíparas sometidas a episiotomía. En cuanto al desgarro de II° grado se presentó en el 2.4% de los casos de traumatismo perineal, siendo en menor proporción que los casos de I° grado con un 3.8% del total de los casos. En cuanto al desgarro de III° y IV° grado, son menos frecuentes que los casos de desgarro de I° y II° grado, los que en total representan el 6.2% de los casos estudiados.

Pruebas de chi-cuadrado episiotomía - desgarro

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,046 ^a	2	,593
Razón de verosimilitud	,898	2	,638
Asociación lineal por lineal	,711	1	,399
N de casos válidos	209		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,69.

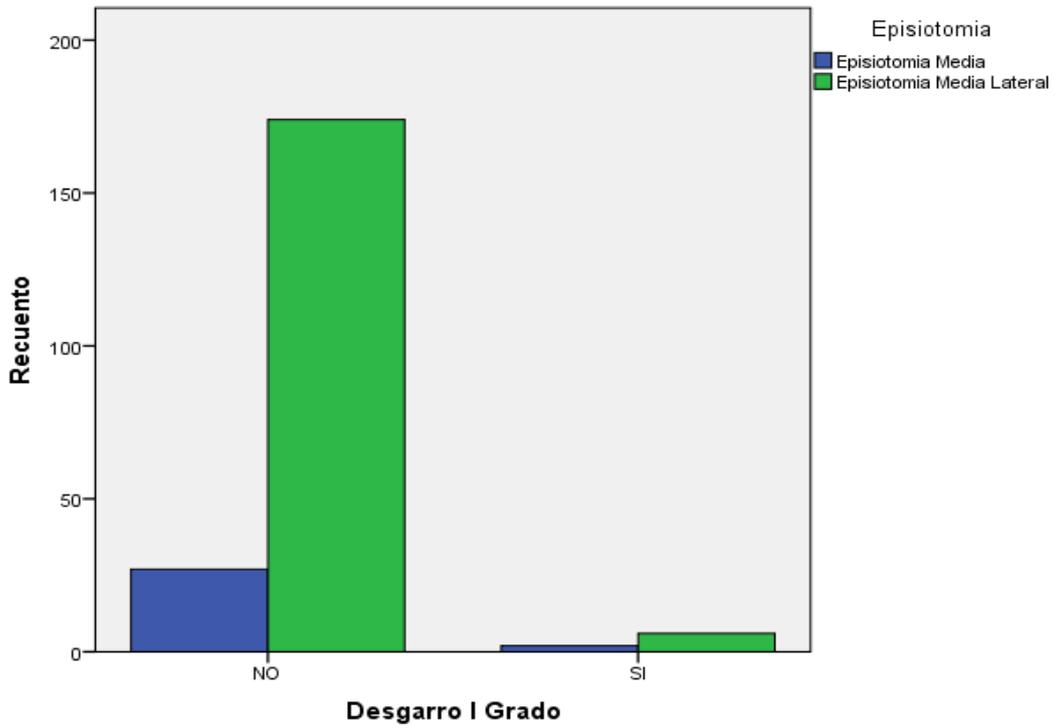


Desgarro I Grado* Episiotomia

Recuento

		Episiotomia		Total
		Episiotomia Media	Episiotomia Media Lateral	
Desgarro I Grado	NO	27	174	201
	SI	2	6	8
Total		29	180	209

Gráfico de barras



CONCLUSIONES

1. No se encontró significancia estadística en la relación entre la episiotomía realizada en gestantes nulíparas y traumatismo perineal en el Hospital Regional de Pucallpa.
2. Se registraron 13 casos de traumatismo perineal en gestantes nulíparas a las cuales se les sometió a episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo enero diciembre del 2014, número que representa el 6,2% del total de la muestra estudiada, esta diferencia dista significativamente si la comparamos con el estudio realizado por Juan Lorenzana Cruz Espinal Rodriguez titulado prevalencia general de desgarros perineales cuando se hace o no la episiotomía durante la atención de parto normal, independiente de la paridad, concluyendo que la frecuencia de desgarros fue del 23% del total de los casos estudiados.
3. Siendo el tipo de traumatismo más frecuente el Desgarro de I Grado con 8 casos que representa el 3.8%. A diferencia con el estudio realizado por Maribel Escobar Martínez, Max Gonzales y Gonzalo Aramayo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde encontraron que el 79.2% de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía, presentaron desgarro de I° grado.
4. De menor frecuencia el Desgarro de II° Grado con 5 casos registrados, que representa el 2.3%, se encuentra una diferencia significativa con el estudio de Lady Guisela Zamora Cifuentes realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra 2011, en el cual reporta 9.8% de casos de desgarros de II° grado.
5. En cuanto al desgarro perineal de III° grado no se registraron casos, observando con diferencia de los resultados del trabajo de investigación de Lady Guisela Zamora Cifuentes en el Hospital José María Velasco Ibarra 2011, donde reporta 2.4% de casos de desgarro perineal de III° grado.
6. En cuanto al desgarro perineal de IV° grado no se registraron casos a diferencia del trabajo de investigación Lady Guisela Zamora Cifuentes donde reporta que el 1.6% de casos estudiados de gestantes nulíparas con episiotomía presentaron desgarro perineal de IV° grado.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal de salud en las habilidades necesarias para asistir el parto sin el uso de episiotomía en forma rutinaria.
2. Diseminar información científica sobre la materia y la lectura crítica de la literatura ya que la medicina basada en evidencias brinda herramientas que contribuyen a estos objetivos
3. Evaluar minuciosamente el canal del parto para evitar episiotomías innecesarias en gestantes que presentan condiciones anatómicas favorables.
4. Capacitar a los profesionales para la realización de los ejercicios de Kegel, así mismo recomendar a la paciente el masaje perineal en la sesión de psicoprofilaxis.
5. Promocionar el parto vertical que tiene menor posibilidad de episiotomía.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Abril F. Guevara A. Ramos A. Jorge Rubio A. "Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá" Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2009.
2. Jara O. "Eficacia de la poliglactina 910 con irradiación gamma en la reparación del desgarro perineal, Hospital General Regional" Ecuador 2014
3. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal". Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2000.
4. Alarcon G., Albornoz Y., Prado J. "Metodología de la Investigación Científica en salud" universidad Hermilio Valdizan Huanuco.
5. Sánchez A., "Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana", Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. Perú. 2004.
6. Rodríguez E., Sánchez M. "complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas" Perú 2010
7. Rubio J., Abril F., Guevara A., Ramos A., "Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario", Rev. Colombiana de Obstet. Ginecol. Colombia. 2005.
8. Carroli G. y Belizan J. "Episiotomía en el parto vaginal". Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 1999.
9. Arias O, Fidas "Proyecto de Investigación: Guía para su elaboración 3° Ed Venezuela 1999.
10. Hernández S. Roberto; Dr. Fernández C. Carlos; Dr. Baptista L. María "Metodología de la Investigación" 5° Ed México 2010.
11. Alvarez R. "El método Científico En Ciencias De La Salud" España 1996
12. Tomasso G., Althabe F., Cafferata M., Alemán A., Sosa C. y Belizán J. "¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?" Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela. 2002.
13. Díaz v. "Metodología de la investigación científica y bioestadística" Chile 2009.

14. Lutz E. "parto Humanizado" Uruguay 2006-2007.
15. Ministerio de salud de Argentina " Guía De Procedimientos Para El Control Del Embarazo Normal Y La Atención Del Parto De Bajo Riesgo"
16. Diaz M. Riesgo de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en relación con la longitud del periné en mujeres nulíparas a término en quienes se practican episiotomías medio laterales, en el Hospital Patronato San José Sur de Quito 2005.
17. Zamora L., "La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena". Ecuador. 2011.
18. Lorenzana J. y Espinal J. "Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela". Honduras. 2010.
19. Abril F. "Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal entrenamiento en un hospital universitario". Colombia. 2007.
20. Figueira R. Lina, Ibarra A. Manuel y Cols. "Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas". Caracas, Venezuela 2004.
21. Escobar M. Maribel, Dr. Gonzales Max, Dr. Aramayo Gonzalo "Frecuencia del uso de Episiotomía en el Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil La Paz, Bolivia, 2009.
22. Albino f., "Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana" Perú. 2006.
23. Casanova M. y Luna T. "Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé". Perú. 2002.
24. Longaray A. "Factores de riesgo asociados a desgarros perinatales de III y IV grado, Hospital Belén". Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2010.
25. Atunca S. Danae, Huamán T. Cynthia, "Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010" Lima Peru 2011.

26. Solis A. Nelson “Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave en el hospital nacional docente madre-niño san Bartolomé entre enero del 2001 y diciembre del 2004” Lima Perú 2006.
27. Ferrer de Sant Pilar y cols., “Taller De Suturas” España 2012
28. Carrillo k. “Anatomía Del Piso Pélvico” Chile 2013
29. Baez F. Manual de maniobras y procedimientos en Obstetricia. Mc Graw Hill Interamericana. México. 2006.
30. Cunningham, F. Gary Williams: obstetrica (23a. ed.) 2010
31. Rock J. y Jones H. III. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 10 Ed. Madrid, España 2010.
32. Muntaner J., Alfaro C. y Herrero C. Taller de suturas. España. 2012.
33. Pschyrembel W. Obstetricia Práctica. 4 Ed. España. 1981.
34. Pritchard J., Mac Donald P. y Gant N. Williams Obstetricia. 3º Ed. España. 1993.
35. Bueno E. “Evidencia científica sobre la sutura continua para reparar el perineo tras el parto” Revista Enfermería Docente 2015;
36. Schawarcz, R. y otros Obstetricia 5^{ta} ed. Buenos Aires, El Ateneo 1995.
37. Consejo de salubridad nacional, Guía de referencia rápida “Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada 2013
38. Sanz J. “información sobre la episiotomía” 2015.
39. PROSEGO “lesión obstétrica del esfínter anal” España 2010
40. Berzaín M., Camacho L. “Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina” Revista Científica Ciencia Médica v.17 n.2 Cochabamba 2014

ANEXOS

DIFERENCIAS ENTRE LA EPISIOTOMÍA MEDIANA Y MEDIA LATERAL.

PARÁMETRO	EPISIOTOMÍA MEDIA	EPISIOTOMÍA MEDIA LATERAL
Sangrado	Menor	Mayor
Episiorrafia	Fácil	Menos fácil
Prolongación	Poco frecuente	menos frecuente
Desgarro de III o IV grado.	Mayor	Menor
Tiempo quirúrgico	Menor	Mayor
Dolor post quirúrgico	Menor	Mayor
Hematomas	Menos frecuente	Más frecuente
Dispareunia	Casi nula	Ocasional
Resultados anatómicos	Buenos	Cicatrización defectuosa ocasional

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL	HIPÓTESIS NULA
¿Existe relación entre la episiotomía y el grado de severidad del traumatismo perineal realizada en gestantes nulíparas en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el período Enero a Diciembre del 2014?	Determinar la relación que existe entre la episiotomía y traumatismo perineal realizado en gestantes nulíparas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el período Enero a Diciembre del 2014.	Existe relación entre la episiotomía y el traumatismo perineal realizada en gestantes nulíparas en el Hospital Regional de Pucallpa.
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ALTERNATIVA
a. ¿Cuántas de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron traumatismo perineal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?	a. Cuantificar el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron traumatismo perineal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.	Se presentan con mayor frecuencia casos de traumatismo perineal de primer grado en gestantes nulíparas sometidas a episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa.
b. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de I Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?	b. Conocer el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de I Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.	

<p>c. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de II Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?</p>	<p>c. Conocer el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de II Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.</p>	
<p>d. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de III Grado en el Hospital de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014 Regional?</p>	<p>d. Conocer el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de III Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.</p>	
<p>e. ¿Cuántas gestantes nulíparas sometidas a episiotomía presentaron desgarro de IV Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014?</p>	<p>e. Cuantificar el número de gestantes nulíparas sometidas a episiotomía que presentaron desgarro de IV Grado en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero Diciembre 2014.</p>	

MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Variables	CASOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Epsiotomia media										
Epsiotomia media lateral										
Desgarro I Grado										
Desgarro II Grado										
Desgarro III Grado										
Desgarro IV Grado										