



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

**COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON EPISIOTOMIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2018**

TESIS PRESENTADO POR LA

BACHILLER: CANDY YURIKO DIAZ RUIZ

ASESORA

DRA. LEILA MARINO PANDURO DE IBAZETA

PARA OPTAR:

EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PUCALLPA-PERÚ

2019

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	VIII
I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	1
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2 Delimitación de la investigación	4
1.3 Formulación del Problema	4
1.3.1 Problema principal	4
1.3.2 Problemas secundarios	4
1.4 Objetivos de la investigación	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Hipótesis de Investigación	6
1.5.1 Hipótesis	6
1.5.2 Variable	6
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	6
1.6 Diseño de la Investigación	7
1.6.1 Tipo de investigación	7
1.6.2 Nivel de la investigación	7
1.6.3 Método	7
1.7 Población y muestra	8
1.7.1 Población	8
1.7.2 Muestra	8
1.8 Técnicas e instrumentos	9

1.8.1 Técnicas	9
1.8.2 Instrumentos	9
1.9 Justificación e importancia de la investigación	10
II. MARCO TEORICO	
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	11
2.1.1 Antecedentes	11
2.1.2 Bases teóricas	17
2.1.3 Definición de términos	40
III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
3.1 Presentación de resultados	45
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	45
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
4.1 Conclusiones	59
4.2 Recomendaciones	60
FUENTES DE INFORMACION	62
ANEXOS	69

DEDICATORIA

El presente estudio está dedicado a mi madre por el amor y apoyo incondicional, a mi hermana por brindarme la fuerza para seguir adelante cada día, a DIOS por guiarme en cada paso y decisión.

AGRADECIMIENTO

- A DIOS por darme la vida, por darme una madre maravillosa, por guiarme y acompañarme en cada paso que doy.
- La Universidad Alas Peruanas por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera profesional, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.
- Al Hospital Amazónico por abrir sus puertas para formar profesionales de calidad y humanidad, así también a los docentes, que consolidaron mi formación profesional.
- A mi asesora de tesis por apoyarme y brindarme su apoyo en el desarrollo de este trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** Determinar las complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.

Material y métodos.

Según el estudio se realizará una investigación de tipo no experimental retrospectivo de corte transversal. El método a estudiar será un estudio con enfoque cuantitativo.

Resultados: Respeto a los datos sociodemográficos, el 62% de pacientes fueron menores de 19 años, el 64% tuvo educación de nivel secundario, el 69% fueron de estado conyugal de convivencia, el 40% procedieron del distrito de Yarinacocha, el 72% fueron amas de casa. Respeto a las características obstétricas el 67% tuvieron \geq a 6 atenciones prenatales, la edad gestacional estuvo en el rango de 37-38 ss. Con un 46%, el 66% tuvo una altura uterina de 33 -35 cm. Así mismo referente a las características respecto al tipo de episiotomía el 96% se les realizo episiotomía mediana, de ellas el 27% se complicó con algún tipo de desgarro. Respeto a las complicaciones inmediatas se encontró el 29% presentaron desgarros, el 9% de las complicaciones mediatas hicieron dehiscencia, el 7% en complicaciones tardías presentaron dispareunia.

Las **conclusiones** a las que se llegó son:

Complicaciones inmediatas se encontró el 17% presento entre II, III y IV grado, el 46% tuvo complicaciones inmediatas predominando los desgarros con 29%seguido a edemas vulvar con un 11%, respeto a las complicaciones mediatas el 9% tuvieron dehiscencias, seguidos a las complicaciones tardías el 7% presentaron dispareunia respectivamente.

Palabras clave: Complicaciones de la episiotomía, pacientes nulíparas

ABSTRACT

The present study was proposed with the Objective to determine the complications of nulliparous patients with episiotomy treated in the Amazonian Hospital period 2018.

Material and Methods.

According to the study, a retrospective non-experimental cross-sectional investigation will be carried out. The method to study will be a study with a quantitative approach.

Results: Respect for sociodemographic data, 62% of patients were under 19 years old, 64% had secondary education, 69% were married, 40% came from Yarinacocha district, 72% they were housewives. Respect for obstetric characteristics, 67% had ≥ 6 prenatal care, gestational age was in the range of 37-38 ss. With 46%, 66% had a uterine height of 33-35 cm. Likewise, regarding the characteristics regarding the type of episiotomy, 96% underwent a median episiotomy, of which 27% were complicated by some type of tear. Respect for immediate complications was found: 29% had tears, 9% of mediate complications did dehiscence, 7% in late complications presented dyspareunia.

The Conclusions reached are:

Immediate complications were found in the 17% present between II, III and IV degree, 46% had immediate complications predominating tears with 29% followed by vulvar edema with 11%, respect for the medium complications 9% had dehiscences, followed by late complications, 7% presented dyspareunia respectively.

Key words: Complications of episiotomy, nulliparous patients

INTRODUCCIÓN

La episiotomía, es un procedimiento que se basa en la incisión que se lleva a cabo a nivel del periné con el fin de aumentar la apertura vaginal inicialmente empleada para partos difíciles y en pacientes nulíparas, valorando la presencia de factores predisponentes por lo que se deba realizar episiotomía, actualmente ha pasado a ser una técnica rutinaria más que selectiva en el área de salud reproductiva durante la atención de partos, se define a la episiotomía como un proceso quirúrgico del periné, que se lleva a cabo con el objetivo de proteger el esfínter, laceraciones del recto y evitar futuros prolapsos genitales.

Su introducción en la clínica fue en el siglo XVIII, pero hasta la primera mitad del siglo XX no se utilizó de manera rutinaria. El argumento de su uso se basaba en la disminución del riesgo de los desgarros perineales y complicaciones materno-perinatal.

La evidencia científica disponible nos recomienda un uso selectivo de la episiotomía, pero a pesar de ello, la incidencia de realización de la misma varía de unos países a otros, lo cual refleja la falta de datos bien documentados sobre las ventajas e inconvenientes de su práctica, por lo cual ha sido puesto bajo tela de juicio en los últimos años debido al surgimiento de evidencia, de que las episiotomías podrían no ser verdaderamente beneficiosas para una mujer debido a las complicaciones que estas presentan. Numerosos estudios han demostrado que, incluso en los casos en los que una mujer no se someta a la misma, lo más seguro es que no experimente desgarro vaginal. Si esto llegara a suceder, lo más probable es que el desgarro sea mínimo y en la mayor parte de los casos no llegará a ser peor que la incisión realizada para llevar a cabo una episiotomía.

El uso de la episiotomía en EE.UU se estima en un 62.5% aproximadamente, a nivel de Europa éste parece estar en el 30% fuera de Dinamarca por una tasa de 56%, se estima un uso mayor en América Latina, En Ecuador el uso de la misma es muy frecuente, la mayoría de las maternidades y centros hospitalarios

realizan esta técnica de manera rutinaria en mujeres que experimentan por primera vez un parto por vía vaginal en un porcentaje de 98-99%.

La episiotomía se relaciona con mayor frecuencia de dolor vulvo-perineal, el cual se caracteriza por ser más moderado y más intenso que el dolor en mujeres que tuvieron partos sin episiotomía. Las mujeres con episiotomía muestran menos laceraciones que las que no se realizaron este procedimiento.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

A lo extenso de la historia de la medicina y la obstetricia la episiotomía ha sido un procedimiento invasivo y desfavorable si se usa de manera sistemática o convirtiéndola de manera rutinaria, desde el punto de vista social este contenido es de vital calidad especialmente en las pacientes que están en el proceso reproductivo ya que el momento de dar a luz es inherente a la biología humana, sin embargo en la totalidad de casos el parto está dominado a la manipulación y uso de técnicas e instrumentos que alteran su proceso con el fin de mejorarla (1).

A nivel internacional este tema ha sido de suma importancia ya que en otros países hispanos como España y Ecuador donde se han llevado, a cabo estudios para observar su prevalencia, incidencia y complicaciones los cuales concluyen que se debería adoptar una política selectiva de

episiotomía en partos vaginales eutócicos para beneficiar el parto humanizado (1).

Sin embargo, el uso rutinario de la episiotomía, no cuenta con el respaldo de la evidencia científica, sólida de su efectividad, por lo que ha comenzado a ser cuestionado, ya que existen evidencias enormes sobre los riesgos asociados a esta, en especial las medianas, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas e infección. También existen Investigaciones recientes que sustentan que la práctica de la episiotomía debería delimitar las indicaciones fetales, basándose en que los IV desgarros perineales de I y II grado causan en las pacientes menores inconvenientes, que la propia episiotomía (2).

En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública ha ampliado normas materno-neonatales en las cuales promueve la realización de la episiotomía selectiva dejando atrás la aplicación de la episiotomía sistemática a pacientes nulíparas que están en labor de parto. (MSP, 2015) (3).

Llevando a cabo una correcta valoración de las pacientes, que compruebe la presencia o no de factores que puedan predisponer a la práctica de la episiotomía, con el afán de disminuir el gran número de episiotomías innecesarias. Mientras que el uso de la episiotomía rutinaria incrementa el número de pacientes con afecciones-perineales de 3er y 4to grado, disfunción del esfínter anal lo que representa una mayor cifra de usuarias que a la alta médica presentan dolor (3).

Es fundamental e importante la realización de este trabajo debido a que este procedimiento puede presentar complicaciones a corto, mediano y largo plazo, en la cual debemos evaluar esta realidad en la población así mismo dar a conocer los factores de riesgo que se convierte en un beneficio para la paciente (3).

Ya que se considera de gran importancia la elaboración de este trabajo en la Maternidad Matilde Hidalgo de Prócel, con el objetivo de conocer cuál es el porcentaje de pacientes nulíparas a las que se les realizara episiotomía y cuáles son las razones que puedan establecer la técnica que se lleve a cabo en dicho centro (3).

La condición del uso de la episiotomía a indicaciones estrictas tiene una serie de beneficios: menos traumatismo perineal posterior, menos necesidad de sutura y de menor complicación. Si bien la episiotomía puede extender el riesgo de traumatismo perineal anterior, no provoca una reducción en la mayoría de las medidas de dolor y de traumatismo perineal o vaginal severos (4).

Según la Organización Mundial de la Salud, no consta de ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero si la hay en lo referente a que esta puede producir daños. En un parto normal puede aparecer la indicación para su realización, pero se aconseja el uso restringido. El porcentaje de episiotomías del 10%, sin daño para la madre o el niño, sería un buen objetivo que habría que perseguir (4).

Asimismo, Rodríguez hallaron que del total de 773 pacientes nulíparas que fueron atendidas de parto vaginal, en el hospital II del MINSA de Tarapoto en el periodo 2010, al 90,04% (696 gestantes) se les realizo la episiotomía y al 9,96 % (77 gestantes) no se les realizo (4).

En Huánuco, Según reporte del libro de registros de partos, la prevalencia de gestantes primigestas atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2015, fue de un total de 532, de las cuales el 78,9% (420) fueron sometidas a episiotomía y solo el 21,1% no tuvieron episiotomía (4).

Durante al año 2016, entre los meses de enero a noviembre se presentaron un total de 431 gestantes primigestas, de los cuales el 72,8% (314) fueron sometidas a una episiotomía y el 27,2% (117) no tuvieron episiotomía; datos que muestran que las episiotomías son practicadas sistemáticamente por la gran mayoría de profesionales obstetras del hospital (4).

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

Espacial

El trabajo de investigación se desarrollará en el Hospital Amazónico ubicado en el Jr. Aguaytía 605.

Temporal:

El tiempo será del mes de enero a diciembre en el año 2018.

Social:

Pacientes Nulíparas en las que se realizó episiotomía en el momento del parto.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son las complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ✓ ¿Qué características sociodemográficas presentan las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018?

- ✓ ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018?
- ✓ ¿Qué tipo de episiotomía fue realizada en las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018?
- ✓ ¿Cuáles son las principales complicaciones que presentaron las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar las complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.
- Identificar las características obstétricas de las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.
- Identificar el tipo de episiotomía realizada en las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.

- Identificar las principales complicaciones que se presentaron en las pacientes nulíparas en quienes se realizaron episiotomía, atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.

1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

En el presente estudio no se plantará hipótesis de investigación por tratarse de un trabajo netamente descriptivo en la que se realizará revisión de las historias clínicas y no habrá modificación de las variables.

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Variable:

Estudio Univariado:

Complicaciones de las pacientes nulíparas.

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
UNIVARIADO COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES NULIPARAS	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad ❖ Grado de instrucción ❖ Estado civil ❖ Procedencia ❖ Ocupación
	Características Obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ N° de APN ❖ Edad Gestacional ❖ Altura Uterina
	Características del tipo de episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mediana ❖ Media lateral ❖ Lateral
	Complicaciones más episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inmediatas ❖ Mediatas ❖ Tardías.

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.3 Tipo de Investigación

Se realizará una investigación de tipo cuantitativa no experimental; retrospectivo de corte transversal.

1.5.4 Nivel de Investigación

La investigación al realizar es de nivel descriptiva.

1.6.3 Método

El método a estudiar será un estudio con enfoque cuantitativo.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población a gestante atendidas el parto vaginal en el periodo 2018 fue 2625 pacientes, de ellas 346 corresponden a pacientes nulíparas a quienes se le práctico la episiotomía.

1.7.2 Muestra

Se aplicó la fórmula de población conocida o finita:

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

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita.

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (346) (0.5)^2}{(0.05)^2 (346-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = 179.8 \quad \boxed{180}$$

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

La técnica a utilizar en la investigación será la verificación del SIP 2000, posteriormente la revisión de las Historias Clínicas de las pacientes estudiadas.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento a utilizar será la ficha de recolección de datos la cual consta de cuatro dimensiones:

- características sociodemográficas
- Características obstétricas
- Tipo de Episiotomía
- Principales Complicaciones de la episiotomía

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Es importante conocer que la episiotomía es procedimiento quirúrgico más elaborado en el mundo; se efectúa hasta el 60% de todos los partos vaginales y hasta en el 90% de partos en pacientes nulíparas, la episiotomía es una práctica adecuada cuando se utiliza de manera selectiva, cumpliendo con las normas establecidas, pero se convierte en una práctica innecesaria y en ocasiones hasta riesgosa para las pacientes (5).

Con nuestra investigación, definitivamente se ampliarán los conocimientos y se realizarán en las pacientes para optimizar la atención del parto, pudiendo ser: episiotomía mediana, media lateral y lateral (5).

Una de las principales motivaciones para analizar esta realidad en nuestro medio es la elevada cifra de episiotomías reportadas en los estudios realizados por otros autores, así mismo evaluar el cumplimiento de la normatividad del Ministerio de Salud y promover acciones para una episiotomía restrictiva; este estudio tendrá impacto en el campo de la ciencia pues proveerá de resultados locales y enfocados a nuestra realidad que podrán ser utilizados para guiar tareas intervencionistas en beneficio de la población materna (6).

Siendo el Hospital Amazónico un Establecimiento de Salud docente donde realizan prácticas pre profesional, internos de obstetricia, internos de medicina, residentes entre otros, que favorece la investigación por ende este trabajo se justifica para identificar las complicaciones más frecuentes que se suscitan en las pacientes al realizar una episiotomía, los resultados obtenidos será la línea de base para futuras investigaciones de mayor envergadura.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales:

Gualán C. y col, (Ecuador 2014) realizo un estudio con el Propósito identificar en pacientes que dan a luz por primera vez y ver el factor de relación con edad a la gestante. **Resultados:** La prevalencia encontrada de episiotomía fue del 35,5%. La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística; de igual manera el Peso del Recién Nacido mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; **Conclusión:** no se halló una significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía (7).

Juste A; Luque R; (España 2014) Realizo un estudio con el Propósito de Reconocer las ventajas y desventajas en las pacientes a las que se ha

practicado la episiotomía, con relación a las que se ha practicado episiotomía según un proceso rutinario en los periodos de dilatación, parto, puerperio y a los tres meses del parto en primerizas con parto vaginal realizado por comadronas. **Resultados:** Se han estudiado 402 mujeres, en la cual Se realizaron un 93,7% de episiotomías mediana de manera rutinaria y un 39,0% en la episiotomía lateral. La duración de los periodos de dilatación y expulsivo fue similar en ambos grupos. **Conclusiones:** La práctica de la episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, en mujeres primíparas a término, es totalmente segura (8).

Calapaqui G, LN (Ecuador 2015). Realizo un estudio con el Propósito de reducir la episiotomía en pacientes primerizas en el momento de dar a luz. Propósito: Determinar la relación que guardan los factores asociados y la indicación de episiotomía en gestantes nulíparas de este Hospital por lo cual la muestra se estableció por 137 gestantes que desempeñaron las razones de inserción y eliminación, en el cual los datos fueron recogidos mediante observación directa, utilizando tablas, barras y pasteles se graficó para la interpretación de los mismos, **Resultados:** La incidencia de episiotomía en pacientes primigestas fue de 62%, siendo este porcentaje alto en relación al que establece la OMS que es menor a 30%. **Conclusion** demostrando para realizar la episiotomía en pacientes que por primera vez darán a luz encontramos; talla materna, edad gestacional al nacimiento, perímetro cefálico del recién nacido, demostrando así una significancia estadística. La edad materna comprendida entre 16 - 20 años representa un 28% de un total de 62% de pacientes que se les realizó episiotomía (9).

Rodríguez B, Carmen M, (España 2014). Realizo un estudio de Episiotomía en pacientes primerizas. Propósito: Conocer el Procedimiento electiva y no de rutina en España, realizaron la búsqueda en Pubmed, Cochrane, **Resultados:** El intervalo de tiempo de búsqueda

fue del año 2009 hasta 2014. Los términos de búsqueda fueron: "Episiotomía"; "ventajas de la episiotomía"; "complicaciones de episiotomía"; "desgarro perineal". **Conclusiones:** Aun después de diversos estudios, con diferentes métodos, no se ha logrado descartar completamente el uso de esta técnica. En la actualidad el porcentaje de pacientes a las que se les realiza la episiotomía ha ido reduciendo con la tendencia del parto humanizado, Ya no es necesario cometer el corte a todas las mujeres. Este procedimiento debería ser considerado críticamente selectivo. Lo que queda por investigar cuales son las verdaderas indicaciones para así poder realizarla, puesto que variables como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no están ligadas a la no realización del corte (10).

Pérez V. (Argentina 2014) realiza un estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2014. Propósito identificar las variables de la episiotomía, en las cuales se encuentran los desgarros perineales, paridad y técnica empleada, obteniéndose como **Resultado:** La cantidad que podemos observar de episiotomías realizadas en partos vaginales elaboradas en este Hospital fue del 33.5%. Y se llega a la **Conclusión** en la cual se sigue obteniendo un gran éxito al momento de realizar la episiotomía en partos vaginales, favoreciendo así mismo a muchas pacientes primerizas al momento del trabajo de parto, en cual podemos evitar muchas complicaciones ya presentadas después de la episiotomía (10).

Antecedentes Nacionales:

Casanova. ML, (Lima 2014). Realizo un estudio comparativo asociado con uso sistemático de la episiotomía en pacientes que por primera vez darán a luz. Con el Propósito: Identificar las complicaciones que se produjo en las pacientes primíparas en las cuales se realiza la técnica. **Resultados:**

El tiempo del expulsivo entre los grupos de episiotomía, el tiempo para ambos grupos tuvo una duración menor a 30 minutos. En el grupo de episiotomía con indicación el tiempo de expulsivo fue mayor a 30 minutos. Entre las complicaciones, los desgarros de primer grado y segundo grado se produjeron con mayor frecuencia en el grupo de episiotomía y el resto de complicaciones mayores (dehiscencias, hematomas e infección), en el grupo de pacientes primíparas con episiotomía sistemática e indicada. **Conclusiones:** Al momento de realizar el uso de la episiotomía se podrían presentar menos complicaciones post parto, dentro de ello tenemos los hematomas, las infecciones, los edemas, los desgarros perineales, las dehiscencias y totales de episiorrafia. Teniendo como resultado un 21% en pacientes primíparas (11).

Tuesta Y, Mg, (Loreto 2016) realizo un estudio de las diferentes características que presentan las pacientes nulíparas con el Propósito: determinar las complicaciones de la episiotomía en pacientes que darán a luz por primera vez dando como **Resultados** las características sociodemográficas de las pacientes nulíparas, el 64.1% con estudios secundarios y el 52.9% fueron convivientes. Entre las características obstétricas se encontró; que solo el 7.2% tuvieron 0 APN, el 52.9% estuvieron controladas con más de 6 APN, el 15.7% fueron gestantes pre termino y el 84.3% fueron a término. **Conclusión:** observamos según los resultados de las pacientes que es de mucha importancia acudir desde un inicio de la gestación así prevenir alguna complicación que se pueda presentar durante el trabajo de parto (11).

Pujay E., Tingo María (2016) realizo en su estudio complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes primíparas atendidas en trabajo de parto con el Propósito: Identificar las complicaciones en la incisión que se realiza en pacientes primíparas la muestra estuvo atendida por 16 pacientes que presentaron dificultades. **Resultados:** Existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un (62,59%), estado civil, conviviente con un (68,23%),

grado de instrucción secundaria con un (56%), y procedencia rural con un (56,25%), los que mostraron estar relacionados con las complicaciones del uso sistemático de la episiotomía en la población en estudio. **Conclusión:** En relación a las variables obstétricas se pudo verificar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 38 y 49 semanas con un (62,50%), el (93,75%) de los partos tuvieron atención pre natal, La incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes primíparas atendidas fue del 94,5%, cifra muy elevada en relación a otros países y estudios (12).

Albino; F (Sullana, 2009) en su estudio cuyo Propósito: Identificar en pacientes nulíparas que fueron realizadas la episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en gestantes atendidas de parto vaginal con el **Resultados:** En relación a la intensidad del dolor encontró que el dolor de las mujeres se presentó en la modalidad de moderado e intenso en las proporciones de 13 y 6%, respectivamente, mientras que en las mujeres con parto normal se presentaron en 3 y 0%. En relación a la presencia de desgarro perineal determinó que el 33% de las mujeres con episiotomía presentaron desgarros, mientras que las mujeres procedentes de parto normal en el 25% de los casos presentaron desgarros: En cuanto al grado de desgarro pudo identificar que en el grupo de mujeres episiotomizadas el 13% presentó desgarros de segundo grado, 14% de tercer grado y 6% de cuarto grado, mientras que las mujeres con parto normal tuvieron 19% de desgarros de primer grado y 6% de desgarros de segundo grado, no presentó ningún caso de desgarros de tercer y cuarto grado, llegando a determinar que el parto con episiotomía incrementa la gravedad de los desgarros. Del total de las mujeres con episiotomía el 19% presentó laceraciones y del total de parto normal, el 62% si presentó laceraciones, identificando que el parto sin episiotomía se relaciona con un mayor número de laceraciones que el parto con episiotomía. En relación a la ubicación de las laceraciones encontró que en las mujeres con episiotomía el 14% fue para uretral, mientras que en las mujeres de parto normal encontró que las laceraciones se produjeron en la zona para uretral y en el labio menor (27 y 12.7% respectivamente). Con respecto a la

presencia de hematomas encontró que del total de mujeres con episiotomía el 62% presentó hematomas, mientras que las mujeres de parto normal solamente presentaron hematomas en el 3%. Con respecto a la presencia de edemas encontró que del total de mujeres episiotomizadas el 32% presentó edema en la zona perineal y vaginal, mientras que las mujeres procedentes de parto normal solamente en el 5% de los casos lo tuvieron. En relación a la presencia de dehiscencia se pudo encontrar que del total de las mujeres episiotmizadas, el 21% presentó dehiscencia, mientras que del total de las mujeres de parto normal hicieron dehiscencia de sutura de desgarro en el 3% (13). **Conclusión:** Damos a conocer el porcentaje de cada uno de las complicaciones realizadas al momento de realizar la episiotomía cuyos porcentajes son diferentes relacionados a edemas con un 32%, y con un 21% presencia de dehiscencia.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

EPISOTOMIA

La episiotomía es una incisión realizada a nivel del periné con la finalidad de ampliar el canal del parto. (14)

Es un trabajo que se realiza en la expulsión del feto, mediante la sección quirúrgica de la región vulvar, tercio inferior de la vagina y tejidos perineales. Consiste en el aumento quirúrgico en la parte final del canal blando del parto (15).

Etimológicamente episiotomía significa "cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto). También denominada colpoperineotomía es una incisión quirúrgica que intenta ayudar a la paciente a facilitar mejor el pujo y así mismo una buena expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un acto quirúrgico simple, aunque su empleo es muy frecuente en la asistencia al parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas en correspondencia a su empleo e indicación (16).

En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Credé recomendaban la sección del periné en sus partos. Ya en el siglo XX, De Lee y Pomeroy aconsejan tal proceder de forma sistemática durante el parto. (17)

Entre 1920 y 1930, la alta tasa de morbilidad perinatal, sumada a la transición de los partos del domicilio a los hospitales, determinó el uso rutinario de la episiotomía a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara su seguridad y beneficio. La episiotomía fue así popularizada por De Lee a partir de sus publicaciones en 1920 (18).

En las décadas del 70 y 80, con el surgimiento del movimiento naturalista en Estados Unidos, el uso rutinario de la episiotomía comenzó a ser cuestionado, la revisión de la literatura publicada en Inglés entre 1960 y 1980 realizada por Thacker y Banta en 1983, reveló la falta de evidencia científica que sustente los beneficios atribuidos a la episiotomía, en especial la de tipo medio, tales como dolor, además, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia (18).

Efectos beneficiosos de la episiotomía son los siguientes:

- Ayuda a reducir grandemente los desgarros perineales de tercer y cuarto grado (18).
- Protección de la relajación muscular del piso pélvico y el periné, lo cual conduce a una mejor función sexual y a reducir el riesgo de incontinencia fecal o urinaria (18).
- Como es una incisión recta, la episiotomía es más fácil de suturar y se cura mejor que un desgarro (18).

Para el recién nacido, un segundo estadio del trabajo de parto prolongado podría causar asfixia fetal, traumatismo craneal, hemorragia cerebral y retraso mental, durante el parto, es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de una distocia de hombros del feto. Aunque la edición de 1993 de Williams Obstetricia reconoció finalmente la existencia de estudios que indican que la realización de la episiotomía aumenta el riesgo de un desgarro de tercer grado, aún continúa prescribiendo el procedimiento de las indicaciones (19).

Existe considerable controversia respecto a si se debe o no efectuar la episiotomía. Cuando existen peculiaridades congénitas que complican el mecanismo normal del parto, cuando el periné es rígido, cuando la parte fetal que se presenta es muy grande o en una posición desfavorable o cuando por cualquier causa una laceración es inminente, ahí comienzan a oponerse las opiniones (19).

En la actualidad, está visto que la episiotomía aumenta el riesgo de causar desgarro en el esfínter anal externo, el recto o ambos. Asimismo, entre los hipotéticos efectos adversos derivados del uso habitual de la episiotomía, así mismo contienen las deducciones anatómicas insatisfactorias, como colgajos, asimetrías o reducción excesiva del introito, prolapso vaginal, fistulas recto-vaginales y fistulas anales, gran cantidad de pérdida de

sangre y hematomas, dolor y edema de la región de la episiotomía infección y apertura de la sutura y disfunción sexual. Por el contrario, los desgarros anteriores que afectan la uretra y los labios son mucho más frecuente en las pacientes que no se efectúan episiotomía, estos desgarros no solo constituyen un desafío para la reparación, sino que a menudo tiene mayor dolor asociado que le episiotomía; sin embargo, se considera que estos son menos severos.

Christian Northrup MD, sostiene que las laceraciones vaginales son triviales y fáciles de reparar en comparación al daño hecho por las episiotomías y también afirma que ellas son, además, menos dolorosas (20).

En cuanto a la comparación entre episiotomía y desgarro, reseña los siguientes aspectos:

- ✓ La episiotomía causa más dolor que un desgarro en el momento de dar a luz.
- ✓ A los después días, la episiotomía es más dolorosa que un desgarro.

- ✓ La episiotomía es menos dolorosa a lo largo que pasa los días (15 días o más).
- ✓ La episiotomía no es fácilmente reparar que un desgarro, también necesita más material en su sutura.
- ✓ No se encontró relación con las pacientes que tenga dificultad para orinar.
- ✓ estos resultados son independientes de que se realice un uso restrictivo o liberal episiotomía (18).

Para Woolley la proporción de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto del desgarro espontaneo, y su uso indiscriminado aumenta el daño perineal y constantemente, la morbilidad de la paciente. Y, aunque la episiotomía disminuye el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina. Afirma que no hay evidencias de que la episiotomía reduzca la incontinencia urinaria postparto ni a corto ni a largo plazo ni al tiempo que tampoco presenta ninguna protección hacia el suelo pélvico (21).

De la misma manera no hallo una clara evidencia en la reducción del segundo periodo del parto, y menos aún dio con alguna investigación que apoyará la utilidad de la episiotomía en el sufrimiento fetal o en la distocia de hombros. Por otro lado, observo que se produce un aumento sustancial de pérdida de Sangre con la episiotomía y que la morbilidad a largo plazo del daño del esfínter anal provocado por una episiotomía y superior al causado por un desgarro espontaneo. Para woolley está claro que el grado de riesgo que acompaña la realización de una episiotomía es mayor que sus beneficios, y no se justifica su acción (21)

Una revisión más reciente de Renfrew MJ et al 10 (1998) concluye con la importancia del uso restrictivo de la episiotomía. Handavl y Harris 11(1996) en una revisión sobre las conductas obstétricas para prevenir la incontinencia y los prolapsos de los órganos pélvicos acertaron que el daño del suelo pélvico se puede concluir reduciendo la suma de Fórceps y episiotomía. Otra revisión importante es la realizada por Henci Goer 12 (obstetric myths versus research realities, 1995): concluyo que tanto la

posición de litotomía (que aun hoy día se sigue adoptando en la generalidad de los hospitales españoles) Como la anestesia epidural aumentaban la necesidad de una episiotomía, además de potenciar la instrumentalización de los partos debido a su implicación en la incontinencia anal, se han llevado a cabo muchos estudios en los que se han analizado la relación entre esta y la episiotomía central. Todo lo visto hasta ahora, parece dificultoso aceptar siquiera una de los posibles beneficios de la episiotomía; es más, se han demostrado todos los posibles riesgos de ella anunciado en un principio. Es decir, para prevenir un desgarró anterior, se opta por una episiotomía profunda (Que resultara de 2º grado), y esta dudosa recomendación provoca la aparición de los riesgos asociados a la episiotomía, como:

- ✓ Mayor de la pérdida de sangre,
- ✓ Aumento de los desgarró de IIIº y IVº grado,
- ✓ Mayor molestia para la mujer, mayor morbilidad
- ✓ Mayor posibilidad de desarrollar una incontinencia recta (13).

A Partir de estos datos resulta dificultoso localizar indicaciones para cometer una episiotomía, por lo que se debería considerar su uso para casos en los que realmente resultara definitivamente necesaria; un dato curioso y en el que todos/as nos deberíamos fijar: la tasa total de episiotomía en Suecia está establecida en torno al 5% por ello, resulta necesario tomar esta línea de investigación para establecer cuáles serían las indicaciones específicas y exactas para realizar una episiotomía si es que científicamente existen (13).

Anatomía del piso pélvico

“La pelvis es un punto que continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano) (22).

Estas distribuciones se apoyan y se anclan en el piso pélvico, una estructura de músculos y tejido conectivo. Su primordial mecanismo es el músculo elevador del ano (MEA), un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos y que su forma de “U” o “V” abierta hacia adelante permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo. Además, constan otras estructuras de tejido conectivo fibroso que sirven de soporte y detención para estas estructuras, como ligamentos, arcos tendinosos (22).

Periné

El periné se halla limitado hacia el principio por el arco púbico, de lado por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacro ciático mayor y menor.

Todo ello hace que tenga una forma romboidal, una línea arbitraria que une las tuberosidades isquiáticas divide el perineo en un triángulo anterior, también llamado triángulo urogenital, y uno posterior, denominado triángulo anal (23).

1. El periné anterior está hecho por tres planos musculo aponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial.
 - Plano superficial constituido por tres pares de músculos: bulbocavernoso, isquiocavernoso y transverso superficial del perineo.
 - Plano medio formado por el musculo transverso profundo.
 - Plano profundo conformado por el musculo elevador del ano y el musculo coccígeo que forman el diafragma pelviano (24).
2. Los músculos que constituyen en el perineo son: el isquiocavernoso, bulbocavernoso y transverso superficial del periné, que son pares, éstos

a cada lado crean un triángulo cuya hipotenusa es el isquiocavernoso, los otro dos se unen en el tendón central formando un ángulo recto (23).

3. El triángulo posterior contiene la fosa isquiorrectal, el conducto anal, el complejo del esfínter anal, ramas de los vasos pudendos internos y el nervio pudendo interno. El triángulo anal sujeta el conducto anal y sus esfínteres, el cuerpo ano coccígeo y las fosas isquiorrectales, que contienen una gran cantidad de tejido adiposo, los vasos y nervios hemorroidales inferiores y los vasos y nervios pudendos internos (23).

Músculos del periné

Bulbo cavernoso

Se produce en el tendón central delante del esfínter externo del ano, a cada lado de la línea media y de allí se dirigen hacia delante y hacia arriba, representando una curva de concavidad interna, rodeando la vagina, por debajo de los labios mayores y cubriendo las glándulas de Bartholino, cada uno oponiendo sus fibras a la del otro. En el otro extremo, se pegan al cuerpo cavernoso y ligamento suspensorio del clítoris. Si bien desde el punto anatómico se reconocen dos músculos, desde el punto de vista funcional se registra solo uno al que se le conoce como "constrictor de la vagina", refiriéndose a su acción más importante cual es la de estrechar el introito vaginal que cuando es muy acentuada se denomina "vaginismo". Otras acciones son las de comprimir la glándula de Bartholino y exprimir su contenido al conducto excretor y de allí al introito, además, actúa sobre el clítoris comprimiendo la vena dorsal de este órgano favoreciendo su erección, al tiempo que lo tracciona hacia abajo aplicando el extremo libre de éste sobre el pene durante la copula. Los vasos sanguíneos provienen de la pudenda interna por la perineal profunda, que continua principalmente hasta finalizar en la arteria dorsal del clítoris.

El drenaje venoso sigue al plexo pudendo. La inervación proviene del nervio perineal que penetra bien por su cara profunda bien por su cara superficial (25).

Isquio cavernoso

Se produce en la tuberosidad isquiática dirigiéndose hacia arriba insertándose en la cara anterior de la sínfisis púbica, en la base del clítoris y rodeando el cuerpo cavernoso del mismo; también, envía fibras recusantes a la región de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra constituyendo mayor parte del esfínter externo de la misma. Comprime el cuerpo cavernoso del clítoris (26).

Transverso perineal superficial

Se forma en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose horizontalmente “en busca de la otra”, insertándose en el tendón central. A diferencia de su función muy definida en el hombre, obrando en la micción y sobre todo en la eyaculación; en la paciente, está mucho menos avanzado y al parecer solo actúa subsidiariamente en la defecación cuando al ser rechazado hacia delante por un voluminoso bolo fecal, puede obrar sobre el recto para que recobre su lugar. Las arterias provienen de la perineal profunda y de la pudenda interna. Su nervio lo alcanza en su parte media y posterior, proveniente del ramo perineal del pudendo interno (25).

Esfínter externo del ano

Desarrollado por diez a doce fascículos concéntricos que se instalan alrededor del segmento inferior del recto; en la mujer un poco más desarrollado que en el hombre, alcanza a medir entre 2 a 2.2 cm de altura y entre 1 a 1.5 de espesor. Cuando el ano se dilata, como por ejemplo al paso del feto, este se aplana lateralmente haciéndose más extenso en el sentido anteroposterior que en el transversal (25).

Transverso profundo del perineo

Es un músculo profundo, aplanado y transversal que se extiende de las ramas Isquio púbicas al rafe ano vaginal. Actualmente se considera uno solo; antiguamente se le reconocía una porción vaginal, que originándose en las ramas Isquio pubianas se dirigía a la cara anterior de la vagina, y una porción uretral que del mismo origen llegaba a la porción anterior de la

uretra. Su irrigación e inervación depende de los mismos vasos y nervios que los del bulbo cavernoso (25).

Diafragma pélvico: Elevador del ano

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. El haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la

sínfisis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo (9).

El haz puborrectal es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión ano rectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de "U". El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la sínfisis del pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) y hacia posterior se inserta en el ligamento ano coccígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. La disposición de las fibras adopta una dirección hacia inferior y medial en dirección al conducto anal, formando un "embudo" con forma de V o de "alas de paloma" al observar cortes coronales a esta altura (22).

El control de este músculo está dado por inervación proveniente del nervio para el músculo del elevador del ano proveniente del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior (22).

Cambios durante el trabajo de parto.

Durante el parto existen cambios biomecánicos en el suelo pélvico. El elevador del ano consiste en los músculos pubovesical, puborrectal e iliococcígeo, que cierran el extremo inferior de la cavidad pélvica como un diafragma. Por lo tanto, se presentan una superficie superior cóncava y una inferior convexa. El grosor del músculo elevador del ano varía de 3 a 5 mm, aunque los márgenes que rodean al recto y la vagina son un poco más gruesos. El cambio más notorio consiste en el estiramiento de las fibras

musculares del elevador del ano. Esto se acompaña del adelgazamiento de la porción central del perineo, que se transforma de una masa cuneiforme de tejido de 5 cm de espesor, a una estructura membranosa delgada, casi transparente, con menos de 1 cm de espesor. Cuando el perineo se distiende al máximo, el ano se dilata mucho y presenta una abertura de 2 a 3 cm de diámetro por la cual se abulta la pared anterior del recto. El número y tamaño extraordinarios de los vasos sanguíneos que irrigan la vagina y el piso pélvico producen una hemorragia fuerte si estos tejidos se desgarran (28).

CLASIFICACION DE LA EPISIOTOMIA

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

- **La episiotomía mediana o central**

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

Aunque es menos usada porque tiene más riesgos de complicarse con lesiones de esfínter anal si se desgarran en el momento del nacimiento. Este tipo de episiotomía es más utilizada en América del Norte y hasta en un 30% en Francia (26).

- **La episiotomía medio lateral**

La episiotomía media lateral, que puede ser derecha o izquierda dependiendo del operador, se realiza con un ángulo aproximadamente de 60 grados (29).

Parte desde la horquilla vulvar dirigiéndose en forma oblicua hacia el isquion, en una longitud de 4 a 5 cm. Puede ser derecha o izquierda. Secciona algunos ases del musculo elevador del ano (27).

Se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (derecha) en ángulo de 45° en relación con el rafe medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano (26).

- **La episiotomía lateral**

Es una variante de la anterior, cuando de corte se abre hacia la nalga más de 45°. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados, protege, el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión, pero no se suele practicar ya que afecta a casi todos los músculos de la zona y provoca una pérdida de sangre, producida con el corte Central. Además, respecto a los otros tipos de corte, la sutura suele producir con más facilidad dolores en el periné. Como norma general, existiendo buenos condiciones perineales, la episiotomía mediana presenta más ventajas que la episiotomía Medio-lateral, a excepción de la responsabilidad de producción de desgarros complicados (esfínter del ano, pared rectal). Es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que estas circunstancias una episiotomía mediana se asocia a desgarros complicados (29).

Objetivos e Indicaciones para realizar una episiotomía

Objetivos de la realización de una episiotomía:

- ✓ Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal.
- ✓ Evitar posible desgarro perineal.
- ✓ Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

Las Indicaciones pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- Factores fetales:
 - Hipoxia fetal,
 - Macrosomía fetal
 - Expulsivo prolongado
 - Presentaciones cefálicas de flexionados.
 - Prematurez
 - Feto con Retardo de crecimiento Intrauterino.

- Factores maternos: Desgarro perineal inminente
 - Madre con hipertensión
 - Periné rígido
 - Periné cortó
 - Parto precipitado
 - Cardiopatías, entre otras (30).

Contraindicaciones

- La episiotomía en la atención del parto es una intervención muy frecuente. Algunos estudios sugieren que la episiotomía aumenta la probabilidad de desarrollar disfunciones del piso pélvico; sin embargo, una revisión sistemática concluye que el efecto de la episiotomía en el desarrollo de las disfunciones del piso pélvico permanece desconocido (29).

- La episiotomía es un procedimiento que genera controversias aun en la actualidad por lo que requiere revisión de las bases científicas que las sustentan, debido a que no hay consenso sobre el tema entre los profesionales ginecólogos (33).

- Relajación y flaccidez del piso pélvico.
- Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.
- Enfermedades granulomatosas activas.
- Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.

- Fístulas recto-perineales.
- Antecedentes de Perineoplastia.
- Cáncer Ano-rectal (31).

Complicaciones de la Episiotomía.

Las complicaciones se pueden clasificar en 3 categorías: inmediatas, mediatas y tardías (31).

Complicaciones Inmediatas

- Hemorragias
- Desgarros
- Hematomas
- Edema vulvar.

Complicaciones mediatas

- Infección por episiotomía
- Granulomas
- Dehiscencia.

Complicaciones tardías

- Dispareunia
- Fístulas.

Complicaciones Inmediatas:

Hemorragias, Desgarros, Hematomas y Edema bulbar.

Hemorragias

Se presenta en caso de medio lateral que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento (31).

Desgarros

Los desgarros se entienden como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4 cm en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de episiotomía (31).

En casos muy raros comprometería hasta el tercio Superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada. La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta el recto (31).

En el caso del medio lateral la extensión es hacia los planos profundos donde el compromiso del elevador es mayor, imponiendo una reparación muy cuidadosa. Si bien la fuerza de expulsión que se realiza durante el parto se ejerce principalmente sobre el periné, que es el que con más frecuencia se lesiona, la incidencia de los desgarros de la pared anterior no es raro, en especial si la vejiga está llena y en el momento de la cornada fetal no se protege adecuadamente. se clasifica en IV grados:

- **Desgarro I grado:** Es una laceración superficial que incluye a mucosa vaginal, la piel del perineo o ambas.
- **Desgarro II grado:** se extiende para afectar la fascia y el músculo del periné, pero sin comprometer el esfínter anal.
- **Desgarro III grado:** comprende piel, la mucosa, periné y esfínter externo del ano.

- **Desgarros IV grado:** se extiende a la luz anorrectal e implica por tanto la rotura de los esfínteres externo e interno del ano (32).

Hematomas

Asociados casi siempre a los medios laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido.

Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvo perineal por desgarros (33).

Edema Vulvar

Es una complicación asociada en la mayoría de los casos con alguna enfermedad sistémica subyacente, que debe tratarse, el tratamiento debe ser médico, pero si éste fracasa puede considerarse el drenaje mecánico (32).

Complicaciones mediatas:

Infección por episiotomía, Granulomas, Dehiscencia (32).

Infección Por Episiotomía

Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gran negativo y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía (32).

Granulomas

Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio (31).

Dehiscencia

Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada (32).

Complicaciones tardías:

Fibrosis, Fístulas.

Fibrosis

De incidencia más frecuente con medios laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia (32).

Fistulas

Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria (31).

Ventajas de la Episiotomía

- La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo (34).
- Una política de episiotomía selectiva es segura y reporta más beneficios que perjuicios. No obstante, el cambio de una práctica sistemática a otra selectiva se produce con lentitud, ya que requiere un re-aprender de los profesionales (35).
- La episiotomía siempre es más ventajosa que un desgarro perineal, pero actualmente se preconiza no abusar de este proceder de no ser necesario (24).

- La episiotomía presenta más ventajas que los desgarros, ya que, en éstos últimos, la extensión no puede precisarse y la sutura es más difícil, con peor resultado. No es infrecuente la coincidencia de episiotomía y desgarros de III y IV grado (15).
- La episiotomía cicatriza en una semana (15).
- La perineotomía media secciona el rafe perineal desde la horquilla vulvar hasta 2 o 3 cm sobre el ano. Es una incisión fácil de realizar que sangra escasamente y que tiene gran ventaja de producir poco dolor en el puerperio (16).
- Evita la hiperdistensión y previene de desgarros perineales, vaginales y del suelo pélvico (15).
- Disminuye la compresión que ejerce el anillo vulvo perineal sobre la cabeza fetal (24).
- Acorta la duración del período expulsivo al eliminar la resistencia de la musculatura del suelo pélvico (24).
- Puede repararse más fácilmente que un desgarro (15)
- Evita sufrimiento fetal (15).

Desventajas de la Episiotomía

- La episiotomía lateral no presenta ventajas. Los inconvenientes son: no brinda ampliación suficiente, puede lesionar la glándula de Bartholino, deja cicatrices viciosas (36).
- Este uso sistemático de la episiotomía, aparte de ocasionar un gasto sanitario importante, afecta la salud de la mujer, tanto física con psíquicamente (36).
- Hoy se sabe que una episiotomía eleva el riesgo de desgarro hacia el esfínter anal externo, el recto o ambos (28).
- La desventaja principal es la persistencia de la pérdida hemática hasta que se termina la reparación (28).

Momento de realización de la episiotomía

Si se efectúa en un momento innecesariamente temprano, la hemorragia puede ser considerable entre la incisión y el nacimiento.

Si la episiotomía se realiza de forma muy tardía. Prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión musculonerviosa ya se habrá producido, invalidando muy probablemente los posibles efectos beneficiosos de la cirugía. Al contrario, si la episiotomía se realiza de forma muy precoz, la hemorragia puede ser considerable. En un parto eutócico se estima que el momento más oportuno para realizar la v es cuando la cabeza fetal es visible en el introito bulbar, es un diámetro de 3-4 cm de la cabeza durante la contracción. Común criterio práctico, el momento idóneo es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa contráctil (37).

Momento de reparación de la episiotomía

De manera característica, la reparación de la episiotomía se difiere hasta que la placenta se expulsa. Esta disposición permite no distraer la atención en cuanto a los signos del desprendimiento placentario y alumbramiento. Una ventaja adicional es que la reparación de la episiotomía no se interrumpe o altera por la necesidad obvia del alumbramiento, en especial si se debe efectuar la extracción manual de la placenta. La desventaja principal es la persistencia de la pérdida hemática hasta que se termina la reparación (38).

Técnica

Para realiza la episiotomía se aplica anestesia local, previa aplicación en la zona donde se hará la incisión de un líquido antimicrobiano para prevenir la infección, y cuando la cabeza del bebe sostiene el periné (Partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis), durante el periodo expulsivo, realiza el corte con tijera o bisturí, desde adentro hacia afuera y de arriba hacia abajo, atravesando la mucosa vaginal, la piel y los músculos de la región perineal. Generalmente se hace durante una contracción uterina, para que la embarazada no se dé cuenta que le están haciendo el corte. La mano libre del obstetra protege la cabeza del bebe, para evitar lesiones en la misma, y lo

hace interponiendo los dedos índices y medio entre los tejidos maternos y la cabeza fetal (39).

La sutura se comienza desde el Angulo vaginal cuidando de que no que de ningún vaso sanguíneo sangrando que produzca después un hematoma primero se sutura los músculos, en segundo lugar, la mucosa vaginal y por último se aproximan los bordes de la piel. El hilo que se usa para este tipo de sutura es de un material resorbible, para que los puntos no haya necesidad de sacarlos y se caigan solo, sin que se abra la herida (39).

El catgut crómico es una sutura comúnmente usada para la episiotomía y que demora dos a tres semanas en absorberse. Los errores se pueden cometer haciendo un reparo apresurado o con mala visualización del área que se va hacer reparada. Poca luz, sangrado excesivo, o paciente poco colaboradora o incluso si los puntos son estirados luego, los bordes de la herida pueden no cicatrizar correctamente. Algunas mujeres cicatrizan demasiado bien y forman una especie de punto, causa dolor extremo a la inserción de un tapón (39).

Se infiltra con lidocaína al 1 o 2% el trayecto de los tejidos a incidir, tanto en el plano superficial como profundo (40).

Durante el período expulsivo, se realiza el corte con tijera o bisturí, desde adentro hacia fuera y de arriba hacia abajo, atravesando la mucosa vaginal, la piel y los músculos de la región perineal (41).

Sección con la tijera botonada: se introduce una de sus ramas en la vagina entre los dedos índice y medio de la mano del operador, los cuales le sirven de guía al corte y de protección al polo fetal par ano herirlo. La sección debe ser perpendicular a la superficie de la piel y firme tratando de realizarlo con un solo corte (24).

Dolor después de la episiotomía

La analgesia mediante bloqueo pudendo ayuda a aliviar el dolor perineal postoperatorio, la aplicación de paquetes de hielo ayuda a mitigar el edema y

aliviar las molestias. En un estudio clínico con asignación al azar, informaron que la aplicación tópica de ungüento de lidocaína al 5% no fue eficaz para disipar las molestias por episiotomía o desgarro perineal.

Los analgésicos como la codeína confieren alivio considerable, debido a que el dolor puede ser señal de un gran hematoma vulvar, para vaginal o isquiorrectal, o de celulitis perineal, es indispensable revisar esos sitios de forma cuidadosa si el dolor es intenso o persistente (37).

Factores que condicionan riesgo en una episiotomía

➤ Factores Maternos

Edad

La edad < a 19 años es un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística. Se observó un incremento en los porcentajes de episiotomía a medida que aumentaba la edad materna, pasando de un 52,38% en el grupo de 15 a 19 años, a un 77,27% a partir de los 40 años. Sin embargo, al comparar la edad materna media en ambos grupos (episiotomía o no) no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables (42).

Peso

Medida de un cuerpo calculado como la cantidad de masa que contiene y se puede expresar en gramos o kilogramos. La Medicina toma el peso corporal del individuo como referencia del desarrollo y estado de salud del organismo humano, así como el aumento de peso puede constituir un síntoma de enfermedades que causan obesidad (43).

En el estudio en pacientes primíparas encontraron que al comparar la episiotomía selectiva con la rutinaria en 100 pacientes (50 cada grupo) que

ambos grupos fueron comparables en relación a las variables maternas que afectan el pronóstico como edad, peso y antecedente de ejercicios prenatales (43).

Talla

La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales (1). Sobre la talla materna y su implicancia para cesárea concluye que la talla materna menor de 146 cm está asociada a mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, lo cual podría verse relacionado a riesgo de desgarros perineales; no se han realizado estudios que relacionen la talla materna y la realización de episiotomía; sin embargo en nuestro estudio encontramos que la baja talla materna no presenta significancia estadística por lo cual no sería considerado como un factor de riesgo para el uso de episiotomía (1).

De 137 pacientes primigestas, 85 de ellas correspondiente al 62% que se les realizó episiotomía, el 36% corresponde a una talla materna baja, seguida de un 22% correspondiente a talla normal, y en menor porcentaje a talla materna alta con un 4%, que nos indica que la talla materna tiene significancia estadística al realizar episiotomía (12).

En las gestantes nulíparas atendidas con episiotomía, el promedio de edad fue de 20.74 años; el 81.2 % tienen una unión estable con su pareja y el nivel de grado de instrucción de primaria predominó en un 58,12% (8).

➤ Factores obstétricos

Edad gestacional

La edad gestacional o menstrual corresponde al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, momento que en realidad precede a la concepción (28).

En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%) (45).

Con respecto a la edad gestacional del recién nacido en el momento de nacimiento, no se encontró relación estadísticamente significativa con la realización de la episiotomía (45).

Altura uterina

La técnica de McDonald se realiza con un centímetro, y se mide la altura del útero desde la porción superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino (24).

En el estudio en pacientes nulíparas encontraron que al comparar la episiotomía selectiva con la rutinaria en 100 pacientes (50 cada grupo) que ambos grupos fueron comparables en relación a las variables maternas que afectan el pronóstico como edad, peso y antecedente de ejercicios prenatales. Igualmente no hubo diferencias estadísticamente significativas con relación a la altura uterina (1).

Posición fetal

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto (28).

Es la relación que guarda entre sí el dorso del feto con la pelvis materna. Existen cuatro variedades: derecha, izquierda, anterior y posterior (46).

Primiparidad

Es aquella mujer que por vez primera dará a luz, y nos referimos a la paridad de las gestantes como antecedente obstétrico. El principal elemento preciso para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo es la nuliparidad (1).

➤ Factores Intraparto

Duración del periodo expulsivo

Periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior; es la fase más espectacular y en la que el descenso de la cabeza fetal es más acelerada y llamativa, aunque ésta se inicia en la fase de dilatación.

El tiempo de expulsivo aumenta discretamente cuando no se realiza la episiotomía (8).

La duración clínica aproximada de ese periodo es de 60 minutos en primíparas y de 30 minutos en multíparas. Este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, se consideran normales los tiempos de 2 horas de expulsivo en primigestas y de 1 hora en multíparas (47).

Se comienza cuando completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto; su duración promedio se aproxima a 50 minutos en primíparas y alrededor de 20 minutos en multíparas (47).

De 137 pacientes primigestas , 85 pacientes que se les aplicó episiotomía, 71 de ellas correspondientes al 53 % presentaron un expulsivo prolongado menor a 15 minutos y el 14 de ellas correspondiente al 11% presentaron un expulsivo mayor a 16 minutos; No es estadísticamente significativo el periodo expulsivo prolongado para realizarse episiotomía en primigestas; al igual que un estudio de Bustamante y compañía 2007 señala que el tiempo de expulsivo prolongado en primíparas y en multíparas no es significativo para realizar episiotomía (12).

Es preciso recordar que, en casos de primiparidad, expulsivo prolongado, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados (34).

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Edad gestacional**

Tiempo transcurrido entre el día en que se inició el último periodo menstrual normal (dato conocido como fecha de última Regla) y un momento dado del embarazo. Se expresa en semanas.

- **Ponderado fetal:**

Es el peso fetal estimado clínicamente mediante Observación y palpación.

- **Peso al nacer:**

Es una medida somato métrica que clasifica el recién nacido como: de bajo peso (menos de 2500 gr.), de peso muy bajo (Menos de 1500 gr.), extremadamente muy bajo peso (menos de 1000 gr.) Y peso adecuado (mayor de 2500 gr.).

- **Perímetro cefálico:**

Es la medida del cráneo tomada teniendo como puntos de referencia la protuberancia externa del occipital y las dos Protuberancias anteriores del frontal. Su valor promedio oscila entre 33 y 35cm.

- **Parto eutócico:**

Proceso fisiológico por el cual se expulsa del útero a bebé a término y en presentación cefálica de vértice.

- **Laceraciones:**

Desgarro o herida desgarrada.

- **Hematoma:**

Derrame sanguíneo que se produce en el espesor del tejido conectivo peri vaginal o peri vulvar sin ruptura, por lo menos al comienzo de los planos superficiales.

- **Edema:**

Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo.

- **Infección:**

Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.

- **Hemostasia:**

Si sangran algunos vasos, lo cual es raro, se cogen con pinzas de Kocher y se ligan circularmente

- **Dehiscencia:**

Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica.

- **Puntaje de Apgar:**

Permite una rápida evolución del estado cardio respiratorio y neurológico al nacer y de la respuesta a las medidas de reanimación. Se evalúan 5 signos (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color), a cada uno de los cuales se clasifica con puntajes de 0 a 2. El puntaje Apgar debe tomarse al minuto de nacido y a los 5 minutos.

- **Pelvis Ginecoide:**

Es aquella pelvis que cumple con los requisitos de tener diámetro

transverso del estrecho superior mayor de 11 cm, paredes laterales paralelas, sacro cóncavo, espinas ciáticas romas, un arco supra púbico amplio, un Angulo sub púbico mayor de 90° y un diámetro bisquiático mayor de 8 cm.

- **Episiotomía:**

Es una técnica quirúrgica simple de relajación (sección del anillo vulvo perineal) que se realiza con carácter profiláctico, para ensanchar el introito vaginal y así evitar que el desprendimiento de la presentación fetal provoque una hiperdistension y posterior desgarró del periné, vagina y especialmente los músculos y aponeurosis del suelo pélvico.

- **Episiotomía medio lateral:**

Es la episiotomía que se extiende desde la horquilla y sigue un trayecto diagonal en el periné con dirección a la tuberosidad isquiática.

- **Desgarros perineales:**

Constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, en realidad comprometen a la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.

- **Desgarros de I grado:**

Cuando solo comprometen la horquilla, mucosa y piel, sin llegar al plano muscular.

- **Desgarros de II grado:**

Lesión la vagina y el periné, desgarran musculo, pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano.

- **Desgarros de III grado:**

Cuando se extiende desgarrando el esfínter del ano.

- **Desgarros de IV grado:**

Cuando se extiende hasta la mucosa del recto y expone su luz.

- **Sutura:**

Se afrontan tejidos iguales a ambos lados de la incisión, es decir mucosa con mucosa vaginal y piel con piel del periné

- **Expulsivo:**

Es el segundo periodo del parto y se inicia cuando la dilatación es completa (10 cm.) y culmina con la expulsión del recién nacido.

- **Tiempo del expulsivo:**

El tiempo del expulsivo en primípara dura hasta horas con un promedio de 50min

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE
RESULTADOS

TABLA N°01

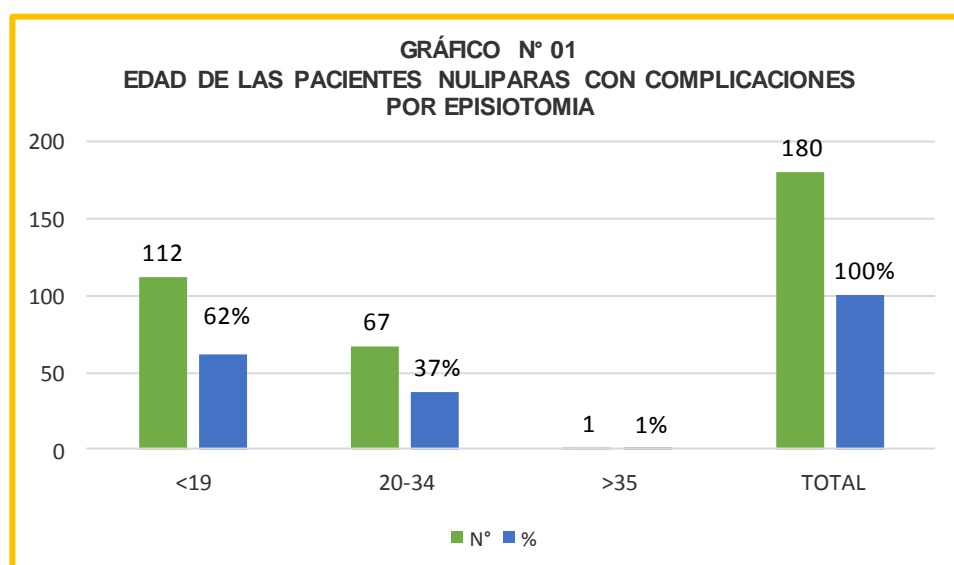
EDAD DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

EDAD	N°	%
≤19	112	62
20-34	67	37
>35	1	1
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°01 encontramos que el 62% de la población en estudio se encuentran en el rango de edades de ≤ 19 años seguido del 37% en el rango de 20-34 años. Contrastando con el estudio de Gualán cuyo propósito identificar en pacientes que dan a luz por primera vez y ver su factor de relación con edad a la gestante encontró que 35,5%, de las pacientes en el rango de edad menor igual de 19 años, encontrando similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N°02

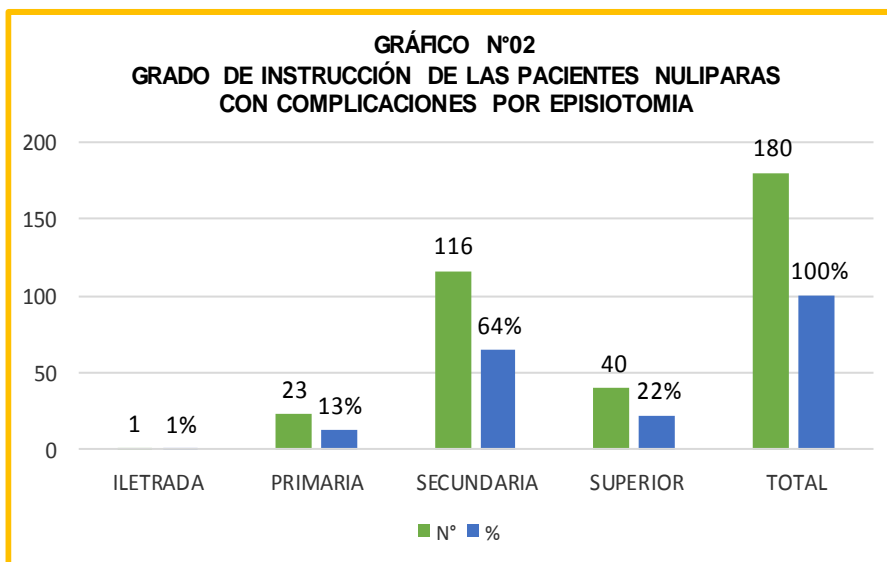
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Iletrada	1	1
Primaria	23	13
Secundaria	116	64
Superior	40	22
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°02 se puede observar que el 64% del grado de instrucción corresponde al nivel de educación secundaria, seguido al nivel de estudio superior con el 22%. Contrastando con el estudio de Pujai cuyo propósito de identificar en pacientes nulíparas en la que se encontró el 56% son pacientes de nivel secundario. Encontrando similares a nuestro estudio



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N°03

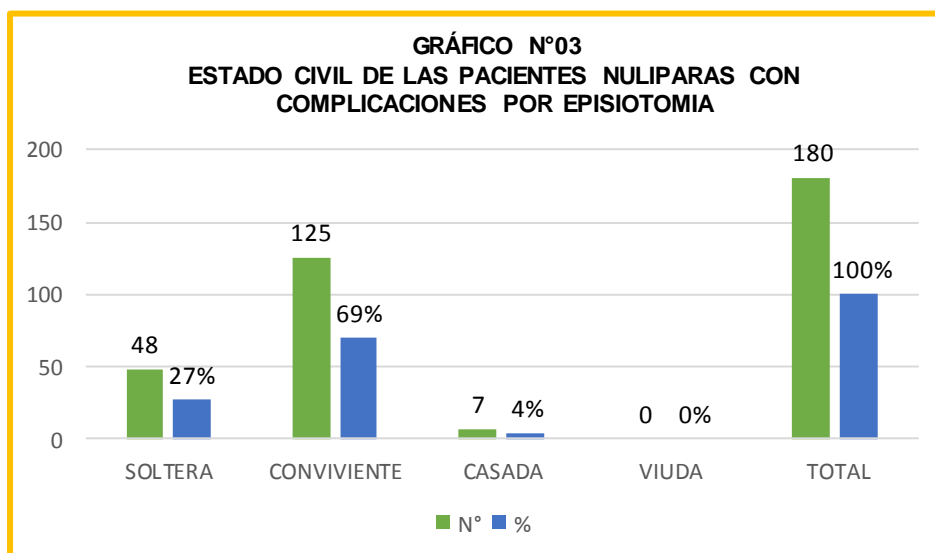
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	48	27
Conviviente	125	69
Casada	7	4
Viuda	0	0
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N°03 podemos observar que el 69 % del estado conyugal de las pacientes primíparas son convivientes, seguido a un 27 % de las pacientes que corresponden al estado conyugal de solteras. Contrastando con el estudio de pujai cuyo propósito de identificar en pacientes nulíparas en la que se encontró el 68% son pacientes convivientes. Encontrando similar igualdad con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018

TABLA N° 04

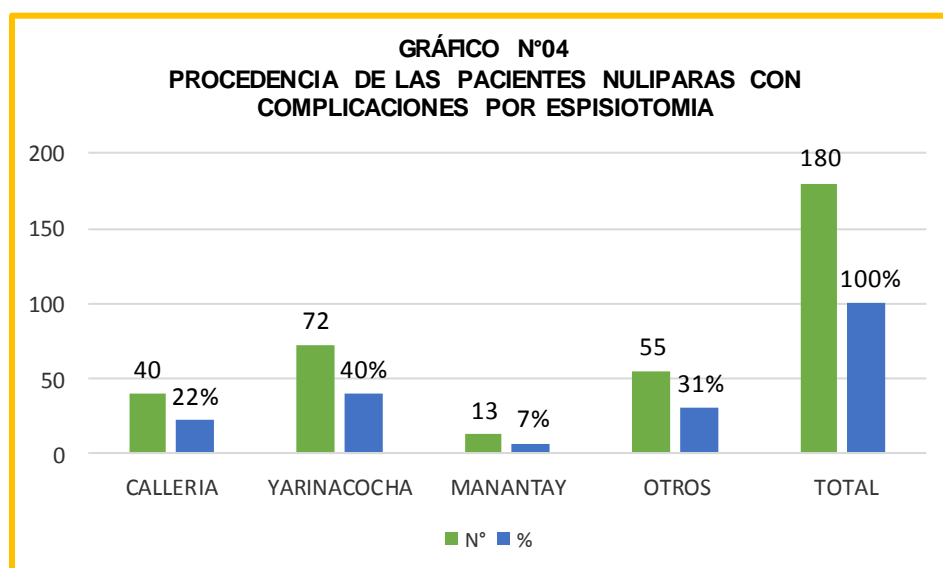
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

PROCEDENCIA	N°	%
Callería	40	22
Yarinacocha	72	40
Manantay	13	7
Otros	55	31
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°04 se puede observar que el 40% corresponde al distrito de Yarinacocha, seguido a un 31% que acudieron de diferentes lugares.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N°05

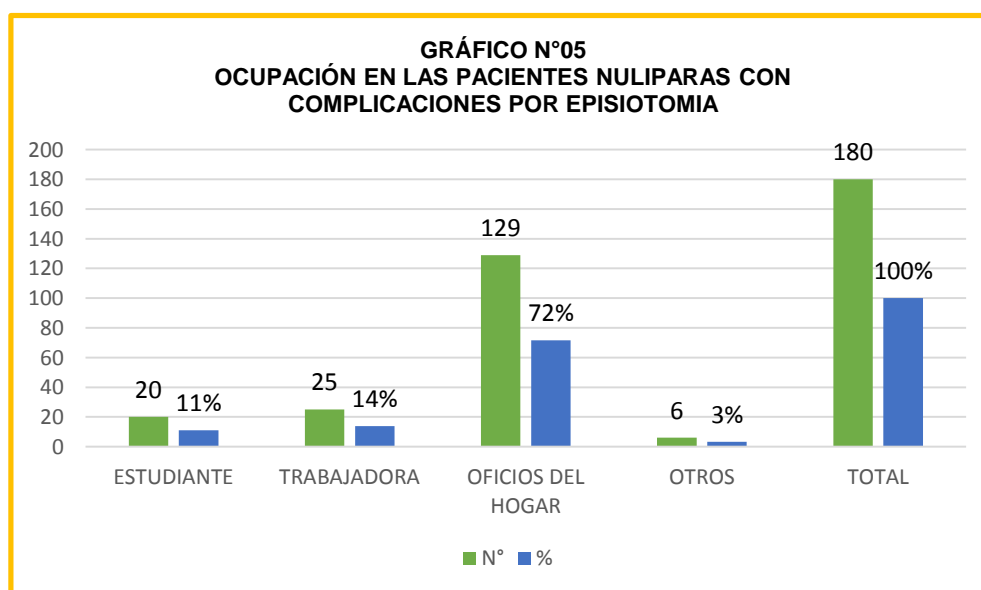
OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

OCUPACIÓN	N°	%
Estudiante	20	11
Trabajadora	25	14
Ama de casa	129	72
Otros	6	3
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°05 encontramos que el 72% de las pacientes presentaron ser ama de casa, seguidos al 14% en las cuales son pacientes trabajadoras.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N°06

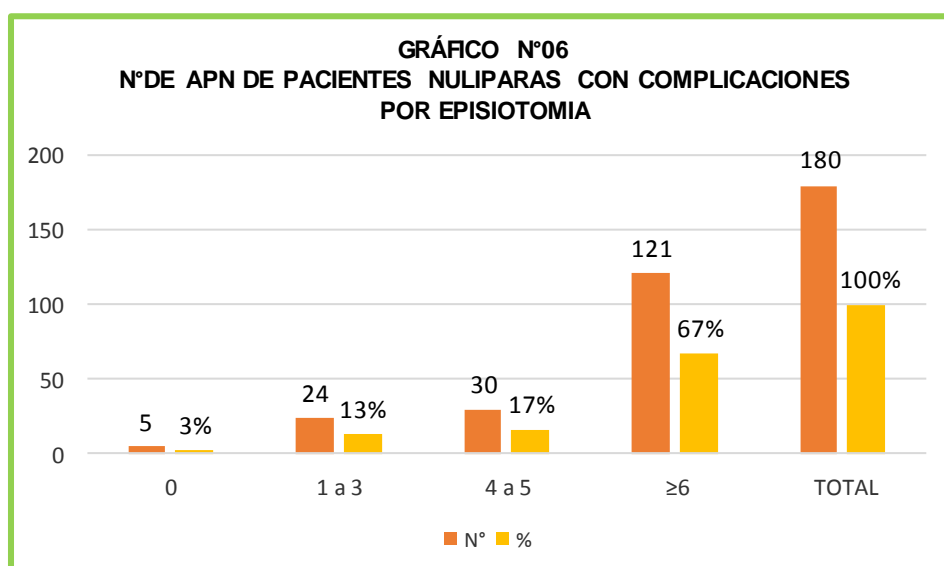
N° DE APN DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

N° DE APN	N°	%
0	5	3
1 a 3	24	13
4 a 5	30	17
≥6	121	67
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°06 encontramos que el 67% de pacientes estudiadas tuvieron mayor igual a 6 atenciones prenatales seguido a un 17% en las cuales fueron de 4 a 5 atenciones prenatales. Contrastando con el estudio de Tuesta teniendo el propósito de identificar las características obstétricas que se encontró; que solo el 7.2% tuvieron 0 APN, el 53% estuvieron controladas con más de 6 APN. Obteniendo distintos resultados de nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N° 07

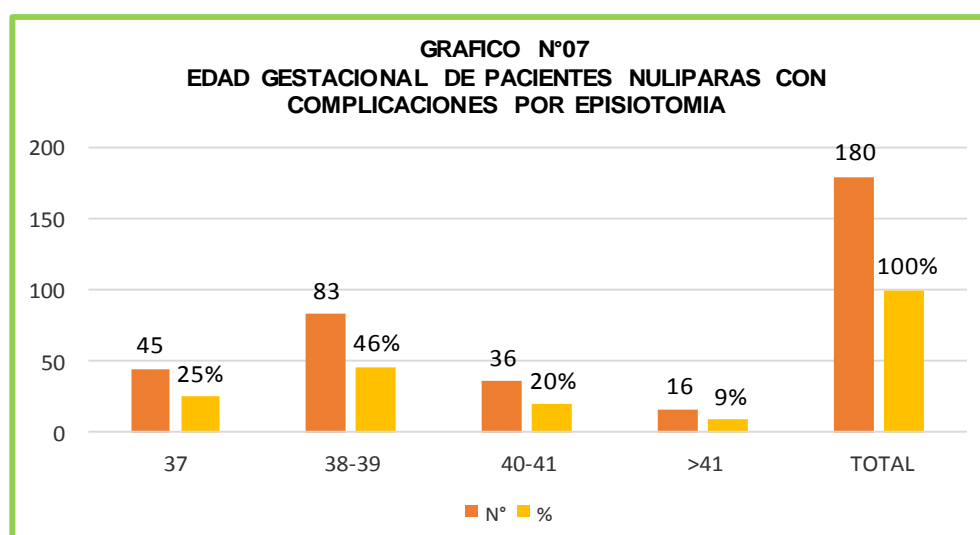
EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

EDAD GESTACIONAL	N°	%
37	45	25
38-39	83	46
40-41	36	20
>41	16	9
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°07 se puede observar que el 46% se encuentra en la edad gestacional de 38 -39, seguido del 25% que corresponde a la edad gestacional de 37 semanas. Contrastando el estudio de Pujai teniendo el propósito de determinar las variables obstétricas que se pudo observar siendo el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 38 y 39 semanas con un (63%). Encontrando mucha similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N° 08

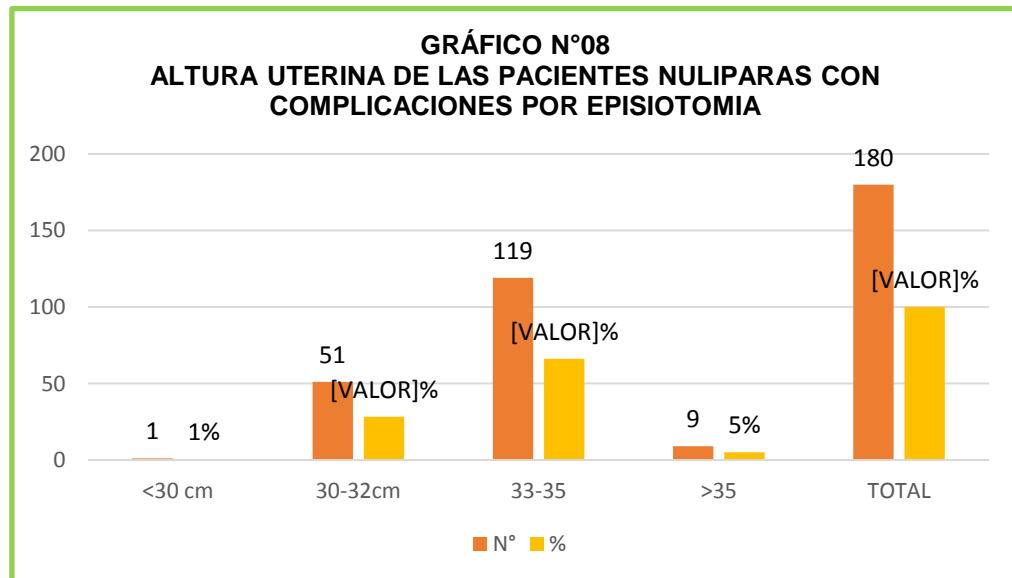
ALTURA UTERINA DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

ALTURA UTERINA	N°	%
<30 cm	1	1
30-32cm	51	28
33-35	119	66
>35	9	5
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°08 encontramos que el mayor porcentaje de pacientes corresponde a la altura uterina entre 33 a 35 cm con un 66%, seguido a un 28% de pacientes que miden una altura uterina menor 30 a 32 cm.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N° 09

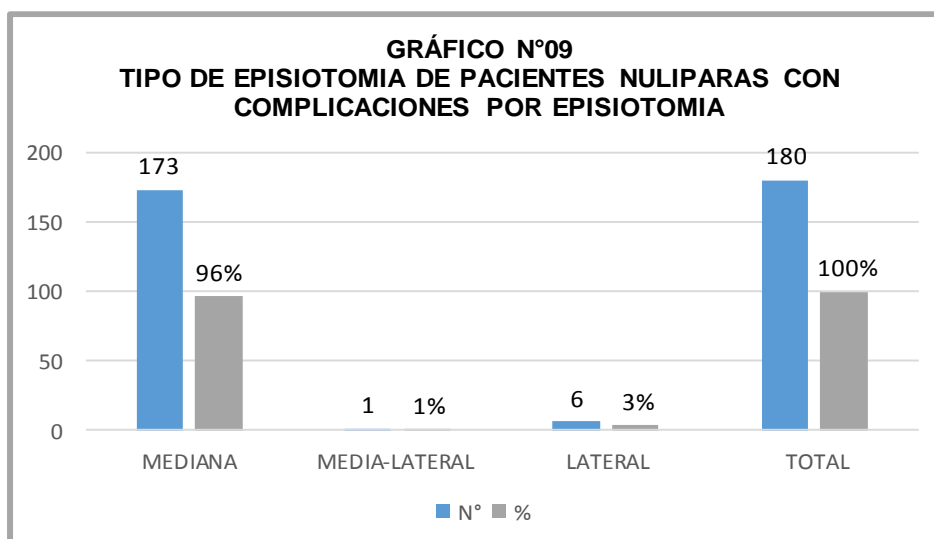
TIPO DE EPISIOTOMIA DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

TIPO DE EPISIOTOMIA	N°	%
Mediana	173	96
Media-Lateral	1	1
Lateral	6	3
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°09 encontramos que el 96% de las mujeres se les realizo episiotomía mediana seguido con un 3% a pacientes con episiotomía lateral. Contrastando el estudio de Juste con el propósito de reconocer las ventajas y desventajas en las pacientes en la cual se encontró un 94% de episiotomías mediana de manera rutinario y un 39,0% en episiotomía lateral. Encontrando similar con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N° 10

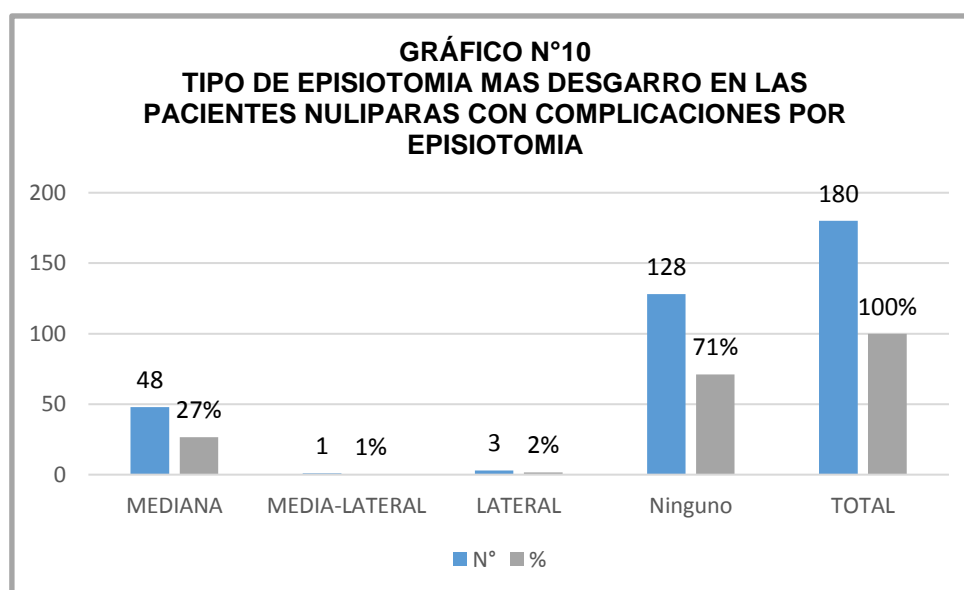
TIPO DE EPISIOTOMIA MAS DESGARRO DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

EPISOTOMIA MAS DESGARRO	N°	%
Mediana	48	27
Media-Lateral	1	1
Lateral	3	2
Ninguna	128	71
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°10 encontramos que el 27% en la cual presentaron desgarros al momento de realizar la episiotomía mediana en las pacientes primerizas, seguido a un 2% que se les realizo episiotomía lateral.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N°11

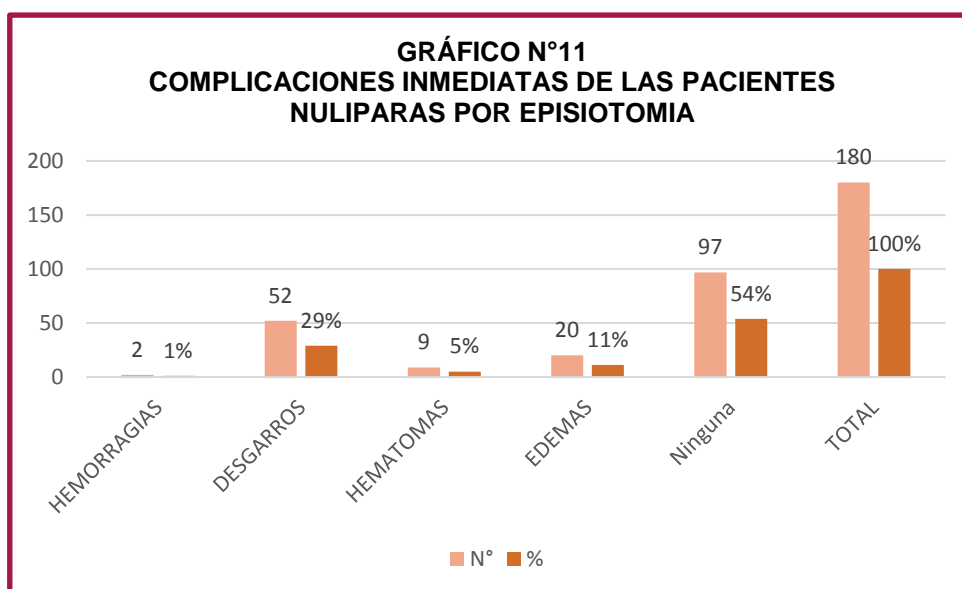
**COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON
COMPLICACIONES POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO PERIODO 2018**

COMPLICACIONES INMEDIATAS	N°	%
Hemorragias	2	1
Desgarros	52	29
Hematomas	9	5
Edema vulvar	20	11
Ninguna	97	54
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°11 encontramos que el 29% presentaron desgarros, el 11% edema vulvar. Contrastando con el estudio de Casanova, cuyo propósito de Identificar las complicaciones que se produjo en pacientes nulíparas con un 21% dentro de ello tenemos las hemorragias, desgarros, hematomas y edemas. Encontrando similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N°12

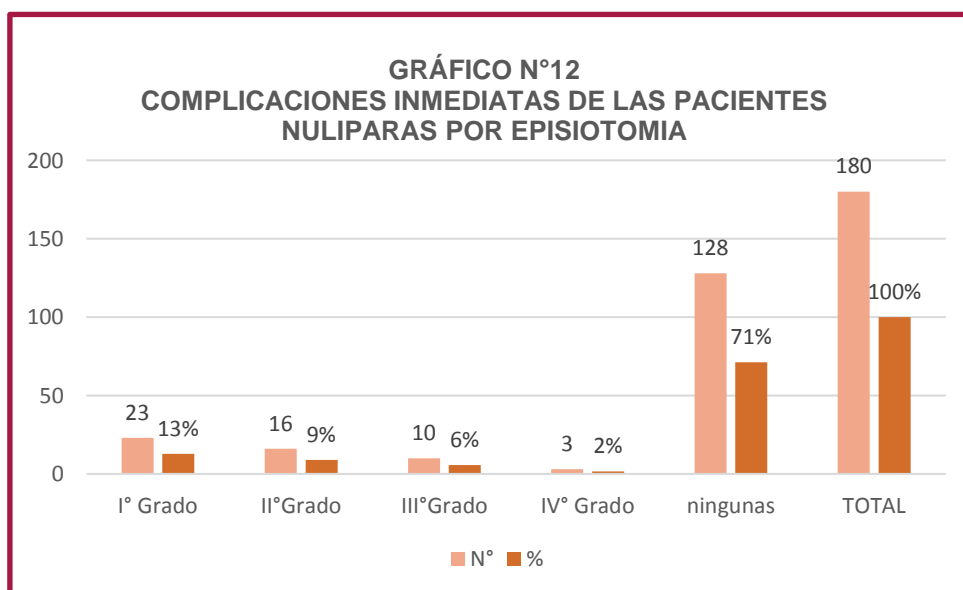
COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS PACIENTES NULIPARAS POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

GRADO DE DESGARROS	N°	%
I° Grado	23	13
II°Grado	16	9
III°Grado	10	6
IV° Grado	3	2
Ningunas	128	71
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°12 encontramos que el 13% presentaron desgarros de I° grado, seguido a un 9% en la cual se produjo desgarros de II°grado. Contrastando con el estudio de Albino cuyo propósito de Identificar en pacientes nulíparas en quienes fueron realizadas la episiotomía y presentaron desgarros de primer, segundo, tercer y cuarto grado con un 33% encontrando cierta similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N° 13

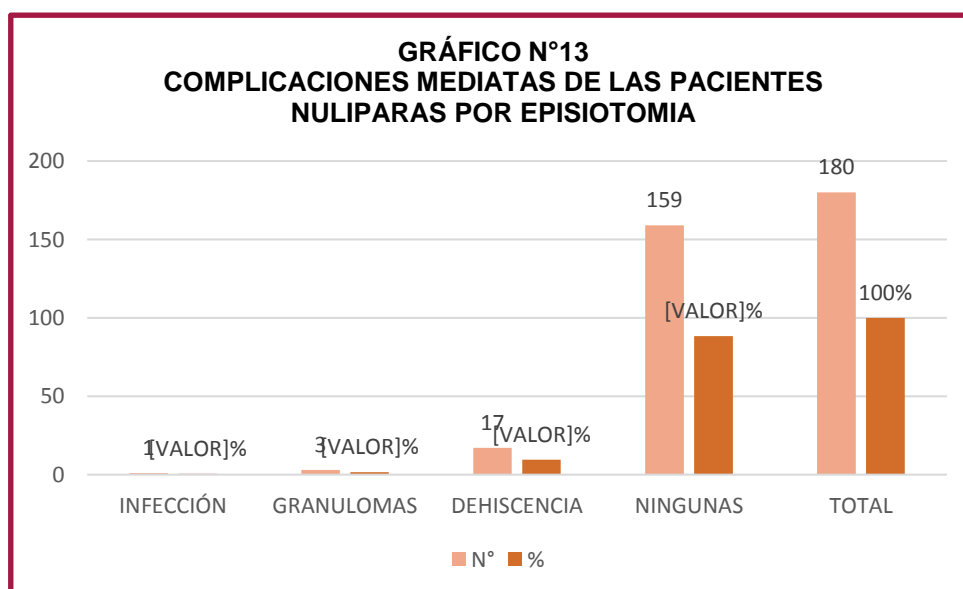
COMPLICACIONES MEDIATAS DE LAS PACIENTES NULIPARAS POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

COMPLICACIONES MEDIATAS	N°	%
Infección de episiotomía	1	1
Granulomas	3	2
Dehiscencia	17	9
Ningunas	159	88
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°13 podemos observar que el 9% de las pacientes nulíparas presentaron dehiscencia, seguido a un 2% que fueron pacientes en la cual obtuvieron granulomas. Contrastando con el estudio de Albino cuyo propósito Identificar en pacientes que por primera vez dieron a luz, fueron realizadas episiotomía obteniendo como resultado el 21% son pacientes que presentaron dehiscencia. Encontrando gran amplitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

TABLA N°14

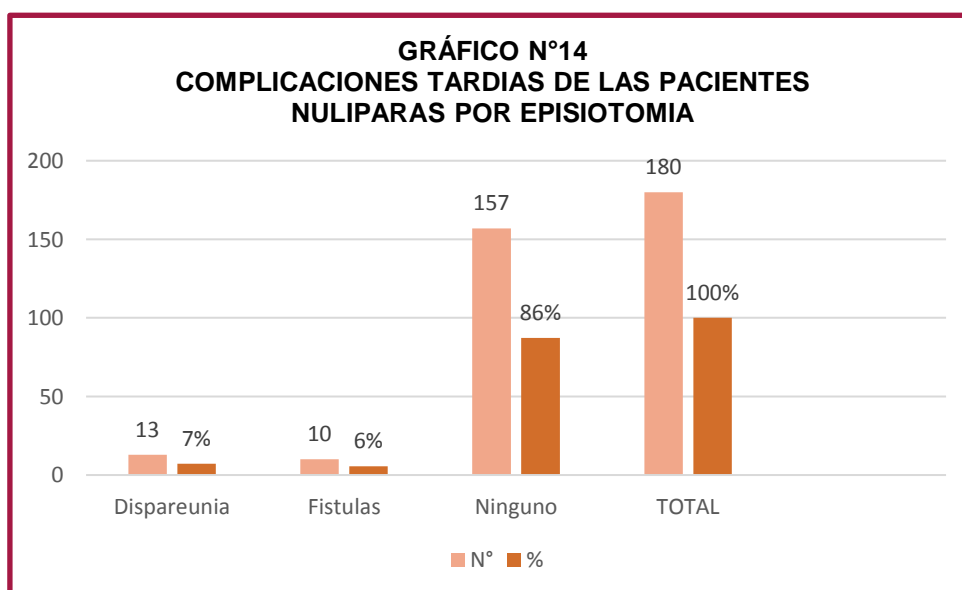
COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS PACIENTES NULIPARAS POR EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2018

COMPLICACIONES TARDÍAS	N°	%
Dispareunia	13	7
Fistulas	10	6
Ningunas	157	87
TOTAL	180	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y grafico N°14 observamos que el 7% de pacientes nulíparas son las que tuvieron complicaciones tardías como dispareunia, seguido a un 6% en la cual presentaron fistulas.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio HA 2018.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Respecto a los datos sociodemográficos en relación a la variable edad, el 62% de pacientes fueron menores de 19 años, el 64% tuvo educación de nivel secundario, el 69% fueron de estado conyugal de convivencia, el 40% procedieron del distrito de Yarinacocha, el 72% fueron amas de casa.
2. Respecto a las características obstétricas el 67% de pacientes tuvieron \geq a 6 atenciones prenatales, en relación a la variable edad gestacional se pudo observar que el mayor porcentaje se encontró en el rango de 37-39 semanas con un 46%, el 66% de pacientes tuvo una altura uterina de 33-35 cm.
3. Así mismo referente a las características respecto al tipo de episiotomía el 96% se les realizó episiotomía mediana, de ellas el 27% se complicó con algún tipo de desgarro.
4. Respecto a las complicaciones inmediatas se encontró el 17% presente entre II, III y IV grado, el 46% tuvo complicaciones inmediatas predominando los desgarros con 29% seguido a edemas vulvar con un 11%.
 - Asimismo, considerando las complicaciones mediatas el 12% de las pacientes en estudio tuvieron complicaciones mediatas como dehiscencias 9% infección de episiotomía más granulomas el 3%.
 - Concernientes a las complicaciones tardías el 13% presentaron dispareunia y fistulas respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Siendo que en los últimos años se ha incrementado los embarazos en población adolescentes, esto se refleja en nuestro estudio con un elevado porcentaje de este grupo etario, recomendando a las autoridades del gobierno local y regional, poner en prácticas las políticas públicas para el control del embarazo en población joven, realizando acciones para modificar conductas de riesgo en coordinación con las instituciones educativas.
2. Que los responsables de los establecimientos que atienden a gestantes en el nivel primario, realicen campañas para captación de gestantes, para iniciar tempranamente la atención prenatal, ya que aún existen gestantes que acuden a la atención del parto sin contar con el control adecuado de una atención prenatal que puede complicar el embarazo parto y puerperio.
3. Al personal de salud de los establecimientos que atienden partos tener presente durante la atención prenatal controlar el crecimiento de la altura uterina ya que con una altura mayor a 35cm es indicador según norma técnica de la posibilidad de terminar la gestación en un parto abdominal que puede complicarse con desgarros, hemorragias, atonías uterinas entre otros al momento del parto.

4. Asimismo, recomendar al personal de los establecimientos con capacidad resolutive que atiende a la gestante estar capacitados en el manejo de la clave roja y contar permanentemente en sus servicios con el kit de insumos para afrontar estas complicaciones que son muy frecuentes y representa la primera causa de muerte materna en nuestro país y en nuestra región.

FUENTES DE INFORMACION

1. Gualán C, Guanoluisa C. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca-Ecuador 2014 [tesis para optar el título de médico]. Cuenca: universidad de Cuenca; 2014.
2. Bustamante S, Castillo C. Episiotomía en parto normal. Revista de ginecología y obstetrica del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2015; 2(2): p. 127 – 136
3. Alvarado, J. Manual de obstetricia. Episiotomía en paciente nulíparas. Obstetricia 6ª Edición. Buenos Aires.2015.pag.10-11.
4. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 MINSA. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. Tarapoto - Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
5. Althabe F, Balizan J. Tasas de Episiotomía en Mujeres Primíparas en América Latina: Estudio Descriptivo Basado en Datos Hospitalarios. British Medical Journal 324:945-946, Abr 2010.
6. Scetti M, Serracani G, Zalazar L. Uso selectivo de la episiotomía. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 146 – Junio 2013.
7. Juste A, Luque R, Sabater B. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof. [internet].2007 [citado 5 de enero del 2017]; 8(3-4): 5-11.Disponible en:
<http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/197/d112d6ad-54ec438b-9358-4483f9e98868/247/rqlang/es-ES/filename/vol8n3-4pag5-11.pdf>
8. Calapaqui Gutiérrez LN. Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga período abril-mayo 2015 [tesis para optar el título de médico cirujano].Ambato: Universidad regional autónoma de los andes; 2016.
9. Rodríguez B, Carmen M, Camacho LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencia Médica [internet]. 2014 [citado el 8 de enero del 2017]; 17 (2): 53-57.

10. Casanova C. ML, Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-agosto [tesis para optar el título de obstetra]. Lima: Universidad nacional mayor de san marcos; 2014.
11. Pujay.V, Escobal,A. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el "Hospital de Tingo María" enero - diciembre 2015 [tesis para optar el título de obstetra].Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
12. Albino F. 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. 2009; 1(4).
13. Cunningham F., Rouse D., Spong C, editors. Williams Obstetricia. Vol. 1. 23ª ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
14. Fernández D, Melchor JC, et al. Asistencia del parto normal en sus diferentes periodos. En: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT, et al, editores. Fundamentos de obstetricia (SEGO).1ª ed. Madrid; Graficas Marte; 2007.p.369-376 final.
15. . Pérez A, Donoso E, editores. obstetricia.3ª ed. Santiago: Mediterráneo; 1999.
16. Uso selecivo de episiotomía Dra. Marta Raque.Argentina revista de postgrado de la VI catedra d medicina-N°146.JUNIO 2008.
17. Perez Sánchez A. OBTETRICIA. Segunda edición. Editorial mediterráneo chile -1997.
18. Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario" La Ribera". NURE Inv. [internet]. 2013 [citado el 8 de enero del 2017]; 10(63): 1-6. Disponible en:
<http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/620>.
19. Cunningham G, et al. Williams Ginecología y Obstetricia. Vigésima cuarta edición ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
20. Estudios comparativos entre el uso sistemático de episiotomía en pacientes primíparas. Complicaciones; casanova chang, mey lin lima, 200-UNMSM.

21. Carrillo K, Sanguinetti M. Anatomía del piso pélvico. Universidad de Chile. REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 185-189. Disponible en:http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20re vista% 20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/1-Dra.Carrillo.pdf.
22. Leveno K., Bloom S. Spong C, editors. Williams Obstetricia. Vol. 1. 23ª ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
23. Santisteban S. Parto normal. En: Rigol O, Sánchez T, Blanco F, et al, editores. Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. La Habana: Ciencias médicas; 2004.p. 85-106.
24. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Episiotomía. Colombia. Disponible en:
<http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EPISIOTOMIA.pdf>.
25. Moreira C, Torres A. Guía Didáctica para el Taller: “Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación”. laboratorio de destrezas clínicas[internet].2013 [citado 15 de Enero del 2017]; 1(1):1-12 (50).disponible en:
<http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/images/Gui%CC%81a%20taller% 20Episiotomi%CC%81a,%20episiorrafi%CC%81a.pdf>.
26. García Cuesta E. La Episiotomía en la era del Parto Humanizado [tesis de grado]. Cantabria: universidad Cantabria; 2013.
27. Romero D, Vallejo E. Episiotomía selectiva versus episiotomía de rutina en la prevención de desgarros perineales en el hospital general de Medellín. CES Medicina [internet]. 1998 [citado el 18 de enero del 2017] ; 12(2): 2128.Disponible en :

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=468859&indexSearch=ID>.
28. Scetti M, Serracani G, Zalazar L. Uso selectivo de la episiotomía. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 146 – Junio 2005. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.pdf.
29. Althabe, F. Bergel, E. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. BMJ, 324(7343), 945-946.

30. Caughey, A, Howard, D. (2013). Can major systematic reviews influence practice patterns? A case study of episiotomy trends. Arch Gynecol Obstet, 288(6), 1285-1293. doi: 10.1007/s00404-013-2904.
31. Gamero C. El riesgo del parto vaginal en primigestas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Nacional Juan José Fernández de El Salvador. Revista Universidad y Ciencia [internet]. 2013 [citado el 5 de febrero del 2017]; 7(10):1-29. Disponible en: <http://revistauniversidadyciencia.unan.edu.ni/index.php/ruc/article/view/76>.
32. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca Cochrane Plus [internet]. 2008 [citado 5 de febrero del 2017]: 1(1): 2. Disponible en: <http://maternoinfantil.org/archivos/B21.PDF>.
33. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Progresos de Obstetricia y Ginecología [internet]. 2004 [citado el 7 de febrero del 2017]; 47(9):414-422. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030450130476029X>.
34. García Cuesta E. La Episiotomía en la era del Parto Humanizado [tesis de grado]. Cantabria: universidad Cantabria; 2013.
35. Alperin M. k Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. Willians obstetricia. 23 edición. 2008. Pag.401.
36. Angioly R. o. Cantuaria. severe perineal lacerati3n during vaginal delivery Willians obstetricia. 23 edición. 2000. pag.402.
37. Cludia B. Episiotomía. Revisemos el uso de episiotomía .hospital de la ciudad de coria. 2007.
38. . Poseiro J, Caldeyro R. Parto Normal. En: Schwarzc R, Fescina R, Duverges C, et al, editores. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires; El ateneo; 2008. p.432-500.
39. Molina C, Huete MD, Pérez JCS, Ortiz MD, Barragán IJ, Ruiz MAA. Implantaci3n de una pol3tica de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. Prog. Obst. Ginecol. [internet]. 2005 [citado 03 de enero del 2017]; 54(3): 101-108. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/RevistaProgresos_v54n3.pdf.
40. Calder3n J, Alzamora L. criterios profesionales para la realizaci3n de la episiotomía. Revista peruana de obstetricia y enfermería [internet]. 2005 [citado 12 de enero del 2017]; 1 (1):12-17. Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/567/433>.

41. Peso en medicina”(s/f).En significados .com. [citado el 30 de enero del 2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/peso/>.
42. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado R, Val B, Mérida Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *enfer.glob* [internet]. 2014 [citado 30 de Enero del 2017]; 13(35):112. disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000300022.
43. Fernández d, santamaría r, bajo j, melchor jc, et al. asistencia del parto normal en sus diferentes periodos. en: bajo jm, melchor jc, mercé lt, et al, editores. *fundamentos de obstetricia (sego)*. 1ª ed. madrid; graficas marte; 2007.p.369-376 final.
44. Parronde P, Pérez T, Álvarez J. Anatomía del aparato genital femenino. en: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT, et al, editores. *Fundamentos de obstetricia (SEGO)*. 1ª ed. Madrid; Graficas Marte; 2007.p.15-27.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2018.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>Problema principal Cuáles son las complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.</p> <p>Problema secundario</p> <p>¿Qué características sociodemográficas presentan las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018?</p> <p>¿Qué tipo de episiotomía fue realizada en las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018?</p>	<p>Objetivo principal Determinar las complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Conocer las características sociodemográficas de las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.</p> <p>Identificar las características obstétricas de las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2018.</p> <p>Identificar el tipo de episiotomía realizada en las pacientes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018.</p>	<p>No se plantara hipótesis de investigación por tratarse de un trabajo netamente descriptivo en la que se realizará revisión de las historias clínicas y no habrá modificación de las variables</p>	<p>COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES NULIPARAS CON EPISIOTOMIA</p>	<p>Características sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad ❖ Grado de instrucción ❖ Estado civil ❖ Procedencia ❖ Ocupación <p>Características Obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ N° de APN ❖ Edad Gestacional ❖ Altura uterina <p>Características tipo de episiotomía</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mediana ❖ Media lateral ❖ Lateral <p>Complicaciones de la episiotomía</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hematomas ❖ Desgarros ❖ Dehiscencias ❖ Fistulas ❖ Sin complicaciones 	<p>Investigación descriptiva no experimental retrospectivo de corte transversal con enfoque cualitativo.</p>

<p>¿Cuáles son las principales complicaciones que presentaron las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018?</p>	<p>Identificar las principales complicaciones que se presentaron en las pacientes nulíparas en quienes se realizaron episiotomía, atendidas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018.</p>				
---	---	--	--	--	--

ANEXOS



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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad

- a. ≤ 19
- b. 20-34
- c. > 35

2. Grado de instrucción

- a. Ilustrada
- b. primaria
- c. secundaria
- d. Superior

3. Estado Civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Viuda

4. Procedencia

- a. Calleria
- b. Yarinacocha
- c. Manantay
- d. Otros

5. Ocupación

- a. Estudiante.
- b. Trabajadora.
- c. Ama de casa.
- d. Otros.

II. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

6. N° de APN

- a. 0
- b. 1-3
- c. 4-5
- d. ≥ 6

7. Edad Gestacional

- a. 37
- b. 38-39
- c. 40-41
- d. >41

8. Altura Uterina

- a. <30 cm
- b. 30 a 32 cm
- c. 33 a 35 cm
- d. >35 cm

III. CARACTERISTICAS DEL TIPO DE EPISIOTOMIA

9. Tipo de Episiotomía

- a. Mediana

- b. Media-lateral
- c. Lateral

10. Episiotomía más Desgarro

- a. Mediana
- b. Media-lateral
- c. Lateral

IV. COMPLICACIONES

11. Complicaciones Inmediatas

- a. Hemorragias
- b. Desgarros
- c. Hematomas
- d. Edema vulvar

12. Grado de desgarros

- a. I° grado
- b. II° grado
- c. III° grado
- d. IV° grado

13. Complicaciones mediatas

- a. Infección por episiotomía
- b. Granulomas
- c. Dehiscencia

14. Complicaciones tardías

- a. Dispareunia
- b. Fistulas