



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

**“INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN PRIMÍPARAS CON COMPLICACIONES,  
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO  
SETIEMBRE - OCTUBRE 2017”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTORA: CAJO CASTAÑEDA GERALDINE, VANESA**

**ASESORA: MAG: APUMAYTA VEGA DILCIA, ELIZABETH**

**ICA – PERU  
2017**

## **DEDICADO A:**

Mi eterno agradecimiento a Dios y su hijo Jesús, por su amor y gran bendición de haberme ayudado a terminar mi carrera profesional.

A mis padres y hermanos por ser apoyo y pilar fundamental en mi vida, por quienes cada día el deseo de mi superación está presente.

A mi esposo y a mis dos hijos Valeria, Fabrizio que me han permitido robarles algunos momentos suyos en aras de la persecución de un sueño profesional y tratando de constituir un ejemplo de constancia y esfuerzo para sus vidas.

## **AGRADEZCO A:**

A mis docentes la UAP a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

A mi asesora Mg. Dilcia, Elizabeth Apumayta Vega, por sus conocimientos brindados, su estimulación, apoyo y dedicación en el asesoramiento para la realización de este trabajo de investigación.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pàg</b>
DEDICATORIA-----	ii
AGRADECIMIENTO-----	iii
ÍNDICE-----	iv
RESUMEN-----	vi
ABSTRACT-----	vii
INTRODUCCIÓN .....	viii

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	11
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	12
1.4. OBJETIVOS.....	12
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2.2. BASES TEÓRICAS.....	21
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	44
2.4. HIPÓTESIS.....	45
2.5. VARIABLES.....	45
2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	47

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	48

3.1.3. MÉTODO.....	48
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.2.1. POBLACIÓN.....	49
3.2.2. MUESTRA.....	49
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
3.3.1. TÉCNICAS.....	49
3.3.2. INSTRUMENTOS.....	49
4.3.3. PROCESAMIENTO DE DATOS .....	49
4.4. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	49

#### **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

4.1. RESULTADOS.....	50
----------------------	----

#### **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

5.1. DISCUSIÓN.....	56
---------------------	----

CONCLUSIONES.....	59
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	60
----------------------	----

FUENTES DE INFORMACIÓN.....	62
-----------------------------	----

ANEXOS

## RESUMEN

Determinar la incidencia de complicación de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017.

Material y métodos: No experimental, transversal, retrospectiva y descriptiva, sobre 60 pacientes a quienes se les practicó episiotomía medio lateral.

Resultados: La prevalencia de episiotomía en las gestantes primerizas es de 55.6% en el hospital San Juan de Dios de Pisco setiembre – octubre 2017. La prevalencia de complicaciones de las episiotomías en el hospital “San Juan de Dios” de Pisco es de 23.3%. Los tipos de complicaciones atribuidas a las episiotomías es 57.1% son infecciones de la herida, 21.4% son hematomas, 14.3% son dehiscencia y el 7.2% es dolor crónico. Las infecciones se presentan en 40% en las primeras 72 horas y el 75% dentro de los primeros 7 días. Los hematomas en 40% se presentan en las primeras 72 horas y solo el 12.5% después de las 72 horas. Las dehiscencias se presentan en el 20% de los casos antes de las 72 horas y 12.5% después de las 72 horas y dentro de los primeros 7 días. Y el dolor crónico se presentó después de los 7 días. Las complicaciones según ponderado fetal, el 21.4% se presentó en los recién nacidos con bajo peso, el 35.7% en los normo pesos y el 42.9% en los recién nacidos con sobre peso.

Palabras clave: Episiotomía, primerizas, complicaciones

## **ABSTRACT**

To determine the incidence of complication of the episiotomies practiced in the first patients treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco between September and October 2017.

Material and methods: Not experimental, transversal, retrospective and descriptive, on 60 patients who underwent lateral middle episiotomy. Results: The prevalence of episiotomy in first-time pregnant women is 55.6% at the San Juan de Dios hospital in Pisco, September - October 2017. The prevalence of complications of episiotomies at the "San Juan de Dios" hospital in Pisco is 23.3%. The types of complications attributed to episiotomies are 57.1% are wound infections, 21.4% are bruises, 14.3% are dehiscence and 7.2% are chronic pain. Infections occur in 40% in the first 72 hours and 75% within the first 7 days. Bruising in 40% occurs in the first 72 hours and only 12.5% after 72 hours. Dehiscences occur in 20% of cases before 72 hours and 12.5% after 72 hours and within the first 7 days. And the chronic pain occurred after 7 days. Complications according to fetal weights, 21.4% occurred in newborns with low weight, 35.7% in normal pesos and 42.9% in overweight newborns.

Key words: Episiotomy, gilts, complications

## INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura. Ya en 1741 un informe mencionaba la primera incisión del periné para prevenir el desgarro perineal severo. En todo el mundo, los índices de episiotomías aumentaron de manera sustancial durante los primeros cincuenta años del siglo XX, junto con una tendencia mayor de partos en centros hospitalarios e igual participación de los médicos en el proceso de partos normales sin complicaciones. Aunque la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, se introdujo sin evidencia científica sólida de su efectividad. Los índices informados sobre esta práctica en todo el mundo son de un 62.5% en EE. UU, un 30% en Europa y una proporción mayor en América Latina. En la Argentina la episiotomía es una intervención rutinaria que se practica en casi todos los partos de mujeres nulíparas y primíparas. Los efectos beneficiosos que parece tener la episiotomía para la madre son los siguientes: (a) reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado, (b) preservación de la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y reduce el riesgo de incontinencia fecal o urinaria (c) como es una incisión recta y limpia, una episiotomía es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro. Para el recién nacido, un período expulsivo prolongado durante el trabajo de parto podría causar asfixia fetal, traumatismo craneano, hemorragia cerebral y retraso mental. Durante el parto, es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de distocia de hombros en el feto.<sup>(1)</sup>

Aún no se conoce a ciencia cierta si la episiotomía mediana permite conseguir mejores resultados que el medio lateral. Las ventajas que sugiere la práctica de la episiotomía mediana en lugar de la episiotomía medio lateral son: una mejor



función sexual y mejor cicatrización con un aspecto más satisfactorio de la cicatriz.<sup>(2)</sup>

**LA AUTORA**

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

En la actualidad se reporta gran incidencia de episiotomías por diferentes causas inherentes al trabajo de parto, y cuyas complicaciones no están reportadas en un registro, el cual podamos conocer directamente por que causas se originaron alguna complicación en la puérpera. Es por ello que he visto por conveniente realizar dicha investigación. Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso no se ha asociado con la edad materna ni con la talla fetal.

La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal. Sin embargo, la episiotomía por sí sola implica un desgarro de segundo grado porque se produce un corte superficial de los músculos del periné.

Varios estudios observacionales han mostrado resultados en relación a la función protectora o no de la episiotomía.

Las consecuencias a largo plazo de la episiotomía generalmente se ven relacionados con los desgarros perineales graves e incluyen incontinencia fecal y urinario, dolor perineal, dispareunia y fístula rectovaginal, los cuales pueden ser devastadores para la mujer, hasta el extremo de afectar su salud general, autoestima y su relación con su bebé y su pareja. <sup>(3)</sup>

En estados Unidos el uso de la episiotomía ha disminuido notablemente utilizando la política selectiva de su uso, de acuerdo con la evaluación de los factores de riesgo de cada paciente y la experiencia que tenga el personal responsable de la atención del parto.

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

**DELIMITACIÓN ESPACIAL.** - La investigación se llevó a cabo en el Hospital San Juan de Dios de Pisco

**DELIMITACIÓN TEMPORAL.** - Se realizó el estudio sobre las gestantes atendidas entre setiembre y octubre del 2017.

**DELIMITACIÓN SOCIAL.** - El estudio es sobre las gestantes atendidas en este nosocomio.

**DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.** - El objetivo es determinar la incidencia de complicaciones que pueda originar la episiotomía.

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es la incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017?

### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

**P.S.1.** Cuáles son las complicaciones atribuidas a la episiotomía en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017?

**P.S.2.** ¿En qué tiempo se presentan las complicaciones atribuidas a la episiotomía en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017?

**P.S.3.** ¿Cuál es la incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017 según ponderado fetal?

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la incidencia de complicación de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO**

**O.E.1.** Determinar los tipos de complicaciones atribuidas a la episiotomía en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017

**O.E.2.** Precisar en qué tiempo se presentan las complicaciones atribuidas a la episiotomía en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017

**O.E.3** Indicar la incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017 según su ponderado fetal.

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

La importancia de este trabajo de investigación se basa en la incidencia de episiotomías en primíparas con complicaciones en el hospital San Juan de Dios – Pisco 2017; en la cual se detallará las diversas alteraciones ocurridas en el proceso de la episiotomía en Situ, en periodos inmediatos, mediato, y tardíos.

A pesar de décadas de investigación que dan a conocer que el uso de las episiotomías, se realizan para tener mayor amplitud del canal de parto, y así evitar desgarros posteriores y daños en el recién nacido y según fuentes bibliográficas el uso de episiotomías tendrían que ser restringidas sin embargo el uso rutinario, se ha desarrollado poco consenso profesional al respecto y existe gran variabilidad en su práctica, motivada por las normas profesionales locales, las experiencias en la formación y las preferencias profesionales individuales en lugar de la variación en las necesidades de cada mujer en el momento del parto.

Esta variabilidad mencionada, en cuanto a su ejecución a nivel clínico, está constatada desde 1987 hasta 1992, ejecutándose desde un 13,3% a un 84,6%, con un promedio de 51% entre partos espontáneos a término en una población registrada de partos sin complicaciones.

Esta investigación tendrá relevancia práctica pues sus resultados servirán para tomar decisiones acertadas en que pacientes debe practicarse la episiotomía reduciendo la morbilidad.

La relevancia teórica está dada por la metodología que se emplea en el desarrollo de esta investigación la que servirá para mejora las deficiencias que este estudio podría tener.

La relevancia social está dada por que la investigación beneficiará a la mujer y la pareja pues existe un binomio en las relaciones.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES**

**Guerrero Iñiguez, A. (2015).** Episiórrafia en primíparas y su relación con la función sexual en usuarias del Centro de Salud Nro. 1, Loja. Objetivo: determinar la relación entre la episiórrafia en mujeres primíparas y la función sexual de las usuarias que acudieron al servicio de consulta externa del Centro de Salud Nro. 1, Loja; Se analizaron 60 encuestas en pacientes con antecedentes de episiórrafia en posparto. Método Esta investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y retrospectiva. Los resultados demostraron la existencia de disfunción sexual en mayor porcentaje 20% de las pacientes, con afectación de los trastornos deseo – excitación (28,3%). Los trastornos del ciclo sexual se presentaron en 44,4% de pacientes entre las edades de 15 a 19 años, con mayor afectación deseo –excitación (55,6%); el 43,3% de las pacientes presentó complicaciones de episiórrafia, siendo la principal la infección (25%), relacionándose con los trastornos penetración y ansiedad (37.5%).- Se concluye que en este estudio las pacientes de 15 a 19 años que fueron asistidas en el hospital reportaron la disminución de

deseo sexual posterior a la realización de sus episiotomía representando 55,6% de las pacientes en estudios. <sup>(4)</sup>

**Mejía Chicaiza, Joege Victoriano Gualan Cartuche, Cristian Andres Mejía Calle, Adrian Marcelo (2017)** Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente corral Moscoso, Cuenca Ecuador (2014). Objetivo: Determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso y perímetro cefálico del recién nacido; en pacientes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso, del cantón Cuenca, provincia del Azuay durante el año 2014; y evaluar si existe disminución de esta intervención obstétrica, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía. Metodología: Se realizó un estudio de prevalencia analítico en un universo de 3 798 parturientas, la muestra lo componen 580 primigestas que acudieron al centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información; los datos obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 21 y Microsoft Excel 14.4.8. Resultados: La prevalencia de episiotomía fue del 35.5%. Se encontró significancia estadística en la edad menor de 19 años, el peso del recién nacido mayor a 3000 gramos y el perímetro cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; no se encontró significancia estadística entre talla materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía. Conclusión: La prevalencia de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue del 35.5%, valor inferior a los datos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito (42.6%) y a otros estudios a nivel mundial. Es mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%). <sup>(5)</sup>

**Ballesteros C. (2014).** Factores que Condicionan la Práctica de la Episiotomía en el Marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital Universitario de la Región de Murcia. La tasa de episiotomía en partos eutócicos (36,5%) se encuentra por encima de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y de la Organización Mundial de la Salud (15%). Las variables clínicas que influyen en el aumento de las tasas de episiotomía son: la principalidad (RR=2,97), la posición de litotomía durante el expulsivo (RR=6,4), el uso de analgesia epidural (RR=1,95), el parto instrumentado (RR= 1,84), el uso de oxitocina intraparto (RR=1,58), la inducción del parto (RR=1,33) y los partos postérminos >41 semanas de gestación (RR=1,2). <sup>(6)</sup>

**Bernués I. (2014).** Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Universidad Pública de Navarra. España 2014. Objetivos: evaluar todos los posibles riesgos y efectos secundarios sobre el suelo pélvico referidos en la bibliografía, derivados de la práctica de la episiotomía durante el parto. Metodología: se llevó a cabo la búsqueda en las siguientes bases de datos científicas: PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect, Scopus y Isi Web Of Knowledge (WOK). Todos, debían contar con una muestra de al menos 30 mujeres, a excepción de 2 artículo. La calidad metodológica fue valorada mediante la escala PEDro. Finalmente se incluyeron 23 artículos. Resultados: la episiotomía genera relevantes y limitantes efectos secundarios en la mujer, tales como: dolor a corto y largo plazo, dispareunia, pérdida de fuerza musculatura pélvica, posible lesión del nervio pudendo, OASIS y con ello IF, IU, infección, dehiscencia de la herida, endometriosis, hasta la posible muerte. No supone la prevención de problemas neonatales, ni actúa frente a bajas puntuaciones de Apgar. La episiotomía mediolateral parece generar menos problemas que la mediana. La angulación determina la evolución de OASIS; resultandos perjudiciales las < de 15° y > de 60°. Consensuando la incisión óptima entre los 40°- 60°.



El uso del material de sutura sintético reduce el dolor y dispareunia posparto. Conclusiones: - Uso rutinario de la episiotomía genera cuantiosa y diversa patología del suelo pélvico y periné. - Uso rutinario de la episiotomía no produce los beneficios maternos y fetales inicialmente atribuidos. - Es evidente que hay que optar por el uso restringido de la episiotomía, estableciendo un protocolo con criterios de indicación. - Necesidad de una mayor investigación para determinar y apoyar firmemente los resultados hasta el momento obtenidos. <sup>(7)</sup>

**Peres S. (2012).** Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el hospital universitario “LA RIBERA”. Valencia España 2012. Objetivo: Describir la incidencia de episiotomía en partos vaginales eutócicos y analizar los factores de riesgo que condicionan la realización de la práctica por la matrona. Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2011 en el Hospital Universitario “La Ribera”. Se recoge la información de las variables episiotomía, desgarros perineales, paridad y técnica empleada, proporcionada por el propio hospital. Resultados: El porcentaje de episiotomías en partos vaginales eutócicos realizadas en el Hospital Universitario “La Ribera” fue del 33.5% (2011). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables lesiones perineales y técnica mediolateral; incrementaron el número de perinés íntegros y de desgarros espontáneos leves en mujeres sin episiotomía. Entre las mujeres a las que se les realizó episiotomía, aparece mayor proporción en aquellas en las que se empleó la técnica mediolateral. Conclusiones: El Hospital Universitario de la Ribera sigue una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos, favoreciendo el parto humanizado y conservando más perinés íntegros. <sup>(8)</sup>

## **NACIONAL**

**Guevara Cabello M. (2015).** Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, lima 2014. Objetivo, determinar los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima 2014, Material y métodos: Tipo Observacional. Diseño: Analítico de casos y controles, retrospectivo, transversal. Resultados: Encontrándose de los 500 casos de episiorrafias registrados en dicho nosocomio, sólo 38 (7.6%) puérperas presentaron diagnóstico de dehiscencia de la episiorrafia. Siendo factores de riesgo: La inducción del parto (81.6%), el expulsivo prolongado (42.1%), la anemia (73.7%), las infecciones genitales (5.3%). Conclusiones: Los factores que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias fueron la anemia ( $p < 0.001$ ), las infecciones genitales ( $p = 0.04$ ), la inducción del trabajo de parto ( $p = < 0.001$ ), el expulsivo prolongado ( $p = < 0.001$ ). <sup>(9)</sup>

**Puja A. (2015).** 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. Huánuco Perú. Objetivo: Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, enero a diciembre 2015. Materiales y métodos: Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, analítico de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 16 gestantes que presentaron complicaciones. Resultados: La incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas fue del 94,5%, cifra muy elevada en relación a otros países y estudios. <sup>(10)</sup>

**Tuesta Yamona M. (2017).** Complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto; enero-marzo 2016. Objetivo Determinar las complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto; Enero-Marzo 2016. Metodología El presente estudio fue de tipo no experimental de diseño descriptivo correlacional retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 153 gestantes nulíparas que fueron sometidas a episiotomía, para la muestra se tomó el total de la población que se atendieron su parto en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a Marzo 2016. Resultados Entre las características sociodemográficas de las gestantes nulíparas fueron; el 51.6% fueron < 19 años, el 76.5% provienen de zona urbana, el 64.1% tenían 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. Entre las principales complicaciones de las nulíparas con episiotomía, la más frecuente fue hematoma vulvar en un 3.3%, dehiscencia de episiorrafia en un 2.0%, Perdida sanguínea por encima de los valores normales (>500 ml) con un 1.3 %. y no hubo ningún caso de desgarro perineal de III y IV grado. Conclusión no se encontró relación significativa entre la edad ( $p = 0.341$ ), procedencia ( $p = 0.024$ ) número de APN ( $p = 0.588$ ) y edad gestacional ( $p = 0.198$ ) con complicaciones por episiotomía. <sup>(11)</sup>

**Edgar Rolando Flores A (2014).** “Factores De Riesgo Asociados A Dehiscencia De Episiorrafia En El Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013.” Objetivo: Demostrar que existen factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el hospital Vista Alegre. Material y Métodos: La población de estudio estuvo constituida por 135 pacientes que terminaron su gestación vía vaginal con episiorrafia según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 9 pacientes

con dehiscencia de episiorrafia y 126 pacientes sin dehiscencia de episiorrafia. Resultados: La frecuencia de dehiscencia de episiorrafia fue de 6,7%. El promedio de pacientes con infección y anemia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con dehiscencia ( $p<0,05$ ). Conclusiones: El promedio de pacientes que presentaron infección y anemia son factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. <sup>(12)</sup>

**Adela Cecilia Avila Fabián (2017)** Prevalencia De Episiotomía Y Desgarros Perineales En El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – Junio 2015 Objetivo: Determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-Junio 2015. Metodología: Estudio descriptivo simple, retrospectivo y de corte transversal. La muestra representativa fue de 81 primíparas que culminaron su parto por vía vaginal. Resultados: Las primíparas con episiotomía representaron el 65.4% y las que sufrieron desgarros representaron el 34.6%, predominando los desgarros de I grado (23.5%). En primíparas con episiotomía, se encontró el 37.7% con edades de 25 a 29 años, el 50.6% presentaron anemia, el 96.2% tuvieron control prenatal completo, el 75.5% asistieron a las sesiones completas de psicoprofilaxis, el 67.9% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos, el 69.8% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. con perímetro cefálico mayor a 33 cm (54.7%). En el grupo primíparas con desgarros se encontró el 64.3% con edades de 25 a 29 años, el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de Psicoprofilaxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min. El 35.8% tuvieron recién nacidos macrosómicos y recién nacidos de 3500 a 3999 gr. con perímetro cefálico mayor a 33cm (78.6%). Conclusiones: La mayoría de primíparas son sometidas a episiotomías. En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado, seguido de los

desgarros de segundo grado. No se presentaron desgarrros de tercer y cuarto grado. <sup>(13)</sup>

## **ANTECEDENTES LOCALES**

No se encontraron estudios de relevancia.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

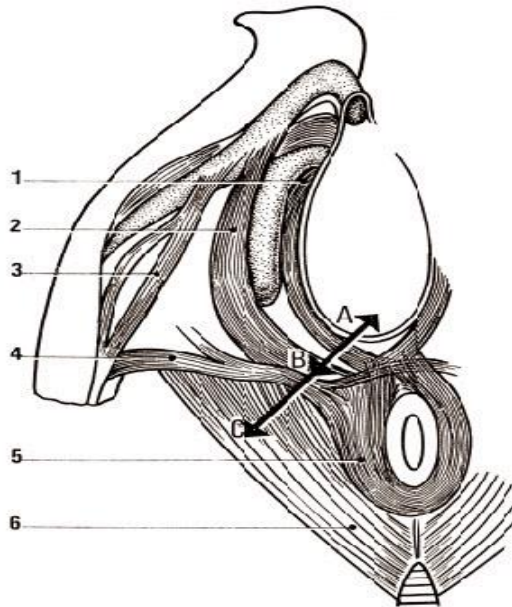
### **HISTORIA**

Etimológicamente episiotomía significa "cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto). También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un gesto quirúrgico simple, pero no por ello es un acto menor. Aunque su empleo es muy frecuente en la asistencia al parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas en relación a su empleo e indicación.

Según datos históricos, parece que fue Sir Fielding Ould (1742) (Irlanda) el primero en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede 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. En la actualidad su empleo es prácticamente sistemático en la asistencia al parto. Según la orientación de la incisión se pueden distinguir dos tipos de episiotomías: episiotomía media y medio-lateral. En la que se exponen las ventajas e inconvenientes de estas técnicas.

El objetivo de la episiotomía es triple, por un lado, abreviar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal; en segundo lugar, evitar el posible desgarro perineal (solamente con la protección manual del periné se producirá un desgarro perineal en el 40% de las multíparas y hasta el 60% de las primigestas) y por último prevenir el prolapso genital y la incontinencia urinaria.

Músculos del periné que se afectan en la episiotomía habitual:



Constrictor de la vulva (1), bulbocavernoso (2), transverso (4) (segmento A-B).

## ANATOMIA DEL PISO PELVICO.

### PERINEO.

La región pudenda o perineo, es la localizada entre el monte de Venus por arriba, los pliegues inguino-cruales a los lados y el borde inferior de los glúteos por abajo. Externamente, vista la paciente en posición ginecológica, contiene a las siguientes estructuras: la Vulva, el periné, el ano y el surco intergluteo. Hacia adentro, sus límites son: sínfisis del pubis, las ramas isquiopubianas, las tuberosidades isquiáticas, los ligamentos sacrociáticos mayores, el sacro y el coxis; el músculo elevador del ano sería su techo y la piel y los tegumentos, el suelo. El área limitada por estas estructuras forma un rombo cuyos dos triángulos en su base estarían unidos por una línea imaginaria que, uniendo las dos tuberosidades isquiáticas, la dividiría en un triángulo anterior o urogenital y otro posterior o anococcígeo.

El suelo del perineo está compuesto por la piel y dos capas de fascia superficial: la primera que es el tejido celular graso, que se continua hacia arriba con la grasa superficial del abdomen, o fascia de Campell, y, hacia abajo con la grasa de la fosa isquiorrectal; la segunda, es la capa membranosa de la fascia perineal superficial, o fascia de Colles, que recubre solo el triángulo anterior, se inserta lateralmente en la arcada púbica; por dentro a la base del diafragma urogenital confundiéndose con los haces musculares del transverso superficial, y anteriormente se continúa con la fascia abdominal superficial, o fascia de Scarpa.

El diafragma urogenital, es una barrera musculomembranosa, solo atravesada por la uretra y la vagina, que ocupa el triángulo anterior del perineo; los músculos y las estructuras vasculares y nerviosas están fijadas por una fascia superior e inferior que las recubren; las dos hojas de esta fascia se unen pasando por delante de la uretra y por detrás de la vagina, y desde aquí se proyecta internamente recubriendo la superficie externa de todas las vísceras pélvicas, recibiendo entonces el nombre de fascia endopélvica.

Los límites del triángulo posterior son: por delante, los músculos transversos superficiales del periné, a los lados, los ligamentos sacrociáticos y los bordes del músculo glúteo mayor, y por detrás por el cóccix. Contiene las siguientes estructuras: el conducto anal y sus esfínteres, el tendón anococcígeo y las fosas isquiorrectales.

#### MUSCULOS DEL PERINEO:

Los músculos que conforman el perineo son: en el área anterior: isquiocavernoso, bulbocavernoso y transverso superficial del periné, que son pares, éstos a cada lado forman un triángulo cuya hipotenusa es el isquiocavernoso, los otros dos se unen en el tendón central formando un ángulo recto; Los otros dos músculos que forman el perineo son: el transverso profundo del periné y el esfínter externo del ano. Todos estos

músculos son comparables a sus homólogos en el hombre, pero más pequeños.

1. Bulbocavernoso: Se origina 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, describiendo 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 unen 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 reconoce 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 este sobre el pene durante la copula. Los vasos sanguíneos provienen de la pudenda interna por la perineal profunda, que continua anteriormente hasta terminar 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.

2. Isquiocavernoso: Se origina 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 decusantes a la región de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando la mayor parte del esfínter externo de la misma. Así como en el hombre cumple una función de erección y eyaculación, en la mujer comprime el cuerpo cavernoso del clítoris contribuyendo a su erección al tiempo que durante el coito baja al clítoris



aplicando su glande sobre el pene. Su vascularización es la misma que la del bulbo cavernoso. La inervación proviene de la rama isquiocavernosa del nervio perineal.

3. Transverso perineal superficial: Se inicia 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 mujer, está mucho menos desarrollado y al parecer solo actúa secundariamente 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.

4. Esfínter externo del ano: Formado por diez a doce fascículos concéntricos que se disponen 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.

Se origina principalmente a nivel del rafe anococcígeo dirigiéndose hacia arriba y adelante siguiendo un sentido circular y elíptico que terminan en el rafe medio. Los vasos provienen de la hemorroidal inferior, rama de la pudenda interna y de la hemorroidal media, rama de la hipogástrica. Su inervación está dada por el nervio anal, que proviene del tercer y cuarto par sacro, que llega al esfínter por la fosa isquiorrectal, inerva la parte anterior y posterior del esfínter; el nervio pudendo interno, o esfínteriano anterior, que inerva la parte anterior. Estos nervios inervan cada uno la mitad correspondiente, pero sin embargo la sección unilateral no modifica la contractilidad normal de este músculo, lo cual pone de manifiesto

claramente que ambas ramas cruzan al lado opuesto. Su función es la de constreñir el recto, pues al contraerse lleva la porción inferior del recto y al ano hacia atrás al tiempo que la contracción del elevador del ano lleva el recto y la vagina hacia el pubis. El resultado de estas dos acciones antagónicas es cerrar el recto.

5. Transverso profundo del perineo: Como su nombre lo indica, es un músculo profundo, aplanado y transversal que se extiende de las ramas isquiopúbicas al rafe anovaginal. Actualmente se considera uno solo; antiguamente se le reconocía una porción vaginal, que originándose en las ramas isquiopúbicas 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 (músculo de Guthrie y músculo de Wilson). Su irrigación e inervación depende de los mismos vasos y nervios que los del bulbocavernoso. Su función es servir de sostén principalmente a la uretra y a la vagina; colabora al elevador en el sostén del recto.

6. Periné: Estrictamente, se refiere a la zona comprendida entre la horquilla vulvar posterior y el ano.

7. Rafe medio. Tendón conjunto o central. Cuña Perineal: en este punto convergen y se entrelazan las fibras de los músculos transversos superficiales y el profundo, con fibras del bulbocavernoso, con las del esfínter externo y las del elevador del ano. Se extiende del ano a la vagina.

8. Cuerpo anococcígeo: zona fibromuscular que va del ano al cóccix, formado por fibras del esfínter externo y del elevador del ano. Sirve de soporte al conducto anal. <sup>(14)</sup>

#### DIAFRAGMA PÉLVICO.

Es una división musculo tendinosa en forma de embudo entre la cavidad pélvica y el perineo que sirve de punto de fijación a las vísceras pélvicas. Está formado por los músculos elevadores del ano y los coccígeos cubiertos por su fascia superior e inferior. Pueden diferenciarse dos

diafragmas pélvicos, uno superior, muscular y potente y otro inferior más débil que se desarrolla a partir de los esfínteres de la uretra y del ano y cierra los orificios del suelo pélvico.

Por el diafragma pélvico pasan la uretra, la vagina y el recto. Los haces musculares laterales se inclinan acercándose a la línea media sin lograrlo, entre ellos queda formado una canaladura en forma de V, conocida como la hendidura del elevador del ano.

Los músculos del diafragma pélvico se originan en las paredes pélvicas laterales y dirigiéndose hacia abajo convergen en la línea media uniéndose entre sí, insertándose en la porción final de la uretra, de la vagina y del ano. Por delante de la vagina, los bordes internos de uno y otro elevador, no convergen en la línea media y están separados entre unos 2 a 2,5 cm, exactamente por detrás del pubis, dejando un espacio libre en el piso pélvico, es el llamado “hiato urogenital”, cerrado únicamente por el tabique vesicovaginal. Sus fascias inferiores sí se unen a la superior del diafragma urogenital, constituyendo una fascia única que envuelve y sostiene todas las estructuras pélvicas, la fascia endopélvica.

Además de los músculos del diafragma pélvico, existen dos músculos que cubren las paredes de la pelvis verdadera, que son: el piriforme y el obturador interno. El piriforme, de forma triangular se halla situado junto a la pared posterior de la pelvis menor. Se origina en el sacro a nivel de los orificios I al IV abandonando la pelvis a través del agujero ciático mayor, por encima de la espina ciática, insertándose en el trocánter femoral. Los músculos obturadores internos tienen forma de abanico y recubren la pared lateral de la pelvis. La condensación de las fascias pélvicas parietales que recubren la cara interna de este músculo forma el arco tendinoso, estructura firme, que brinda sostén y apoyo importante al elevador del ano, que se extiende desde el borde inferior y posterior del pubis hasta la espina ciática.

1. Elevador del ano: Músculo par, simétrico, que se extiende de la pared anterolateral de la pelvis menor hacia abajo describiendo un arco de concavidad anterior hacia la región del ano. Desde el punto de vista anatómico y funcional es el componente más importante del diafragma pélvico. Está constituido por dos porciones, una mediana y anterior, la de mayor tamaño, que es el pubococcígeo; y otra, más posterior y lateral, el iliococcígeo. (15)

El pubococcígeo se origina en el borde superior de la cara posterior del pubis sin que participe la sínfisis; desde donde se dirigen hacia abajo y hacia atrás siguiendo las paredes laterales de la vagina hasta insertarse en el coxis siguiendo el rafe ano coccígeo, no sin antes dar unas fibras que se fijan en el rafe central y con el esfínter externo y con las fibras musculares longitudinales del recto.

El iliococcígeo procede de las espinas ciáticas y del arco tendinoso de donde se dirige hacia abajo en dirección medial hasta llegar a insertarse en el cóccix en donde se fija, no sin antes dar fibras que se entremezclan con el esfínter externo y el transverso profundo.

Su función fundamentalmente es la de brindar sostén al recto, a la vagina y a la uretra, interviniendo importantemente en la defecación, en la micción y en la contracción vaginal; es definitivo en mantener la estática normal de las vísceras pélvicas.

En la mujer, durante el trabajo de parto desempeña un papel importante cual es la de obligar al feto a que flexione y rote; recordemos que este músculo es potente y firme y se opone al descenso fetal el cual solo puede sortearlo al nivel de la hendidura anteroposterior del elevador, que tiene forma de V, cuyo eje mayor de sentido anteroposterior, obliga a la cabeza fetal a acomodar su diámetro anteroposterior más largo al de la hendidura pubococcígea y el diámetro biparietal más corto en sentido transversal. Entre contracción y contracción la presentación distiende lenta y progresivamente al elevador hasta franquearlo, llegado al triángulo

posterior del perineo donde se enfrenta con el rafe anococcígeo inextensible y al cóccix, estructuras que ceden gracias al reblandecimiento que por las hormonas del embarazo sufren las articulaciones pelvianas haciendo que el cóccix se dirija hacia atrás enfrentando a la presentación con los músculos y fascias del periné más elásticas y flexibles, lo que se reconoce externamente por el abobamiento del mismo; igualmente la retropulsión del coxis tira como “un pedal” al esfínter externo del ano y a su vez al tendón conjunto permitiendo la apertura longitudinal del recto, con adelgazamiento y aumento de la longitud del periné. <sup>(16)</sup>

En este punto el eje de descenso o umbilico-coccígeo forma con el eje de desprendimiento un ángulo de  $110^{\circ}$ , por lo cual se le conoce como codo o rodilla del parto, obligando que la presentación se dirija al triángulo anterior del perineo, hacia arriba y hacia delante distendiendo el introito vulvar que en este momento prácticamente “mira hacia arriba” y de esta forma es franqueado por el feto.

La irrigación del elevador está dada por la rama pudenda interna y la vesical inferior.

La inervación por el nervio pudendo interno en su porción interna, y por ramas del III y IV ramas del sacro.

2. Coccígeos: músculo par, de forma triangular que constituye la porción posterior del diafragma pélvico. Se origina en la espina ciática, donde se inserta su vértice; de allí se dirige oblicuamente hacia atrás para insertarse su base en la cara inferior y posterior del sacro y del cóccix. Su acción es de sostén. Su contracción lleva hacia atrás y hacia abajo la punta del cóccix. Está inervado por el IV sacro, y recibe sus arterias de la sacra lateral, rama parietal de la división posterior de la hipogástrica.

Irrigación sanguínea del perineo: En la mujer como en el hombre, la arteria del perineo es la pudenda interna, siendo de menor calibre en la primera que en el último. La pudenda interna es rama parietal de la rama anterior de la hipogástrica que, abandonando la pelvis menor a nivel del orificio

ciático mayor, llega al perineo lateralmente a la fosa isquiorrectal a través del orificio ciático menor. En este punto se ramifica, originando los siguientes vasos: la hemorroidal inferior, la perineal y la arteria del clítoris. La hemorroidal inferior se dirige hacia abajo, a la región glútea a través del tejido adiposo isquiorrectal vascularizando al conducto anal, el ano y el área perianal.

La arteria perineal atravesando la base del triángulo urogenital, irriga el músculo bulbocavernoso, isquiocavernoso y transverso superficial. Existe una rama que siguiendo el trayecto del transverso superficial irriga la zona central del periné. También origina las labiales posteriores que atravesando la fascia de Colles irrigan los labios. <sup>(17)</sup>

La arteria del clítoris penetra al plano profundo del diafragma urogenital y siguiendo paralela a la rama ósea del pubis, se divide en los vasos que irrigan el tejido eréctil de los genitales externos. La arteria del bulbo, que irriga el bulbo vestibular y la glándula de Bartholino; La arteria uretral que se dirige medianamente hacia la uretra anastomosándose con ramas de la arteria del bulbo. La arteria profunda del clítoris y la arteria dorsal del clítoris que irrigan el cuerpo cavernoso y el glande del clítoris.

Inervación del perineo: Los músculos y demás estructuras del perineo son inervados por el nervio pudendo interno, el cual se origina de las ramas anteriores de los nervios sacros II, III y IV. Sigue el mismo trayecto que la arteria pudenda y a nivel de la tuberosidad isquiática origina tres ramas: el hemorroidal inferior, el perineal y el nervio dorsal del clítoris.

El hemorroidal inferior que inerva el esfínter externo del ano y la piel del perineo.

El perineal que origina dos ramas, una superficial y otra profunda. La superficial que inerva los labios con sus tres ramas, el nervio labial posterior, el medio y el lateral. La rama profunda inerva el músculo elevador del ano y contribuye también en la inervación del esfínter externo; y atravesando la base del diafragma urogenital inerva a los

músculos transversos superficial y profundo, bulbocavernoso, isquiocavernoso y el esfínter externo de la uretra membranosa. <sup>(18)</sup>

El nervio dorsal del clítoris inerva el glande del mismo.

La piel del perineo está inervada por los siguientes nervios: Las ramas labiales anteriores del nervio ilioinguinal, que se origina de las ramas del primer nervio lumbar, e inervan el monte de Venus y la porción superior de los labios mayores.

La rama espermática externa del genitofemoral, que se origina de las raíces de los nervios primer y segundo lumbar que alcanza a los genitales por el ligamento redondo dando sus ramas a los labios.

Las ramas perineales del nervio femorocutáneo posterior, de las raíces primera segunda y tercera sacra, que dirigiéndose hacia delante por la línea media por delante de las tuberosidades alcanzando el borde lateral del perineo y los labios mayores.

Las ramas cutáneas perforantes de los nervios sacros II y III perforando el ligamento sacrociático mayor se dirige luego hacia atrás siguiendo el borde inferior del glúteo mayor para inervar las nalgas y el perineo contiguo.

Los nervios anococcígeos, que se originan de las raíces cuarta y quinta sacra y el nervio coccígeo que inervan la zona anococcígea. <sup>(19)</sup>

#### NORMAS GENERALES DE PROTECCIÓN DEL PISO PÉLVICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

Las consideraciones que se mencionan seguidamente contribuyen generalmente a impedir o disminuir la agresión que sufren las estructuras musculoaponeuróticas y fasciales durante el trabajo de parto y parto por el paso del feto a través del canal blando del conducto del parto; sin embargo, en algunas ocasiones esto no siempre es posible, como por ejemplo, al dar parto vaginal a un feto macrosómico se causa una marcada sobredistensión del piso pélvico que inevitablemente conlleva al desgarramiento del mismo; En el feto en presentación podálica, se impone la

extracción rápida de la cabeza fetal sin tener en cuenta prácticamente al suelo pélvico por riesgo de asfixia fetal, causando entonces una rápida y forzada distensión del periné. Igualmente debe tenerse en cuenta que hay pacientes que constitucionalmente presentan unos genitales poco elásticos, rígidos y muy pobre “imbibición gravídica”, lo que los hace extraordinariamente frágiles. Un arco subpúbico estrecho que obliga a la presentación a irse muy abajo al perineo alejándola del pubis, también favorece a la aparición de estas lesiones. A pesar de ello, una buena episiotomía correctamente seleccionada y oportunamente ejecutada logra muchas veces disminuir el grado del daño.

1. Durante el primer período: Debe reconocerse y tratar oportunamente las hiperdinamias, evitando el parto precipitado; y de la misma manera se manejarán las hipodinamias; al máximo se conservarán en lo posible, la integridad de las membranas. Se evitará que el parturienta puje antes de completar la dilatación total (pujos prematuros), procurando siempre un progreso normal del descenso que permita a los músculos pélvicos una lenta distensión que gracias a su elasticidad se acomoda poco a poco al paso del ovoide fetal.

2. Durante el segundo periodo: Se evitarán las hipodinamias y el expulsivo prolongado. De requerirse solo se aceptan las aplicaciones bajas del fórceps. El nacimiento en ningún momento debe forzarse, excepto ante el riesgo de asfixia fetal. De comprobarse un descenso muy rápido se invitará a la parturienta a no pujar durante las contracciones y siempre deberá procurarse el nacimiento de la cabeza fetal en flexión forzada, la deflexión ulterior se guiará para que se dé lentamente. Durante el momento mismo del desprendimiento de la cabeza fetal, la paciente debe evitar el pujo, mientras que el obstetra protegiendo el periné, conduce con suavidad la deflexión de la misma.



El nacimiento de los hombros debe hacerse en el diámetro anteroposterior, y el periné, se protegerá al paso del hombro posterior, de la misma forma que se hizo para el polo cefálico.

Para el conocimiento de las maniobras que se ejecutan durante el nacimiento, se remite al lector al capítulo correspondiente.

La ejecución de una adecuada y oportuna episiotomía es de capital importancia para lograr finalmente una protección del piso pélvico exitosa.<sup>(20)</sup>

#### EPISIOTOMÍA Y EPISIORRAFIA.

Episio. Sinónimo: Pudendo femenino. Viene de las raíces griegas Epision y Episeion que hacen referencia al pubis.<sup>1</sup> Sinónimos: Perineotomía. Pudendotomía.

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

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

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

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

INDICACIONES: Son muy precisas. Se clasifican en Maternas y Fetales:

**MATERNAS:**

1. Inminencia de desgarro Vulvo-Vagino-Perineal.

Nótese que a propósito no se hace referencia estricta a la paridad de la paciente, pues sí es cierto que existen nulíparas que no la ameritarían y, por el contrario, en algunas multíparas es preciso realizarla. Un arco subpúbico alto y estrecho casi siempre obliga a su realización. No aconsejamos su realización rutinaria sino selectiva.

2. Abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de Valsalva forzada), importante en las siguientes patologías maternas:

2.1- Pre-Eclampsia-Eclampsia.

2.2- Hipertensión Arterial.

2.3- Hipertensión Endocraneana y Patologías Vasculares del S.N.C.

2.4- Hipertensión Ocular.

2.5- Cardiopatías.

2.6- Neumopatías.

3. Parto Vaginal Instrumentado. Utilización de fórceps o espátulas. <sup>(21)</sup>

**FETALES:**

1. Macrosomía.

2. Prematurez.

3. Feto con Retardo del crecimiento intrauterino.

4. Sufrimiento fetal agudo, en el segundo período del parto.

5. Presentación Podálica.

6. Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas.

7. Presentación cefálica-vértice en variedad posterior o desprendimiento en sacra.

**CONTRAINDICACIONES:**

1. Relajación y flaccidez del piso pélvico.

2. Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.

3. Enfermedades granulomatosas activas.
4. Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal.
5. Fístulas recto-perineales.
6. Antecedentes de Perineoplastia.
7. Cáncer Ano-rectal. <sup>(22)</sup>

TIPOS DE EPISIOTOMÍAS: En la actualidad se suelen practicar la Medio-lateral (Derecha o Izquierda, de acuerdo a la destreza del cirujano) y la MEDIANA. Las laterales y las "doble" episiotomías han caído en franco desuso por su importante morbilidad. La incisión intermedia entre la mediana y el medio lateral no la reconocemos como un tipo especial de episiotomía, y hacemos referencia de ella solo para mencionar que se trata de una incorrecta orientación del corte quirúrgico.

La incisión mediana se inicia en la horquilla vulvar posterior y en dirección medial corta el rafé medio extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarró del mismo. La medio-lateral, se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (a la derecha o a la izquierda, de acuerdo a la destreza del operador), en ángulo de 45° en relación con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano. Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen.

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

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

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

Recomendamos la Anestesia local infiltrativa, con lidocaína simple al 1%, un volumen casi nunca superior a los 10 cc, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal.

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

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

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

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

En la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo, cuando la Episiotomía está indicada, recomendamos la mediana en los siguientes casos:

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

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

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

aprendizaje, los estudiantes deben adquirir la habilidad para que tal circunstancia no se presente. <sup>(23)</sup>

#### EPISIORRAFIA. TECNICA QUIRÚRGICA:

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

Se proscribe la introducción de gases u otros materiales en vagina durante la realización de esta cirugía, la posibilidad de dejarlos "por olvido", causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos, y crea en la paciente y en la comunidad dudas sobre la idoneidad y la reputación del médico.

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

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

Se reconocen los planos incididos, descartando o verificando las prolongaciones y/o los desgarros, que, de existir, se suturaran en orden inverso a su grado. <sup>(24)</sup>

#### EPISIORRAFIA SIN PROLONGACION:

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

transverso profundo y en la región de la cuña perineal, el tendón conjunto se expone nítidamente.

Para el caso del medio lateral, los hallazgos a nivel del extremo vaginal son exactamente iguales que para la mediana; Hacia el extremo perineal en razón de la orientación del corte, no debe observarse el esfínter, y los músculos de la cuña se exponen claramente, aunque no tanto como en la mediana.

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

#### TÉCNICA:

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

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

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

#### EPISIORRAFIA CON PROLONGACIONES A ESFINTER Y ANO:

En estos casos los planos se reparan en orden inverso a su grado, como se mencionó anteriormente.

Para el caso de desgarro grado IV, se aconseja que el cirujano se calce dos guantes en la mano cuyo dedo índice va a colocarse en la luz rectal, sirviendo de referencia para evitar que la puntada penetre al recto, al tiempo que mostrará a trasluz si queda un trayecto sin suturar o incorrectamente afrontado; Una vez culminado este paso, se retira y desecha el guante contaminado sin incomodidades ni pérdida de tiempo para el obstetra.

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

Seguidamente se aproximan los extremos del esfínter externo del ano utilizando pinzas de allis que se introducen a través de las depresiones laterales que se observan en este plano de la cuña perineal y que característicamente identifican la fascia de este músculo. Las pinzas introducidas se abren y atrapan las fibras musculares retraídas dentro de



la fascia y se traen medialmente; así reparadas se sutura este músculo con dos o tres puntos individuales o con una sutura que iniciándose en el extremo superior izquierdo abarque el espesor de la fascia y el músculo en ese extremo, y se repara, se toma otra puntada parecida al extremo inferior derecho, de aquí se tira otra tercera puntada que tome el extremo inferior izquierdo y finalmente una última que tome el espesor de la masa muscular en el extremo superior derecho; se tracciona fuertemente y se anuda con el reparo inicial de la sutura; Es la puntada en "ocho", haciendo referencia a la orientación general que se le da a esta sutura en forma de "reloj de arena".

Siempre se debe revisar si existe prolongación en el extremo vaginal, que de existir compromete al elevador del ano; En estos casos recomendamos su cierre con puntadas individuales en número de dos o tres, reparando las masas musculares con pinzas de allis, que en forma característica siempre terminan cruzadas al soltarlas. Solo de esta forma se asegura un cierre anatómico, sin temor a dejar espacios "muertos". El resto del cierre se realiza según la técnica anterior. <sup>(25)</sup>

COMPLICACIONES: Comprenden las de aparición: Inmediatas, Mediatas y Tardías:

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

1.1. DESGARROS Y PROLONGACIONES: La prolongación se entiende como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión, pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4cms en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de Episiotomía. En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es

manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada. La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta al recto.

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

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

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

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

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

Grado III: Compromete el esfínter externo del ano.

Grado IV: Compromete la mucosa anal.

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

1.2.-SANGRADO: Se presenta en caso de medio laterales que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los vasos grandes que sangran

cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento.

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

1-4.-DOLOR: Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías.

2. COMPLICACIONES MEDIATAS: Infección, Dehiscencia, Granulomas.

2.1. INFECCION: 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 negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.

2.2. DEHISCENCIA: Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.

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

3. COMPLICACIONES TARDIAS: Fibrosis, Fístulas.

3.1. - FIBROSIS: De incidencia más frecuente con medio laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia.

3.2. - 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. <sup>(26)</sup>

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

EPISIOTOMÍA. - Incisión del perineo durante el parto practicada para evitar el desgarro vaginal, vulvar o perineal mediante un agrandamiento controlado del orificio vaginal.

CESÁREA. - Operación para extraer el feto del interior de la madre mediante la sección o corte de la pared abdominal y del útero.

HORMONAS. - Sustancia producida por un tejido y transportada por medio de la sangre a otro tejido para afectar la función del cuerpo como lo es el crecimiento o metabolismo.

VULVA. - Abertura de la vagina.

TRAUMATISMO O TRAUMA. - Lesión física producida por una acción violenta o por una introducción en el organismo de una sustancia toxica o cuerpo extraño.

TRAUMATISMOS OBSTETRICOS. - Desgarros o laceraciones perineales que acompañan de lesiones de la vagina y la vulva, excepto los más superficiales, y pueden lesionar el esfínter anal y la mucosa rectal.

TRAUMATISMO NEONATAL. - Traumatismo sufrido por un recién nacido en el curso del parto. Entre este tipo de lesiones figuran la parálisis de Bell, la parálisis cerebral y la parálisis de Erb.

TRABAJO DE PARTO. -A un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO. -Trabajo de parto que comienza y progresa sin estimulación mecánica ni farmacológica.

PARTO NORMAL. -Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta.

PARTO DISTOCICO. - Se define por distocia a una dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal o normal.

DISTOCIA DINAMICA. - Conjunto de alteraciones de la contracción uterina que interfieren en la normal progresión del parto.

FASE LATENTE PROLONGADA. - Duración de la labor de parto latente más de 20 horas en las nulíparas y 14 horas o más en las multíparas.

PROGRESO INSATISFACTORIO DE LA FASE ACTIVA DEL PARTO. - Si la dilatación del cuello del útero es menor a 1cm/hora o se encuentra más de dos horas sin progreso en fase activa de la labor de parto.

FASE EXPULSIVA PROLONGADA. - Dilatación completa del cuello uterino, la mujer tiene deseos de pujar sin conseguir descenso en la presentación durante 1 hora.

#### **2.4. HIPÓTESIS**

No aplica por ser un trabajo descriptivo.

#### **2.5. VARIABLES**

##### **DEPENDIENTE**

Episiotomía

##### **INDEPENDIENTES**

Edad

Tipo de complicaciones

Tiempo de presentación

Nivel de hemoglobina

## 2.6. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	CLASIFICACION	INDICADOR	INTRUMENTO	FUENTE
Episiotomía	Dependiente	Dicotómica	Si No	Ficha de datos	Encuesta
Edad	Independiente	Ordinal	12 a 18 19 a 25 26 a 32 32 a mas	Ficha de datos	Encuesta
Tipo de complicaciones	Independiente	Politómica	Tipos Desgarros Dehiscencia	Ficha de datos	Encuesta
Tiempo de presentación de complicaciones	Independiente	Nominal/Ordinal	Complicación a corto plazo Complicación Mediano plazo Complicación Largo plazo	Ficha de datos	Encuesta
Hemoglobina de la gestante	Independiente	Ordinal Gr de Hb/100cc	Anémica No anémica	Ficha de datos	Encuesta

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental porque solo se obtuvieron los datos sin modificarlos, transversal porque la variable fue medida una sola vez, retrospectiva pues los datos pertenecen al pasado y descriptiva porque tiene una variable.

#### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptiva

#### **3.1.3. MÉTODO**

Inductivo pues el análisis empieza por las complicaciones específica y se determina una conclusión general.



## **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.2.1. POBLACIÓN**

Todas las gestantes primíparas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco a quienes se les practicó episiotomía entre septiembre a octubre del 2017 que son 108

### **3.2.2. MUESTRA**

Se aplicó la fórmula de una proporción con población conocida

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 108$$

$$p = 0.1$$

$$q = 0.9$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{108 (1.96)^2 (0.1) (0.9)}{(0.05)^2 (108 - 1) + (1.96)^2 (0.1) (0.9)}$$

$$n = 60$$

## **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.3.1. TÉCNICAS**

Encuesta se aplicó en cuestionario afín de obtener los datos.

### **3.3.2. INSTRUMENTOS**

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin. (ver anexos)

### **3.3.3. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvo las estadísticas descriptivas como son el porcentaje, valores absolutos, las que fueron analizadas para ser presentadas en forma de tablas y gráficos.

**CAPÍTULO IV:  
PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

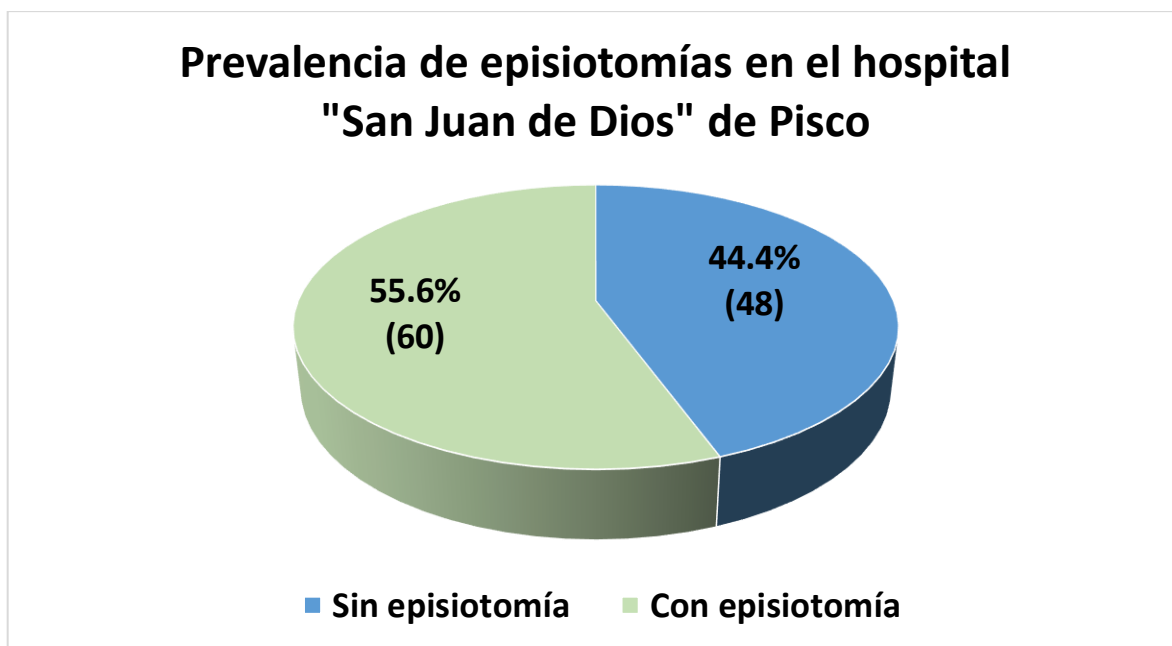
TABLA N°1  
 INCIDENCIA DE LAS EPISIOTOMÍAS PRACTICADAS EN LAS PACIENTES  
 PRIMERIZAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO  
 ENTRE SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2017

Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
Sin episiotomía	48	44.4%
Con episiotomía	60	55.6%
Total	108	100%

Fuente: H. "SJ de D" Pisco

La prevalencia de episiotomía en las gestantes primerizas es de 55.6% en el hospital San Juan de Dios de Pisco, mientras que un 44.4% no llegan a realizarse este procedimiento.

GRÁFICO N° 01



Fuente: H. "SJ de D" Pisco

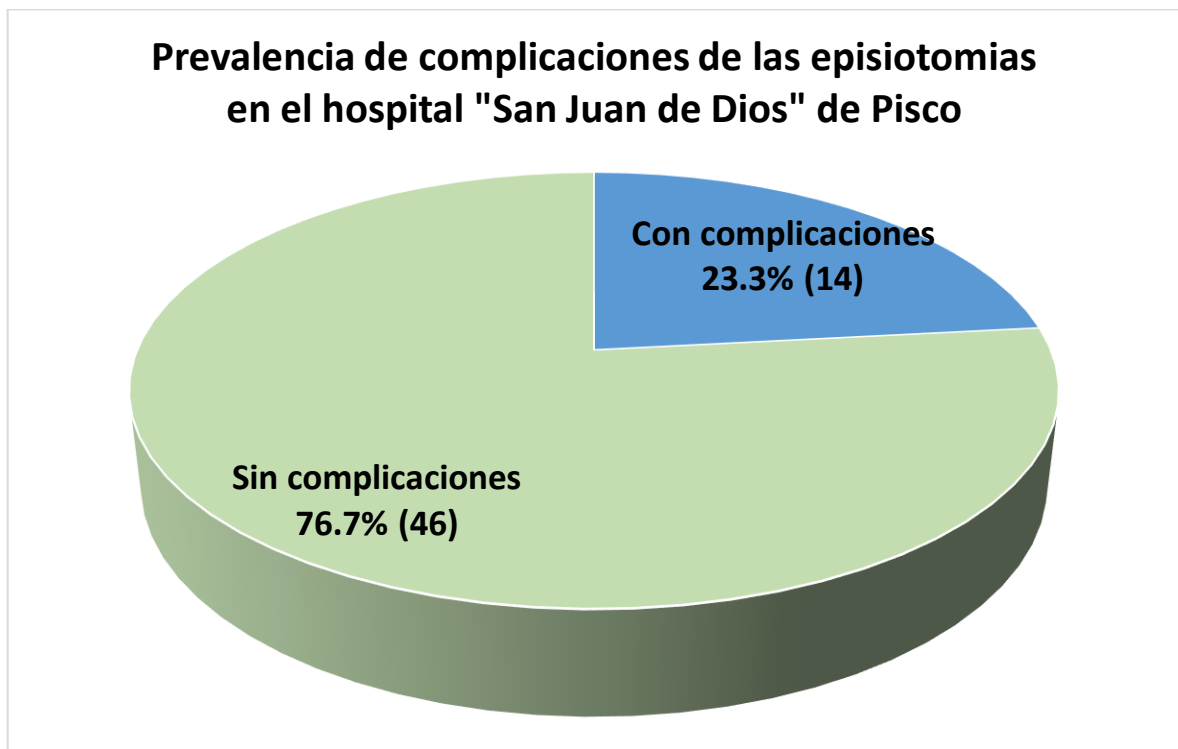
TABLA N° 02  
 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LAS EPISIOTOMÍAS PRACTICADAS  
 EN LAS PACIENTES PRIMERIZAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN  
 DE DIOS DE PISCO ENTRE SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2017

Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
Con complicaciones	14	23.3%
Sin complicaciones	46	76.7%
Total	60	100%

Fuente: H. "SJ de D" Pisco

La prevalencia de complicaciones de las episiotomías en el hospital "San Juan de Dios" de Pisco es de 23.3%, mientras que los que no se complican son del orden del 76.7%.

GRÁFICO N° 02



Fuente: H. "SJ de D" Pisco

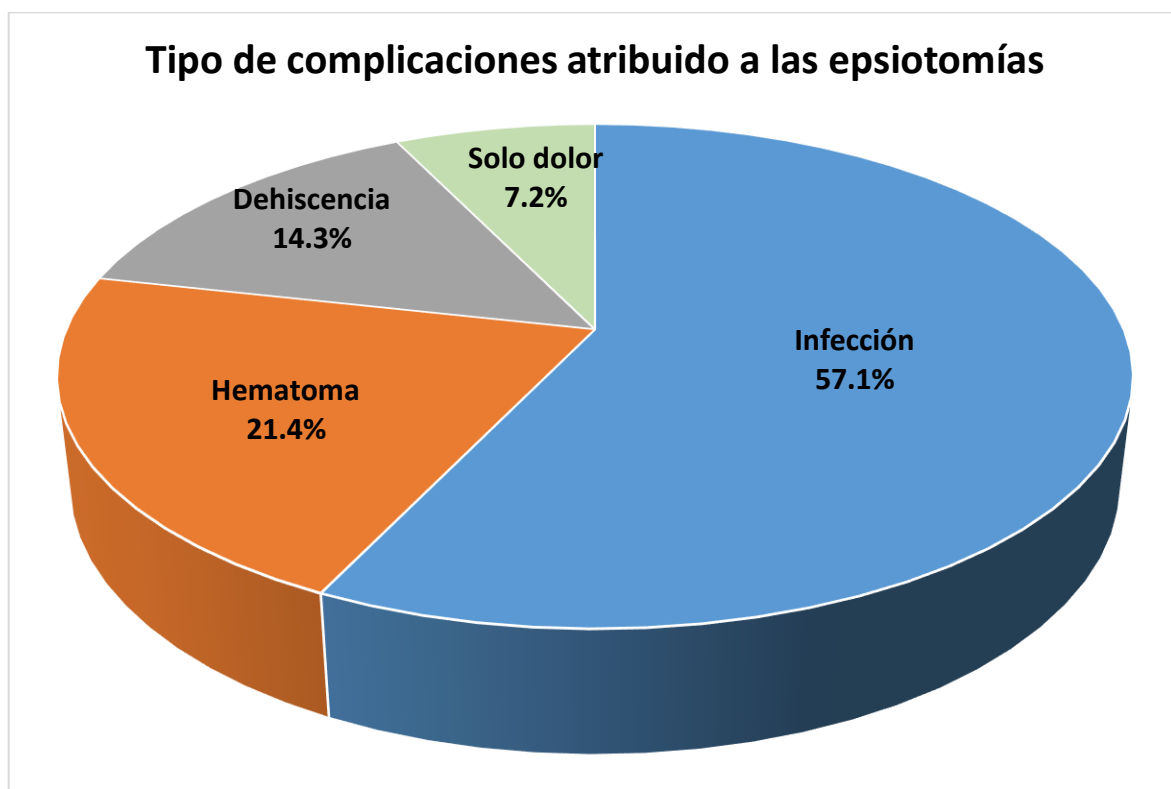
**TABLA N° 03**  
**COMPLICACIONES ATRIBUIDAS A LA EPISIOTOMÍA EN LAS PACIENTES**  
**PRIMERIZAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO**  
**ENTRE SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2017**

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Infección	8	57.1%
Hematoma	3	21.4%
Dehiscencia	2	14.3%
Solo dolor	1	7.2%
Total	14	100.0%

Fuente: H. "SJ de D" Pisco

Los tipos de complicaciones atribuidas a las episiotomías es 57.1% son infecciones de la herida, 21.4% son hematomas, 14.3% son dehiscencia y el 7.2% es dolor crónico.

**GRÁFICO N° 03**



Fuente: H. "SJ de D" Pisco

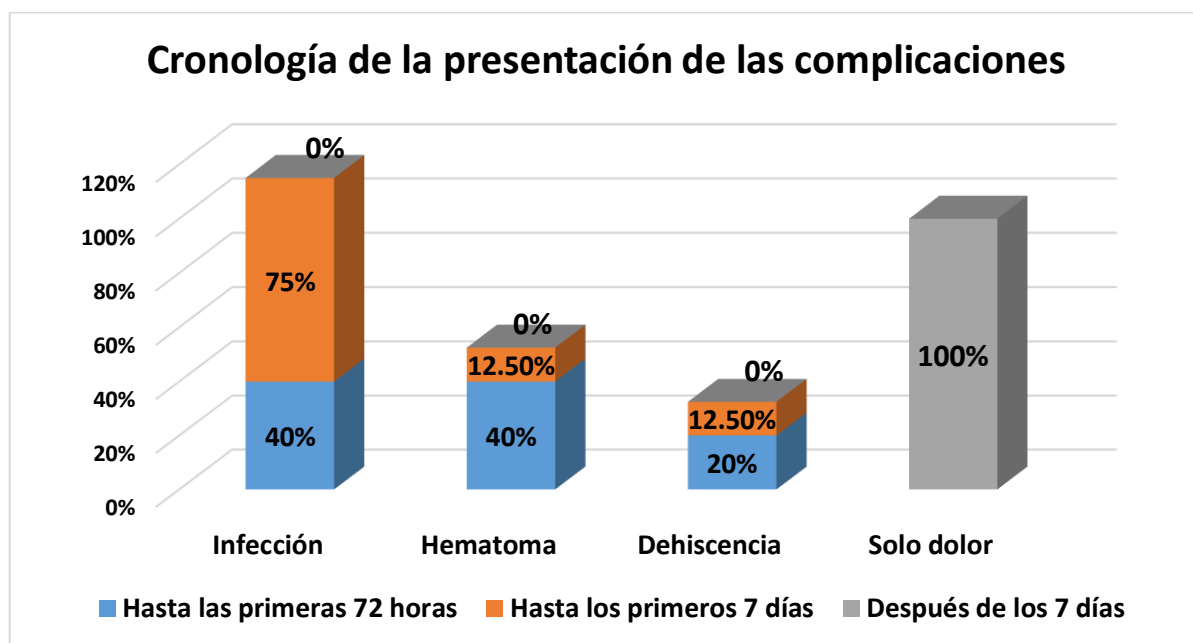
TABLA N° 04  
 TIEMPO DE PRESENTACIÓN DE LAS COMPLICACIONES ATRIBUIDAS A LA  
 EPISIOTOMÍA EN LAS PACIENTES PRIMERIZAS ATENDIDAS EN EL  
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO ENTRE  
 SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2017

Complicaciones	Hasta las primeras 72 horas		Hasta los primeros 7 días		Después de los 7 días		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Infección	2	40%	6	75%	0	0%	8	57.1%
Hematoma	2	40%	1	12.5%	0	0%	3	21.4%
Dehiscencia	1	20%	1	12.5%	0	0%	2	14.3%
Solo dolor	0	0%	0	0%	1	100%	1	7.2%
Total	5	100%	8	100%	1	100%	14	100.0%

Fuente: H. "SJ de D" Pisco

La cronología de las complicaciones es de la siguiente forma: Las infecciones se presentan en 40% en las primeras 72 horas y el 75% dentro de los primeros 7 días. Los hematomas en 40% se presentan en las primeras 72 horas y solo el 12.5% después de las 72 horas. Mientras que las dehiscencias se presentan en el 20% de los casos antes de las 72 horas y 12.5% después de las 72 horas y dentro de los primeros 7 días. Y el dolor crónico se presentó después de los 7 días.

GRÁFICO N° 04



Fuente: H. "SJ de D" Pisco

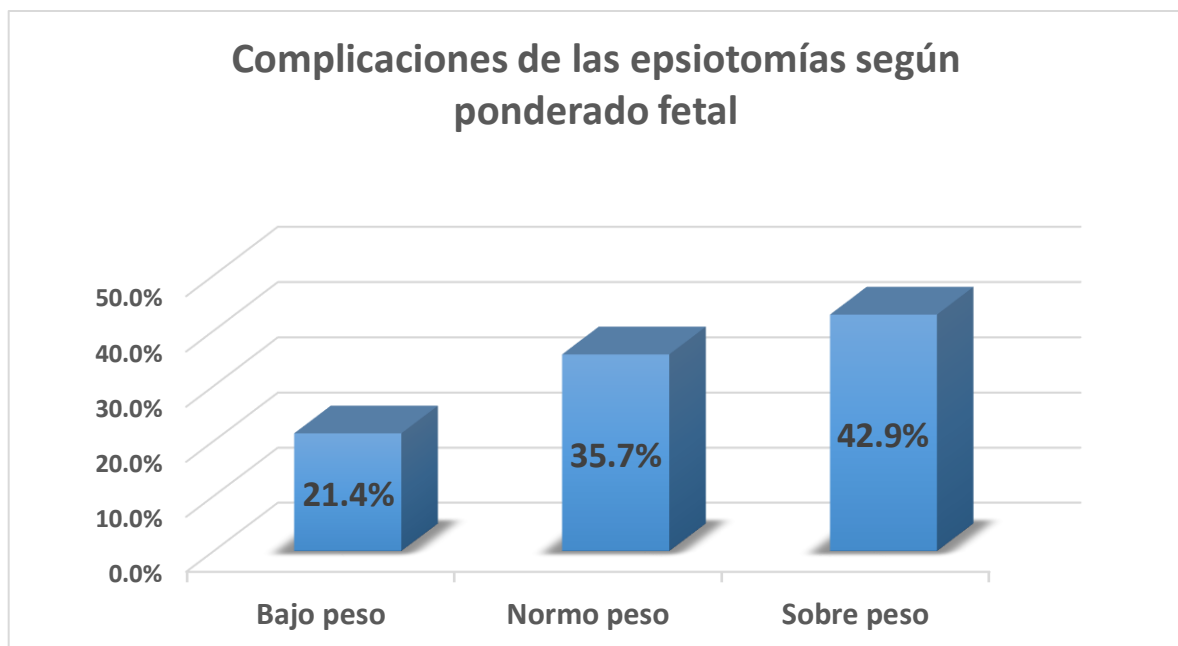
**TABLA N° 05**  
**INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LAS EPISIOTOMÍAS PRACTICADAS**  
**EN LAS PACIENTES PRIMERIZAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN**  
**DE DIOS DE PISCO ENTRE SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2017**  
**SEGÚN PONDERADO FETAL**

Ponderado fetal	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	3	21.4%
Normo peso	5	35.7%
Sobre peso	6	42.9%
Total	14	100%

Fuente: H. "SJ de D" Pisco

Las complicaciones según ponderado fetal es de la siguiente manera: el 21.4% se presentó en los recién nacidos con bajo peso, el 35.7% en los normo pesos y el 42.9% en los recién nacidos con sobre peso.

**GRÁFICO N° 05**



Fuente: H. "SJ de D" Pisco

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

En el estudio se demuestra que la prevalencia de episiotomías en el hospital “San Juan de Dios” de Pisco es de 55.6% en las primíparas, como se observa en la tabla N° 01, sin embargo, en las secundíparas y multíparas esta práctica es mucho menos frecuente. Este procedimiento se realiza con la finalidad de disminuir el tiempo del expulsivo y evitar complicaciones fetales, con las medidas de higiene correspondiente tanto en el corte como en la sutura, el tipo de episiotomía fueron medio-laterales. Al respecto en el estudio realizado por Mejía Chicaiza, Joege Victoriano Gualan Cartuche, Cristian Andres ,Mejía Calle, Adrian Marcelo (2017)<sup>5</sup> en el Ecuador, encuentra una prevalencia de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue del 35.5%, valor mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%), este valor inferior al encontrado por nosotros se debería que en el estudio de Mejía se tomó a todas las gestantes mientras que en el nuestro solo las primerizas donde las episiotomías es prácticamente una norma. También Ballesteros C. (2014), en Murcia encuentra una tasa de episiotomía en partos eutócicos de 36,5%. Mientras que Puja A. (2015), en Huánuco Tingo María, encuentra una incidencia de episiotomías de



manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas de 94,5%, mucho más alta que lo encontrado en nuestro estudio.

Al evaluar la prevalencia de complicaciones de las episiotomías este fue del orden del 23.3%, como se observa en la tabla N° 02, que se atribuye a descuido de la asepsia y antisepsia en el momento de la sutura, o una mala higiene de la parturienta, o a las condiciones de la gestante como son anemia, infecciones asociadas. En el estudio de Guerrero A. (2015)<sup>4</sup> en Loja Ecuador encuentra que el 43,3% de las pacientes presentó complicaciones de episiorrafia, siendo la principal la infección (25%), resultados similares al encontrado en el estudio, que podría explicarse por las condiciones similares que presenta este País con el nuestro. En otro estudio realizado por Flores E. (2014)<sup>12</sup> en Lima demuestra que la frecuencia de dehiscencia de episiorrafia fue de 6,7% que se debería a que es un porcentaje en relación a todos los partos por lo que la proporción disminuye, en contra parte de los realizado en el estudio que es sobre las episiotomías complicadas; el promedio de pacientes con infección y anemia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con dehiscencia ( $p < 0.001$ ). En cuanto al tipo de episiotomía y paridad no se observa asociación significativa ( $p > 0,05$ ).

En la tabla 03 se observa que los tipos de complicaciones de las episiotomías, la más frecuente es la infección de la herida de la episiotomía, seguida de los hematomas, después las dehiscencias de las suturas de la episiotomía y en un caso el dolor crónico en la cicatriz de la herida de la episiotomía. La infección se debe sobre todo a descuido en la asepsia al momento de la sutura, mientras que los hematomas se deben a malas suturas y no cuidar de la hemostasia correspondiente en el momento de la sutura, la dehiscencia de la herida es posterior a la infección de la misma y por condiciones de la puerpera que favorecen la dehiscencia como es la desnutrición y la anemia, entre otras patologías asociadas de la puerpera, y el dolor crónico se observó en un caso que se debe a ligaduras de filetes nerviosos al momento de la sutura o a cicatrices viciosas o mal suturadas. Como lo demuestra Guevara M (2015)<sup>9</sup> en su estudio en el hospital San Bartolomé identificando que los factores que se encuentran

relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias fueron la anemia ( $p < 0.001$ ), las infecciones genitales ( $p = 0.04$ ), la inducción del trabajo de parto ( $p < 0.001$ ), el expulsivo prolongado ( $p < 0.001$ ). Sin embargo, Tuesta Yamona M. (2017)<sup>11</sup>, en Iquitos, encuentra que la complicación más frecuente es el hematoma vulvar seguido de las dehiscencias.

Las complicaciones se presentan en un orden cronológico como se observa en la tabla N° 04, así se observó que: la infección se produce sobre todo entre los 3 a 7 días 75% y en menor cuantía antes de los 3 días en el 40% de los casos, mientras que los hematomas su presentación más frecuente es dentro de los 72 horas de la sutura 40% y en menor proporción entre los 3 a 7 días en el 12.5% de los casos, la dehiscencia es más frecuente entre antes de los 72 horas 20% y en menor frecuencia entre los 3 y 7 días, finalmente el dolor crónico se presentó después de los 7 días.

Por último, se evaluó las complicaciones de la episiotomía según peso ponderado fetal, encontrándose que las complicaciones son más frecuentes en las gestantes cuyo peso ponderado fetal es sobre peso 42.9% que en los de bajo peso 21.4% ello se atribuye al tamaño fetal que distiende los tejidos y edematiza los tejidos favoreciendo las complicaciones como infecciones, hematomas y dehiscencias. Al respecto existen estudio que demuestran la escasa o nulo beneficio de este procedimiento como el realizado por Bernués I. (2014)<sup>7</sup>, que concluye que el uso rutinario de la episiotomía genera cuantiosa y diversa patología del suelo pélvico y periné, el uso rutinario de la episiotomía no produce los beneficios maternos y fetales inicialmente atribuidos. Por lo que en otros hospitales se es más conservador como lo demuestra Peres S. (2012)<sup>8</sup> que en el Hospital Universitario de la Ribera sigue una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos, favoreciendo el parto humanizado y conservando más perinés íntegros. Por el contrario, en un estudio realizado por Adela Cecilia Avila Fabián (2017)<sup>13</sup>, encuentra que la mayoría de primíparas son sometidas a episiotomías.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de episiotomía en las gestantes primerizas es de 55.6% en el hospital San Juan de Dios de Pisco setiembre – octubre 2017.
2. La prevalencia de complicaciones de las episiotomías en el hospital “San Juan de Dios” de Pisco es de 23.3%.
3. Los tipos de complicaciones atribuidas a las episiotomías es 57.1% son infecciones de la herida, 21.4% son hematomas, 14.3% son dehiscencia y el 7.2% es dolor crónico.
4. Las infecciones se presentan en 40% en las primeras 72 horas y el 75% dentro de los primeros 7 días. Los hematomas en 40% se presentan en las primeras 72 horas y solo el 12.5% después de las 72 horas. Las dehiscencias se presentan en el 20% de los casos antes de las 72 horas y 12.5% después de las 72 horas y dentro de los primeros 7 días. Y el dolor crónico se presentó después de los 7 días.
5. Las complicaciones según ponderado fetal, el 21.4% se presentó en los recién nacidos con bajo peso, el 35.7% en los normo pesos y el 42.9% en los recién nacidos con sobre peso.

## RECOMENDACIONES

1. Limitar las episiotomías solo a casos estrictamente necesarios y en una extensión mínima necesaria para facilitar la salida del producto, ello en razón de mantener al periné intacto, logrando dicho objetivo al cuidar el periné en el momento del parto y ejecutar un parto lo más fisiológico posible, práctica que debe ser realizada por todo el personal de obstetricia.
2. Las episiotomías que se realicen deben ser realizadas contando con los materiales necesarios esterilizados, y asepsia y antisepsia estricta, realizando la técnica correcta que afronte los bordes de la herida y en los planos necesarios.
3. Control estricto de las puérperas a quienes se les practicó episiotomía a fin de realizar las curaciones respectivas y verificar la toma de medicamentos y tomar las medidas necesarias antes que se presenten complicaciones de la episiorrafia.
4. Tener en consideración los tiempos en que se presentan con mayor frecuencia las complicaciones a fin de tomar medidas oportunas y tratar la complicación en su debido tiempo.
5. Considerar que las complicaciones son más frecuentes cuando se trata de recién nacidos con alteraciones en el peso ya sea en menor o mayor cuantía, pues un recién nacido con bajo peso viene trayendo complicaciones infecciosas asociadas que pueden infectar la herida y los recién nacidos de mayor peso son aquellos que puede presentar más desgarros.

6. Capacitar y concientizar al personal de obstetricia sobre los beneficios del parto vertical, para brindar una atención optima a todas las pacientes, cumpliendo los protocolos y normas de atención de parto realizado para poder dar a las pacientes oportunidad de elegir la posición de parto durante el periodo expulsivo.
  
7. Aconsejar antes de asear el peine, primero debe lavarse las manos tras la micción y defecación, secar y limpiar con papel higiénico, a toques, y siempre de delante hacia atrás, de vagina hacia el ano, para no arrastrar del ano a la vagina, que podría producir infecciones.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Cam C, Asoglu MR, Selcuk S. ¿Tiende la episiotomía mediolateral disminuir defectos centrales de la pared vaginal anterior? Rev. Gynecol Obstet 2012; 285:411-5.
- 2.- De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME. Los factores de riesgo para rupturas perineales grado III durante el parto. BJOG. 2011; 108:383-387.
- 3.- García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. Universidad de Cantabria. 2013. Disponible en:  
<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>
- 4.- Guerrero Iñiguez, A. (2015). Episiorrafia en primíparas y su relación con la función sexual en usuarias del Centro de Salud Nro. 1, Loja.
- 5.- Mejia Chicaiza, Joege Victoriano Gualan Cartuche, Cristian Andres, Mejia Calle, Adrian Marcelo (2017) Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente corral Moscoso, Cuenca Ecuador (2014)
- 6.- Ballesteros C. (2014). Factores que Condicionan la Práctica de la Episiotomía en el Marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital Universitario de la Región de Murcia
- 7.- Bernués I. (2014). Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Universidad Pública de Navarra. España. Facultad de Ciencias de la salud. 2014.
- 8.- Peres S. (2012). Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el hospital universitario "LA RIBERA". Valencia España - Nure Investigación N.º 63. 2012
- 9.- Guevara Cabello M. (2015). Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", lima 2014

- 10.- Puja A. (2015). 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. Huánuco Perú
- 11.- Tuesta Yamona M. (2017). Complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto; enero-marzo 2016.
- 12.- Edgar Rolando Flores A (2014). “Factores De Riesgo Asociados A Dehiscencia De Episiorrafia En El Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013.”
- 13.- Adela Cecilia Avila Fabián (2017) Prevalencia De Episiotomía Y Desgarros Perineales En El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – junio 2015
- 14.- Jiménez AI. 2013. Guía de episiotomía y episiorrafia. Rev. Junto lo hacemos. Hospital San Francisco de Asís.
- 15.- Carrillo K, Sanguineti 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%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/1-Dra.Carrillo.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/1-Dra.Carrillo.pdf)
- 16.- Vargas M. Episiotomía. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII (599) 461-466 2011
- 17.- Manzanares S, Cobo D, Moreno-Martínez MD, Sánchez-Gila M, Pineda A. Riesgo de laceraciones perineales después del primero parto por la episiotomía. Nacimiento. 2013 Dec; 40(4):307-11.
- 18.- Perfialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Factores de riesgo de laceraciones perineales graves durante el parto. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. 2014; 125: 6-14.
- 19.- Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/libro\\_de\\_ginecologia\\_y\\_obstetricia/indice\\_p.htm](http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/indice_p.htm)

- 20.- University of Maryland Medical Center. Episiotomía. 2012. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y-parto/episiotomia>
- 21.- Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail KM, Tincello D. Clasificación de la episiotomía: hacia una estandarización de la terminología. BJOG 2012; 119:522-526.
- 22.- Fodstad K, Laine K. Diferentes técnicas de episiotomía, dolor perineal después del parto, y la pérdida de sangre: un estudio observacional. Int J Urogynecol. 2013; 24: 865-872.
- 23.- Trujillo A. Protocolo de indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia. 2012. Disponible en: [http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/3%20Guias/SH-S2G13V2Guia\\_Episiotomia\\_Episorrafia.pdf](http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/3%20Guias/SH-S2G13V2Guia_Episiotomia_Episorrafia.pdf)
- 24.- Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbilidad de la episiotomía. J Med Assoc Pak. 2013 jun; 63(6):696-701.
- 25.- Karvanova J, Rusavy Z, Betincova L, Jansova M, Parizek A, Kalis V. La evaluación clínica de los resultados periparto de mediolateral versus la episiotomía lateral. Revista Internacional. Rev. Gynecology y Obstetricia 2014; 124: 72-76.
- 26.- Marques S, Fleury L, Machado S, et al. Práctica de la episiotomía y factores maternos y neonatales relacionados. 2012 oct/dec;14(4):779-85. Brasil. Disponible en: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf).
- 27.- Hernández P, Azón L, Mir R, et al. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Revista electrónica Trimestral de enfermería-Nº35-Julio 2014. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.13.3.196531/163341>.
- 28.- Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H, Şeker S, Prevalencia de la episiotomía en primíparas, relacionando condiciones y efectos de la episiotomía en los materiales



de sutura usada, dolor perineal, la cicatrización de heridas 3 semanas después del parto, en Turquía: Un estudio de seguimiento prospectivo. Diario iraní de Enfermería y Obstetricia de Investigación | Mayo-junio de 2013 | Vol. 18 | Número.

## **ANEXOS**

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **MODELO DE FICHA DE ENCUESTA**

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Cuál es la incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017?	Determinar la incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017	<p>Determinar los tipos de complicaciones atribuidas a la episiotomía en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017</p> <p>Precisar en qué tiempo se presentan las complicaciones atribuidas a la episiotomía en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017</p> <p>Indicar la incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017 según su nivel de hemoglobina</p>	<p>H1. Si hay incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017 es mayor de 30%.</p> <p>H2. No hay incidencia de complicaciones de las episiotomías practicadas en las pacientes primerizas atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre setiembre y octubre del 2017 es mayor de 30%.</p>	<p><b>Variable Dependientes</b></p> <p>Edad</p> <p>Tipo de complicaciones</p> <p>Tiempo de presentación</p> <p>Nivel de hemoglobina</p> <p><b>Variables Independiente</b></p> <p>Episiotomía</p>	<p>12 a 18</p> <p>19 a 25</p> <p>26 a 32</p> <p>32 a mas</p> <p>Tipos Desgarros</p> <p>Dehiscencia</p> <p>Complicación corto plazo</p> <p>Complicación a mediano plazo</p> <p>Complicación a largo plazo</p> <p>Anémica</p> <p>No anémica</p> <p>Si</p> <p>No</p>	Ficha de datos



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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Yo.....domiciliado con  
Dirección.....**

**DNI..... acepto a participar en el proyecto titulado “Incidencia  
de Episiotomía en Primíparas con Complicaciones, en el Hospital San  
Juan de Dios de Pisco Setiembre – Octubre 2017”**

Yo entiendo que:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora responsable del proyecto
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre y la de mi hijo no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

---

INVESTIGADOR RESPONSABLE

---

PACIENTE



**“INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN PRIMÍPARAS CON COMPLICACIONES,  
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO SETIEMBRE - OCTUBRE  
2017”**

**FICHA DE ENCUESTA**

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con la Episiotomía en primíparas, sus respuestas son confidenciales, desde ya agradecemos su valiosa colaboración ya que sus respuestas son muy importantes para el estudio que estamos realizando. Recuerde que su encuesta es absolutamente anónima con (x) la respuesta que usted indique correcto.

**N° DE FICHA.....**

**1.- ¿A qué edad tuvo su hijo por primera vez?**

12 a 18 ( )

19 a 25 ( )

26 a 32 ( )

32 a más ( )

**2.- ¿Cuándo usted acudió a sala de parto por primera vez se le realizo un corte en la zona perineal?**

SI ( )

NO ( )

**3.- ¿Usted presento alguna complicación con ese corte?**

- Inmediatamente después del parto ( )
- En la primera semana después del parto ( )
- La molestias o alteración duro por más tiempo ( )

**4.- ¿Qué tipo de complicaciones presento?**

- a-) Se abrieron los puntos ( )
- b-) Usted presento desgarros más episiotomía ( )
- c-) Usted presento mucho dolor al tener relaciones sexuales ( )
- d-) Usted presento, o experimento verguenza porque su cicatriz quedo antiestética ( )
- e-) usted presento Hemorragias durante o después de la episiotomía ( )

**5.- ¿Se le comunico a usted que presento anemia en el embarazo?**

- SI ( )
- NO ( )

**6.- ¿Se le comunico a usted que presento anemia después del parto?**

- SI ( )
- NO ( )

**7.- ¿Usted sabe para qué sirve la episiotomía?**

- para agrandar el canal del parto ( )
- Porque a todas las primigesta se le realiza ( )
- Por norma de hospital ( )
- otros ( )

**8. ¿Presenta usted actualmente dolor en toda la zona perineal?**

SI ( )

NO ( )

**De ser SÍ la respuesta, marque cuál de las siguientes:**

- Poco dolor ( )
- Dolor moderado ( )
- Dolor fuerte ( )
- Dolor muy fuerte ( )
- Dolor insoportable ( )

**9. ¿Presenta usted actualmente algún tipo de incontinencia, mientras realiza alguna de las actividades como son: ¿reír, saltar, coger peso, toser, correr, estornudar...etc.)?**

SI ( )

NO ( )

**De ser SÍ la respuesta, marque cuál de las siguientes:**

- Incontinencia urinaria ( )
- Incontinencia fecal ( )
- Incontinencia de gases ( )
- Varias juntas ( )