

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TÍTULO

**“COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA EN PRIMIGESTAS
EN TRABAJO DE PARTO, EN EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS EN EL
AÑO 2017.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por la Bachiller de Medicina Humana

MIRIAM ESTEFANÍA MOROTE NAVARRO

ASESOR

Dr. CRISTIAM CAREY ANGELES

Punchana – Iquitos

Perú

2019



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"
Secretaría Académica

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los **dos** días del mes de **setiembre** del **dos mil diecinueve**, siendo las **13:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 368-2018-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Dr. Edwin Gabino Zevallos Bazán	Presidente
Dr. Beder Camacho Flores	Miembro
MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas	Miembro
Mg. SP. Cristiam Armando Carey Ángeles	Asesor

Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulado "**Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto, en el hospital Santa Gema de Yurimaguas, en el año 2017**", de la Bachiller en Medicina **Miriam Estefanía Morote Naváro**, para obtener el **título profesional de Médico Cirujano**, que otorga la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la UNAP.

Luego de haber escuchado con atención la exposición de la sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma *Satisfactoria*.....

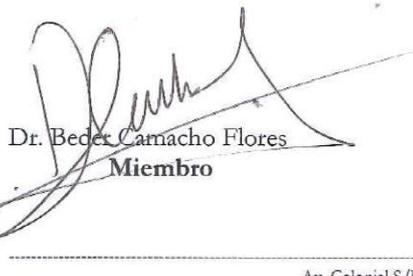
El jurado llegó a la siguiente conclusión:

La tesis ha sido *aprobada por unanimidad*.....

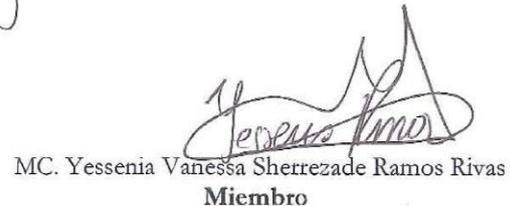
Siendo las *14:10 horas* se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole a la sustentante por su *aprobación*.....



Dr. Edwin Gabino Zevallos Bazán
Presidente



Dr. Beder Camacho Flores
Miembro



MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas
Miembro

MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR DE TESIS



DR. EDWIN ZEVALLOS BAZÁN
PRESIDENTE



DRA. YESSENIA VANESSA SHERREZADE RAMOS RIVAS
MIEMBRO



DR. BEDER CAMACHO FLORES
MIEMBRO



MG. SP. CRISTIAN ARMANDO CAREY ANGELES
ASESOR

DEDICATORIA

Quiero brindar el merecido reconocimiento en el logro de este gran paso como Médico Cirujano a quienes me brindaron diversos tipos de apoyo material, económico y moral.

En primer lugar dedico esta tesis a mi madre Lidia Esther Navarro Bardález y a mi padre Salomón Rivas Panduro; quienes con su trabajo y sacrificio durante todos estos años, me han brindado el privilegio de poder estudiar y concluir mi carrera, apoyándome de forma continua y decidida. También se lo dedico a mi abuelita materna Ana María Bardález Teco quien estuvo atenta a mi desempeño académico, y por último a mis hermanas Helen Esther y Deborah Esther con quienes podía intercambiar permanentemente experiencias propias del estudio.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por la salud y vida que tuvieron mis padres durante todo el tiempo que me tomó realizar mis estudios superiores y sobre todo por la paciencia y soporte que me brindaron durante mi estadía en la ciudad de Iquitos, toda vez que sin ese apoyo incondicional nada de esto hubiera sido posible, ni menos haber llegado a culminar.

También a la primera casa de estudios de la región Loreto, nuestra alma mater, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y a todos los docentes que contribuyeron en mi formación académica y profesional.

Y finalmente agradecer al sistema educativo superior público que brinda la posibilidad de lograr concretizar nuestros estudios.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

Acta de Sustentación.....	ii
Jurado.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de contenido.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Resumen.....	x
CAPÍTULO I.....	11
Introducción.....	12
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos.....	16
CAPÍTULO II.....	19
2. Marco Teórico.....	20
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Bases Teóricas.....	30
2.3. Hipótesis y Variables.....	41
2.4. Operacionalización de Variables.....	42
CAPÍTULO III.....	46
3. Metodología.....	47
3.1. Tipo y diseño de Investigación.....	47
3.2. Población y Muestra.....	47
3.3. Criterios de Selección.....	48
3.4. Técnicas, Instrumentos y Procesos de Recolección de datos.....	48
3.4.1. Técnica de Recolección de Datos.....	48
3.4.2. Instrumento de Recolección de Datos.....	49
3.5. Aspectos Éticos.....	49
3.6. Procesamiento de la Información.....	50
CAPÍTULO IV.....	51
4. Resultados.....	52
5. Discusión.....	64
6. Conclusiones.....	66

7.	
Recomendaciones.....	67
CAPÍTULO V	68
Referencias bibliográficas.....	69
Anexos.....	73

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Resumen de las Características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	52
Tabla 02: Resumen de las Características ginecobstétricas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	53
Tabla 03: Episiotomía asociada a la edad adolescentes de las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	54
Tabla 04: Episiotomía asociada a laceraciones del canal de parto en las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	54
Tabla 05: Episiotomía asociada a Anemia en las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	55
Tabla 06: Episiotomía asociada al peso del recién nacido de primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	55
Tabla 07: Episiotomía asociada a la presencia de hematomas del canal de parto en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	56
Tabla 08: Episiotomía asociada a la presencia de edema del canal de parto en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	56
Tabla 09: Episiotomía asociada a la presencia de desgarro perineal en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	57
Tabla 10: Episiotomía asociada a la pérdida sanguínea en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	58
Tabla 11: Episiotomía asociada a infección local en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	58
Tabla 12: Episiotomía asociada a infección local en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	59

Tabla 13: Desgarro perineal asociado a laceraciones en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	59
Tabla 14: Desgarro perineal asociado a anemia en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	60
Tabla 15: Desgarro perineal asociado a hematoma de pared en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	60
Tabla 16: Desgarro perineal asociado a edema de pared en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	61
Tabla 17: Desgarro perineal asociado a pérdida hemática en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	61
Tabla 18: Desgarro perineal asociado a pérdida hemática en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.....	62

RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, Enero a Diciembre del 2017.

Metodología: El presente trabajo de investigación es del tipo analítico, porque el propósito fue identificar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017 y fue Transversal porque se recopiló información en un solo momento de la investigación. Hubo un total de 260 partos vaginales en primigestas, pero para el estudio se tomaron 252 pacientes que cumplían con los criterios de selección. Para calcular la fuerza de asociación se realizó a través del cálculo de Chi cuadrado con una significancia estadística del 95% ($p < 0.05$).

Resultados: La prevalencia de episiotomía fue del 93.7%, En cuanto a la asociación del uso rutinario de episiotomía con las complicaciones del parto, se aprecia que la edad (Chi2: 0.175; p: 0.43) y el peso del recién nacido (Chi2: 0.85; p: 0.44) no se asoció a la práctica de episiotomía, tampoco hubo asociación con la presencia de anemia (Chi2: 2.05; p: 0.12), hematoma de canal de parto (Chi2: 0.35; p: 0.45), ni dehiscencia (Chi2: 0.63; p: 0.42); sin embargo, se pudo observar que la práctica rutinaria de episiotomía se asocia a la presencia de laceraciones en el canal de parto (Chi2: 16,58; p: 0.001), edema (Chi2: 13,48; p: 0.003), desgarro perineal (Chi2: 91,82; p: 0.000), pérdida hemática >400 ml (Chi2: 24,69; p: 0.002), e infección local (Chi2: 13.38; p: 0.003); además, se pudo observar que las primigestas a las cuales se les practicó episiotomía y presentaban además desgarro perineal, la asociación era aún mayor e incluso la anemia materna y el hematoma también se asociaron.

Conclusión: La episiotomía continúa siendo un procedimiento rutinario en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas y está además asociado a múltiples complicaciones del parto.

Palabras claves: Episiotomía, desgarro perineal, primigestas.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el uso de la Episiotomía en primigestas genera un gran impacto en nuestra población, debido a que en los últimos años se ha convertido en una técnica de uso rutinario durante el parto a nivel regional, nacional e internacional.

La episiotomía es uno de los procedimientos más comunmente utilizados a nivel mundial. Fue propuesta por Ould en 1742 para evitar las dificultades presentes durante el parto, sin tener fuerte evidencia científica de sus beneficios y; se popularizó en la década de 1920, por DeLee y Pomeroy, formando parte de la práctica rutinaria de la obstetricia en Estados Unidos para la década de 1940. Su uso estuvo destinado a la prevención de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Sin embargo, resultados de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados que han evaluado los riesgos y beneficios del uso de la episiotomía de rutina, han determinado paradójicamente que en lugar de tener un papel protector, esta práctica fomenta la aparición de complicaciones para la madre.

En este estudio podremos observar las diferentes complicaciones del uso rutinario de la Episotomía en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en el año 2017, teniendo en cuenta que, si bien es cierto, la episiotomía tiene beneficios; también está asociada a complicaciones debido a diferentes causas tanto maternas, como del parto y de los profesionales que atienden el parto.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La episiotomía es una técnica muy utilizada en los hospitales a nivel local, nacional e internacional para evitar desgarros durante el parto, sin embargo su uso se ha hecho rutinario en la mayoría de ellos. En el Hospital Santa Gema de Yurimaguas se ha utilizado la Episiotomía de forma rutinaria, sobre todo en primigestas nulíparas en trabajo de parto, siendo la episiotomía medio lateral, la más frecuente y las complicaciones de su uso rutinario no han sido ajenas en este nosocomio, por lo cuál ha sido necesario realizar este estudio para que con los resultados encontrados podamos mejorar la calidad de atención y la técnica, durante el parto.

Wooley, RJ¹; en el año de 1995, definió a la episiotomía como una incisión en una zona específica del perineo que corresponde al suelo de la pelvis, donde se diseccionan la piel y los músculos situados entre la vagina y el recto para aumentar el tamaño de la abertura vaginal en el período expulsivo del parto en el caso de que éste sea insuficiente; su objetivo es prevenir los desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Se realiza con tijeras (Braun Stadler) y requiere reparación con sutura.

Su prevalencia varía de país en país, aunque en algunos países tanto desarrollados y/o en vías de desarrollo, redujeron moderadamente la frecuencia de las episiotomías; según la European Perinatal Health Report² en el año 2013, que estimó una prevalencia de episiotomía en los países europeos de: Dinamarca con 9.7%, Suecia con 9.8%; las más bajas de la región, Reino Unido con 16.4%, Holanda con 24.3%, Alemania 30.8%, Italia 52%, y las prevalencias más altas estuvieron en Bélgica con 63% y España con 78%. A nivel latinoamericano se encontraron prevalencias mucho más altas, así lo demostró Althabe B³ en el año 2009, quien realizó un estudio epidemiológico en 91 hospitales de diferentes países latinoamericanos, en nuestro país, la episiotomía se practicaba con prevalencia de 94.4%, México 69.5% (una de las prevalencias más bajas de la región), Panamá 81.8%, Argentina 85.7%, Colombia 86.2%, Bolivia 90.8%, Paraguay 91.5%, Brasil 94.2%, Uruguay 95.1% y Ecuador 96.2%.

Durante el año 1996, la organización mundial de la salud (OMS)⁴, recomendó una tasa de episiotomías de tan solo el 20% al 30% y que su uso debería ser en forma restrictiva (es decir, en casos que realmente lo ameriten) y dejar el uso rutinario; sin embargo, como se vio en el párrafo anterior, las tasas de episiotomía continúan siendo muy altas, sobre todo en la zona latinoamericana. Además, la OMS⁵ ha demostrado que el uso restrictivo o controlado de la episiotomía en partos eutócicos sin complicaciones, en oposición a la episiotomía rutinaria, se asocia a un riesgo disminuido de traumatismos perineales severos, dispareunia o incontinencia urinaria y dolor pélvico. Sin embargo, hay un riesgo incrementado en el traumatismo perineal anterior. Por tal motivo la OMS⁶ lamenta que, a pesar de las recomendaciones realizadas, la episiotomía rutinaria o el uso liberal de la episiotomía sea muy frecuente en lugares de escasos recursos y en algunos países desarrollados. Es probable que estos últimos contribuyan a su persistencia, a pesar de la abrumadora evidencia contra su uso rutinario.

Liljestrand J., en el año 2003, sostuvo que teniendo en cuenta que en varios países la epidemia de VIH/SIDA todavía continúa incrementándose rápidamente y que, en la mayoría de los países afectados tienen neonatos infectados por VIH, se debe considerar tanto la protección de los trabajadores de la salud como el riesgo de transmisión vertical asociado con el uso de la episiotomía⁷.

A esto se suman las innumerables complicaciones inmediatas y tardías, relacionadas al uso rutinario de la Episiotomía, como son desgarros, hemorragias, hematomas, laceraciones, edemas, infecciones y dehiscencias⁸. Al respecto, Cedeño Ciña F⁹; en el año 2018, en Ecuador realizó un estudio sobre las complicaciones inmediatas de la episiotomía sistemática versus el no uso de dicha intervención, encontrando que el 76% de nulíparas se realizó episiotomía; dentro de las complicaciones que se presentaron en los dos grupos, en las pacientes sin episiotomía presentaron desgarros de primer y segundo grado, laceraciones mínimas en 20% y las pacientes con episiotomía presentaron desgarros de segundo y hasta tercer grado, edema 20% y dolor 52%.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, en el 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar las complicaciones del uso rutinario de la Episiotomía en primigestas en trabajo de parto, atendidas en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, de Enero a Diciembre del 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y ginecobstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, durante el año 2017.
- Calcular la prevalencia de la episiotomía rutinaria en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, durante el año 2017.
- Identificar las principales complicaciones inmediatas de la episiotomía rutinaria (desgarros, anemia, hemorragia, hematoma, edema, infección y dehiscencia) en pacientes primigestas en trabajo de parto atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, durante el año 2017; y compararlos con las gestantes nulíparas a las que no se les realizó la episiotomía.
- Reconocer la complicación más común en las pacientes primigestas a las que se les realizó episiotomía.

1.4. Justificación

1.4.1. Importancia

La organización mundial de la salud afirma que la prevalencia mundial de episiotomías rutinarias continúa muy alta, llegando a valores alarmantes en ciertas regiones de Europa como en España, que puede llegar al 73%, África con el 95% y América latina con el 88%; a pesar de que esta institución ha sugerido prevalencias de tan solo 20% a 30% y que el uso debe ser en forma selectiva y no rutinaria. En nuestro país, son muchos los estudios que demostraron que el usar rutinariamente la episiotomía tiene una prevalencia muy alta y que está relacionada a múltiples complicaciones en la madre como: Infección del sitio de episiotomía, hematomas, dehiscencia, hemorragia y desgarros. Según Ávila Fabián A¹⁰., en el año 2017, encontró una prevalencia del 65.4% en un Hospital de nivel II en la capital; los desgarros estaban presentes en el 34.6%, predominando los desgarros de 1° grado

(23.5%). Al 37.7% de mujeres primíparas se les practicó episiotomía, el 50.6% tenían anemia, el 96.2% tuvieron CPN completo y el 75.5% acudieron a todas sus sesiones de psicoprofilaxis. En cuanto a las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía, Huamán Quispe, LN¹¹, encontró 30% de desgarros, el 6.7% sufrieron laceraciones y en promedio perdieron 198.7 cc de sangre; por otro lado, de las primigestas que no fueron sometidas a episiotomía, el 60% presentaron desgarro, el 3.3% tenían laceraciones y en promedio perdieron 215 cc de sangre.

Este estudio es perentorio porque nos ayudó a conocer la prevalencia de episiotomía rutinaria del principal Hospital de la provincia de Alto Amazonas de la región Loreto y su relación con las principales complicaciones relacionadas a su uso rutinario, como son: Laceraciones, desgarros, anemia, hemorragia, dolor, hematoma, edema, infección y dehiscencia. Además, los resultados de este estudio nos permitieron elaborar propuestas concretas para mejorar los servicios de atención prenatal, del parto, y vigilar el cumplimiento de las recomendaciones brindadas por la OMS y MINSA.

Por tal razón creemos que es importante realizar este estudio con el objetivo de identificar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, durante el año 2017.

1.4.2. Viabilidad

Debido a que es un estudio analítico transversal y se tomó la totalidad de la población como muestra, posibilitó tomar conclusiones más consistentes con respecto a si se debe continuar con el uso rutinario de la episiotomía y su relación con la presencia de complicaciones como laceraciones, desgarros, anemia, hemorragia, dolor, hematoma, edema, infección y dehiscencia; lo cual servirá para fortalecer las estrategias de atención del parto.

1.5. Limitaciones

Debido a que fue un estudio transversal y de recolección de datos del pasado y, comprende el análisis de determinadas variables de periodos anteriores al estudio; no se pudo hacer un seguimiento continuo de la evolución de las variables estudiadas.

Además, como este estudio fue elaborado en un solo Establecimiento de salud del MINSA en la región Loreto, con una geografía diferente a las demás regiones del país (sierra y costa); se hace difícil extrapolar los resultados de este estudio a todo el territorio peruano.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel internacional:

Existe un gran número de estudios a nivel internacional que discuten la utilidad de la episiotomía para prevenir complicaciones relacionadas al trabajo de parto en mujeres primigestas, al respecto, Carroli G. Et al¹²; en el año 2003, en Argentina, realizaron un metaanálisis titulado “Episiotomía en el parto vaginal”, publicado por Cochrane Database of Systematic Reviews, cuyo objetivo fue evaluar los efectos del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria durante el parto vaginal, con una búsqueda en los registros de estudios clínicos del grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group), sus resultados, incluyéndose 6 estudios, fueron: En el grupo de episiotomía rutinaria, se realizó episiotomía al 72,7%, (1.752/2.409), mientras que la tasa en el grupo limitado o de episiotomía restrictiva fue de 27.6% (673/2.441). La episiotomía restrictiva se relacionó con un riesgo disminuido de lesión perineal posterior (RR: 0.88; IC: 0.84 a 0.92), de necesidad de sutura, (RR: 0.74; IC: 0.71 a 0.77), y menos complicaciones de cicatrización (RR: 0.69; IC: 0.56 a 0.85). La episiotomía rutinaria es un factor de riesgo para trauma perineal anterior (RR: 0.69; IC: 1.55 a 2.07). No existe relación con trauma vaginal o perineal con severidad (RR: 1.11; IC: 0.83 a 1.50); dispareunia (RR: 1.02; IC 95%: 0.90 a 1.16); incontinencia urinaria (RR: 0.98; IC: 0.79 a 1.20); o con dolor severo. Los resultados del uso limitado de la episiotomía mediolateral usual versus el uso de la episiotomía mediana, tienen resultados similares al compararlas. Es decir, en este estudio se puede apreciar que la episiotomía restrictiva tiene menos complicaciones o algunos beneficios en comparación con la episiotomía rutinaria. Si bien es cierto, el trauma perineal posterior es menos frecuente, hay más riesgo de trauma perineal anterior.

En el año 2011, en el Ecuador, Zamara Cifuentes LG¹³., hizo un estudio titulado “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”, su objetivo fue identificar las ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes nulíparas de parto normal del Hospital José María Ibarra Tena. Con un estudio retrospectivo transversal. Los resultados fueron los siguientes: 62% de nulíparas no se realizaron el procedimiento de episiotomía, en este grupo se consideró la edad y

peso de las gestantes, no hubo diferencias. El 96.7% de los recién nacidos tuvieron entre 37 y 41 semanas, 92.7% pesaron entre 2500 a 4000 gr, encontrándose que 4 recién nacidos pesaron más de 4000 gr con procedimiento de episiotomía; el perímetro cefálico predominante fue de 33 a 35cm en los dos grupos, el 1.6% fue mayor de 36 cm, la evaluación del APGAR fue mayor de 7 siendo un total de 99.2%; en los dos grupos, sin mayor diferencia estadística. Las complicaciones más frecuentes fueron los desgarros en ambos grupos: Desgarro sin episiotomía, Grado I, 22.8% y Grado II, 4.9%. Con episiotomía existe 9.8% de desgarro Grado II, 2.4% de desgarro Grado III y 1.6% de desgarro Grado IV; hematoma, 5.7%; infección y dehiscencia el 1.6%. Analizando dicho estudio, se llegó a la conclusión de que en la práctica de la episiotomía, poco tiene que ver la antropometría fetal y las características de la madre y; las complicaciones aparecen ya en la práctica de dicha técnica, por lo que debería tomarse las medidas necesarias para proteger mejor la zona perineal.

En El Salvador, Gamero C¹⁴., en el año 2013, realizó un estudio titulado “El riesgo del parto vaginal en primigestas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Nacional Juan José Fernández de El Salvador”; su objetivo fue conocer la diferencia en el riesgo del parto vaginal con primigestas con episiotomía y sin episiotomía para los desgarros de grado II, duración de la segunda fase del parto y la valoración del APGAR del recién nacido al minuto; la metodología empleada fue de tipo observacional, analítico, de casos y controles; en mujeres primigestas, los resultados fueron: La prevalencia de desgarros mayores, de tipo II entre las pacientes primigestas con episiotomía y sin episiotomía no muestran agrupación significativa de factor de protección para el uso de episiotomía. Así mismo, no se encontró una asociación significativa, factor de protección para la disminución del tiempo del segundo período del parto o para el valor del APGAR al primer minuto. Concluyendo así que el uso rutinario de la episiotomía aplicando o no criterios, no disminuye el riesgo de grado II o mayores, ni influye en la duración en el segundo periodo de parto, ni en el APGAR al primer minuto.

Un año después en Nicaragua, Ortega Flores DL¹⁵, hizo un estudio titulado “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”. El objetivo de este estudio fue conocer la frecuencia y tipos de complicaciones de las

episiotomías en las primigestas atendidas en el Hospital Alemán de Enero a Diciembre del 2014. Fue de tipo descriptivo de corte transversal, estudiándose 80 pacientes a las que se realizó episiotomía, describiéndose sus complicaciones. Los resultados fueron: Prevalcieron las adolescentes entre 14 a 19 años (72.5%), el estado civil (58.8%), la complicación con más frecuencia fue el desgarro (21.25%), seguido de las continuaciones de episiotomía (20.25%) y hematomas (13.75%). Se concluyó: No hay diferencia significativa entre la edad de la paciente y la complicación, ya que en todos los rangos tuvieron un alto porcentaje de complicación. Los residentes de II año con el 67%, tuvieron el más alto índice de complicaciones.

En otro estudio, llevado a cabo en Venezuela por Pérez Álvarez W. Et al¹⁶; en el año 2015, el cual se tituló “Episiotomía En Pacientes Nulíparas”; se tuvo como objetivo evaluar si el uso de la episiotomía previene los desgarros perineales y sus complicaciones inmediatas en pacientes nulíparas con embarazos a término que acudieron al servicio de sala de partos de la Maternidad Concepción Palacios, en el periodo comprendido entre Enero del 2013 y Diciembre del 2013. Su método de estudio fue comparativo analítico transversal, incluyéndose 250 pacientes divididos en dos grupos al azar. Al primer grupo no se realizó episiotomía y al segundo grupo se le realizó episiotomía, se evaluaron las características del desgarro perineal, hematoma y de las infecciones; se consideró la cantidad de suturas y la severidad del dolor. Los resultados fueron: Los desgarros perineales, se encontraron en 39.4% de pacientes del primer grupo y en 14,2% del segundo grupo. Entre las pacientes del primer grupo, un 88.4% presentaron desgarros de grado I, 9.3% de grado II y en el segundo grupo, 25% de grado I, 55% desgarro de grado II y un 15% desgarro de grado III. En el primer grupo, un 37% de las pacientes no requirió sutura y 46,5% requirió sólo una, en el segundo grupo todas las pacientes con desgarros requirieron 2 o más suturas. En cuanto a la intensidad del dolor, en el primer grupo la mayoría tuvieron dolor ausente o leve (75,2%), mientras que en el segundo grupo el dolor fue moderado (63, 8%). Con este estudio, se puede deducir que las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía son mayores que en el uso restrictivo de la misma.

Ese mismo año, pero en Ecuador, Gualan Cartuche, CA. Et al¹⁷; realizaron un estudio titulado “Prevalencia De Episiotomía y Factores Asociados, en pacientes del Centro

Obstétrico Del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014”. Su objetivo fue determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso del recién nacido y perímetro cefálico del recién nacido. Este fue un estudio de tipo analítico con 3798 parturientas, de las cuales la muestra la componen 580 primigestas que acudieron al Centro Obstétrico Del Hospital Vicente Corral Moscoso. Los resultados fueron: La prevalencia encontrada de episiotomía fue del 35.5%. La edad fue considerada menor de 19 años con un factor de riesgo para la práctica de episiotomía con relevancia estadística; también se consideró el peso del recién nacido mayor a 3000 gr y el perímetro cefálico mayor a 33 cm; en este estudio no se encontró relevancia estadística entre talla materna menor a 145 cm y la práctica de episiotomía. Es decir, existe relación entre la edad de la madre y el peso del recién nacido con la realización de la episiotomía.

Otro metaanálisis, realizado en la China y Argentina, también publicado por Cochrane Database of Systematic Reviews, más recientemente en el año 2017, elaborado por Jiang H. Et al¹⁸; titulado “Uso de la Episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal”; cuyo objetivo fue evaluar los efectos sobre la madre y el recién nacido en una política de episiotomía selectiva (“solo si es necesaria”) comparada con una política de episiotomía sistemática (“parte del tratamiento habitual”) para los partos vaginales. Con búsqueda de información que cumpla los criterios de selección, en el registro de ensayos del Grupo Cochrane del Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group hasta el año 2016) y en las listas de referencia de los estudios recuperados. Con resultados en base a dos estudios (6177 mujeres), se planificaron 11 pacientes en trabajo de parto vaginal y 1 en pacientes que se había previsto un parto asistido. En parto vaginal no asistido y episiotomía selectiva se puede dar lugar a un 30% de pacientes con traumatismo perineal/vaginal grave (CR 0.90; IC del 95%: 0.52 a 0.94). Durante el parto la pérdida de sangre es un promedio de 27 ml con episiotomía selectiva, IC del 95%. Además, la episiotomía selectiva no tiene efecto sobre los neonatos que tienen una valoración de APGAR menor que 7 a los 5 minutos y puede haber poca o ninguna diferencia en la infección perineal (CR promedio 0.98; IC del 95%: 0.45 a 1.82). Para el dolor, se desconoce si la episiotomía selectiva comparada con la sistemática resulta en menos mujeres con dolor perineal moderado o grave a los tres días

posparto (CR 0.71; IC 95%: 0.48 a 1.05). Posiblemente haya poca o ninguna diferencia para la dispareunia a largo plazo (seis meses o más) (CR 1.14; IC del 95%: 0.84 a 1.53) y puede haber poca o ninguna diferencia para la incontinencia urinaria a largo plazo (seis meses o más) (CR promedio 0.98; IC del 95%: 0.67 a 1.44). Un ensayo informó el prolapso genital a los tres años después del parto. En este estudio se llegó a la conclusión de que la episiotomía sistemática no reduce el traumatismo perineal/vaginal.

Otro estudio realizado en Ecuador, por Cedeño Ciña F¹⁹., en el año 2018, titulado “Complicaciones inmediatas de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Materno Hidalgo De Procel durante el periodo de Agosto 2017 a Enero 2018”, tuvo como objetivo determinar las complicaciones inmediatas que se presentan con el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Materno Hidalgo De Procel. Este estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y analítico. Los resultados de este estudio fueron: En el 76% de nulíparas se realizó episiotomía y en el 24% no se realizó. Con relación a la edad, el mayor porcentaje fueron mujeres de 16 a 19 años de edad, las cuales presentaron mayor probabilidad de realizar episiotomía. El 52% de episiotomizadas, presentaron como principal complicación, el dolor, el mismo que se presentó de moderado a intenso; como segunda complicación más frecuente tenemos la presencia de edema en un 20%, en relación a la presencia de laceración durante el proceso del parto, se evidenció que esta complicación se presenta con poca frecuencia, 17% presentan desgarros. De las 36 mujeres no episiotomizadas, 67% presentaron como principal complicación los desgarros, siendo estos desgarros de 1 y 2do grado. Las laceraciones se presentan con mayor frecuencia en las mujeres sin episiotomía en un 24%, la presencia de dolor, edema, anemia y hematomas, arrojaron resultados estadísticamente no significativos. En conclusión, las mujeres episiotomizadas presentaron menos complicaciones, con tiempo de recuperación post parto mucho menor.

A nivel nacional:

A nivel nacional, en el año 2016, Briceño Otiniano, DL²⁰., en la ciudad de Trujillo realizó un estudio titulado: “Episiotomía Selectiva Relacionada a Complicaciones

Inmediatas Post parto en el canal vaginal, en puérperas del Hospital Distrital Santa Isabel. El porvenir, 2014.” Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, en el año 2014. Este estudio fue de tipo correlacional y retrospectivo, la población de estudio fue 562 puérperas, se les realizó la episiotomía selectiva prevaleciendo en las primigestas con 29.5%, continuadas por multíparas con 19,6% y gran multíparas con 2,1%. Las puérperas con episiotomía selectiva que presentaron desgarro fue de un 4.3% con recurrencia de hematoma 0.5% y la hemorragia 0.0%. Se concluye que, al incrementarse la recurrencia de episiotomía selectiva, disminuye la frecuencia de desgarros y no se relaciona con la presencia de hematomas, ni hemorragia.

En ese mismo año, pero en la ciudad de Tingo María, Pujay Escobal, AC²¹, realizó un estudio titulado “Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María de Enero a diciembre. 2015”, su objetivo fue 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. La metodología utilizada fue de tipo observacional descriptivo, analítico de corte transversal. Los resultados fueron: Procedencia rural con un 56,25%, el grupo etéreo más frecuente fue entre los 18 a 29 años con un 62.59%, estado civil conviviente un 68.75%, grado de instrucción secundaria 56%; dichas variables se relacionaron muy significativamente a las complicaciones del uso constante de la episiotomía en la población en estudio. Con respecto a las variables obstétricas, el 62.50 % de edad gestacional correspondió al nivel de 39 y 40 semanas, el 63.75% de los partos tuvieron controles prenatales, el 43.75% de los recién nacido pesaron entre 3000 a 3499 gr, en cuanto a la valoración del APGAR: De 7 a 10 puntos, al minuto hubo 14 casos y 2 casos de 4 a 6 puntos; mostrando una adecuada recuperación a los 5 minutos. En conclusión, la incidencia de episiotomía de manera sistemática es bastante alta y las características sociodemográficas de la madre, se relacionan significativamente con la incidencia de episiotomía.

Ávila Fabian AC²², en Lima, en el año 2017, realizó un estudio titulado "Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero

– junio. 2015”. El estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. La metodología usada fue descriptiva simple, retrospectiva y de corte transversal. Se estudiaron 81 primigestas. Los resultados fueron: Las primigestas con episiotomía fueron el 65.4% y las que sufrieron desgarros fueron el 34.6%, prevaleciendo los desgarros de I grado (23.5%). La edad de las primigestas con episiotomía fue de 25 a 29 años con 50.6%, el 50.6% presentaron anemia, las que completaron su control prenatal fueron el 96.2%, sesiones completas de psicoprofilaxis el 67.9%. En primigestas 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%) 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%). Por tanto, se deduce que las pacientes a las que se les practicó episiotomía, se relacionan con desgarro de I grado.

Ese mismo año, Dávila Samaniego, EV²³, en la ciudad de Jauja, Huancayo; realizó un estudio titulado: "Factores Asociados a la indicación de Episiotomía, en pacientes primíparas atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017”. Cuyo objetivo fue determinar la asociación que guardan los factores asociados a la prescripción de episiotomía en pacientes primigestas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja. Este estudio fue de diseño observacional, descriptivo, de corte transversal. Concluyendo que no existe asociación entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en pacientes primigestas. Los factores obstétricos tienen mucha correlación con la indicación de episiotomía en pacientes primigestas.

En otro estudio, también llevado a cabo en este mismo año, en la Ciudad de Cajamarca por Chozo Celis, K²⁴, tuvo como título “Complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016”. Su objetivo general fue identificar las complicaciones de la práctica restrictiva en primigestas. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016. La metodología empleada fue la no experimental, de corte transversal, descriptiva,

observacional y comparativa. Los resultados fueron los siguientes: aproximadamente la mitad de las pacientes eran adolescentes de 15-19 años (51,0% y 40,7%); la mayoría culminó la secundaria (45,1% y 47,5%); el 72,5% era conviviente; además, eran oriundas de las zonas urbanas de la ciudad (64,4%). Las complicaciones inmediatas fueron: Laceraciones del canal del parto, al 27,5% de primigestas se les practicó episiotomía rutinaria y sólo al 28,8% episiotomía restrictiva respectivamente; hematomas en 33,3% y 6,8% de primigestas con episiotomía rutinaria vs restrictiva; y desgarros, en 70,6% y 20,3% de primigestas con episiotomía rutinaria vs episiotomía restrictiva, concluyendo que las complicaciones se presentaron en menor porcentaje en mujeres con episiotomía restrictiva, con excepción de laceraciones que fueron más frecuentes en éste último grupo. Como complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) se determinó que se presentaron infecciones en 43,1% y 3,4% en primigestas con episiotomía rutinaria vs episiotomía restrictiva; dehiscencia en 27,5% y 11,9% en primigestas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva. Se puede concluir que la práctica rutinaria de episiotomía presentó más complicaciones, tanto inmediatas como mediatas.

En otro estudio también realizado en el año 2017, por Huamán Quispe L²⁵. en esta ocasión en la ciudad de Lima, titulado “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”, y tuvo como objetivo determinar las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primigestas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016. La metodología empleada fue la de tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo, de corte transversal. Los resultados de este estudio fueron los siguientes: La edad promedio de las primigestas fue de 20.9 a 20.7 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 a 41.1 semanas, el 100% presentaron parto a término, el peso promedio del recién nacido fue de 3,242 gramos. De las primigestas sometidas a episiotomía, el 30% presentaron desgarró, el 6.7% sufrieron laceraciones y en promedio perdieron 198.7 cc de sangre, por otro lado, de las primigestas que no fueron sometidas a episiotomía, el 60% presentaron desgarró, el 3.3% sufrieron laceraciones y en promedio perdieron 215 cc de sangre. Al igual que en la mayoría de los casos, el uso

de episiotomía se relaciona con los aspectos sociodemográficos de la madre, hay mayor índice de complicaciones con su uso, tanto a corto plazo como a largo plazo.

A nivel local o regional:

A nivel regional, también tenemos algunos estudios referentes al tema, así tenemos que, en la ciudad de Tarapoto, en el año 2012, Rodríguez Góngora E²⁶. hizo un estudio titulado “Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – Minsa Tarapoto. Periodo 2010”; tuvo como objetivo principal determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – Minsa Tarapoto. Periodo 2010. La metodología empleada fue explicativa, retrospectiva, de corte transversal; para determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal. La población estuvo conformada por 194 gestantes (177 conformaron el grupo en estudio y 77 el grupo control). 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 primario 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 presentadas 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 fueron la dehiscencia ($p < 0,05$). Se concluye que la episiotomía rutinaria presenta mayores complicaciones en gestantes nulíparas. Es necesario que el Ministerio de Salud realice capacitaciones continuas que permita tanto al personal de salud como a las pacientes, tener mayor conciencia sobre las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía. Además, la forma de actuar del personal de salud y su desenvolvimiento en el procedimiento, tiene mucha importancia para evitar ciertas complicaciones.

Tuesta Yomona MI²⁷, en el año 2017, en Iquitos realizó un estudio titulado “Complicaciones De La Episiotomía En Nulíparas Atendidas En El Hospital Regional De Loreto; Enero - Marzo 2016” .Este estudio fue de diseño no experimental, descriptivo correlacional y retrospectivo. La muestra estuvo

conformada por 153 gestantes nulíparas las cuales fueron sometidas a episiotomía, el objetivo de dicho estudio fue determinar las complicaciones inmediatas y tardías de la episiotomía en Nulíparas en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Marzo 2016. Este estudio concluyó que la edad más prevalente fue de la etapa adolescente con más de la mitad de los casos, además que procedían de zonas urbanas y de estado civil conviviente o estable y el 52.9% fueron convivientes. Dentro de los factores obstétricos, solo el 7% no registró ningún APN, más de la mitad realizaron adecuadamente sus APN (6 a más a término), solo el 15.7% fueron gestaciones pretérmino. Dentro de las complicaciones de la episiotomía, la más frecuente fue hematoma vulvar en un 3.3%, dehiscencia de episiorrafia en un 2.0%, pérdida 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. En conclusión, en este estudio se observa una relación significativa entre la edad temprana de la madre, con la realización de la episiotomía, lo que ocasionaría un alto índice de anemia post parto, sin contar que la mayoría de pacientes presentan anemia antes de la gestación, por diversas causas.

2.2. BASES TEÓRICAS

EPISIOTOMÍA

Definición:

Es la incisión en el perineo para expandir la apertura vaginal durante el periodo expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se hace con tijeras y debe repararse mediante una sutura generalmente de tipo absorbible. Según Paran, O. Et al²⁸ estas episiotomías pueden tener complicaciones; siendo las más frecuentes: Dolor, Hemorragia, desgarró, hematoma, edema, infección y dehiscencia.

Anatomía del piso pélvico

Se puede resumir que el suelo pélvico o periné es un conjunto de músculos y tejidos conectivos que alfombra la parte inferior de la pelvis. Refuerzan y cierran la cavidad del abdomen en su parte inferior y su función principal es sostener los órganos abdomino-pélvicos (Útero, vagina, vejiga, recto) en su posición adecuada para su normal funcionamiento.

El piso de la pelvis está formado por el diafragma pélvico, de aspecto infundibular, que se compone de los músculos elevador del ano y coccígeo; y de las fascias que cubren las caras superior e inferior de estos músculos. El diafragma pélvico se extiende entre el pubis, por la cara anterior, y el cóccix, por la posterior, así como de una pared pélvica lateral a la otra. Por eso el diafragma pélvico tiene el aspecto de un infundíbulo, suspendido de estas inserciones. El músculo elevador del ano (una ancha lámina muscular) es el músculo más grande e importante del suelo de la pelvis. Sus distintas porciones se designan según la dirección e inserción de las fibras. El músculo elevador del ano se inserta en la cara interna de la pelvis menor y forma casi todo el suelo de la pelvis.²⁹

En consiguiente, la mayoría de los músculos se insertan en el pubis y se extienden por todo el suelo pélvico para terminar en el coxis, alrededor de la vulva, el ano y, además, se sitúan en 3 planos³⁰.

Plano superficial:

- Músculo esfínter externo del ano
- Músculo transverso superficial
- Músculo isquiocavernoso

- Músculo bulboesponjoso
- Músculo constrictor de la vulva

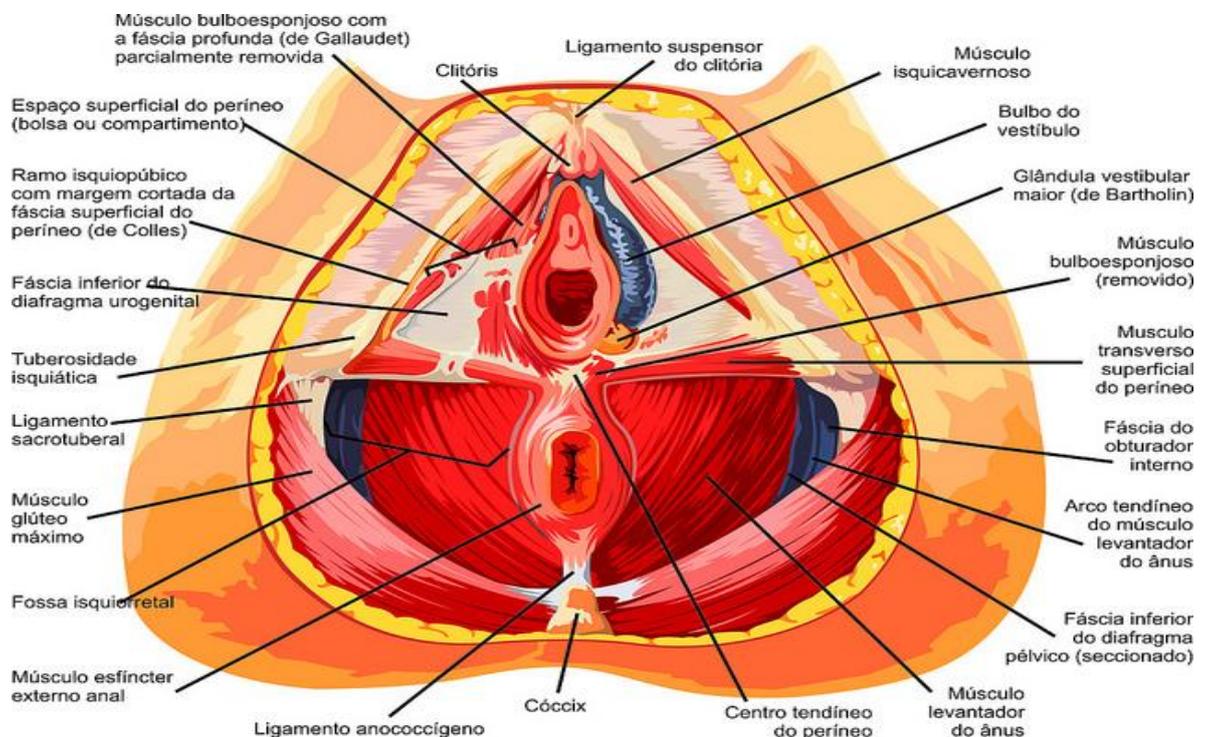
Plano medio:

- Músculo transverso profundo del perineo
- Músculo esfínter uretrovaginal
- Músculo compresor de la uretra

Plano profundo:

- Músculo elevador del ano
- Músculo isquiococcígeo

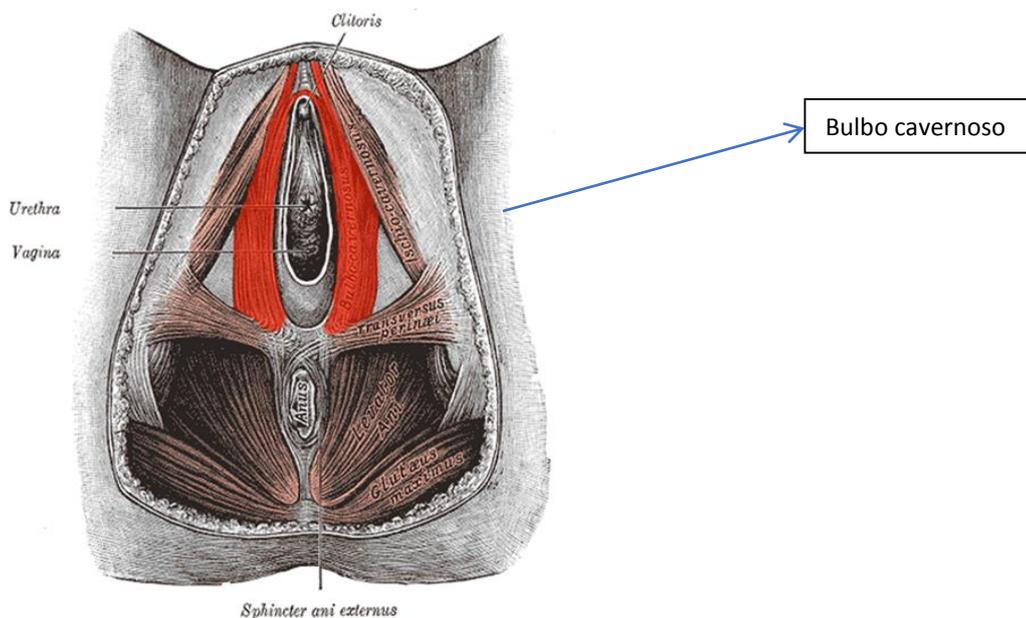
En la siguiente figura se muestra la anatomía muscular del suelo pélvico:



https://www.unex.es/organizacion/serviciosuniversitarios/servicios/servicio_prevenccion/unidades/salud-laboral/cuida-tu-espalda/SUELO%20PELVICO.pdf

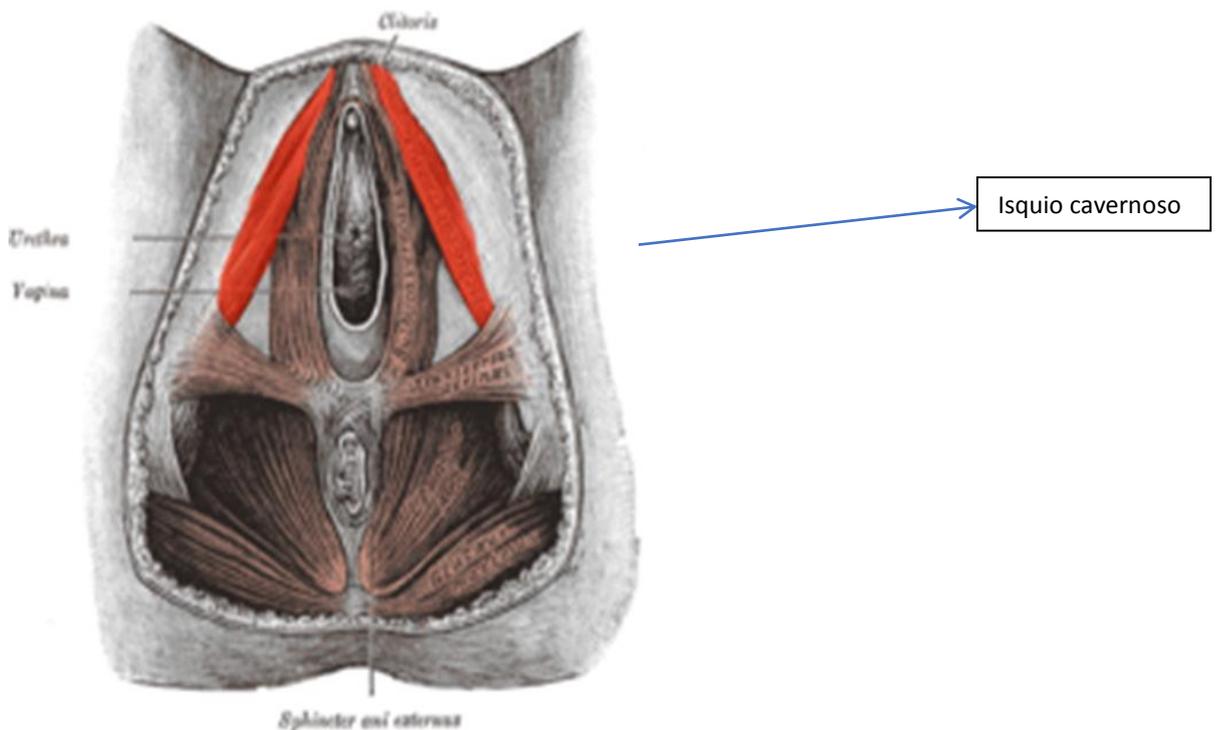
Músculos del perineo implicados en la Episiotomía:

- **Bulbo cavernoso:** Su origen inicia en el tendón central anterior al esfínter externo del ano, a ambos lados de la línea media y de allí discurren hacia adelante y luego hacia arriba, dibujando una curva de concavidad interna, circundando la vagina, por debajo de los labios mayores y arropando o cubriendo las glándulas de Bartholino; cada uno contraponiendo sus fibras a la del otro³¹. En el otro extremo, se conectan al cuerpo cavernoso y ligamento suspensorio del clítoris. Si bien desde el punto de vista anatómico se reconocen dos músculos, desde el punto de vista funcional se reconoce sólo uno al que se le conoce como “constrictor de la vagina”, refiriéndose a su función más importante, la cual es de estrechar el introito vaginal. 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 oprimiendo la vena dorsal de este órgano favoreciendo su erección, al tiempo que lo jala hacia abajo aplicando el extremo libre de este sobre el pene durante la cópula. Los vasos sanguíneos provienen de la arteria pudenda interna por la perineal profunda, continúa anteriormente hasta terminar en la arteria dorsal del clítoris. El drenaje venoso sigue el plexo pudendo. La inervación proviene del nervio perineal que penetra bien por su cara más profunda o bien por su cara superficial³².



<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/88/Bulbospongiosus-Female.png>

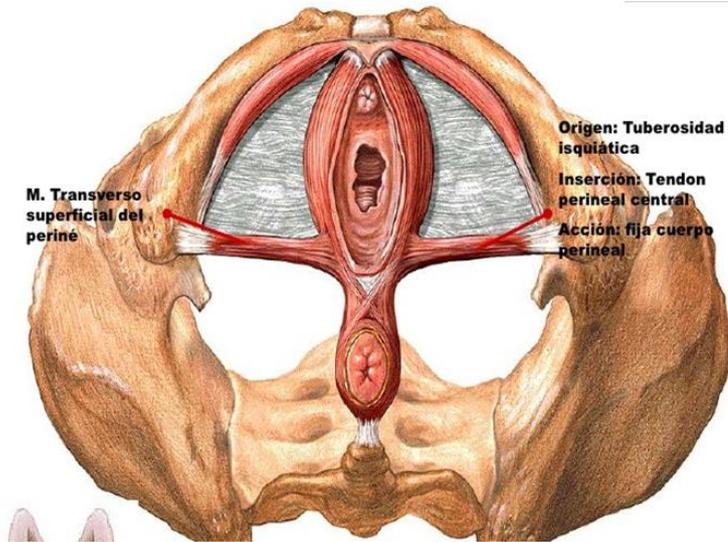
- **Isquio Cavernoso:** Su origen inicia en la tuberosidad isquiática, luego se dirige hacia arriba insertándose en el lado anterior de la sínfisis púbica, además de la base del clítoris y rodeando el cuerpo cavernoso del mismo; también, envía fibras decusantes a la zona de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando casi la totalidad del esfínter externo de la misma. Así como en el hombre se encarga de la función de erección y eyaculación, en la mujer comprime el cuerpo cavernoso del clítoris ayudando 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 Isquio cavernosa del nervio perineal³³.



<https://es.wikipedia.org/wiki/Perin%C3%A9#/media/Archivo:Gray408.png>

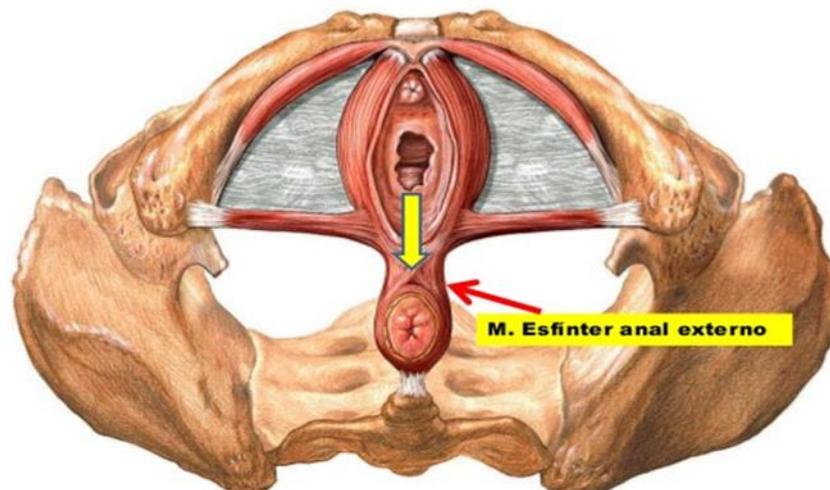
- **Transverso perineal superficial:** Su inicio se da en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose transversalmente e insertándose en el tendón central. A diferencia de su función muy definida en el hombre, actuando en la micción y más que todo en la eyaculación; en la mujer, es mucho menos desarrollado y al parecer tiene una función secundariamente en la defecación, puede obrar sobre el recto para que recobre su lugar. Las arterias provienen de la perineal profunda y de la

pube interna. Su nervio lo alcanza en su parte media y posterior, proveniente de la rama perineal del pudendo interno³⁴.



<https://www.musculos.org/musculo-transverso-superficial-del-perine.html>

- **Esfínter externo del ano:** Conformado por doce fascículos concéntricos que se colocan alrededor del segmento inferior del recto; en la mujer es un poco más desarrollado que en el hombre, alcanzando a medir entre 2 a 2.2 cm de altura y 1 a 1.5 de espesor. Cuando el ano se dilata, como por ejemplo al paso del feto, este se aplana externamente haciéndose más amplio en el sentido anteroposterior que en el transversal³⁵.



<https://es.slideshare.net/franco3/anatomia-pelvica>

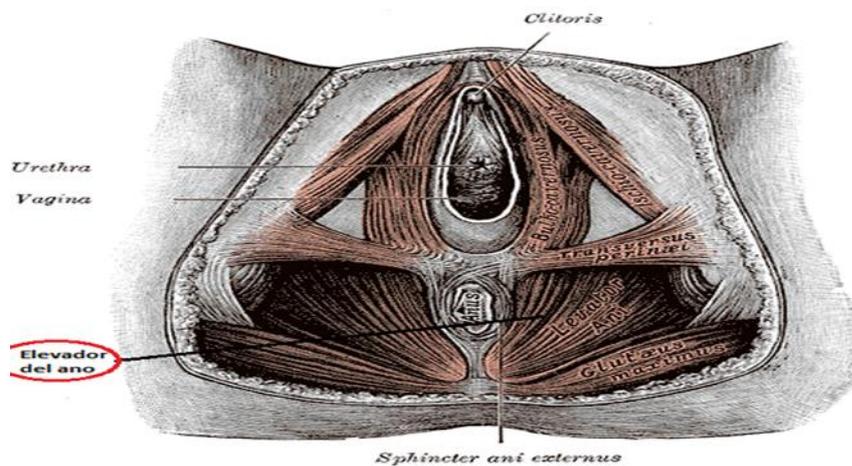
- **Transverso profundo del perineo:** Es un músculo profundo, plano y transverso que se expande desde las ramas isquio-púbicas al rafe ano- vaginal.

Actualmente es considerado como uno solo. Su irrigación e inervación depende de los mismos vasos y nervios que los del bulbo cavernoso³⁶.



<https://www.musculos.org/musculo-transverso-profundo-perine.html>

- **Diafragma pélvico:** El elevador del ano sigue siendo el músculo más extenso de la pelvis y el más importante del diafragma pélvico, está formado por tres fascículos o haces: El haz puborrectal, púbococcígeo e iliococígeo. El puborrectal se origina desde el lado posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis³⁷.



<https://anatomiaui1.wordpress.com/2014/12/08/el-diafragma-muscular-pelviano/>

Tipos de episiotomía

La episiotomía es el procedimiento ginecobstétrico invasivo más usado en el parto normal, se acredita generalmente como una técnica con fines de protección del perineo, sin embargo, varios estudios indican que el uso común o de rutina está

relacionado a las más altas prevalencias de traumas del perineo. La propuesta de la OMS de humanización del parto señala el uso limitado de este procedimiento y debe haber una indicación real o válida que justifique la realización de una episiotomía y; su uso rutinario se indica como una práctica usada con frecuencia de manera inadecuada³⁸.

Kalis V. Et al³⁹ en el año 2012, afirmó que existen varios tipos de episiotomía reconocidos según su localización y presentación, aunque podría haber otros más. Los más utilizados son:

- **Lateral:** La incisión se inicia a unos centímetros por encima de la línea media de la horquilla vulvar, en dirección a la tuberosidad isquiática. Se seccionan haces del músculo bulbocavernoso y el sangrado es abundante; actualmente está en desuso.
- **Media o central:** La incisión se efectúa sobre el fascículo fibroso ano-vulvar, respetando los músculos elevadores. La pérdida de sangre es escasa. Es fácil de reparar, origina mínimas molestias post operatorias y el resultado es estético y funcional.
- **Episiotomía medio-lateral:** Se realiza una incisión oblicua (45°) desde la horquilla vulvar, llegando a la piel y músculo, incluida la fascia pubo – rectal del elevador del ano, el sangrado es mayor que con la episiotomía media, pero la tasa de desgarros de III y IV grado es menor, aunque pueden quedar retracciones y dispareunias durante algunos meses.
- **Episiotomía anterior** (Procedimiento de la apertura de cicatriz asociada con algunos grados de mutilación genital femenina): Generalmente se realiza durante el parto en las mujeres que han tenido infibulación femenina realizada previamente. El dedo del practicante es insertado a través del introito y dirigida hacia el pubis.

En la siguiente figura se muestra la clasificación de la episiotomía según Kalis:

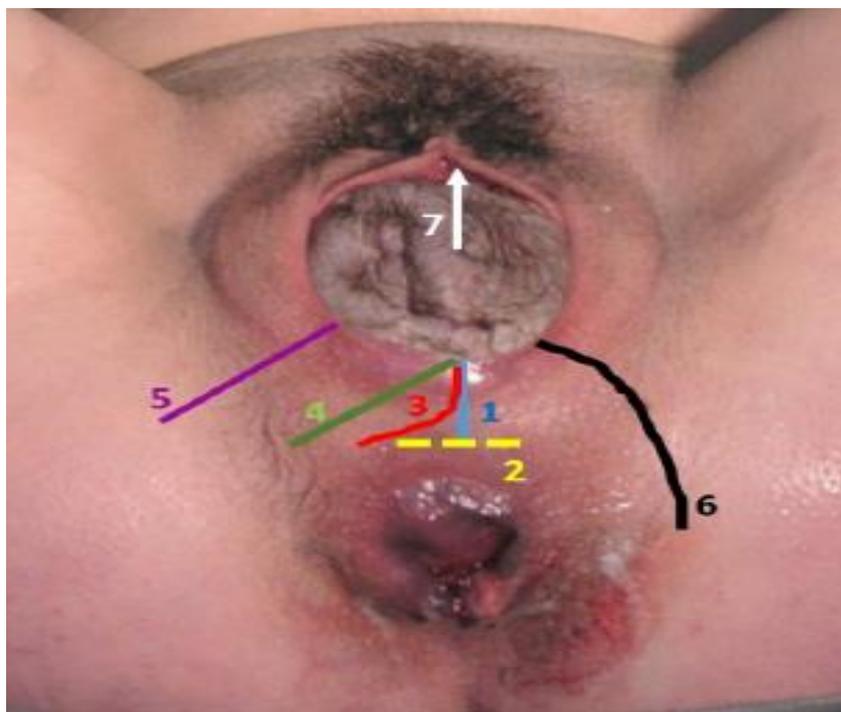


Figura 1: Clasificación de la episiotomía, según tipo de corte. Números; 1: Mediana. 2: Mediana modificada. 3: En forma de J. 4: Medio lateral. 5: Lateral. 6: Lateral radical. 7: Anterior.
Extraída de: V Kalis, K Laine, JW de Leeuw, KM Ismail, DG Tincello. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Revista en Internet] 2012; 522(5).

Indicaciones de la episiotomía:

John R. Scott⁴⁰, en el año 2005 realizó un estudio de las principales indicaciones de episiotomía y las agrupó de la siguiente manera:

- **Profiláctica:** Para evitar un desgarro perineal severo y/o franquear un perineo rígido.
- Para acelerar un parto complicado en casos de:
FETALES: Macrosomía, presentaciones anómalas, sufrimiento en la segunda parte del expulsivo.
MATERNO: Desgarro vulvo – vagino – perineal inminente; evitar maniobras de valsalva forzada (pujos), que tiene importancia en el caso de madres con hipertensión endocraneana, hipertensión arterial, hipertensión ocular, cardiopatía, parto instrumentado, etc.

Factores de riesgo asociados a la presencia de complicaciones

Para la American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)⁴¹. Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son:

- Nuliparidad
- Inducción del trabajo de parto
- Trauma perineal
- Periodo expulsivo prolongado
- Distocia de hombros
- Partos instrumentados (Fórceps)
- Feto Mayor de 4000 gramos
- Variedad de posición Occipito-posterior persistente
- Trabajo de parto prolongado
- Desgarros cervicales, de vagina y perineales.

Complicaciones de la episiotomía

Muchos estudios han demostrado la relación de la episiotomía rutinaria con la aparición de complicaciones inmediatas y tardías, es que Valencia Barahona L⁴². en el año 2018, en Ecuador, demostró en su estudio que un gran número de pacientes presentaron más de una complicación inmediata posterior a la realización de episiotomía, (33.4%) 32 pacientes presentaron desgarros siendo esta la complicación más frecuente, seguida de (25,8%) 24 pacientes que presentaron desgarros más hemorragias, (12,9%) 12 pacientes que presentaron hematomas, (11,8%) 11 pacientes que presentaron hemorragia, (6.5%) 6 pacientes presentaron desgarro más dolor severo, (3,2%) tres pacientes que presentaron dolor severo, (1,1%) un paciente que presento desgarro, hemorragia y dolor severo.

A continuación, detallaremos algunas de ellas⁴³:

- **Desgarros:** Montenegro M; Et al⁴⁴, afirmó que generalmente se relaciona con la realización de la episiotomía mediana. Son más dolorosos que los desgarros que ocurren espontáneamente y afectan el esfínter externo anal y ocasionalmente al recto. Cuando el desgarro

por extensión ocurre en una episiotomía medio lateral, afecta más en profundidad y pueden afectar el músculo elevador del ano, esto requiere una restructuración del mismo muy meticolosa. Los desgarros son laceraciones espontáneas producidas en el periné (en nuestro caso durante el trabajo de parto) de diferente gravedad, dependiendo de los planos afectados. Según su severidad se puede clasificar de la siguiente manera:

Grado I: Afectación vaginal. Piel perineal solamente. Tejido subcutáneo.

Grado II: Abarca hasta la musculatura perineal.

Grado III: Hay más lesión del esfínter anal:

- Grado III A: Menos del 50% del esfínter anal externo desgarrado.
 - Grado III B: Más del 50% del esfínter anal externo desgarrado.
 - Grado III C: Afectación del esfínter del ano tanto interna como externamente.
 - Grado IV: Afectación de la mucosa rectal, con un desgarrado completo del esfínter anal.
- **Dolor:** Según Romero J. Et al⁴⁵, la episiotomía causa más dolor perineal, más intenso que los desgarros espontáneos y con mayor incomodidad en el post parto inmediato.
 - **Hematoma:** Según Rábago J⁴⁶; la mayoría de hematomas están presentes en el desgarrado de las episiotomías medio – laterales. Suelen aparecer tempranamente y se acompañan de dolor intenso en el periné y una masa subyacente que crece a gran velocidad. Si el hematoma pone en riesgo la sutura, debe drenarse lo antes posible.

Se sospechará hematoma puerperal ante la presencia de: Dolor, tumefacción vulvar o edema, induración, tenesmo y en caso graves, cambios en los signos vitales por pérdida de sangre. En la siguiente figura tomada de Choque Campero E. Et al⁴⁷, se muestra un hematoma vulvar clásico.



*Figura 2: Hematoma vulvar, post episiotomía y mala episiorrafia.
Extraída de: Choque Campero A., Céspedes Escobar JC. Hematoma Vulvar.
Rev Cient Cienc Méd [online]. 2012, vol.15, n.1, pp. 45-45. ISSN 1817-7433.*

- **Hemorragias:** Flores, D. en el año 2014, afirmó que generalmente se presenta con mayor frecuencia en las episiotomías medio laterales que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe de 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 alumbramiento⁴⁸.
- **Infecciones:** Por lo general, aparecen a las 48-72 horas siguientes. Según Rabago J. en 2006, frecuentemente comienza con una celulitis con mucha sintomatología que hace a la paciente acudir al médico. Puntualmente avanza hacia la formación de abscesos que precisan drenaje y cierre por segunda intención⁴⁹.
- **Dehiscencia:** Tomasso G. 2002. Afirma que la separación de las capas de una herida quirúrgica generalmente ocurre por excesiva tensión interna o tras la infección y precisa reparar de nuevo la episiotomía⁵⁰.

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1. Hipótesis

Hipótesis alterna:

El uso rutinario de episiotomía está asociado a la presencia de complicaciones como laceraciones, desgarros, anemia, hemorragia, hematoma, edema, infección y dehiscencia, en pacientes primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017.

Hipótesis Nula:

El uso rutinario de episiotomía NO está asociado a la presencia de complicaciones como laceraciones, desgarros, anemia, hemorragia, hematoma, edema, infección y dehiscencia, en pacientes primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017.

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
VARIABLES INDEPENDIENTES						
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Persona que presente edad de entre 14 a 35 años durante el periodo expulsivo de parto.	Cuantitativo	numérico	Es la presencia de edad registrada en la historia clínica.	Edad.....(años).
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal al respecto.	Si presenta o no pareja y el grado de relación con respecto a ésta.	Cualitativa	nominal	Es la presencia de estado civil registrada en la historia clínica.	-soltera. -conviviente. -casada.
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Es el grado más elevado de estudios realizados al momento de la encuesta, sin tener en cuenta si se han terminado o no.	Es el grado más elevado de estudios realizados al momento de la encuesta, sin tener en cuenta si se han terminado o no.	Cualitativa	nominal	Es la presencia de grado de instrucción registrada en la historia clínica.	-iletrada -primaria -secundaria -superior.
PROCEDENCIA	Lugar de donde procede la paciente durante su último estado de salud.	Área de donde procede actualmente (vive en la periferia o en la ciudad)	Cualitativa	nominal	Es la presencia de procedencia registrada en la historia clínica.	-urbana -rural
EDAD GESTACIONAL	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. (Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre).	Semanas de embarazo calculado con fecha de última menstruación confiable y/o por ecografía.	Cuantitativa	numérico	Es la presencia de edad gestacional registrada en la historia clínica.(semanas de embarazo)
PESO DEL RECIÉN NACIDO	Es el primer peso del neonato hecho	Peso medido del recién nacido en la balanza	Cuantitativa	numérico	Es la presencia de peso neonatal(grs)

	inmediatamente después del nacimiento.	neonatal inmediatamente después del parto.			registrada en la historia clínica.	
EPISIOTOMÍA	Incisión que se realiza en el periné, desde la parte posterior de la horquilla vulvar hacia la tuberosidad isquiática;	Incisión que se realiza en el periné desde la parte posterior de la horquilla vulvar hacia la tuberosidad isquiática; comprende la incisión de piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto.	Cualitativa	nominal	Es la presencia de episiotomía registrada en la historia clínica.	-mediolateral -mediana -lateral
VARIABLES DEPENDIENTES						
LACERACIONES	Solución de continuidad traumática de la vulva y el periné, al momento del descenso, rotación o salida de la cabeza del Feto.	Pérdida de continuidad de la mucosa vaginal y el periné, al momento del descenso, rotación o salida de la cabeza del Feto.	cualitativa	nominal	Es la presencia de laceraciones registrada en la historia clínica.	-Si -No
ANEMIA	Condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre está por debajo de valores considerados normales, los cuales varían con la edad, el sexo, el embarazo y la altitud.	Condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre está por debajo de valores considerados normales después del parto.	cualitativa	nominal	Es la presencia de anemia registrada en la historia clínica.	-Si -No
HEMATOMA VULVAR	Es la colección de sangre a nivel vulvar. Generalmente es	Es la colección de sangre a nivel vulvar. Generalmente es	cualitativa	nominal	Es la presencia de hematoma registrada en la	-Si

	secundario a un trauma obstétrico, lesiones por contusión.	secundario a un trauma obstétrico.			historia clínica.	-No
EDEMA VULVAR	Aumento del volumen de la zona vulvo - perineal con presencia de líquido después del parto.	Aumento de volumen a nivel vulvo - perineal por trauma obstétrico durante el parto.	cualitativa	nominal	Es la presencia de edema vulvar o perineal registrada en la historia clínica.	-Si -No
DESGARRO PERINEAL	Desgarro que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como de la vagina). El desgarro puede ser medio o lateral.	Pérdida de continuidad de partes blandas del canal del parto, que afecta al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como de la vagina).	cualitativa	nominal	Es la presencia de desgarro registrada en la historia clínica.	-Si -No
GRADOS DE DESGARRO PERINEAL	Según su extensión, se clasifica en desgarro perineal de primer grado (Afecta piel y TCSC); de segundo grado, cuando afecta a la musculatura y llega hasta el esfínter externo del ano; de tercer grado, cuando afecta al esfínter anal externo e interno; y de cuarto grado afecta el esfínter anal y llega a la mucosa rectal.	Según su extensión, se clasifica en desgarro perineal de primer grado (Afecta piel y TCSC); de segundo grado, cuando afecta a la musculatura y llega hasta el esfínter externo del ano, de tercer grado, cuando afecta al esfínter anal externo e interno; y de cuarto grado afecta el esfínter anal y llega a la mucosa rectal.	cualitativa	ordinal	Es la presencia de grado de desgarro registrada en la historia clínica.	-Grado I -Grado II -Grado III -Grado IV
PÉRDIDA SANGUÍNEA VAGINAL	Pérdida de volumen sanguíneo, a través del canal de parto que se produce durante la	Pérdida de volumen sanguíneo, a través del canal de parto que se produce durante la	cuantitativa	numérico	Es la cuantificación de pérdida sanguínea registrada en laml

	atención del parto.	atención del parto.			historia clínica.	
INFECCIÓN DE LA EPISIORRAFIA	Presencia de signos inflamatorios con secreción amarillenta y olor fétido en el periné, posterior a la episiotomía.	Si presenta cuadro clínico con signos inflamatorios, secreción amarillenta y olor fétido en el periné posterior a la episiotomía.	cualitativa	nominal	Es la presencia de infección evidenciada con cuadro clínico registrada en la historia clínica.	-Sí -No
DEHISCENCIA DE LA EPISIORRAFIA	Complicación quirúrgica en el que los puntos de sutura de la episiorrafia se separan de manera espontánea, producto de una infección o aumento de la tensión de la episiorrafia.	Complicación quirúrgica en el que los puntos de sutura de la episiorrafia se separan de manera espontánea; producto de una infección o aumento de la tensión de la episiorrafia.	cualitativa	nominal	Es la presencia de dehiscencia registrada en la historia clínica.	-Sí -No

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación:

El presente trabajo de investigación es del tipo analítico, porque el propósito fue identificar las complicaciones de la episiotomía asociadas a su uso rutinario, en primigestas en trabajo de parto atendidas en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017 y fue Transversal, porque se recopiló información en un solo momento de la investigación.

Diseño de Investigación:

El diseño que se empleó fue el no experimental, observacional porque la recolección de datos se realizó de las Historias Clínicas, durante el período establecido; además, no se pudo tener el control de las variables independientes.

3.2. Lugar, Población y Muestra del estudio

Lugar de estudio:

El estudio se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Santa Gema de Yurimaguas, el cual se encuentra en la ciudad de Yurimaguas, cuya dirección legal es la calle Progreso 305. Es una institución perteneciente al Ministerio de Salud con categoría II y es el hospital de referencia de la Provincia de Alto Amazonas. Es un centro de segundo nivel y brinda a los pacientes atención de calidad en todos los servicios especializados; siendo el horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm. Consultorio externo; las 24 horas en Emergencia.

Población:

El universo poblacional estuvo constituido por todas las pacientes nulíparas a las cuales se les atendió el parto en el Hospital II Santa Gema, durante el período de estudio: Enero a Diciembre del año 2017.

Tamaño de la Muestra: Justificación

La muestra estuvo constituida por todas las mujeres nulíparas a las que se les atendió el parto en el Hospital II Santa Gema, durante el período de estudio; por lo tanto, la muestra fue toda la población; se tomó a totalidad debido a que sólo fueron 260 gestantes primigestas, por lo que no fue necesario calcular una

muestra. Sin embargo, según los criterios de inclusión y exclusión, se trabajó con 252 pacientes.

Muestreo: Se eligió a todas las mujeres que tuvieron su primer parto en el Hospital II Santa Gema, durante el período de estudio, con o sin episiotomía, según los criterios de selección.

3.3. Criterios de Selección

3.3.1. Criterios de Inclusión

- Historia clínica accesible y con información requerida completa.
- Gestante a término atendida por parto vaginal en el Hospital II Santa Gema.
- Mujeres de 14 a 34 años.
- Paciente nulípara.
- Feto único
- Sin presencia de distocia (presentación y canal de parto).

3.3.2. Criterios de Exclusión:

- Historia clínica con información requerida incompleta.
- Mujeres multíparas.
- Gestantes de edades menores de 14 años o mayores de 35 años debido a que los extremos de vida reproductiva (primera adolescencia y madres añosas), ya implican un factor de riesgo para muchas complicaciones durante el parto, que los convertirían en factores intervinientes.
- Embarazo múltiple.
- Parto instrumentado.
- Presencia de distocia (presentación y canal de parto).

3.4. Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos

3.4.1. Técnica de Recolección de Datos:

Análisis documental a través de la revisión de historias clínicas y el sistema perinatal de las mujeres incluidas en el estudio.

Se solicitó autorización al director del hospital Santa Gema para la revisión sistemática de las historias clínicas, con previa selección de la muestra, luego se revisó y buscó las variables en el sistema perinatal.

3.4.2. Instrumento de Recolección de Datos:

Se aplicó la ficha de recolección de datos que se confeccionó para la presente investigación, la cual fue sometida al proceso de validación a través de juicios de expertos, para lo cual se solicitó la opinión de tres expertos en el tema (tres ginecólogos reconocidos de la ciudad). La ficha de recolección de datos estuvo conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información de las variables independientes y la segunda parte destinada a recolectar datos de las variables dependientes.

3.4.3. Procedimientos de Recolección de Datos:

- Se gestionó el permiso para tener acceso a la información mediante solicitud al director del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.
- Se dispuso de la información de las Historias Clínicas, sistema perinatal y los datos estadísticos de dicho Hospital.
- Se recolectó información de los pacientes.

3.5. Protección de los Derechos Humanos y ética:

El presente estudio se amparó en las leyes de la ética y deontología médica, debido a que se trata de un estudio no experimental, no existen riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida, ni daños a terceros; además es confidencial y anónimo conservando así el derecho a la privacidad. Se respetó el anonimato de las pacientes que ingresaron al estudio de investigación. El investigador no manipula variables, solo observa y describe. No hubo participación directa de las madres, ya que la obtención de la información se realizó a través de la revisión de información de las historias clínicas y el sistema perinatal.

El estudio permitió conocer las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía en las gestantes nulíparas de la ciudad de Yurimaguas. La

información recolectada será bajo responsabilidad del investigador y garantiza el resguardo de la información.

Por la naturaleza y característica del estudio, este no transgredió de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas e incluidas en el estudio y cuya identificación permanecerá en absoluta reserva.

3.6. Procesamiento de Información:

Para calcular la fuerza de asociación se realizó a través del cálculo de Chi cuadrado con una significancia estadística del 95% ($p < 0.05$).

El procesamiento de la información se realizó utilizando el software estadístico SPSS ver. 21 para Windows.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Durante el año 2017, en el hospital II Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, se atendió un total de 260 partos en mujeres primigestas, de los cuales sólo 252 cumplieron con los criterios de inclusión; en este hospital se suele practicar la episiotomía en forma rutinaria, a pesar de ello, al 6.3% (16) de primigestas no se les practicó episiotomía; por lo tanto, la prevalencia de episiotomía es del 93.7% (236); cabe señalar que la única técnica de corte de la episiotomía utilizada en este nosocomio es la medio-lateral.

4.1. Descripción de variables

Características sociodemográficas:

Tabla 01: Resumen de las Características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

VARIABLES	EPISIOTOMÍA		Total
	SI	NO	
Edad			
14 a 19 años	116 (94%)	7 (5.7%)	123 (100%)
20 a 34 años	120 (93%)	9 (7%)	129 (100%)
Estado civil			
Soltera	49 (89.1%)	6 (10.9%)	55
Conviviente	184 (95.3%)	9 (4.7%)	193
Casada	3 (75%)	1 (25%)	4
Grado de Instrucción			
Analfabeta	1 (50%)	1 (50%)	2
Primaria completa	59 (89.4%)	7 (10.6%)	66
Secundaria completa	145 (96%)	6 (4%)	151
Superior	31 (93.1%)	2 (6.1%)	33
Procedencia			
Rural	98 (95.1%)	5 (4.9%)	103
Urbano	138 (92.6%)	11 (7.4%)	149

En la tabla 01, se resumen las principales características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, donde podemos observar que poco menos de la mitad son adolescentes (123) entre 14 a 19 años y de éstas sólo a 7 (5.7%) no se les practicó episiotomía, similar porcentaje a las madres primerizas de 20 a 34 años (7%). En cuanto al estado civil 55 fueron madres solteras, de las cuales al 89% se les practicó episiotomía, sin embargo, la mayoría fueron convivientes y solo 4 casadas, no

hubo muchas diferencias en cuanto al uso de episiotomía. Referente al grado de instrucción la mayoría sólo tenía secundaria y estudios deficientes, cabe señalar que un gran número refirió que estaban realizando estudios superiores, sin embargo, tampoco había diferencias en cuanto a la práctica de episiotomía entre estas mujeres. Finalmente, un gran número provenían de zonas rurales, pero no hubo diferencia en cuanto a la preferencia del uso de episiotomía con las mujeres que provenían de zonas urbanas.

Características Ginecobstétricas

Tabla 02: Resumen de las Características Ginecobstétricas de las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

VARIABLES	EPISIOTOMÍA		TOTAL
	SI	NO	
Edad Gestacional			
32 a 36 ss	15 (100%)	0	15
37 a 41 ss	221 (93.2%)	16 (6.8%)	237
Peso del RN			
2500 a 3999 gramos	224 (93.3%)	16 (6.7%)	240
1000 a 2499 gramos	12 (100%)	0	12
Tipo de desgarro			
Sin desgarro	228 (97.9%)	5 (2.1%)	233
Grado I	7 (46.7%)	8 (53.3%)	15
Grado II	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3
Grado III	0	1 (100%)	1

Dentro de las características ginecobstétricas, podemos observar que sólo 15 mujeres tenían entre 32 a 36 (pretérminos) semanas de gestación durante el parto y que a todas ellas se les practicó episiotomía; en cuanto al peso del recién nacido sólo hubo 12 casos de bajo peso al nacer, en todos ellos se practicó episiotomía durante el parto. Con respecto a la presencia de desgarro perineal, se observa que hubo 19 casos de desgarro perineal, de los cuales 15 fueron de primer grado, 3 de segundo grado y solo 1 de tercer grado; cabe señalar que hubo una diferencia significativa en cuanto al uso de episiotomía, ya que el desgarro fue más frecuente en pacientes a las que no se les practicó la episiotomía.

4.2. Asociación De Variables

Tabla 03: Episiotomía asociada a la edad adolescente de las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables		Episiotomía		Total
		SI	NO	
Edad adolescente	SI	116 49.2%	7 43.8%	123 48.8%
	NO	120 50.8%	9 56.3%	129 51.2%
Total		236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%
Chi2: 0.175; p: 0.43				

En la tabla 03, se muestra la asociación entre la edad adolescente y la decisión del uso de episiotomía, donde se puede observar que el 49% de las episiotomías se practicaron en primigestas adolescentes; sin embargo, no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y la decisión de practicar episiotomía durante el parto (Chi²: 0.175; p: 0.43).

Tabla 04: Episiotomía asociada a laceraciones del canal de parto en las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables		Episiotomía		Total
		SI	NO	
Laceraciones	SI	17 7.2%	6 37.5%	23 9.1%
	NO	219 92.8%	10 62.5%	229 90.9%
Total		236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%
Chi2: 16,58; p: 0.001				

En la tabla 04, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la aparición de laceraciones en el canal del parto, donde podemos observar que el 7.2% (17) de las episiotomías presentaron laceraciones del canal del parto, además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre

la episiotomía y la aparición de laceraciones del canal del parto (Chi^2 : 16,58; p: 0.001).

Tabla 05: Episiotomía asociada a Anemia en las primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total	
	SI	NO		
Anemia	SI	104 44.1%	10 62.5%	114 45.2%
	NO	132 55.9%	6 37.5%	138 54.8%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%	

Chi^2 : 2,05; p: 0.12

En la tabla 05, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la aparición de anemia después del parto, donde se puede observar que el 44.1% de las episiotomías en primigestas, presentaron anemia; sin embargo, no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre la decisión de practicar episiotomía durante el parto y la anemia materna (Chi^2 : 2.05; p: 0.12).

Tabla 06: Episiotomía asociada al peso del recién nacido de primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total	
	SI	NO		
Peso del Recién Nacido	Normal	224 94.9%	16 100.0%	240 95.2%
	Bajo peso	12 5.1%	0 0.0%	12 4.8%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%	

Chi^2 : 0,85; p: 0.44

En la tabla 06, se muestra la asociación entre el peso del recién nacido y la decisión del uso de episiotomía, donde se puede observar que el 94.9% de las episiotomías se practicaron en recién nacidos de peso normal; sin embargo, no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre el

peso del recién nacido y la decisión de practicar episiotomía durante el parto (Chi²: 0.85; p: 0.44).

Tabla 07: Episiotomía asociada a la presencia de hematomas del canal de parto en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total	
	SI	NO		
Hematoma	SI	8 3.4%	1 6.3%	9 3.6%
	NO	228 96.6%	15 93.8%	243 96.4%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%	

Chi2: 0,35 p: 0.45

En la tabla 07, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la aparición de hematoma en el canal del parto, donde se puede observar que solo el 3.4% (8) de las episiotomías en primigestas, presentaron hematoma del canal del parto; sin embargo, no se pudo demostrar que exista una asociación estadísticamente significativa entre la decisión de practicar episiotomía durante el parto y la aparición de hematoma del canal del parto (Chi²: 0.35; p: 0.45).

Tabla 08: Episiotomía asociada a la presencia de edema en el canal de parto en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total	
	SI	NO		
Edema	SI	5 2.1%	3 18.8%	8 3.2%
	NO	231 97.9%	13 81.3%	244 96.8%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%	

Chi2: 13.48; p: 0.003

En la tabla 08, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la aparición de edema en el canal de parto, donde podemos observar que solo el 2.1% (5) de las episiotomías presentaron edema del canal del parto, además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la episiotomía y la aparición de edema en el canal del parto (Chi^2 : 13,48; p: 0.003).

Tabla 09: Episiotomía asociada a la presencia de desgarro perineal en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total	
	SI	NO		
Desgarro perineal	SI	8 3.4%	11 68.8%	19 7.5%
	NO	228 96.6%	5 31.3%	233 92.5%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%	
Chi^2 : 91,82; p: 0.000				

En la tabla 09, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la aparición de desgarro perineal, donde podemos observar que sólo el 3.4% (8) de las episiotomías presentaron desgarro, además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la episiotomía y la aparición de desgarro en el canal del parto (Chi^2 : 91,82; p: 0.000).

Desgarro	Episiotomía		Chi^2	p
	Si	No		
Grado01	7 (46.7%)	8 (53.3%)	59.213	0.000
Grado02	1 (33.3%)	2 (66.7%)	18.577	0.001
Grado03	0	1 (100%)	0.000	NA
total	8	11		

El desgarro grado uno tiene mayor fuerza de asociación, debido a que el chi^2 es mayor y la p es más significativa; no se pudo demostrar asociación con grado 3 debido a que solo hubo 1 caso.

Tabla 10: Episiotomía asociada a la pérdida sanguínea en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total	
	SI	NO		
Pérdida sanguínea	<400ml	234 99.2%	13 81.3%	247 98.0%
	>400 ml	2 0.8%	3 18.8%	5 2.0%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%	

Chi²: 24,69; p: 0.002

En la tabla 10, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la pérdida sanguínea, donde podemos observar que sólo el 0.8% (2) de las episiotomías presentaron pérdida hemática por más de 400 ml, además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la episiotomía y la pérdida sanguínea (Chi²: 24,69; p: 0.002).

Tabla 11: Episiotomía asociada a infección local en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total	
	SI	NO		
Infección local	SI	5 2.1%	3 18.8%	8 3.2%
	NO	231 97.9%	13 81.3%	244 96.8%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%	

Chi²: 13,48; p: 0.003

En la tabla 11, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la presencia de infección local, donde podemos observar que sólo el 2.1% (5) de las episiotomías presentaron algún tipo de infección local, además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la episiotomía y la presencia de infección local (Chi²: 13.38; p: 0.003).

Tabla 12: Episiotomía asociada a Dehiscencia en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Episiotomía		Total
	SI	NO	
Dehiscencia	SI	9 3.8%	0 0%
	NO	227 96.2%	16 100%
Total	236 100.0%	16 100.0%	252 100.0%

Chi²: 0.63; p: 0.42

En la tabla 12, se muestra la asociación entre la práctica de episiotomía y la presencia de dehiscencia, donde podemos observar que sólo el 3.8% (9) de las episiotomías presentaron dehiscencia de episiotomía; además, se demostró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi²: 0.63; p: 0.42)

Tabla 13: Desgarro perineal asociado a laceraciones en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variable	Desgarro Perineal		Total
	SI	NO	
Laceraciones	SI	10 52.6%	13 5.6%
	NO	9 47.4%	220 94.4%
Total	19 100.0%	233 100.0%	252 100.0%

Chi²: 46,89; p: 0.000

En la tabla 13, se muestra la asociación entre el desgarro perineal y la presencia de laceraciones en el canal del parto, donde podemos observar que sólo el 52.6% (10/19) de las primigestas con desgarro, también tenían laceraciones de canal del parto, además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre desgarro perineal y la presencia de laceraciones de canal del parto (Chi²: 46.89; p: 0.000).

Tabla 14: Desgarro perineal asociado a anemia en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Desgarro Perineal		Total
	SI	NO	
Anemia	SI	14 73.7%	100 42.9%
	NO	5 26.3%	133 57.1%
Total	19 100.0%	233 100.0%	252 100.0%
Chi2: 6,71; p: 0.01			

En la tabla 14, se muestra la asociación entre el desgarro perineal y la presencia de anemia materna después del parto, donde podemos observar que el 73.7% (14/19) de las primigestas con desgarro, también presentaron anemia después del parto; además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre desgarro perineal y la presencia de anemia materna después del parto (Chi²: 6.71; p: 0.01).

Tabla 15: Desgarro perineal asociado a hematoma de pared en primíparas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Desgarro Perineal		Total
	SI	NO	
Hematoma	SI	4 21.1%	5 2.1%
	NO	15 78.9%	228 97.9%
Total	19 100.0%	233 100.0%	252 100.0%
Chi2: 18,23; p: 0.002			

En la tabla 15, se muestra la asociación entre el desgarro perineal y la presencia de hematoma vulvar o de canal del parto, donde podemos observar que el 21.1% (4/19) de las primigestas con desgarro, también presentaron hematoma; además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre desgarro perineal y la presencia de hematoma (Chi²: 18.23; p: 0.002).

Tabla 16: Desgarro perineal asociado a edema de pared en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables		Desgarro perineal		Total
		SI	NO	
Edema de pared	SI	6 31.6%	2 .9%	8 3.2%
	NO	13 68.4%	231 99.1%	244 96.8%
Total		19 100.0%	233 100.0%	252 100.0%
Chi2: 53,93; p: 0.000				

En la tabla 16, se muestra la asociación entre el desgarro perineal y la presencia de edema de pared del canal del parto, donde podemos observar que el 31.6% (6/19) de las primigestas con desgarro, también presentaron edema de pared; además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre desgarro perineal y la presencia de edema de pared (Chi²: 53.93; p: 0.000).

Tabla 17: Desgarro perineal asociado a pérdida sanguínea en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables		Desgarro perineal		Total
		SI	NO	
Pérdida sanguínea	SI	5 26.3%	233 100.0%	247 98.0%
	NO	14 73.7%	0 0.0%	5 2.0%
Total		19 100.0%	233 100.0%	252 100.0%
Chi2: 62,55; p: 0.000				

En la tabla 17, se muestra la asociación entre el desgarro perineal y la pérdida sanguínea durante el parto, donde podemos observar que el 73.7% (14/19) de las primigestas con desgarro, también presentaron pérdida sanguínea durante el parto, además, se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre desgarro perineal y pérdida sanguínea durante el parto (Chi²: 62.55; p: 0.000).

Tabla 18: Desgarro perineal asociado a dehiscencia de episiorrafia en primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, durante el año 2017.

Variables	Desgarro perineal		Total	
	SI	NO		
Dehiscencia	SI	1 5.3%	8 3.4%	9 3.6%
	NO	18 94.7%	225 96.6%	243 96.4%
Total	19 100.0%	233 100.0%	252 100.0%	
Chi2: 0.17; p: 0.67				

En la tabla 18, se muestra la asociación entre la presencia de desgarro perineal y la presencia de dehiscencia, donde podemos observar que solo el 5.3% (1) de las episiotomías con desgarro presentaron dehiscencia, además, se demostró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Tabla 01: Resumen de Variables /CHI 2/EPISIOTOMÍA

EPISIOTOMIA			
VARIABLES	CHI 2	P	SIGNIFICANCIA
Edad	0.175	0.43	No
Peso del RN	0.85	0.44	No
Laceraciones	16.58	0.001	Sí
Anemia	2.05	0.12	No
Hematoma	0.35	0.45	No
Edema	13.48	0.003	Sí
Desgarro	91.82	0.00	Sí
Pérdida Sanguínea	24.69	0.002	Sí
Infección	13.48	0.003	Sí
Dehiscencia	0.63	0.42	No

Otras asociaciones:

Tabla 02: Resumen de variables/ CHI2/ DESGARRO PERINEAL

DESGARRO PERINEAL			
VARIABLES	CHI 2	P	SIGNIFICANCIA
Laceraciones	46.89	0.00	Sí
Anemia	6.71	0.01	Sí
Hematoma	18.23	0.002	Sí
Edema	53.93	0.00	Sí
Pérdida Sanguínea	62.55	0.00	Sí
Dehiscencia	0.17	0.67	No

5. DISCUSIÓN

En el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas se continúa practicando la episiotomía en forma rutinaria como lo demuestran los resultados de la prevalencia de dicho procedimiento (93.7%), además, se observaron que uno de los principales motivos por el cual no se realizó la episiotomía a varias primigestas fue porque no les alcanzó el tiempo (tuvieron un período expulsivo corto), y no porque la gestante no lo haya aceptado. Cabe señalar que esta prevalencia coincide con la mayoría de hospitales del Perú y Latinoamérica, tal como fue señalado por Althabe B (2009); sin embargo, el uso rutinario y con altas prevalencias de dicho procedimiento contraponen a las recomendaciones de la OMS, ya que esta entidad recomendó en el año 1996, que las episiotomías se practiquen en forma selectiva o restrictiva y con prevalencias de entre 20 a 30%, un porcentaje mucho menor al encontrado en nuestro estudio (97.3%).

Poco menos de la mitad de las pacientes fueron adolescentes (123/252), la episiotomía se practicó en el 94% de ellas, levemente superior a las primerizas de 20 a 34 años (93%); son madres solteras (55/252), convivientes (193/252), con secundaria completa(151/252); procedentes de zonas urbanas (149/252), sin embargo no hubo diferencias en cuanto a la práctica de episiotomía; esto se explicaría tal vez porque dicho procedimiento es rutinario. Si comparamos los resultados de las características sociodemográficas, podemos notar que coincide con lo reportado por la mayoría de estudios como Pujay Escobal, AC en la ciudad de Tingo María, quien pudo demostrar que en una procedencia rural con un 56,25%, el grupo etáreo más frecuente fue entre los 18 a 29 años con un 62.59%, estado civil conviviente un 68.75%, grado de instrucción secundaria 56%; además de Chozo Celis, K, en la ciudad de Cajamarca (2016), Huamán Quispe L. (2017).

En cuanto a la edad gestacional y al peso del recién nacido y/o ponderado, se observa que la gran mayoría tenían pesos normales al nacer y edad gestacional normal, debido a que los fetos con ponderado mayor de 4 kilogramos, prematuros y post términos concluían su gestación por medio de cesáreas, con el fin de disminuir los riesgos para el feto y la madre. Estos resultados coincidieron con lo reportado por Zamara Cifuentes LG (2011), en Ecuador quien demostró que el 96.7% de los recién nacidos tuvieron entre 37 y 41 semanas, y los que pesaron entre 2500 a 4000 gr fue el 92.7%; por Huamán Quispe L (2017) en Lima.

En cuanto a la asociación del uso rutinario de episiotomía con las complicaciones del parto, se aprecia que la edad (Chi^2 : 0.175; p: 0.43) y el peso del recién nacido (Chi^2 : 0.85; p: 0.44) no se asoció a la práctica de episiotomía, tampoco hubo asociación con la presencia de anemia (Chi^2 : 2.05; p: 0.12), hematoma de canal de parto (Chi^2 : 0.35; p: 0.45), ni dehiscencia (Chi^2 : 0.63; p: 0.42); sin embargo, se pudo observar que la práctica rutinaria de episiotomía se asocia a la presencia de laceraciones en el canal de parto (Chi^2 : 16,58; p: 0.001), edema (Chi^2 : 13,48; p: 0.003); desgarro perineal (Chi^2 : 91,82; p: 0.000), pérdida hemática >400 ml (Chi^2 : 24,69; p: 0.002), e infección local (Chi^2 : 13.38; p: 0.003). Se pudo observar que las primigestas a las cuales se les practicó episiotomía y presentaban además desgarro perineal, probablemente se debió a una falta de protección del periné en la atención del parto. Los resultados sobre las complicaciones asociadas a la episiotomía rutinaria concuerdan con los demostrados por la mayoría de estudios revisados como el de Cedeño Ciña F (2018); Carroli G. Et al (2003); Zamara Cifuentes LG (2011); Ortega Flores DL. (2015); Jiang H. Et al. (2017).

Mientras que la asociación de desgarro perineal en pacientes episiotomizadas, con la presencia de complicaciones del parto, concuerdan a lo demostrado por Cedeño Ciña F. (2018); Briceño Otiniano, DL. (2016); Ávila Fabian AC. (2017); Chozo Celis, K. (2016), y Rodríguez Góngora E. (2012).

Por lo tanto, está demostrado que la episiotomía es practicada en forma rutinaria y que se asocia a múltiples complicaciones durante y después del parto y que esta asociación es mayor ante la presencia de desgarro perineal; por lo que el hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas no cumple con el uso restrictivo de este procedimiento a pesar de las recomendaciones.

6. CONCLUSIONES

- Las complicaciones del uso rutinario de la Episiotomía son: La pérdida hemática (99.2%), anemia (44.1%), laceraciones (7.2%), dehiscencia (3.8%), hematoma (3.4%), la presencia de desgarro perineal (3.4%), la infección local (2.1%) y el edema del canal del parto (2.1%).
- En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de mujeres primigestas con episiotomía atendidas en el Hospital Santa Gema provienen de zonas urbanas(54.7%), tienen entre 20 y 34 años(47.6%), son convivientes(73%) y con secundaria completa(57.5%). Con respecto a las características ginecobstétricas, la edad gestacional más frecuente fue de 37 a 41 ss(87.6%), el peso de los recién nacidos osciló entre 2500 y 3999 gramos(88.8%). Sin embargo, no hubo una asociación entre las mismas, con la practica de episiotomía. Además 8(3.1%) primigestas episiotomizadas presentaron desgarro perineal, siendo el más frecuente el de grado 1(2.7%).
- La prevalencia de la Episiotomía rutinaria en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas durante el año 2017, fue de 93.7%. El 6.3% no fueron episiotomizadas porque tuvieron un periodo expulsivo corto; practicándose en casi la totalidad de los partos de mujeres primigestas y en la totalidad de los casos el tipo de episiotomía usada fue la medio – lateral (100%).
- En el año 2017, las principales complicaciones del uso rutinario de la Episiotomía en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas fueron: La pérdida hemática (99.2%), las laceraciones (7.2%), la presencia de desgarro perineal (3.4%), la infección local (2.1%), que es más frecuente cuando existe el antecedente de flujo vaginal y; el edema del canal del parto (2.1%).
- La complicación más común en pacientes a las que se les realizó episiotomía y que se asoció a su uso rutinario fueron las laceraciones (7.2%).

7. RECOMENDACIONES

- En el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas se debe promover el uso de la episiotomía de forma selectiva, mas no rutinaria, según la recomendación de la OMS, debido a que se asoció a múltiples complicaciones durante y después del parto; estas políticas deben ir dirigidas a cambiar la actitud de los profesionales que atienden los partos, para reducir su uso rutinario.
- Buscar identificar el problema adolescente con enfoque en el CPN, lo cual ayudaría a distinguir las características sociodemográficas y ginecobstétricas de cada gestante y del feto, lo que permitiría seleccionar adecuadamente en qué casos se debe practicar la episiotomía.
- Teniendo en cuenta que la prevalencia de Episiotomía es del 93.7% se debe establecer y socializar un protocolo que estandarice los criterios para la práctica de episiotomía en la atención de parto.
- Siendo el desgarro una complicación frecuente y asociada a Episiotomía y a otras complicaciones, debe estandarizarse la técnica entre los profesionales que atienden los partos para evitar la incidencia de desgarro, mejorando la atención durante el parto.
- Siendo las laceraciones, edema, desgarros, pérdida sanguínea e infecciones las principales complicaciones de la Episiotomía, deben informarse a las pacientes primigestas sobre ellas, para que si se da el caso, tengan un mayor cuidado post parto.

CAPÍTULO V

8. Referencias Bibliográficas

1. Wooley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English language literature since 1980. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1995; 50: 806-35.
2. European Perinatal Health Report; reporte de la salud perinatal de Europa, Bruselas, 2013.
3. Althabe F, Belizán J; Tasas de Episiotomía en Mujeres Primíparas en América Latina: Estudio Descriptivo Basado en Datos Hospitalarios. *British Medical Journal* 324:945-946, Abr 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
5. Op. Cit. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
6. Op. Cit. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
7. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
8. Henriksen T, Beck KM, Hedegaard M, Secher NJ. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:950-4.
9. Cedeño Ciña, F; Complicaciones Inmediatas De La Episiotomía En Nulíparas Atendidas En El Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo De Procel Durante El Periodo De Agosto 2017-Enero 2018. [tesis]; Facultad De Ciencias Médicas; Universidad De Guayaquil, Ecuador, 2018.
10. Ávila Fabián, AC; Prevalencia De Episiotomía Y Desgarros Perineales En El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – Junio 2015. [tesis]; Facultad De Obstetricia y Enfermería; Universidad De San Martín De Porres, Lima, 2017.
11. Huamán Quispe, L; 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. [tesis]; Facultad De Medicina Humana Y Ciencias de la Salud; Universidad Alas Peruanas, Lima, 2017.
12. Carroli G BJ, Stamp G: Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2, Oxford, Update Software, 2003.
13. Zamora Cifuentes, LG; 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]; Facultad De Salud Pública; Escuela Superior Politécnica De Chimborazo, Ecuador, 2011.
14. Gamero, C; El riesgo del parto vaginal en primigestas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Nacional Juan José Fernández de El Salvador. *Revista Universidad y Ciencia*. Año 2013. Vol. 7. No. 10. Enero-Junio.
15. Ortega Flores, DL; 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]; Facultad De Medicina; Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, 2015.

16. Pérez Álvarez, W; Rodríguez Carvallo, V; Episiotomía En Pacientes Nulíparas. [tesis]; Facultad De Medicina Humana; Universidad Central de Venezuela, Caracas, 2015.
17. Gualán Cartuche, CA; Guanoluisa Cordero, OI; Prevalencia De Episiotomía Y Factores Asociados, En Pacientes Del Centro Obstétrico Del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014. [tesis]; Facultad De Ciencias Médicas; Universidad de Cuenca; Cuenca, 2015.
18. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081.
19. Op cit. Cedeño Ciña, F; Complicaciones Inmediatas De La Episiotomia En Nulíparas Atendidas En El Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo De Procel Durante El Periodo De Agosto2017-Enero2018. [tesis]; Facultad De Ciencias Médicas; Universidad De Guayaquil, Ecuador, 2018.
20. Briceño Otiniano, DL; Episiotomía Selectiva Relacionada A Complicaciones Inmediatas Post Parto En El Canal Vaginal, En Púérperas. Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir, 2014. [tesis]; Facultad De Ciencias Médicas; Universidad César Vallejo, Trujillo, 2016.
21. Pujay Escobal, AC; Complicaciones De La Aplicación Sistemática De La Episiotomía En Gestantes Nulíparas Atendidas En Trabajo De Parto En El “Hospital De Tingo Maria”– Enero-Diciembre 2015. [tesis]; Facultad De Ciencias de la Salud; Universidad De Huánuco, Huánuco, 2016.
22. Op. Cit. Ávila Fabián, AC; Prevalencia De Episiotomía Y Desgarros Perineales En El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – Junio 2015. [tesis]; Facultad De Obstetricia y Enfermería; Universidad De San Martin De Porres, Lima, 2017.
23. Davila Samaniego, EV; Huaroc Segovia P; Factores Asociados A La Indicación De Episiotomía, En Pacientes Primíparas, Atendidas En El Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, De Octubre Del 2016 A Marzo Del 2017. [tesis]; Facultad De Ciencias de la Salud; Universidad Privada De Huancayo Franklin Roosevelt, Huancayo, 2017.
24. Chozo Celis, K; Complicaciones De La Práctica Rutinaria De La Episiotomía En Comparación A La Práctica Restrictiva En Primíparas. Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque, 2016. [tesis]; Facultad De Ciencias de la Salud; Universidad Nacional De Cajamarca, Cajamarca, 2017.
25. Op Cit. Huamán Quispe, L; 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. [tesis]; Facultad De Medicina Humana Y Ciencias de la Salud; Universidad Alas Peruanas, Lima, 2017.
26. Tuesta Yomona, MI; Complicaciones De La Episiotomía En Nulíparas Atendidas En El Hospital Regional De Loreto; Enero-Marzo 2016; [tesis]; Facultad De Ciencias de la Salud; Universidad Científica Del Perú, Iquitos, 2017.
27. Rodríguez Góngora, E; Sánchez Inga, M; Complicaciones Del Uso Rutinario De La Episiotomía En Gestantes Nulíparas Atendidas En El Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Periodo 2010. [tesis]; Facultad De Ciencias de la Salud; Universidad Nacional de San Martin, Tarapoto, 2012.

28. Parant O, Reme JM et Monrozies X. Épisiotomie. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Gynécologie, 41-897, 2000.
29. Moore, KL; Dalley II, A. Anatomía con orientación Clínica; cuarta edición; Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins: 2004.
30. Cunningham, Haut; *Obstetricia de Williams Edición: 22º*, Editorial: Mcgraw hill, Mèxico 2006.
31. Rouviere, H; Delmas, A. Anatomía Humana: descriptivo, topográfico y funcional; Onceava edición, Barcelona: Masson – Elsevier: 2005.
32. Nkwabong E, Kouam L. Episiotomies During Deliveries of Singletons in Cephalic Presentation: The Incidence can be Reduced. *J Obstet Ginecol India*. 2012. 62(6):641–643.
33. Latarjet, M; Ruiz Liard, A. Anatomía Humana; Cuarta Edición; Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2006.
34. Allen J, Pages G. *Obstetricia moderna*. 3th ed. Caracas: McGraw Hill interamericana; 1999.
35. Op. Cit. Moore, KL; Dalley II, A. Anatomía con orientación Clínica; cuarta edición; Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins: 2004.
36. Op. Cit. Rouviere, H; Delmas, A. Anatomía Humana: descriptivo, topográfico y funcional; Onceava edición, Barcelona: Masson – Elsevier: 2005.
37. Browne, M., Jacobs, M., Lahiff, M., & Miller, S. Perineal injury in nulliparous women giving birth at a community hospital: reduced risk in births attended by certified nurse-midwives. *Journal Midwifery Womens Health*; 2010; 55, 243-249.
38. Sánchez Casal MI. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enfermería docente* 2012; 97:27-32.
39. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardization of terminology. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012; 119: 522-(5).
40. John R, Scott MD. Episiotomía y traumatismo vaginal. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005; N° 32:307-321.
41. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Episiotomy. 2006 Apr. 6 p. (ACOG practice bulletin; no. 71).
42. Valencia Barahona, L; *Complicaciones Inmediatas Secundarias A Episiotomía Realizada En Primigestas Entre Los 15 A 19 Años, En El Hospital Alfredo Noboa Montenegro*. [tesis]; Facultad De Ciencias Médicas; Universidad Regional Autónoma De Los Andes, Ecuador, 2018.
43. Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparacion de la episiotomia o los desgarros de segundo grado (Revision Cochrane Traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*; 2008;No2, Oxford.
44. Montenegro M, Blanco M, Pereiro M, Barro E, Rico B. Episiotomia en partos eutocicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Matronas Prof* 2005;6(1):30-32.
45. Romero J, de Prado M. Episiotomia: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Prof* 2002;No 8:33-39.
46. Op. Cit. John R, Scott MD. Episiotomía y traumatismo vaginal. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005; N° 32:307-321.

47. Choque Campero A., Céspedes Escobar JC. Hematoma Vulvar. Rev Cient Cienc Méd. 2012, vol.15, n.1, pp. 45-45. ISSN 1817-7433.
48. Flores, D; Ortega, L. 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]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Medicas; 2015.
49. Rabago J. Cirugia en el parto vaginal. Ginecol Obstet Mex 2006;74(12):678-682.
50. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Aleman A, Sosa C, Belizan JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomia en forma rutinaria? Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62(2).

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el “Hospital Santa Gema”, Yurimaguas. Año 2017”

VARIABLES INDEPENDIENTES

Características Sociodemográficas

1. Edad:..... años.
2. Estado civil:
 - a. Soltera ()
 - b. Conviviente ()
 - c. Casada ()
 - d. Divorciada ()
 - e. Viuda ()
3. Grado de instrucción:
 - a) Analfabeta ()
 - b) Primaria ()
 - c) Secundaria ()
 - d) Técnico ()
 - e) Superior ()
4. Zona de procedencia:
 - a) Urbano ()
 - b) Urbano marginal ()
 - c) Rural ()

Características Obstétricas:

5. Edad Gestacional:semanas.
6. Episiotomía: Si () ; No () ; si es sí, especifique:
 - a. Medio Lateral ()
 - b. Mediana ()
 - c. Lateral ()
7. Peso del Recién Nacido:.....grs.

VARIABLES DEPENDIENTES

Complicaciones Inmediatas de la Episiotomía

8. Laceraciones: Si () ; No ()
9. Anemia: Si () ; No ()
10. Hematoma: Si () ; No ()
11. Edema: Si () ; No ()

12. Desgarro: Si (); No ()

Grado de desgarro

- a) I grado ()
- b) II grado ()
- c) III grado ()
- d) IV grado ()

13. Pérdida Sanguínea: Volumen sanguíneo:ml

14. Infección en el lugar de la episiotomía: Si (); No ()

15. Dehiscencia de la episiotomía: Si (); No ()

Anexo 02:

Matriz de consistencia

TÍTULO	PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	POBLACIÓN Y PROCESAMIENTO	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el “Hospital Santa Gema”, Yurimaguas. Año 2017	¿Cuáles son las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017?	<p>Objetivo general Identificar las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Describir las características sociodemográficas y ginecobstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017. •Calcular la prevalencia de la episiotomía rutinaria en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017. •Identificar las 	<p>Hipótesis alterna El uso rutinario de episiotomía está asociado a la presencia de complicaciones inmediatas como laceraciones, desgarros, anemia, hemorragia, hematoma, edema, infección y dehiscencia, en pacientes primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017.</p> <p>Hipótesis Nula El uso rutinario de episiotomía No está asociado a la presencia de complicaciones inmediatas como laceraciones, desgarros, anemia, hemorragia, hematoma, edema, infección y dehiscencia, en pacientes primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas,</p>	<p>Tipo de Investigación El presente trabajo de investigación es del tipo analítico, porque el propósito es Identificar las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017, y es retrospectivo, porque se va a recopilar información acontecida en anterioridad al estudio.</p> <p>Diseño de Investigación El diseño que se empleará es el no experimental, observacional porque la recolección de datos se realizará de las Historias Clínicas, durante el periodo establecido; además no</p>	<p>Población: El universo poblacional estará constituido por todas las pacientes nulíparas a las cuales se les atendió el parto en el Hospital II Santa Gema, durante el periodo de estudio.</p> <p>Tamaño de la Muestra: justificación La muestra estará constituida por todas las mujeres nulíparas a las que se les atendió el parto en el Hospital II Santa Gema, durante el periodo de estudio; por lo tanto, la muestra será toda la población; se tomará a totalidad debido a que solo son 260 gestantes primíparas, por lo que no es necesario calcular una muestra.</p> <p>Para calcular la fuerza de asociación se realizará a través del cálculo de Chi cuadrado con una significancia estadística del 95% ($p < 0.05$). El procesamiento de la información se realizará</p>	Se aplicará la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para la presente investigación, la cual será sometida al proceso de validación, a través, de juicios de expertos, para la cual se solicitará la opinión de tres expertos en el tema (tres ginecólogos reconocidos de la ciudad). La ficha de recolección de datos estará conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información de las variables dependientes y la segunda parte destinada a recolectar datos de las variables independientes.

		principales complicaciones inmediatas de la episiotomía rutinaria (desgarros, anemia, hemorragia, hematoma, edema, infección y dehiscencia) en pacientes primigestas en trabajo de parto en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, durante el año 2017; y compararlos con las gestantes nulíparas que no se realizaron episiotomía.	durante el año 2017	se podrá tener el control de las variables independientes.	utilizando el software estadístico SPSS ver. 21 para Windows.	
--	--	---	---------------------	--	---	--

