



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

**TESIS  
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES ENTRE  
EL USO Y NO USO DE LA EPISIOTOMÍA EN PRIMÍPARAS EN  
EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2016**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR: HUAMÁN QUISPE, LIZ NATALY**

**ASESOR: Mg. OSCATEGUI PEÑA, MARGARITA**

**LIMA - PERÚ**

**2017**

Esta tesis dedico a mis padres quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios, ya que ellos siempre han estado presentes para apoyarme en cada paso de mi vida.

El agradecimiento de mi tesis es principal es a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016. **Material y método:** fue un estudio descriptivo, comparativo, retrospectivo, de corte transversal. Se analizaron las historias clínicas de 60 primíparas, 30 de ellas sometidas a episiotomía y las otras 30 no fueron sometidas a episiotomía. Para el análisis estadístico se utilizó la plataforma SPSS 23. **Resultados:** La edad promedio de las primíparas fue de  $20.9 \pm 2.7$  años, el 63.3% eran de 20 a 34; el 71.7% fueron convivientes, el 80% tenía educación secundaria y todas procedentes de la costa del Perú. La edad gestacional promedio fue de  $39.2 \pm 1.1$  semanas, el 100% presentaron parto a término, el peso promedio del recién nacido fue de 3242 gramos. De las primíparas sometidas a episiotomía, el 30% presentaron desgarro, el 6.7% sufrieron laceraciones y en promedio perdieron 198.7 cc de sangre, por otro lado, de las primíparas que no fueron sometidas a episiotomía, el 60% presentaron desgarro, el 3.3% sufrieron laceraciones y en promedio perdieron 215 cc de sangre. En **conclusión** las complicaciones que se presentaron entre aquellas primíparas a quienes se realizó y no realizó episiotomía fueron: laceraciones, y desgarro, siendo el grado I de desgarro el que predominó.

**PALABRAS CLAVES:** Episiotomía, primíparas, complicaciones.

## ABSTRACT

This study was planned with the **objective** of determining the complications between the use and non - use of episiotomy in primiparous patients at the “Hospital San Juan de Lurigancho”, Lima 2016. **Material and Methods:** it was a descriptive, comparative retrospective cross-sectional study. The clinical records of 60 primiparous women, 30 of them undergoing episiotomy and the other 30 were not submitted to episiotomy, were analyzed. Statistical analysis was performed using the SPSS 23 platform. **Results:** The mean age of the primiparous women was  $20.9 \pm 2.7$  years, 63.3% were 20 to 34; 71.7% were cohabitants, 80% had secondary education and all coming from the coast of Peru. The mean gestational age was  $39.2 \pm 1.1$  weeks, 100% had term delivery, and the average birth weight was 3242 grams. Of the primiparous patients who underwent episiotomy, 30% presented tear, 6.7% suffered lacerations and on average lost 198.7 cc of blood; on the other hand, of the primiparae who were not submitted to episiotomy, 60% presented tear, 3.3% suffered lacerations and on average lost 215 cc of blood. In **conclusion**, the complications that occurred between those primiparous patients who did and did not perform episiotomy were: lacerations, and tear, with grade I being the most prevalent tear.

**KEY WORDS:** Episiotomy, primiparous, complications.

## ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática	5
1.2 Delimitación de la investigación	6
1.2.1 Delimitación temporal	6
1.2.2 Delimitación geográfica	6
1.2.3 Delimitación social	7
1.3 Formulación del problema	7
1.3.1 Problema principal	7
1.4 Objetivos de la investigación	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
1.5 Hipótesis y variables de la investigación	8
1.5.1 Hipótesis general	8

1.5.2 Variables	8
1.5.3 Variables, dimensiones e indicadores	8
1.6 Justificación de la investigación	9
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.2 Bases teóricas	14
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>23</b>
3.1 Tipo de la investigación	23
3.2 Diseño de la investigación	23
3.2.1 Nivel de investigación	24
3.2.2 Método	24
3.3 Población y muestra de la investigación	24
3.3.1 Población	24
3.3.2 Muestra	24
3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	25
3.4.1 Técnicas	25
3.4.2 Instrumentos	25
3.5 Procedimientos	26

<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>28</b>
4.1 Resultados.	28
4.2 Discusión de los resultados	38
<b>Conclusiones</b>	<b>41</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>42</b>
<b>Referencias</b>	<b>43</b>
<b>Anexos:</b>	<b>46</b>
Matriz de consistencia	
Instrumentos de recolección de datos	
Validación de instrumento	



## INTRODUCCIÓN

La episiotomía consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media.<sup>(1)</sup> Las diferencias en las tasas de este procedimiento están influenciadas por las variaciones en la práctica clínica ante situaciones obstétricas frecuentes como la primiparidad. El uso de este procedimiento actualmente está en discusión; ya que a pesar de haberse convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, se introdujo sin evidencia científica sólida de su efectividad.

Entre las ventajas asociadas al uso de la episiotomía se habla de una probable reducción de desgarros de tercer grado, así como una fácil de sutura y cicatrización en comparación a un desgarro. Sin embargo, entre las complicaciones derivadas de su uso rutinario se ha mencionado a una mayor pérdida de sangre, hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía además de infección, dehiscencia.

Frente a esta problemática se ha planteado la presente investigación, cuyo objetivo fue determinar las complicaciones entre la realización y no realización de la episiotomía en gestantes primíparas. Para una mejor presentación del estudio, en el capítulo I se detalla la realidad problemática, y se formulan los objetivos e hipótesis; asimismo, se presenta el diseño de la investigación, la muestra, las técnicas e instrumentos y la justificación. Los fundamentos teóricos del estudio se mencionan en el segundo capítulo; mientras que la presentación y análisis de los resultados se encuentran en el tercer capítulo. Por último, el cuarto capítulo contiene las conclusiones y recomendación. Como información complementaria se detallan las fuentes de información y los anexos.

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

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

La limitación del uso de la episiotomía a indicaciones estrictas tiene una serie de beneficios: menos traumatismo perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones. Si bien la episiotomía puede aumentar el riesgo de traumatismo perineal anterior, no provoca una reducción en la mayoría de las medidas de dolor y de traumatismo perineal o vaginal severos. <sup>(2)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, no existe ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero sí la hay en lo referente a que esta puede producir daños. En un parto normal puede aparecer la indicación para su realización, pero se aconseja el uso restringido. El porcentaje de episiotomías del 10%, sin daño para la madre o el niño, sería un buen objetivo que habría que perseguir. <sup>(3)</sup>

Este procedimiento se realiza de forma variada en distintos países. Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los Estados Unidos se lo realiza al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%) y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán. <sup>(4)</sup>

En España, según datos hasta el 2005, existe una amplia variabilidad sobre su uso (desde un 33% hasta un 73%), según Comunidades Autónomas. Este hecho hace pensar que se sigue aplicando, sin un criterio común. <sup>(5)</sup>

En el año 2002 – 2003, en Colombia la política selectiva disminuyó significativamente la tasa global de episiotomía del 47.3% al 12,2 % e incrementó el riesgo relativo de desgarro al 1.5%.<sup>(6)</sup>

En Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, en la tasa mediana de episiotomía en los 108 hospitales mayores del país, entre 1991 y 1998 fue de 92.3% mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es la episiotomía rutinaria. <sup>(6)</sup>

En el Hospital de San Juan De Lurigancho, es casi general la práctica de la episiotomía rutinaria, siendo también posible identificar algunas complicaciones obstétricas en mujeres nulíparas después de haber realizado la episiotomía.

La presente investigación estudio las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas.

## **1.2 Delimitación de la investigación**

**1.2.1 Delimitación Temporal:** la investigación se realizó en el año 2016 entre los meses de julio – agosto del mismo año.

**1.2.2 Delimitación Geográfica:** la investigación se realizó en el Hospital San Juan de Lurigancho, que precisamente está ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho de la ciudad de Lima en Perú.

**1.2.3 Delimitación Social:** la población estudiada comprendió a las mujeres atendidas por parto vaginal en el Hospital San Juan de Lurigancho. De acuerdo a las estadísticas del hospital, durante el periodo de estudio se atendieron 679 mujeres.

### **1.3 Formulación del problema**

#### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuáles son las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016?

#### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuáles son las características obstétricas de las primíparas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima 2016?
- ¿Cuáles son las complicaciones del uso la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima 2016?
- ¿Cuáles son las complicaciones del no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima 2016?

### **1.4 Objetivos de la investigación**

#### **1.4.1 ..Objetivo General**

Determinar las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016.

#### **1.4.2 ..Objetivos Específicos**

- Identificar las características obstétricas de las primíparas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016.
- Identificar las complicaciones del uso la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016.

- Identificar las complicaciones del no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016.

## 1.5 Hipótesis y variables de la investigación

**1.5.1 Hipótesis general:** La investigación no amerita planteamiento de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

### 1.5.2 variables

Complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en primíparas.

- Desgarros
- Laceración
- Hematoma vulvar
- Perdida sanguínea
- Edema de episiorrafia
- Dehiscencia de episiorrafia

### 1.5.3 Variables, dimensiones e indicadores

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en primíparas	Desgarros	I Grado II Grado III Grado IV Grado
	Laceración	Sí No
	Hematoma vulvar	Sí No
	Perdida sanguínea	Sí No
	Edema de episiorrafia	Sí No
	Dehiscencia de episiorrafia	Piel Mucosa Músculo

## **1.6 Justificación del estudio**

La episiotomía es una intervención quirúrgica que se utilizó en los últimos años con mayor frecuencia en el campo obstétrico, siendo las mujeres nulíparas la mayor población que se utiliza este procedimiento para ampliar el canal de parto el momento del periodo expulsivo facilitando la salida del feto.

El uso correcto de la episiotomía trae consigo muchas ventajas, pero también trae complicaciones por tal motivo se debe realizar la episiotomía en forma selectiva y no en forma rutinaria a las primíparas atendidas en los centros hospitalarios.

Fue importante realizar este estudio por la poca investigación de este tema en el campo obstétrico y por las evidencias que se muestran, servirá de apoyo en el uso de la episiotomía; cambiando el uso rutinario por el uso restrictivo para disminuir las complicaciones que puede traer consigo el uso de la episiotomía.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes del estudio**

#### **Antecedentes Nacionales**

**Rodríguez Góngora, Edgar y Sánchez Inga, Marino** en su trabajo realizado en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto en el año 2012, con el **Objetivo** de determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, periodo 2010. **Material y Método:** investigación Cuantitativo, Explicativo, retro-prospectiva, de corte transversal, la población estuvo conformada por 194 gestantes (177 conformaron el grupo en estudio y 77 el grupo control). Obteniendo como **Resultados** que: La incidencia de gestantes episiotomizadas fue de 90.04%. El promedio de edad reportado fue de 20.74 años (grupo en estudio) y 22.92 años (grupo control); el 97,44% tienen una unión no estable con su pareja versus a un 98.70% respectivamente; el nivel primaria predominó en un 58,12% Vs a un 72,73% respectivamente; el 68,38% procedió de la zona urbana Vs a un 89.61%. La edad gestacional y el peso del recién nacido no son indicadores de episiotomía en las gestantes ( $p>0,05$ ). Las complicaciones a corto plazo del uso rutinario de la episiotomía presentado en gestantes nulíparas fueron: dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales ( $p<0,05$ ) y

laceración en las no episiotomizadas ( $p < 0,05$ ). Las complicaciones a mediano plazo fue la dehiscencia ( $p < 0,05$ ). La dimensión uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas. <sup>(7)</sup>

**Tuesta Yomona, Maria Isbael** en su trabajo realizado en Hospital Regional de Loreto, Perú en el año 2016, con **Objetivo** Determinar las complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto; Enero-Marzo 2016. . **Materiales y Metodos:** el presente estudio fue de tipo no experimental de diseño descriptivo correlacional retrospectivo. La muestra estuvo conformado 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. <sup>(8)</sup>

### **Antecedentes Internacionales**

**Ortega Flores, Daphnee Lourdes** en su trabajo realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense en el año 2014, con el **Objetivo** principal del estudio es conocer la frecuencia y tipo de complicaciones de la episiotomía en las primigestas atendidas en el Hospital Alemán de Enero a Diciembre 2014.



**Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el cual se realizó en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2014. En donde se estudiaron 80 pacientes a las cuales se les realizó episiotomía y se describieron las complicaciones. **Resultados:** Se encontró que el rango de edad predominante fueron las adolescentes de 14 a 19 años, con un 72.5%, el estado civil acompañada, con un 58.8%, la complicación más frecuente se encontró el desgarro en un 21.25%, seguido de las prolongaciones de episiotomía en un 20.25%, hematomas en un 13.75%. Al comparar la edad de las pacientes con la complicación no se encuentra diferencia significativa ya que en todos los rangos tuvieron un alto porcentaje de complicación. Comparando la relación entre el médico que atendió el parto y la frecuencia de complicaciones encontramos que el más alto porcentaje corresponde a los residentes de II año con el 67%.<sup>(9)</sup>

**Zamora Cifuentes, Lady Guissela** en su trabajo realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena en el año 2011, con el **Objetivo** de identificar Ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena, 2010 **Material y Método:** Se trabaja con una muestra de 123 historias clínicas de mujeres nulíparas, obteniéndose información en una ficha de recolección de datos que se analizan en el programa estadístico de Microsoft Excel y SPSS. Se organizan dos grupos de pacientes con y sin episiotomía. Obteniendo como **resultados** que: 62% de nulíparas no se realiza episiotomía, de acuerdo a la edad y peso de la gestantes no hay diferencias dignas de mención, de los recién nacidos el 96,7% tiene entre 37 y 41 semanas; el 92,7% pesa entre 2500 - 4000 gr en los dos grupos, 4 pesan más de 4000 gr con episiotomía; el perímetro cefálico predominante es de 33 a 35cm en los dos grupos, solo el 1,6% es mayor de 36cm; el Apgar fue mayor de 7 en el 99,2% en los dos grupos sin mayor diferencia estadística. Las complicaciones más frecuentes en los dos grupos son los desgarros: sin episiotomía desgarro Grado I 22,8%, y Grado II 4,9%. Con episiotomía existe 9,8% desgarro Grado II, 2,4% desgarro Grado III y 1,6%

desgarro Grado IV, Hematoma 5,7%, Infección y Dehiscencia el 1,6%. Se concluye que las características de la madre y antropometría fetal no repercuten mayormente en la práctica de episiotomía, las complicaciones se presentan con mayor incidencia al realizar la episiotomía por lo que se recomienda mayor capacitación al personal médico para mejorar técnicas de protección perineal. <sup>(10)</sup>

**Calapaqui Gutiérrez, Lucía Natalia** en su trabajo realizado en el Hospital Provincial General Latacunga- Ecuador en el año 2015, con el **Objetivo** de Determinar cuáles son los factores que conllevan en un elevado índice de episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General de Latacunga durante el periodo abril- mayo 2015. **Material y Método:** estudio cuali-cuantitativa, de tipo transversal, descriptivo, retrospectivo. El universo estuvo constituido por 210 pacientes que llegaron al Servicio de Ginecología para finalizar su embarazo por parto normal durante el periodo abril – mayo 2015, de las cuales la muestra se constituyó por 137 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, los datos fueron recogidos mediante observación directa, a través de una ficha de recolección de datos de las históricas clínicas y una guía de encuesta dirigido hacia el personal de Ginecología, almacenada y procesada en Excel 2013 y SPSS; utilizando tablas, barras y pasteles se graficó para la interpretación de los mismos; finalmente fueron sometidos a la prueba estadística de Chi Cuadrado para obtener el valor de  $p$ :  $< 0,05$  y conocer su significancia estadística. Obteniendo como **Resultados** que: La incidencia de episiotomía en pacientes primigestas presentada en el Hospital Provincial General de Latacunga período abril – mayo 2015 fue de 62%, siendo este porcentaje alto en relación al que establece la OMS que es menor a 30%. Las variables que influyen para realizar episiotomía en pacientes primigestas fueron; talla materna con un valor de  $p$ : 0.0172, edad gestacional al nacimiento con un valor de  $p$ : 0.0144, perímetro cefálico del recién nacido con un valor de  $p$ : 0,0266 y circular de cordón con un valor de  $p$ : 0.0563 demostrando así una significancia estadística. La edad materna comprendida entre 16 - 20 años representa un 28% de un total de 62% de pacientes que se les realizó

episiotomía, y los profesionales que con frecuencia realizan episiotomía son los médicos residentes con un 18%, seguido de las obstetrices con un 15%, de un total de 62%.<sup>(11)</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **EPISIOTOMÍA**

Etimológicamente la palabra "episiotomía" derivada de episeión: pubis y temno: yo corto, significa cortar pubis.<sup>(4)</sup>

Consiste en la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto, con la finalidad de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vaginoperineales. Así mismo, se consigue abreviar la duración del período expulsivo, y reducir la compresión de la cabeza del feto pre-término durante el periodo expulsivo.<sup>(12)</sup>

### **ORÍGENES DE LA EPISIOTOMÍA**

la episiotomía es una técnica que desde su origen, descrito por Ould, en 1742, nace por una necesidad, indicándose únicamente en aquellos casos en que la cabeza fetal permanezca mucho tiempo en la vagina, así permaneció su uso durante los siglos XVIII y XIX, solo para partos dificultosos y para intentar salvar la vida de la criatura. Hasta principios de 1900 tuvo poca aceptación, debido a la falta de analgesia y al riesgo de infección. En 1920 DeLee y Pomeroy abogaron por un uso sistemático en todas las nulíparas, la alta mortalidad materna y fetal, unido a la falta de evidencia científica, convierten en rutina todas sus indicaciones.

Posteriormente el parto pasa a institucionalizarse, en los hospitales, aparece la analgesia, la posición de litotomía, el uso de fórceps, se produce una fuerte medicalización del proceso del nacimiento. En la década de los setenta, hay un

cambio en la concepción de la salud, como un derecho, por lo que se revisan los derechos del paciente (consentimiento informado, derecho a decidir, etc...). La evidencia científica comienza a partir de los estudios de Taker y Banta en 1983, demostrando que su uso rutinario no está justificado y es contraproducente. <sup>(13)</sup>

## ANATOMÍA DEL PERINÉ

### Revestimiento blando

Se trata de un conjunto musculofibroaponeurótico que ocupa el piso perineal. Los músculos que lo componen son los músculos del piso pelviano. Entonces, funcionalmente se comportan como 2 cinchas: una cincha precoccígea que es muscular y extensible, y una cincha coccígea musculofibrosa e inextensible.

- **La cincha precoccígea** está formada por un plano profundo y un plano superficial entre los cuales se encuentra la aponeurosis perineal media.
  - **El plano profundo** que tiene fuerte inserción en el rafe anococcígeo está constituido por los músculos elevadores del ano y el transverso profundo del periné reforzado por el músculo de Wilson (compresor de la uretra) que actúa como anclaje anterior de esta cincha.
  - **El plano superficial** está compuesto por el músculo bulbocavernoso, el esfínter externo del ano, el transverso superficial del periné y el músculo isquicavernoso; este plano constituye una verdadera cincha que se distiende durante el parto, y tiene su punto de inserción en el rafe anovulvar o tendón medio del periné (que está unido al rafe anococcígeo por el anillo muscular del esfínter externo del ano).
- **La cincha coccígea** está formada por los ligamentos sacrociáticos mayor y menor, y por los músculos isquicoccígeo y los fascículos posteriores del glúteo mayor. Es inextensible ya que sus puntos de inserción son reparos óseos.

Cuando el feto llega al estrecho superior de la pelvis es guiado por el embudo que forman los elevadores del ano (con sus 3 fascículos) hasta encontrar el ojal anteroposterior (ojal porque está atravesado por la uretra y la vagina) rodeado por el fascículo pubiano del elevador del ano al que distiende para seguir el eje umbilicoccígeo y así llegar al suelo pelviano.

Aquí se le oponen el plano superficial de la cincha precoccígea y cincha coccígea del periné posterior. La cincha precoccígea se distiende y abomba, pero al ceder uno de sus puntos de anclaje, el cóccix que se retropulsa, la desplaza. Esta retropulsión del cóccix tira del rafe anococcígeo y produce la abertura del ano (bostezo del ano). Al caer la cincha precoccígea, la cabeza fetal se pone en contacto con la cincha coccígea del periné posterior que es inextensible. Debido a esa resistencia, la cabeza fetal cambia de dirección y así es impulsada hacia el periné anterior. La tensión en el rafe anovulvar origina el aumento en distancia del ano a la vulva por distensión perineal. Al ampliarse, la vulva "mira hacia arriba", con lo cual se produce el desprendimiento de la cabeza fetal. <sup>(14)</sup>

### **INDICACIONES**

- Primíparas
- Periné corto y rígido
- Feto en presencia podálica
- Parto instrumentado
- Feto pretérmino
- Feto cefálico posterior (occípito-sacro)
- Feto macrosómico
- Feto cefálico deflexionado
- Cesareada anterior. <sup>(15)</sup>

### **CONTRAINDICACIONES**

- Condiloma gigante
- "Granuloma inguinal "con compromiso perineal
- Edema vulvar gigante
- Varices vulgares gigantes
- Eccema hiperqueratinizado. <sup>(15)</sup>

## CLASIFICACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

### ➤ **Episiotomía lateral.**

Actualmente no se utiliza por la escasa amplitud que brinda, lo dolorosa que resulta, lo propensa a sangramientos, a dejar cicatrices poco estéticas y puede causar dispareunia.

### ➤ **Episiotomía mediolateral u oblicua.**

Su dirección es oblicua, y se extiende desde la línea media del introito hacia uno de los lados (derecho o izquierdo), de acuerdo con la variedad de presentación y con la habilidad del médico. Da una amplitud adecuada y su prolongación ocurre hacia la región glútea.

### ➤ **Episiotomía media**

Se realiza en la línea media vulvar (ángulo vulvar posterior) y con ella se logra mayor amplitud en el canal blando del parto. Su prolongación puede interesar el esfínter anal, por lo cual no debe practicarse en perineo corto ni por manos inexpertas. <sup>(14)</sup>

## MOMENTO DE LA EPISIOTOMÍA

Si se efectúa en un momento innecesario temprano, la hemorragia puede ser considerable entre la incisión y el nacimiento. Si se realiza muy tarde, no se evita la laceración. De manera característica, la episiotomía se lleva a cabo cuando es visible un diámetro un diámetro de 3 a 4 cm de la cabeza durante una contracción. <sup>(16)</sup>

## TÉCNICA

Antisepsia de la región. Con agua y jabón y después una solución antiséptica. Anestesia. Con novocaína al 1 o 2 % o similar. Puede realizarse infiltración local de la zona operatoria. Sección con la tijera, preferiblemente botonada. Se introduce una de sus ramas en la vagina, entre los dedos índice y medio de la mano del operador, los cuales sirven de guía al corte y de protección al polo fetal para no herirlo. <sup>(16)</sup>

## PROCEDIMIENTO

**1.- Informar a la parturienta en que consiste el procedimiento que se le va a realizar**

**2.- Revisar la historia clínica:** asegurarse que no haya alergia conocida a la lidocaína o similares.

Evaluar si el periné es corto, si está muy tenso, si existe varices o condiloma acuminado.

**3.- Preparar una jeringa estéril con anestésico local:** generalmente con 10 milímetros de lidocaína (xilocaína) al 2% sin epinefrina y aguja numero 22 o 21 de una pulgada y media de largo.

**4.- Proteger la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma:** colocar dos dedos entre la cabeza del bebe y el periné.

**5.- Insertar toda la aguja desde la horquilla por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y profundamente en el musculo perineal:** antes de aplicar el anestésico, jalar el embolo de la jeringa para asegurarse que no ha pinchado ningún vaso sanguíneo. Inyectar el anestésico en forma simultánea al retiro de la aguja, asegurarse que el anestésico se administre en todo el recorrido de la misma.

**6.- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar el corte:** es preferible, si usted no está capacitado en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, realizar una episiotomía medio lateral. Si está capacitado realizar una episiotomía mediana porque es menos sangrante, es más rápida de suturar y el dolor es menor en el puerperio.

**7.- Realizar el corte del periné:** es mejor realizarlo en el momento que el periné está más delgado y presionado por la cabeza fetal.

Antes de realizar el corte coloque dos dedos entre el periné y la cabeza fetal.

**8.- Ampliar el corte en la pared vaginal en unos 5 centímetros:** la razón de esta ampliación es evitar posibles lesiones de vagina que puedan ser más difíciles de suturar.

Siempre debe proteger la cabeza fetal de lesiones con la tijera.

**9.- Presionar firmemente con una gasa estéril hasta la salida de la cabeza fetal:** con este paso se busca reducir el volumen de la pérdida de sangre y evitar que se desgarre. <sup>(17)</sup>

#### **VENTAJAS DEL USO DE LA EPISIOTOMÍA:**

- Minimiza trauma de piso pélvico.
- Aumenta luz del canal de parto.
- Disminuye el tiempo del periodo expulsivo.
- Evita sufrimiento fetal. <sup>(4)</sup>

#### **COMPLICACIONES DEL USO DE LA EPISIOTOMÍA:**

##### **Complicaciones inmediatas:**

- **Desgarros y prolongaciones**

La prolongación es el aumento de la extensión tanto en vértices como en la profundidad de la incisión siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. <sup>(12)</sup>

Existen 4 tipos de desgarro perineal:

- ✓ **Primer grado:** Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación.
- ✓ **Segundo grado:** Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación. (Grado de desgarro que se logra con una episiotomía)
- ✓ **Tercer grado:** Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal.
- ✓ **Cuarto grado:** Esta involucra la mucosa rectal. <sup>(6)</sup>

- **Sangrado**

Se presenta en caso de medio laterales practicadas precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar con pinza curva



Kelly y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando la aparición de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento. Se considera la pérdida sanguínea por encima de los valores normales (> 500 ml).<sup>(12)</sup>

- **Hematomas**

Asociados casi siempre a las medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato.

- **Edema**

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

- **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 (a base de glicerina) preferiblemente frías.<sup>(12)</sup>

#### **Complicaciones mediatas:**

- **Infección**

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

- **Dehiscencia**

Separación o apertura de los tejidos previamente unidos por sutura. En su mayor parte asociada a la infección de la herida.

Estas pueden ser:

- ✓ Dehiscencia de piel
- ✓ Dehiscencia de musculo

- **Granulomas**

Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio. <sup>(12)</sup>

**Complicaciones tardías:**

- **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.

- **Fístulas**

Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria. <sup>(12)</sup>

## **REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA**

De manera característica, la reparación de la episiotomía se difiere hasta que la placenta se expulsa. Esta disposición permite no distraer la atención en cuanto a los signos del desprendimiento placentario y alumbramiento. Una ventaja adicional es que la reparación de la episiotomía no se interrumpe o altera por la necesidad obvia del alumbramiento, en especial si se debe efectuar la extracción manual de la placenta. La desventaja principal es la persistencia de la pérdida hemática hasta que se termina la reparación. <sup>(17)</sup>

### 2.3 Definición de términos básicos

- **Episiotomía:**

Consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronada distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño. <sup>(1)</sup>

- **Complicación:**

Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado. <sup>(18)</sup>

- **Primípara:**

Una mujer que ha dado a luz solo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más. Antes se usaba un umbral de 500 gr de peso al nacer para definir la paridad. Este umbral ya no es pertinente por la supervivencia de lactantes con un peso al nacer inferior a 500 gr. <sup>(16)</sup>

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo de investigación**

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, retrospectivo, de corte transversal; descriptivo, porque describe los hechos tal cual ocurren, estudio comparativo, porque existen dos grupos de estudio y se requiere comparar entre ellas ciertas variables.

Según las veces en que se mide la variable el estudio fue transversal, porque la recopilación de los datos se realizó en una sola ocasión durante el período de estudio planteado.

De acuerdo a la planificación de recopilación de datos el estudio fue retrospectivo, porque el evento de interés ocurrió en el pasado.

### **3.2 Diseño de la investigación**

#### **3.2.1 Tipo de la investigación**

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo porque se mide y describe las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas. De corte transversal porque la unidad de muestra es tomada en cuenta una sola vez.

### **3.2.2 Nivel de la investigación**

El nivel del estudio fue aplicativo, porque los resultados permiten la solución de los problemas cotidianos.

### **3.2.3 Método**

El método de la investigación fue cuantitativo, porque se vale de números para examinar y analizar los datos.

## **3.3 Población y muestra**

### **3.3.1 Población:**

679 mujeres primíparas atendidas por parto vaginal Hospital San Juan de Lurigancho, en el junio – agosto 2016.

### **3.3.2 Muestra:**

Según información del Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo de estudio se atendieron aproximadamente 30 partos de mujeres primíparas a quienes no se les realizó episiotomía y se escogió al azar mujeres primíparas a quienes se les realizó episiotomía, y manteniendo la relación 1 a 1, se incluirán 30 casos. Por lo tanto, la muestra estará conformada por un total de 60 mujeres primíparas atendidas por parto vaginal en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2016.

### **Tamaño de muestra**

Se formaron dos grupos de estudio:

- **Grupo 1:** conformado por 30 primíparas de parto vaginal a quienes sí se les realizó episiotomía.
- **Grupo 2:** conformado por 30 primíparas de parto vaginal a quienes no se les realizó episiotomía.

### **Tipo y técnica de muestreo**

Dado que para la selección del tamaño de muestra no se aplicó fórmula alguna, el tipo de muestreo corresponde al no probabilístico y la técnica de muestreo utilizada es el muestreo por conveniencia. Se

seleccionaron las historias clínicas de todas aquellas mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el 2016, quienes cumplían los criterios de inclusión.

### **3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

#### **3.4.1 Técnicas**

La investigación se realizó mediante la técnica de la documentación, puesto que se realizó la revisión de historias clínicas. La recolección de datos se realizó a través de la revisión periódica y continua de dichas H.C., procediendo luego al llenado de las fichas de recolección de datos.

#### **3.4.2 Instrumentos**

Se elaboró una ficha de recolección de datos las cuales facilitaron su recolección de las historias clínicas. La ficha de recolección de datos fue validado por 3 juicios de expertos.

La estructura de la ficha de recolección de datos está dividida en 3 secciones:

I: Datos Generales: Comprendió 6 ítems: los cuales albergaron datos sobre la edad, peso, talla, estado civil, grado de instrucción y la procedencia de la primípara.

II. Características Obstétricas: Comprendió 3 ítems: con los cuales se recogieron datos sobre la edad gestacional, el peso del recién nacido y si se realizó o no la episiotomía en la primípara.

III. Complicaciones: Comprendió 6 ítems: mediante los cuales se recolectaron datos sobre la presencia o no de desgarro (y el grado de éste), de laceraciones, de hematoma vulvar y la cantidad de pérdida sanguínea. Además, para las primíparas que fueron sometidas a

episiotomía, se identificó la presencia o no de edema y/o dehiscencia de episiorrafia.

### **Diseño de recolección de datos**

Para la recolección de datos se realizaron las siguientes actividades:

- En primera instancia, se solicitó la aprobación del proyecto de investigación a la Universidad Alas Peruanas.
- En segunda instancia, se solicitó la autorización del Director del Hospital San Juan de Lurigancho para la revisión de las historias clínicas.
- La Oficina de investigación del hospital autorizó la ejecución del Estudio a través de un documento de respuesta, asimismo, la Universidad Alas Peruanas aprobó el proyecto de investigación.
- Tras ambas aprobaciones, se coordinó con la Oficina de investigación del Hospital San Juan de Lurigancho la fecha de la revisión de las historias clínicas.

### **Técnica para el procesamiento de la Información**

#### **Procesamiento:**

Para la transformación de los datos en información relevante para la investigación se realizó lo siguiente:

- Tras la recolección de datos, estos se introdujeron en una hoja de datos del programa estadístico SPSS 23 en español, en el cual se creó una base de datos.
- Se realizó la consistencia, depuración, entre otras técnicas, de la base de datos, lo que permitió que esta sea sólida y confiable, de manera que los verdaderos resultados no resulten alterados.
- Se realizó el análisis estadístico respectivo en el programa mencionado.
- Se elaboraron tablas y gráficos en el programa Microsoft Excel.

#### **Análisis de datos:**

En la presente investigación se realizó el análisis univariado de las variables cualitativas como cuantitativas. Para las primeras se calcularon

las frecuencias absolutas, es decir, conteos, y frecuencias relativas, es decir, porcentajes. Para las segundas se calcularon las medidas estadísticas promedio y desviación estándar, así como su mínimo y máximo valor.

El análisis bivariado consistió en elaborar una tabla cruzada, la que permitió encontrar las complicaciones según el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016.

**Presentación de resultados:**

Para la presentación de resultados del análisis univariado, así como del análisis bivariado se elaboraron tablas de frecuencia, tablas de contingencia y gráficos estadísticos, el diagrama de barras y de pastel según el tipo de variable.



## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1 Resultados

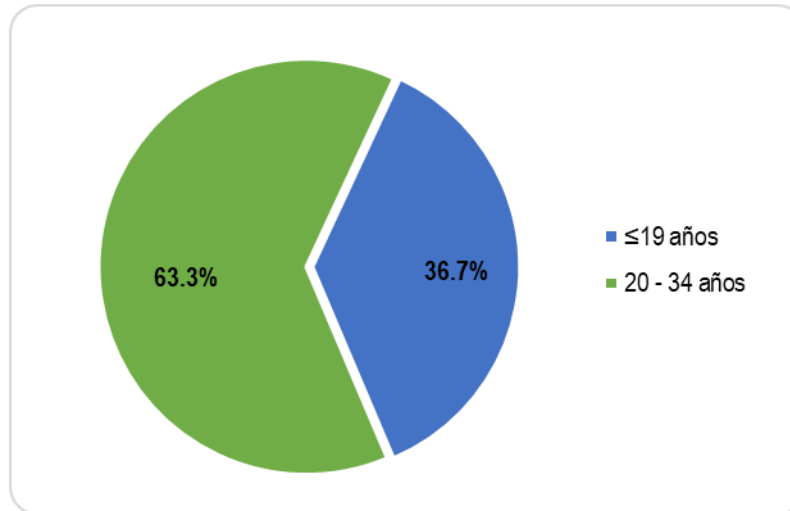
#### CARACTERÍSTICAS GENERALES

Tabla N° 1

Edad

Edad	$\bar{x} \pm DS$	
	20.9 ± 2.7	
	N	%
≤19 años	22	36.7%
20 - 34 años	38	63.3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfico N° 1**  
**Edad**



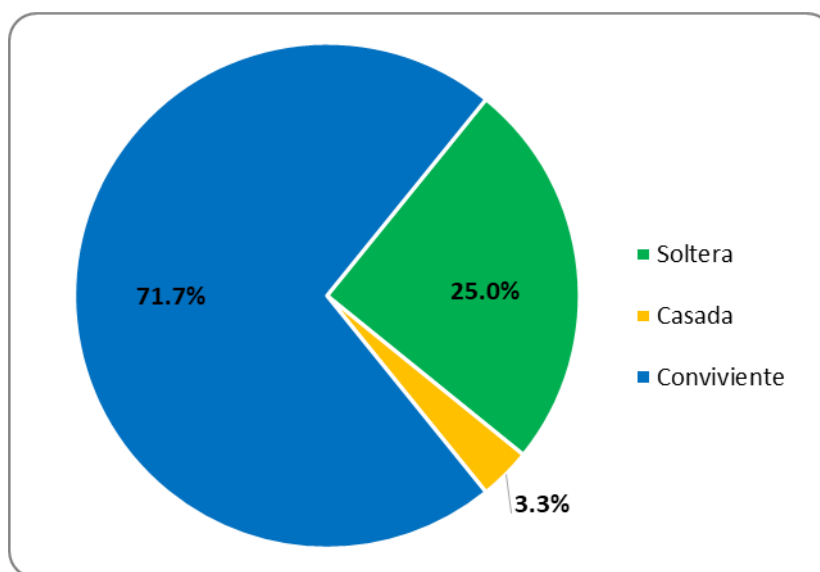
**INTERPRETACIÓN**

La edad promedio de las primíparas fue  $20.9 \pm 2.7$  años. Del 100% (60) de las primíparas, el 36.7% (22) fueron adolescentes menores de 19 años y el 63.3% (38) fueron adultas de 20 a 34 años de edad.

**Tabla N° 2**  
**Estado civil**

Estado Civil	N	%
Conviviente	43	71.7%
Soltera	15	25.0%
Casada	2	3.3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfico N° 2**  
**Estado civil**



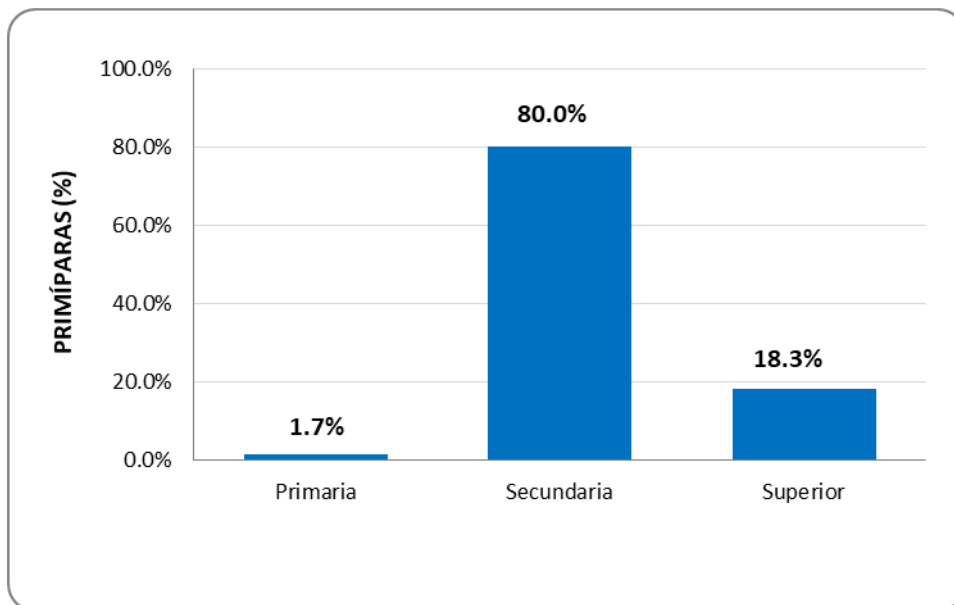
**INTERPRETACIÓN**

En la tabla 2 muestra que del 100% (60) de las primíparas, el 71.7% (43) eran convivientes, el 25% (15) solteras y el 3.3% (2) casadas.

**Tabla N° 3**  
**Grado de instrucción**

Grado de Instrucción	N	%
Primaria	1	1.7%
Secundaria	48	80.0%
Superior	11	18.3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfico N° 3**  
**Grado de instrucción**



#### INTERPRETACIÓN

En la tabla muestra que del 100% (60) de las primíparas, el 80% (48) tuvieron educación secundario, el 18.3% (11) lograron estudios superiores y el 1.7% (1) solo tenía educación primaria.

## CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

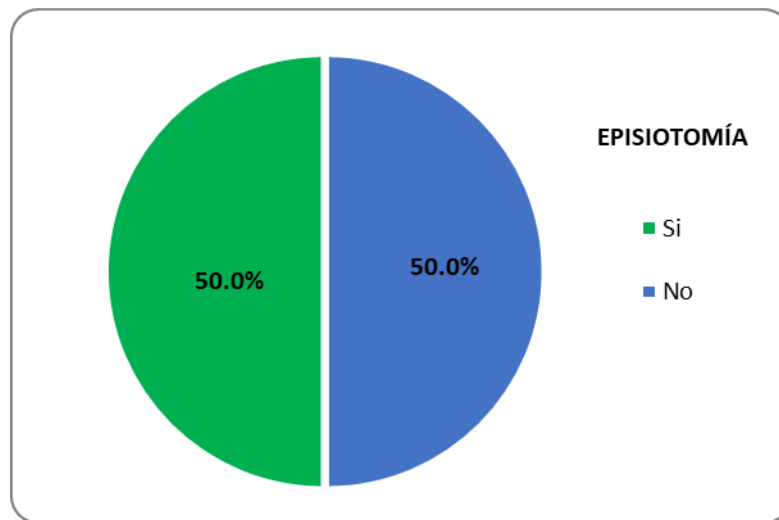
**Tabla N° 4**  
**Edad gestacional**

Edad gestacional (sem)	$\bar{x} \pm DS$	Min - Max
	39.2 $\pm$ 1.1	37 - 41
	N	%
A término	60	100.0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla N° 5**  
**Episiotomía**

Episiotomía	N	%
Sí	30	50.0%
No	30	50.0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Grafico N° 5**  
**USO Y NO USO DE LA EPISIOTOMÍA**



**INTERPRETACIÓN**

El 50.0% (30) de las primíparas por parto vaginal atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho se le realizo la episiotomía, siendo el tipo de corte el medio lateral el más frecuente y el 50.0% (30) restante de las primíparas por parto vaginal no se le realizo la episiotomía.

**Tabla N° 6**  
**Peso del recién nacido**

Peso del recién nacido	Episiotomía			
	Sí		No	
	N	%	N	%
2500 A 2999 gr	3	10.0%	6	20.0%
3000 A 3499 gr	20	66.7%	21	70.0%
3500 A 3999 gr	6	20%	3	10.0%
4000 a mas	1	3.3%	0	0.0 %
<b>Total</b>	30	100.0%	30	100.0%

## INTERPRETACIÓN

La tabla 6 muestra que el 100% (30) de las primíparas a quienes sí se les realizó la episiotomía el peso del recién nacido fue un 10.0% (3) de 2500 a 2999 gr, 66.7%(20) de 3000 a 3499 gr, 20% (6) de 3500 a 3999 gr y el 3.3% (1) de 4000 gr a más.

El 100% (30) de las primíparas a quienes no se les realizó la episiotomía el peso del recién nacido fue un 20.0%(6) de 2500 a 2999 gr, 70.0%(21) de 3000 a 3499 gr, 10.0%(3) de 3500 a 3999 gr.

## COMPLICACIONES

Tabla N° 7

### Complicaciones del uso y no uso de la episiotomía

Complicaciones	Episiotomía			
	Sí		No	
	N	%	N	%
<b>Desgarro</b>				
Si	9	30.0%	18	60.0%
No	21	70.0%	12	40.0%
<b>Laceraciones</b>				
Si	2	6.7%	1	3.3%
No	28	93.3%	29	96.7%
<b>Hematoma</b>				
Si	0	0.0%	0	0.0%
No	30	100.0%	30	100.0%
<b>Pérdida sanguínea</b>				
Si	30	100.0%	30	100.0%
No	0	0.0%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

## INTERPRETACIÓN

Del 100% (30) de las primíparas a quienes sí se les realizó la episiotomía, el 30% presentó desgarro, el 6.7% presento laceración, ninguna presentó hematoma vulvar y todas sufrieron pérdida sanguínea. En comparación, del 100% (30) de las primíparas a quienes no se les realizó la episiotomía, el 60% presentó desgarro, el 3.3% laceraciones, ningún hematoma y todas presentaron pérdida sanguínea.

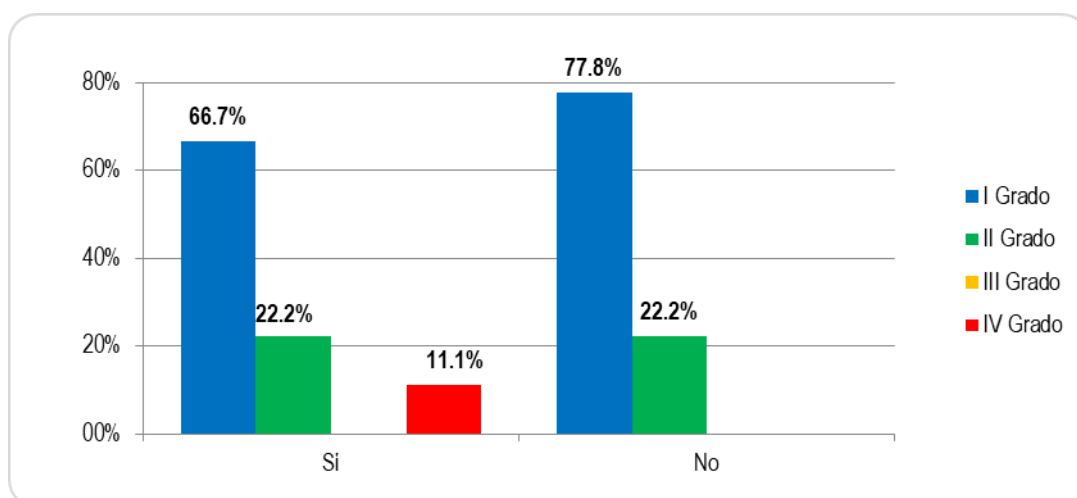
**Tabla N° 8**

### Desgarro

Desgarro	Episiotomía			
	Sí		No	
	N	%	N	%
I Grado	6	66.7%	14	77.8%
II Grado	2	22.2%	4	22.2%
III Grado	0	0.0%	0	0.0%
IV Grado	1	11.1%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100.0%</b>	<b>18</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfico N° 8**

### Desgarro





## INTERPRETACIÓN

Del total (9) de primíparas a quienes se realizó la episiotomía el 66.7%(6) tenían grado I, el 22.2%(2) grado II y el 11.1%(1) grado IV, mientras que las primíparas a quienes no se realizó la episiotomía (18), el 77.8%(14) eran de grado I y el 22.2%(4) eran del grado II.

**Tabla N° 9**  
**Perdida sanguínea (en cc) según el uso y no uso de la episiotomía**

Pérdida Sanguínea	Episiotomía			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Si	30	100.0%	30	100.0%
No	0	0.0%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

## INTERPRETACIÓN

Las primíparas a quienes sí se les realizó la episiotomía 100.0 % presentaron pérdida sanguínea, de igual manera 100.0 % (30) de las primíparas a quienes no se les realizó la episiotomía no presentaron pérdida sanguínea.

**Tabla N° 10**

**Perdida sanguínea (en cc) según el uso y no uso de la episiotomía**

Pérdida Sanguínea	Episiotomía			
	Sí		No	
	$\bar{x} \pm DS$	Min - Max	$\bar{x} \pm DS$	Min - Max
Cantidad (cc)	198.7 $\pm$ 49.7	100 - 300	215.0 $\pm$ 57.5	100 - 350

### INTERPRETACIÓN

Las primíparas a quienes sí se les realizó la episiotomía perdieron en promedio 198.7  $\pm$  49.7 centímetros cúbicos de sangre, en cambio, las primíparas a quienes no se les realizó la episiotomía perdieron en promedio 215.0  $\pm$  57.5 centímetros cúbicos de sangre.

## Discusión de Resultados

El uso de la episiotomía en las mujeres es un tema amplio y muy extenso que requiere de una profunda investigación y análisis. Según la OMS<sup>(3)</sup> no existe ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero si la hay en lo referente a que esta puede producir daños en un parto normal, es por eso que el presente estudio tiene como objetivo determinar las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas por parto vaginal atendidas en el Hospital San Juan Lurigancho, Lima 2016, lo que permitirá que los resultados de la presente investigación ayude de referencia para la incitación como para otras instituciones a nivel nacional.

En la presente investigación, entre las características generales se encontró que la edad promedio de las primíparas fue de 20.9 años, siendo la mayoría entre 20 y 34 años de edad (63.3%). Respecto al estado civil el 71.7% de las primíparas eran convivientes y en el nivel de instrucción se reflejó que la mayoría de las primíparas tenían un nivel secundario (80.0%); resultados que muy similares a lo reportado por Pujay A.<sup>(8)</sup> en su trabajo realizado en Hospital de Tingo María, Perú llegó a encontrar que existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un (62,59%), estado civil, conviviente con un (68,75%), grado de instrucción secundaria con un (56%), asimismo fue en Rodríguez E., Sánchez M.<sup>(7)</sup> donde la edad de 19 a 34 años fue el más frecuente con el 54.0%. De la misma manera para Gualan C., Guanoluisa O.<sup>(9)</sup> indicando que el nivel de instrucción secundaria fue el que predominó (67.2%).

Respecto a las características obstétricas se evidenció que la edad gestacional promedio de las primíparas por parto vaginal fue de 39.2 semanas, siendo todos a término (100%) y el peso del recién nacido fue adecuado al nacer, estos resultados fueron similares por Calapaqui L.<sup>(11)</sup> en su trabajo realizado en el Hospital Provincial General Latacunga- Ecuador en el año 2015, encontró que la edad gestacional fue mayormente a término con 86.0%, en el peso al

nacimiento en su mayoría fue de 2500 a 3500 g (74.0%). Asimismo fue para Rodríguez E., Sánchez M.<sup>(7)</sup> en su trabajo realizado en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto en el año 2012, encontraron que en su mayoría las pacientes a término, el peso del recién nacido en su mayoría fue adecuado.

Respecto a las complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en la presente investigación se encontró que de las primíparas a quienes sí se les realizó la episiotomía presentaron en menor frecuencia desgarro (30.0%) a comparación de las primíparas a quienes no se les realizó la episiotomía (60.0%), siendo el grado I el predominante en ambos grupos; resultados que son congruentes con lo reportado por Zamora, L.<sup>(10)</sup> en su trabajo realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena en el año 2011, con el objetivo de identificar Ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena, encontró que las complicaciones más frecuentes en los dos grupos son los desgarros: sin episiotomía desgarro Grado I 22,8%, y Grado II 4,9%. En las pacientes con episiotomía existe 9,8% desgarro Grado II, 2,4% desgarro Grado III y 1,6% desgarro Grado IV. En cambio Rodríguez E., Sánchez M.<sup>(7)</sup> encontró que la presencia de desgarro se produjo en su mayoría en las pacientes con episiotomía a comparación de las pacientes sin episiotomía. También en la presente investigación se pudo encontrar que las primíparas con episiotomía presentaron en mayor frecuencia laceraciones a comparación de las primíparas sin episiotomía; resultados que difiere Rodríguez E., Sánchez M.<sup>(7)</sup> sostuvo que las pacientes con episiotomía fue en menor frecuencia que las pacientes sin episiotomía. Por su parte en la presente investigación mostro como resultado de hematoma en las primíparas con y sin uso de episiotomía el 100.0% como no presencia de hematoma, En cambio la pérdida sanguínea se encontró que todas las primíparas con y sin uso de episiotomía tuvieron pérdida sanguínea; resultado que son similares por Zamora, L.<sup>(10)</sup> en su trabajo realizado en el año 2011, encontró que la mayoría de pacientes con y sin uso de episiotomía no presentaban hematoma. Sin embargo encontró que hubo 7 casos con episiotomía y hematoma. Asimismo fue para Rodríguez E., Sánchez M.<sup>(7)</sup> donde encontró un caso hematoma en pacientes con episiotomía. Sin embargo

difiere en la pérdida sanguínea, debido a que la presente investigación no encontró valores por encima de normal pero para Rodríguez E., Sánchez M.<sup>(7)</sup> encontró 16 casos. Asimismo fue para Tuesta Yomona, María Isbael<sup>(8)</sup> en su trabajo realizado en Hospital Regional de Loreto, Perú en el año 2016, encontró que la pérdida sanguínea por encima de los valores normales (>500 ml) con un 1.3 %.

## CONCLUSIONES

Las características obstétricas que presentaron las primíparas fue que la edad promedio gestacional fue de 39.2 semanas, el peso del recién nacido de las primíparas que fueron sometidas a episiotomía fue un peso de 2500 a 2999 gr el 10.0%, 3000 a 3499 gr el 66.7%, 3500 a 3999 gr el 20% y 4000 gr a más el 3.3%. De las primíparas a quienes no se les realizó la episiotomía el peso del recién nacido fue un peso de 2500 a 2999 gr el 20.0%, 3000 a 3499 gr el 70.0%, 3500 a 3999 gr el 10.0%, no se presentó ningún peso mayor a 4000 gr.

De las primíparas sometidas a episiotomía el 30% presentaron desgarro de las cuales tenían de grado I el 66.7%, de grado II el 22.2% y de grado IV el 11.1%. No se encontró ningún caso de hematoma y todas presentaron pérdida sanguínea, pero ningún caso por encima de los valores normales (>500 ml).

De las primíparas que no se realizó la episiotomía el 60% presentaron desgarro de las cuales tenían de grado I el 77.8% y de grado II el 22.2%. No se encontró ningún caso de hematoma y todas presentaron pérdida sanguínea, pero ningún caso por encima de los valores normales (>500 ml).

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda difundir los resultados con la finalidad de promover estrategias que contribuyan en la disminución del uso rutinario de la episiotomía, debido a que este procedimiento debe ser usado previa evaluación a las pacientes y en el momento adecuado y preciso, para evitar complicaciones a corto y mediano plazo.
- Lograr un cambio de actitud y evitar un procedimiento rutinario cuya utilidad está cada día menos clara y por tanto debe ser menos utilizado en la práctica obstétrica moderna.
- Implementar una política selectiva de episiotomía, respetando los derechos de las pacientes. Y así generar un cambio de actitud en el personal y poder reducir efectivamente el número de episiotomías.
- Mejor capacitación en la atención de partos sin episiotomía.
- Realizar actividades periódicas de seguimiento a las pacientes que se le realizó la episiotomía en su domicilio, con el fin de verificar las posibles complicaciones a mediano plazo que puede presentar.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR [Sitio en Internet]. Ginebra: OMS; 2008. [Consultado 8 noviembre 2016]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage-6>
3. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. [Sitio en Internet]. Ginebra: OMS, 1996. [Consultado 10 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
4. Berzaín Rodríguez M, Camacho Terceros L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Méd [Sitio en Internet] 2014; 17(2):53-57. [Consultado 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332014000200011](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011)
5. Ballesteros Meseguer C, Martínez Roche M, Meseguer De Pedro M, Carrillo García C, Canteras Jordana M. La episiotomía en el marco de la atención al parto normal. [Sitio en Internet]. Murcia: AMRM; 2014. [Consultado 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: [https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOM%C3%8DA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCION-AL-\\_PARTO\\_NORMAL.pdf](https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOM%C3%8DA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCION-AL-_PARTO_NORMAL.pdf)
6. Albino Sánchez F. Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas, en Mujeres Nulíparas atendidas de Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. [Sitio en Internet] 2009; 1 (4). [Consultado 13 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7%20Uso%20Episiotomia.pdf>



7. Rodríguez Góngora, Edgar y Sánchez Inga, Marino. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Periodo 2010. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín; 2012. [Consultado: 18 de noviembre del 2016]. Disponible en: [http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyectox/archivo\\_106\\_Binder1.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_106_Binder1.pdf)
8. Tuesta Yomona, María Isabel. Complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto; enero-marzo 2016. [Tesis de Titulación]. Loreto. Universidad científica del Perú; 2016. [Consultado: 20 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21517/1/Tesis.pdf>
9. Ortega Flores, Daphnee Lourdes. Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2014. [Tesis de Titulación]. Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015. [Consultado: 20 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/6182/>
10. Zamora Cifuentes, Lady. La Episiotomía: Ventajas y Desventajas del Uso y No Uso en Pacientes de Parto Normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena Enero- Agosto 2010. [Tesis de Titulación]. Riobamba. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011. [Consultado: 20 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/3443>
11. Calapaqui Gutiérrez, Lucía. Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga periodo abril-mayo 2015. [Tesis de Titulación]. Ambato. Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016. [Consultado: 20 de diciembre del 2016]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4020>
12. Moreira Sarmiento, Carolina y Torres Abad, Adriana. Guía didáctica para el taller: “episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación”. [Sitio en Internet] Ecuador: UTPL, 2013 [Consultado 15 de diciembre de 2016]. Disponible en:

<http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/images/Gui%CC%81a%20taller%20Episiotomi%CC%81a,%20episiorrafi%CC%81a.pdf>

13. Asociación de Matronas de la Región de Murcia. La episiotomía en el marco de la atención al parto normal. [Sitio en Internet].murcia: AMRM; 2014. [Consultado 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: [https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOM%C3%8DA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCION-AL-\\_PARTO\\_NORMAL.pdf](https://www.asociacionmatronasmurcia.es/wp-content/uploads/2013/04/LA-EPISIOTOM%C3%8DA-EN-EL-MARCO-DE-LA-ATENCION-AL-_PARTO_NORMAL.pdf).
14. Universidad de Buenos Aires. Guía práctica N° 17 “canal de parto”. [Sitio en Internet].Buenos Aires: UBA; 2012. [Consultado 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://anatomiaenobstetricia.files.wordpress.com/2012/09/17-canal-de-parto-y-mecanismo-de-parto.pdf>
15. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima: INMP ,2014.
16. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams obstetricia.23a ed. México: McGraw - Hill;c ; 2011
17. Ministerio de Salud. Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: MINSA; 2004.
18. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. [Sitio en Internet]. Consultado: 10 de enero del 2017. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>

## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			METODOLOGIA
		VARIABLE	DIMENSION	INDICADORR	
¿Cuáles son las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016?	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u> Determinar las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las características obstétricas de las primíparas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho,</li> </ul>	Complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas	Desgarros	✓ I Grado ✓ II Grado ✓ III Grado ✓ IV Grado	<p><u>TIPO DE LA INVESTIGACION:</u> Descriptivo comparativo, Corte transversal, retrospectiva,</p> <p><u>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</u> Aplicativo</p> <p><u>MÉTODO:</u> Cuantitativo</p> <p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN:</u></p> <p><u>POBLACIÓN:</u> La población está constituida por 679 mujeres primíparas atendidas por parto vaginal en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2016.</p> <p>La muestra representativa para el estudio está constituida por 60 primíparas, las cuales se dividió en dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Grupo 1:</b> 30 primíparas de parto vaginal con episiotomía</li> </ul>
			Laceración	✓ Si ✓ No	
			hematoma vulvar	✓ Si ✓ No	
			Perdida sanguínea	✓ Si ✓ No	

	<p>Lima 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las complicaciones del uso la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016.</li> <li>• Identificar las complicaciones del no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016.</li> </ul>		<p>Edema de episiorrafia</p> <p>Dehiscencia de puntos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si</li> <li>✓ No</li> <li>✓ Piel</li> <li>✓ Mucosa</li> <li>✓ Musculo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grupo 2:</b> 30 primíparas de parto vaginal sin episiotomía</li> </ul> <p><u>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u></p> <p><u>TÉCNICAS:</u> Se utilizó la revisión de historias clínicas</p> <p><u>INSTRUMENTO:</u> Ficha de recolección de datos.</p>
--	--	--	---	---	---

**Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos**



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

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES ENTRE EL USO Y  
NO USO DE LA EPISIOTOMÍA EN PRIMÍPARAS EN EL HOSPITAL SAN  
JUAN DE LURIGANCHO 2016**

Fecha:.....

N° FICHA:

**I. DATOS GENERALES:**

1. Edad:.....Años ≤

2. Peso:.....

3. Talla:.....

4. Estado Civil:

Soltera ( )

Casada ( )

Conviviente ( )

Divorciada ( )

5. Grado de instrucción:

Analfabeta ( )

Primaria: completa ( )

Incompleta ( )

Secundaria: completa ( )

Incompleta ( )

Superior: completa ( )

Incompleta ( )

6. Procedencia:

Costa ( )                      Sierra ( )                      Selva ( )

## II. Características Obstétricas:

7. Edad Gestacional:..... sem.

8. Episiotomía: Si ( ) No ( )

Medio Lateral ( )      Mediana ( )      Lateral ( )

9. Peso del Recién Nacido:..... gramos.

## III. Complicaciones

10. Desgarro: Si ( ) No ( )

I Grado ( )      II Grado ( )      III Grado ( )      IV Grado ( )

11. Laceraciones: Si ( ) No ( )

12. Hematoma: Si ( ) No ( )

13. Pérdida Sanguínea: Si ( ) No ( )

Cantidad: .....cc

14. Edema de episiorrafia: Si ( ) No ( )

15. Dehiscencia de episiorrafía: Si ( ) No ( )

Piel ( )                      Mucosa ( )                      Musculo ( )