



UNAP



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "RAFAEL DONAYRE ROJAS"
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TRABAJO ACADÉMICO

COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA
EN GESTANTES NULIPARAS, ATENDIDAS DE PARTO VAGINAL EN EL
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA", ENTRE OCTUBRE 2016 -
ABRIL 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
MEDICINA HUMANA, VÍA RESIDENTADO MÉDICO, CON MENCIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:
ADALI PECEROS TELLO

ASESOR:
M.C. BEDER CAMACHO FLORES, DR.

IQUITOS, PERÚ
2020



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
UNIDAD DE POS GRADO



ACTA DE TRABAJO ACADÉMICO N° 006-UPG-FMH-UNAP-2020

En la ciudad de Iquitos, en Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina Humana, a los 15 días del mes de enero del año 2020; a horas 9:30, se dio inicio a la Ejecución del Trabajo Académico Titulado: "COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMIA EN GESTANTES NULIPARAS, ATENDIDAS DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA", ENTRE OCTUBRE 2016 - ABRIL 2017"; con Resolución Decanal N° 319-2019-FMH-UNAP, del 6 de junio del 2019; Presentado por el Médico Cirujano ADALI PECEROS TELLO, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana, vía Residentado Médico, con mención en Ginecología y Obstetricia, de la Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas" de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en la modalidad presencial, que otorga la universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 317-2018-UNAP, del 27 de agosto del 2018, está integrado por:

Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez	Presidente
Dr. Edwin Gabino Zevallos Bazán	Miembro
Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas	Miembro

Luego de haber revisado y analizado con atención el Trabajo Académico; El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

El Trabajo Académico ha sido: 16 Aprobado por unanimidad
con la Calificación:

Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Ginecología y Obstetricia.

Siendo las 11:30 h. se dio por terminado el acto.

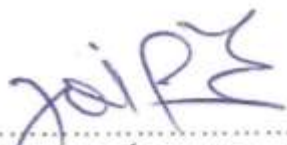
JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ
Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez
Presidente

Edwin Zevallos
Dr. Edwin Gabino Zevallos Bazán
Miembro

Yessenia Ramos
Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas
Miembro

Beder Camacho
Dr. Beder Camacho Flores
Asesor

TRABAJO ACADÉMICO APROBADO EL 15 DE ENERO DEL 2020 A LAS 11:30 HORAS EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS, PERÚ.



Mg. SP JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ
PRESIDENTE



DR. EDWIN GABINO ZEVALLOS BAZÁN
MIEMBRO



MC. YESSENIA VANESSA SHERREZADE RAMOS RIVAS
MIEMBRO



DR. BEDER CAMACHO FLORES
ASESOR

Índice de contenido

	Pág.
PORTADA	01
ACTA DE SUSTENTACIÓN	02
JURADOS	03
INDICE DE CONTENIDO	04
I. DATOS GENERALES	05
II. PLAN DE INVESTIGACIÓN	06
➤ Antecedentes	06
➤ Base Teórica	17
➤ Identificación y formulación del problema	30
➤ Justificación de la investigación	32
➤ Objetivos	33
✓ General	33
✓ Específicos	33
➤ Hipótesis	34
➤ Variables	34
✓ Variables	34
✓ Operacionalización de variables	35
➤ Indicadores e índices	36
➤ Metodología	36
✓ Tipo de investigación	36
✓ Diseño de Investigación	36
✓ Población y muestra	37
✓ Criterios	37
✓ Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de los datos	38
✓ Procesamiento de la información	39
➤ Protección de los derechos humanos	39
➤ Cronograma de actividades	41
➤ Presupuesto	42
III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
IV. ANEXOS	48
➤ Ficha de recolección de datos	48
➤ Matriz de consistencia	49

I.- Datos generales

Título: Complicaciones asociadas en el uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, entre octubre 2016 - abril 2017.

Área y Línea de Investigación:

- **Área de Investigación:** Ciencias de la Salud
- **Línea de investigación:** Salud Sexual y Reproductiva

Autor: Adali Peceros Tello

Asesor: Dr. Beder Camacho Flores

Colaboradores: Ninguno

Instituciones: Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”

Personas: Pacientes puérperas inmediatas – mediatas del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”

Duración Estimada de Ejecución: 08 meses

Fuente de Financiamiento: Recursos Propios

Recursos propios: Si

Recursos externos en gestión: Ninguno

Presupuesto Estimado: S/ 4,529.00

II.- Plan de investigación

Antecedentes

Internacional

Título: “Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women”

Autor: RODRÍGUEZ A. (2008)

Ciudad: Medellín - Colombia

Este estudio determinó que la realización de una episiotomía de línea media selectiva reduce el riesgo de laceraciones de 3er grado.

Se sometieron 223 pacientes a una episiotomía de rutina de los cuales 32 (14.3%) presentaron laceraciones de 3er y 4to grado, mientras que, en el grupo de 222 pacientes sometidas a episiotomía selectiva, sólo el 15 (6.8%), presentaron más frecuentemente laceraciones vaginales superficiales y periuretrales. Siendo significativa la reducción de desgarros de 3er grado¹.

Título: “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”

Autor: ZAMORA CIFUENTES L. (2011)

Ciudad: Riobamba - Ecuador

Concluyó que, tras realizar una episiotomía, las complicaciones tienen se presentan en mayor número e incidencia.

Mediante un estudio retrospectivo transversal en el que participaron 123 pacientes, organizadas en 2 grupos, sin episiotomía y con ella, el 62% de nulíparas no fueron sometidas a episiotomía y presentaron solo en el 22.8% desgarro de 1er grado, y en el 4.9% de 2do grado. Mientras que las pacientes que fueron sometidas a

episiotomía, en cambio, presentaron un 9.8% desgarro de 2do grado; además de un 2.4% desgarro de 3er grado, 1.6% de 4to grado, hematoma en 5.7%, infección y dehiscencia en el 1.6%².

Título: “Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné”,

Autor: BERNÚES SUÁREZ I. (2014)

Ciudad: Navarra - España

Concluyó que la episiotomía mediolateral y lateral generan menos problemas que la mediana. Así mismo la episiotomía genera diversas patologías del suelo pélvico y periné.

El estudio evaluó que la práctica de la episiotomía durante el parto generó efectos secundarios tales como: dolor a corto y largo plazo, dispaneuria, pérdida de la fuerza muscular pélvica, posible lesión del nervio pudendo, infección, dehiscencia, hasta la posible muerte. Todo ello junto a los posibles riesgos que se determinó sobre el suelo pélvico, indicando que se debe optar por una episiotomía restringida³.

Título: “Factores que influyen en la realización de una Episiotomía electiva en Mujeres Nulíparas”

Autor: HERNÁNDEZ J, ET ALL. (2014),

Ciudad: Zaragoza – España

Dentro de sus resultados con 568 pacientes, menciona que evitar la episiotomía rutinaria incrementa las posibilidades de mantener el periné íntegro tras el parto, tras observar que los desgarros, en especial los de 3^{er} y 4^{to} grado, casi siempre son precedidos por una episiotomía. No hacer episiotomía supone un incremento de los

desgarros perineales de primer grado, y en menor medida de los de segundo, pero estos son evidentemente más sencillos de reparar que los de mayor grado⁴.

Título: “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”

Autor: ORTEGA FLORES D. (2015)

Ciudad: Managua - Nicaragua,

Señala que dentro de las principales complicaciones tras la realización de una episiotomía se encontraban presentes los desgarros en 21.25%, prolongaciones en 20.25%, hematomas en 13,75% y hemorragias en un 3.75%; todo ello en un grupo de 80 mujeres. Además de que el 67% corresponde a una atención realizada por el médico residente de II año y el porcentaje global de complicaciones fue del 48%⁵.

Título: “Episiotomía en pacientes nulíparas”,

Autor: PÉREZ ÁLVAREZ W, RODRÍGUEZ CARVALLO V. (2015)

Ciudad: Caracas - Venezuela.

Menciona que la episiotomía no reduce el número de desgarros perineales, pero si incrementa la severidad de mismo, además del dolor y la cantidad de material utilizado para su reparación.

Se incluyeron 250 mujeres divididas en 2 grupos. Al primero no se le realizó episiotomía mostrando como resultado desgarros perineales en 39.4 % desgarró de I grado 88.4% II grado 9.3%, así mismo el 37% no requirió sutura y el 46.5 solo una sutura. En el segundo grupo al que se le realizó la episiotomía, el presentó

14.2% de desgarros perineales, 25% grado I, 55% grado II, 15% grado III y todas las pacientes requirieron 2 o más suturas⁶.

Título: “Complicaciones de la episiotomía en el postparto mediato en pacientes de la maternidad Carapungo. 2014”

Autor: TORRES GONZAGA M. (2015)

Ciudad: Quito - Ecuador

Identificó los factores de riesgo para las complicaciones en pacientes sometidas a una episiotomía, presentando a una población de 80 pacientes, en las cuales el 76% fueron primigestas, 23.75% fueron multíparas. Los resultados fueron que el 10% presentó molestias en la herida perineal; 11.25% fiebre; 6.25% prurito y quemazón; 5% secreciones, 10% hematomas, 3.75% infecciones urinarias⁷.

Título: “La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización”

Autor: BALLESTEROS-MESEGUER C, ET ALL. (2016),

Ciudad: Murcia – España.

Menciona que si se desea reducir la tasa de episiotomía es necesario tener en cuenta los factores de riesgo para establecer políticas para reducir su uso. Dentro de los factores establecidos en este estudio de 12.093 partos se hallaron: primiparidad (RR=2,98), edad gestacional > 41 semanas (RR=1,2), inicio del parto estimulado o inducido (RR= 1,33), uso de analgesia epidural (RR=1,95), uso de oxitocina (RR=1,58), posición de litotomía durante la expulsión fetal (RR=6,4) e instrumentación (RR=1,84). Factores con menor incidencia de episiotomía fueron

la edad materna ≥ 35 años (RR=0,85) y el peso del recién nacido < 2500 g. (RR=0,8), siendo condicionada por las intervenciones obstétricas durante el parto⁸.

Título: “Frecuencia de la realización de Episiotomía y complicaciones en el Servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización”

Autor: MELLIZO-GAVIRIA A, ET ALL. (2017)

Ciudad: Cauca – Colombia

La frecuencia de la episiotomía realizada en este estudio de 197 partos fue de 30,45%, encontrándose como la complicación más frecuente al desgarro perineal en un 29%. Dentro de los factores de riesgo están la nuliparidad, pacientes sin partos previos y menores de 19 años, asociándose al uso de la episiotomía con mayor frecuencia⁹.

Título: “Conocimientos en pacientes puérperas, sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección”,

Autor: ORTIZ ALVARADO M. (2018)

Ciudad: Guatemala de la Asunción - Guatemala

Realizó un estudio sobre los conocimientos de las pacientes en autocuidado y signos de infección de una episiotomía, teniendo como resultado una gran deficiencia para reconocer los síntomas de una herida infectada, así como el periodo ideal para el cuidado del mismo. De 100 encuestas realizadas, el 22% tiene un adecuado conocimiento mientras que el 78% no lo tiene¹⁰.

Nacional

Título: “Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas. Complicaciones Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero-Agosto 2001”,

Autor: CASANOVA CHANG M. (2002)

Ciudad: Lima

Concluyó en su estudio de 1341 mujeres, que el uso de la episiotomía mediolateral de manera sistémica, presentó complicaciones de mayor severidad como los desgarros de 3er y 4to grado, dehiscencias, hematomas e infección, siendo la más frecuente la dehiscencia de episiorrafia, en comparación a aquellas que no se realizaron la episiotomía las cuales presentaron mayor incidencia de desgarros de 1er y 2do grado, laceraciones perineales anteriores y complicaciones de menor severidad¹¹.

Título: titulado “Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas, en Mujeres Nulíparas atendidas de Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana”

Autor: ALBINO SÁNCHEZ F. (2009),

Ciudad: Piura

Señala que se observaron complicaciones inmediatas y mediatas tales como hematoma (62%) y edema (32%) en mujeres con episiotomía, comparado al 3% y 5% en pacientes sin episiotomía, respectivamente. Las complicaciones más temidas luego de las anteriormente mencionadas fueron el dolor en la zona perineal y la dispareunia, pues se evidenciaron índices de dolor más alto en episiotomía (83%) que sin episiotomía (27%), y la herida resultante de la episiotomía tardaba más tiempo en cicatrizar que la herida resultante de un desgarro¹².

Título: “Factores de Riesgo Asociados a Desgarros Perineales de III y IV Grado, Hospital Belén de Trujillo, enero 2002 a diciembre del 2008”,

Autor: LONGARAY CHAU A. (2010),

Ciudad: Trujillo

Mediante este estudio se determinó que los factores de riesgo para presentar un desgarro perineal de 3er y 4to grado fueron la macrosomía fetal, con gran incidencia además de la instrumentación del parto, siendo poco significativa la talla baja materna y la realización de la episiotomía. Se evidenció en este estudio de casos y controles que 45 mujeres presentaron desgarro de 3er y 4to grado (95.5%), y 135 no presentaron desgarros¹³.

Título: “Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II – 2, MINSA Tarapoto. Periodo 2010”

Autor: RODRÍGUEZ E, SÁNCHEZ M. (2012)

Ciudad: Tarapoto

Concluyó que el uso de manera rutinaria de la episiotomía mostró mayores complicaciones que el no uso de la misma, presentándose a corto plazo el dolor y la pérdida sanguínea; y a mediano plazo, dehiscencias de la episiorrafia. Así mismo en aquellas que no fueron episiotomizadas. se presentaron laceraciones. De toda la población de 117 gestantes nulíparas, la incidencia de episiotomías fue de 90.04%¹⁴.

Título: “Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013”,

Autor: FLORES ARANDA E. (2014)

Ciudad: Trujillo

Trabajó con una población de 135 pacientes, quienes culminaron el parto vaginal con una episiorrafia, dividiéndolas en dos grupos de los cuales 9 de ellas presentaron dehiscencia de la sutura, con una frecuencia de 6.7% cuyo factor de riesgo fueron la infección y la anemia. Así mismo 126 pacientes no presentaron dehiscencia de episiorrafia. Así mismo el tipo de episiotomía y paridad no tienen asociación significativa¹⁵.

Título: “Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las púerperas atendidas en el Hospital Nacional docente Madre niño “San Bartolomé”, Lima 2014.”

Autor: GUEVARA CABELLO M. (2015),

Ciudad: Lima

Dentro de los resultados para determinar los factores de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia, se encontró que de 500 casos, sólo 38 (7.6%) presentaron dehiscencia de sutura, teniendo como factor de riesgo ginecológico y obstétrico: la inducción de parto (81.6%), expulsivo prolongado prolongado (42.1%), las variedades de posición derecha (44.7%), la primiparidad (94.7%), la realización de más de 5 exploraciones vaginales (57.9%), las episiorrafias realizadas por los internos de medicina (57.9%), la anemia (73.7%), el hábito de fumar (10.5%), la infección por VPH (8%), las infecciones genitales (5.3%) y la distocia de hombros (8%)¹⁶.

Título: “Preparación Del Perineo Versus Uso Sistemático De La Episiotomía En La Prevención De Complicaciones Pos Parto En Nulíparas Del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano De Huanuco-2016”,

Autor: BACILIO C, SILVIA L. (2016)

Ciudad: Huánuco

Determinaron que el uso sistemático de la episiotomía presentó complicaciones significativas frente a las mujeres con preparación del periné, tomando como parámetros el número de días en que iniciaron la deambulacion, número de días que sintieron dolor y número de veces que requirieron analgésicos. Las diferencias significativas fueron el sufrimiento de desgarro perineal, grado de desgarro perineal, presencia de laceraciones, presencia de hiperemia, presencia de edema, y presencia de incontinencia urinaria. La población de pacientes con episiotomía tuvo mayor desenlace en complicaciones a diferencia de un periné preparado¹⁷.

Título: “Episiotomía Selectiva Relacionada A Complicaciones Inmediatas Post Parto En El Canal Vaginal, En Puérperas. Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir, 2014”,

Autor: BRICEÑO O, DAYANA L (2016),

Ciudad: Trujillo

Determinó su estudio en una población de 562 pacientes, donde el 51% fueron sometidas a episiotomía selectiva (29.5% primíparas, 19.6% multíparas y 2.1% gran multíparas). El 4,3% de las puérperas con episiotomía selectiva presentaron desgarro, los hematomas y la hemorragia. Interpretando de esta manera que al incrementar la episiotomía selectiva disminuye la frecuencia de desgarros. Asimismo, la incidencia de episiotomía selectiva fue más frecuente en primíparas

mientras que el desgarro fue la complicación inmediata post parto en el canal vaginal más frecuente¹⁸.

Título: “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”.

Autor: PUJAY ESCOBAL A. (2016)

Ciudad: Huánuco

Este estudio determinó que la incidencia de episiotomía sistemática en gestantes nulíparas fue del 94.5%, dato bastante elevado en comparación a otros estudios, y el 3.4% correspondió a complicaciones inmediatas entre ellas; desgarros de primer grado (46,15%), de segundo grado y hemorragias (23,07%), y desgarros de tercer grado (7,69%). Entre las complicaciones tisulares el hematoma vulvar (66,66%) y en menor porcentaje el edema vulvar (33,33%)¹⁹.

Título: “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco la hoz. Enero – junio 2015”,

Autor: ÁVILA FABIÁN A. (2017)

Ciudad: Lima

En este estudio de 81 primíparas se concluyó que aquellas que fueron sometidas a episiotomía representaron el 65.4%, de las cuales el 34.6% se tradujo en desgarros perineales, predominando con un 23.5% los desgarros de primer grado. Se observó que algunas episiotomías fueron ampliadas teniendo en cuenta el resultado de que la mayoría de los partos que sufrieron desgarros de primer grado, presentaron recién nacidos con perímetro cefálico mayor a 33 cm²⁰.

Título: “Incidencia de episiotomía en primíparas con complicaciones, en el hospital San Juan de Dios de Pisco setiembre – octubre 2017”

Autor: CAJO CATAÑEDA G. (2017),

Ciudad: Ica:

Estudio con una población de 60 mujeres a las que se le realizó episiotomía mediana lateral cuya prevalencia fue de 55.6%. Dentro de las complicaciones presentadas que fueron el 23.3% de los casos, se concluyó que el 57.1% fueron infecciones de herida (40% en 72hrs y el 60% en 7 días), 14.3% hematomas (40% en 72hrs y 12.5% después de 72hrs), 14.3% dehiscencia (20% en 72hrs y 12.5% en 7 días) y el 7.2% fue dolor crónico que se presentó después de los 7 días²¹.

Título: “Complicaciones de la Episiotomía en Nulíparas Atendidas en el Hospital Regional de Loreto; Enero – Marzo 2016”

Autor: TUESTA YOMONA M. (2017)

Ciudad: Iquitos

Determinó que las principales complicaciones en las pacientes nulíparas sometidas a episiotomía fueron; 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 %. No hubo ningún caso de desgarramiento perineal de III y IV grado²².

Base teórica

Episiotomía

Derivada de los términos griegos “episeion”, traducido como “pubis”, y “temno”, traducido como “yo corto”. En 1742 esta técnica fue descrita en la obra “Teatrise of midwifery in threeparts”, por el irlandés Sir Fielding Ould, cuya finalidad fue la de vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal durante el trabajo de parto, previniendo de esta manera los desgarros severos. Esta técnica fue recomendada en los casos la abertura vaginal externa era tan estrecha que prolongaba peligrosamente el parto²³.

La episiotomía o colpoperineotomía, es una intervención quirúrgica simple cuyo propósito es ampliar el canal del parto mediante el corte del cuerpo perineal, esta técnica es usada para proteger a la madre de laceraciones y/o desgarros importantes cuando la cabeza fetal al momento de coronar distiende excesivamente la región perineal sin que haya cedido a la dilatación necesaria para la salida del producto o cuando durante el periodo expulsivo con contracciones adecuadas y pujo suficiente; el nacimiento del niño es impedido por un periné resistente²⁴.

La finalidad principal de esta técnica quirúrgica es disminuir y/o impedir los desgarros a nivel del piso pélvico, vulvo-vaginoperineales, así mismo reducir la duración del periodo expulsivo y la compresión de la cabeza fetal²⁵.

Historia de la episiotomía

La episiotomía desde que se originó, hasta el XX no llegó a tener mayor aceptación ya que presentó alta morbilidad infecciosa asociada a la ausencia de anestesia, ya cerca de la primera mitad del siglo XX se determinó su uso frecuente por la alta tasa de morbimortalidad perinatal todo ello pese a no tener evidencia científica que podría determinar su seguridad y beneficio²⁶.

En 1918 Pomeroy refiere que “un expulsivo largo ha destruido innumerables niños”²⁷ de esta manera varios autores hicieron referencia en sustento de la episiotomía. De Lee en 1920 menciona que “la perineotomía sin duda preserva la integridad del suelo pélvico y previene un gran número de secuelas²⁸. En la década del 70 en Inglaterra, se aceptó la superioridad de la episiotomía llevando a convertirse en el procedimiento más común en obstetricia²⁹. En estos años en casi todas las primíparas de países desarrollados fue realizada la episiotomía^{30,31}, siendo de libre ejecución hasta finales de 1980, con el convencimiento de que evitaba la excesiva injuria perineal y la relajación del suelo pélvico en la adultez mayor³².

Pese a su libre ejecución, fue cuestionada desde mediados de los 80, siendo sometida ensayos clínicos para lograr establecer una evidencia donde se apoyara o refutara su uso.

El 1983 toda la literatura publicada entre 1960 y 1980 fue revisada por Thacker et al, quien manifestó la falta de evidencia científica que sustente los beneficios y el uso rutinario de la episiotomía. Más aún se encontró evidencia de riesgos asociados

a la episiotomía (dolor, edema, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia), que no acorta la duración del periodo expulsivo en forma significativa ni modifica los resultados perinatales, así mismo concluyeron que dicho procedimiento debería ser restringida a casos con indicaciones estrictas, desafiando la práctica de medicina basada en evidencia, realizando estudios clínicos adecuadamente diseñados³³. Este estudio generó polémica sobre el uso y la efectividad del procedimiento quirúrgico llevando a ser estudiado con más detalle.

En los años 90 los estudios sobre la episiotomía y sus efectos adversos coincidieron en que fue considerado más el valor teórico que su valor práctico, de esta manera se iniciaron estudios en cuanto al dolor persistente, defectos del suelo pélvico, incontinencia urinaria y rectal, la función y satisfacción sexual como complicaciones a largo plazo³⁴.

A pesar de varios años de investigación desaconsejando el uso rutinario de la episiotomía, se ha desarrollado poco consenso al respecto, existiendo gran variabilidad en su práctica, motivada por normas profesionales locales, experiencias en la formación y preferencias profesionales, en lugar de las necesidades de cada paciente al momento del parto³⁴. Debido a esta realidad y a los diferentes resultados que sustentan el empleo relativamente necesario de la episiotomía, se determinó la adopción de una política de uso selectivo y no rutinario de la técnica³⁵.

Controversia sobre el uso de la episiotomía

En los primeros años de sustento para la realización de la episiotomía, se creía que ésta se curaba más pronto que un desgarramiento vaginal y que traía como consecuencia menos complicaciones. También se creía que la episiotomía ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal³⁶.

Las mujeres que se sometían a una episiotomía frecuentemente perdían mucha más sangre en general que las no sometidas. Las mismas también reportaban períodos de recuperación más extensos y dolorosos, con mayor frecuencia de complicaciones y tenían más riesgo de padecer un debilitamiento de los músculos pélvicos. Grupos que se oponían a las episiotomías se han referido a este procedimiento, como mutilación genital³⁷.

Hartmann et al, indicaron que este procedimiento no ayuda a pacientes rutinarios, salvo en ciertos casos, como el de un canal de parto estrecho y otros. El realizar la episiotomía aumenta el riesgo de dolor del perineo durante el puerperio, resultando en dificultad para la defecación y otros trastornos³⁸.

La OMS no aconseja la episiotomía rutinaria y sólo la admite en caso de partos difíciles (con fórceps, de nalgas, etc.), sufrimiento fetal, y desgarros de tercer y cuarto grado mal curados³⁹, por tanto, considera el uso de la episiotomía sólo en situaciones excepcionales.

Actualmente los estudios aconsejan el uso de la episiotomía selectiva frente a la rutinaria, ya que el uso restrictivo muestra una menor morbilidad consecuencia de

un menor trauma perineal. El uso restrictivo ocasiona un menor riesgo de traumatismo perineal, una menor necesidad de sutura, y menores complicaciones en la cicatrización⁴⁰⁻⁴⁴. Sin embargo, la política selectiva ocasiona un aumento de los desgarros de 1^{er} y 2^{do} grado [siendo más frecuentes los desgarros del periné anterior] sin que se produzca un aumento de la tasa de desgarros de tercer y cuarto grado⁴⁵⁻⁴⁶.

Epidemiología

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más realizado alrededor del mundo, pues según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los EE.UU se realiza al 62,5% de nulíparas, 30% en Europa y de 90% a casi el total de casos en Latinoamérica y lugares como Taiwán⁴⁷⁻⁴⁹.

En EE.UU, es un procedimiento quirúrgico común, ya que del 30 % al 35 % de los partos vaginales incluyen a la episiotomía. Sin embargo, dichas tasas han disminuido desde un 60, 9% en 1979 a un 24,5% en 2004⁵⁰.

En América Latina, es una práctica generalizada pues se lleva a cabo del 87% al 90% de los partos de nulíparas y del 57% al 70% del total de los partos atendidos en hospitales⁵¹, siendo en Argentina una intervención rutinaria que se practica en casi la totalidad de los partos⁵².

A pesar de estos datos, actualmente se está convirtiendo en una técnica en desuso, como resultado de los nuevos conocimientos sobre sus efectos secundarios, llevando a una incidencia disminuida en muchos países en todo el mundo⁵³.

Como estadística a seguir sobre la tasa óptima, un estudio ha sugerido que tiene que ser menor del 5% para un parto vaginal normal y una tasa menor del 6% en el caso de parto vaginal instrumental⁵⁴.

Al no tener evidencia y datos los suficientemente confiables para el uso rutinario de la episiotomía, así como sustento de efectos benéficos sobre las complicaciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la frecuencia de su uso no sea mayor al 10%, siendo adaptada a la respectiva guía a cada país y recomienda el uso de la episiotomía medio lateral, con un ángulo entre 45 y 60° hacia la derecha⁵⁵.

Tipos de episiotomía

La bibliografía en general describe 2 tipos principales de episiotomía [medial/mediana y la mediolateral], pero en la literatura completa y específica, se describen hasta 7 tipos de episiotomías, difiriendo entre ellas por la trayectoria y angulación de su incisión⁵⁶:

- Episiotomía mediana/medial/de la línea media: Incisión vertical que empieza en la horquilla vulvar posterior y se dirige hacia el ano, pero sin alcanzarlo, con una extensión de aproximadamente la mitad de la longitud del periné. De elección porque se considera que se asocia con una curación más rápida, menor sangrado y menor dolor.
- Episiotomía mediana modificada: Mediante la adición de dos incisiones transversales en direcciones opuestas justo por encima de la ubicación esperada del esfínter anal, perpendicular a la línea media, con el objetivo de incrementar

el diámetro vaginal de salida un 83% comparando con la estándar, y así permite el desplazamiento posterior del ano sin riesgo de cualquier lesión.

- Episiotomía en forma de “J”: Incisión realizada con tijeras curvadas en la línea media de la vagina, curvándose lateralmente para esquivar el ano, hasta que la incisión se encuentra a 2,5 cm del esfínter.
- Episiotomía mediolateral: Incisión que empieza 1 ó 2 cm desde la línea media, en el himen, y se extiende unos 4 cm lateralmente y hacia abajo, en la dirección de la tuberosidad isquiática ipsilateral con una trayectoria diagonal, en un ángulo al menos de 45°, alejándose del recto.
- Episiotomía lateral: Incisión desde el introito vaginal, 1 ó 2 cm laterales de la línea media y se dirige hacia abajo, hacia la tuberosidad isquiática.
- Episiotomía lateral radical (incisión de Schuchardt): Episiotomía completamente extendida, que llega profundamente al surco vaginal y se curva hacia abajo y hacia el lateral alrededor del recto. No considerada, a menudo, una incisión obstétrica.
- Episiotomía anterior: De uso requerido durante partos para abrir la cicatriz de en mujeres que han tenido infibulación femenina previamente.

Realización de la episiotomía

Es muy importante valorar cuando realizar la episiotomía, ya que teniendo en cuenta esto, se pueden alcanzar los beneficios esperados de la técnica, minimizando las complicaciones. Si la episiotomía se realiza muy tempranamente, la pérdida sanguínea puede ser importante, [sobre todo en caso de la incisión medio lateral]. Si se realiza muy tarde, los músculos perineales pueden estar tan distendidos, que no puede evitarse un desgarro, invalidando los posibles efectos beneficiosos del procedimiento. Se estima que el momento oportuno es cuando la

cabeza fetal es visible en el introito vulvar, con un diámetro estimado de 3-4 cm, durante una contracción⁵⁷.

Indicaciones

Su realización se sustenta en que reduce el riesgo en diversos factores, de la morbilidad y mortalidad en el parto, con lo que resultaba ser beneficioso para ambos, tanto para la madre como para el producto; por tanto, se las pueden clasificar en indicaciones maternas e indicaciones fetales.

➤ **Maternas⁵⁸⁻⁶¹:**

- ✓ Inminencia de desgarro vulvo-vagino-perineal.
- ✓ Historia de episiotomía con complicaciones
- ✓ Periné rígido
- ✓ Prolongación de la 2^{da} etapa del periodo expulsivo
- ✓ Pérdida de sangre en la 2^{da} etapa del periodo expulsivo

➤ **Fetales⁶²⁻⁶⁴:**

- ✓ Distress fetal
- ✓ Ritmo de frecuencia cardiaca fetal no tranquilizador
- ✓ Macrosomía
- ✓ Prematurez
- ✓ Presentación Podálica.
- ✓ Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas.

Complicaciones

Las complicaciones se pueden clasificar en inmediatas, mediatas y tardías⁶⁵. Así mismo, se han identificado factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía, las cuales son:

- Episiotomía de rutina
- Nuliparidad
- Inducción del trabajo de parto
- Antecedente de trauma perineal
- Expulsivo prolongado
- Distocia de hombros
- Parto instrumentado
- Feto macrosómico
- Variedad de posición occipito-posterior persistente
- Episiotomía media
- Infecciones genitales previas
- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones genitales múltiples
- Desgarros cervicales, de la vagina y perineales

Complicaciones inmediatas

- Prolongaciones: aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión, pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte.
- Desgarro: Clasificados según grado [I al IV]⁶⁶, teniendo en cuenta las estructuras comprometidas, describiéndose como:

- ❖ Grado I: Compromiso de piel y tejido celular subcutáneo,
- ❖ Grado II: grado I, además de comprometer músculos perineales superficiales, respetando el esfínter anal.
- ❖ Grado III: grado II, además de comprometer el esfínter anal
 - IIIa: Lesión del esfínter anal externo menor del 50%.
 - IIIb: Lesión del esfínter anal externo mayor del 50%.
 - IIIc: Lesión de esfínter externo e interno
- ❖ Grado IV: grado III con compromiso de mucosa rectal.

Se ha observado que los desgarros de 3^{er} y 4^{to} grado son frecuentemente precedidos por una episiotomía. Se tiene un estudio realizado con 568 mujeres con los siguientes resultados: desgarro de 1^{er} grado con episiotomía 3.4%, sin episiotomía 55.6%; de 2^{do} grado con episiotomía 2.8%, sin episiotomía 15.7%; de 3^{er} grado con episiotomía 0.3%, sin episiotomía 0%; mientras que un 28.7% permaneció con el periné integro⁶⁷.

- Sangrado: en incisiones medio- laterales practicadas precozmente y/o prolongadas.
- Hematoma: asociado a incisiones medio-laterales con prolongación. De aparición temprana y sintomatología característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Debe drenarse de inmediato al haber compromiso de la episiotomía.
- Edema: Tumefacción por acumulación excesiva de líquido.
- Dolor: de intensidad moderada a leve, y suele asociarse a hematomas.

Complicaciones mediatas

- Infección: entre 48 y 72 horas. Usualmente una celulitis altamente sintomática. A veces evoluciona a absceso que amerita drenaje y cierre por segunda intención.
- Dehiscencia: asociada a la infección de la herida. Cada vez menos frecuente dada a la mejor calidad de técnicas y material de sutura.
- Granulomas: con ubicación frecuente en el extremo vaginal. Deben extirparse.

Complicaciones tardías

- Fibrosis: por episiotomías medio-laterales, por utilización de material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada.
- Fístulas: por una episiotomía mediana hasta la luz rectal, inadvertida, con cuya reparación inadecuada o por infección secundaria.
- Dispareunia: dolor con el coito usualmente derivado de una fibrosis.
- Adherencias o bridas vaginales.

Contraindicaciones⁶⁸

- Relajación y flaccidez del piso pélvico.
- Piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento.
- Enfermedades granulomatosas activas.
- Condilomatosis florida con extenso compromiso vulvo-perineal.
- Fístulas recto-perineales.
- Antecedentes de perineoplastia.
- Cáncer ano-rectal.

Consideraciones y recomendaciones

Existe gran variación entre las opiniones con respecto a la aplicación de la episiotomía y su gestión. Por tal motivo, han sido propuestas de manera general en la bibliografía, indicaciones y recomendaciones de varios organismos en salud, que pueden servir de fuente o guía para mejor conocimiento y toma de decisiones con respecto a la episiotomía.

Es así que el Colegio Americano de Obstetras Ginecólogos, en el año 2006 en su boletín de práctica clínica, publicó las siguientes directrices⁶⁹:

- Es preferible el uso restrictivo de la episiotomía que el uso rutinario de la misma.
- Con respecto a la comparativa entre la episiotomía mediolateral vs mediana, los datos son insuficientes para determinar la superioridad de uno, pero así mismo plantea que el uso de la episiotomía mediolateral puede ser preferible a la episiotomía medial.
- Al referirse a las indicaciones fetales, afirma que hay pocos datos disponibles para apoyar cualquiera de sus beneficios.

Así mismo, el Centro Nacional de Colaboración para la Salud de las Mujeres y Niños, en el año 2007, recomendó lo siguiente en su guía clínica⁷⁰:

- Una episiotomía de rutina no debe llevarse a cabo durante el parto vaginal espontáneo.
- Al realizarla, la técnica recomendada es la mediolateral, originándose en la horquilla vaginal y dirigida hacia el lado derecho, con un ángulo entre los 45 y 60°.

- Debe realizarse si hay condiciones como nacimiento instrumental o sospecha de compromiso fetal.
- No se debe ofrecer en el siguiente nacimiento vaginal con un traumatismo previo de 3^{er} o 4^{to} grado.

Entre las recomendaciones revisadas, en líneas generales, se evidencia lo siguiente:

- El uso de la episiotomía debe restringirse a situaciones en las que se deba acelerar el parto, como en los casos de frecuencia cardíaca no tranquilizada o prolongación de la segunda etapa del expulsivo, debiendo alcanzar una tasa baja de realización.

La episiotomía en el suelo pélvico y el periné

El suelo pélvico es una estructura que separa la cavidad pélvica del periné [que es la zona superficial] y está formada por el diafragma pélvico, la membrana perineal y la fascia. El diafragma pelviano lo conforman los músculos elevadores del ano, que se insertan en las paredes de la pelvis y se unen entre sí en la línea media]. Así mismo, es completado en su la parte posterior con los músculos coccígeos.

Inferior al suelo pélvico, se encuentra el periné, que en su región anterior [denominada triángulo urogenital], están incluidos los orificios de la uretra y la vagina, y, en su región posterior [llamada triángulo anal] contiene el orificio anal, con sus respectivos esfínteres.

Tanto el conducto anal como la vagina y la uretra atraviesan en el suelo pélvico hacia el periné, y tanto las estructuras del suelo pélvico como las del periné,

convergen y se cruzan en la zona central, llamada centro tendinoso del periné. En cuanto a la inervación, el nervio pudendo es el nervio principal del periné.

Por tanto, la realización de la episiotomía compromete la piel, mucosa vaginal, tejido conjuntivo subcutáneo, musculatura superficial y profunda [el músculo bulbocavernoso, el músculo transverso superficial y profundo del periné, el músculo elevador del ano y los esfínteres de musculatura esquelética] y la probable sección de las ramas del nervio pudendo (sobre todo la perineal). De ahí que se puede vincular a la episiotomía como causa de muchos de los problemas de mujeres postparto desarrollados en el suelo pélvico y periné.

Identificación y formulación del problema

La realización, así como el adopción de la episiotomía como un procedimiento rutinario o necesario, siempre ha estado en discusión desde su primera realización, hasta estos días. Es un procedimiento que genera controversias aun en la actualidad por lo que requiere revisión de las bases científicas que las sustentan, debido a que no hay consenso sobre el tema entre los profesionales obstétricos.

Existen diversos estudios a lo largo de los años, que buscan determinar y comprobar el beneficioso (o maleficio) que puede tener el realizar una episiotomía en una paciente nulípara. Existe tal controversia que la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la episiotomía es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarramiento natural, por lo tanto, esta entidad considera realizarla sólo en casos que ameriten su ejecución. Muchos profesionales discuten en si es realmente

necesario realizar o no la episiotomía a todas las pacientes, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez.

En nuestra realidad, en casi todos los partos de gestantes nulíparas, se realiza una episiotomía, la cual al igual que todo procedimiento quirúrgico, puede causar complicaciones, referidas en la literatura como las más frecuentes a la excesiva pérdida de sangre, desgarros, los hematomas, las dehiscencias y las infecciones. Asimismo, se encuentran datos que refieren que las pacientes post episiotomía, referían más dolor a los cambios de posición, al caminar, defecar y miccionar que en aquellas que tuvieron desgarró en sus diversas magnitudes.

Es preocupante entre los profesionales gineco-obstetras, la ocurrencia de complicaciones asociadas a la episiotomía. No se tienen datos concluyentes ni suficientes estudios locales que indiquen datos estadísticos referidos a estas complicaciones en nuestro medio. Se informa que el desgarró perineal sigue siendo un problema de gran importancia. El temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las pacientes, llegando a tener un efecto negativo de la mujer. Se ha comprobado que un desgarró o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Se hace hincapié que, en el Hospital Apoyo Iquitos, esta práctica es cercana a lo rutinario, por lo que es muy importante identificar las complicaciones que se generan en gestantes nulíparas después de haberseles practicado la episiotomía.

Por tanto, ante la problemática expuesta se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las complicaciones asociadas con el uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre octubre del 2016 - abril del 2017?

Justificación de la investigación

Se conoce que todo proceso quirúrgico, por más simple o menor que sea considerado, puede derivar en varias complicaciones después de su realización. Se conoce que la episiotomía puede ocasionar complicaciones de compromiso variable y que más que ser un procedimiento beneficioso para la madre, termina derivando en algo perjudicial. A pesar de que se maneja las recomendaciones de restringir el empleo de la episiotomía, aún ésta es realizada en la mayoría de los casos, en especial en las gestantes nulíparas.

Durante los años de formación he podido constatar diversos casos de complicaciones del uso de la episiotomía en pacientes generalmente primigestas, debido a que es un método usado de rutina, todo esto a causa de que no se cuenta con datos específicos e indicaciones precisas para su realización. Hasta la fecha no se dispone de información estadística ni la magnitud a nivel local que genera el impacto de este procedimiento. Por tanto, es importante contar con estándares sugeridos por la comunidad científica a fin de mejorar el uso racional de la episiotomía.

Conocer la frecuencia y el tipo de complicación derivada de una episiotomía, es un paso vital para tomar decisiones informadas sobre su uso a la hora del parto, y poner en prácticas mecanismos efectivos que permitan prevenir dichas complicaciones. Ante el reflejo de esta realidad, es estimable realizar un estudio en el Hospital Apoyo Iquitos, pues este atiende gran porcentaje de la población gestante de la ciudad, que en su mayoría son casos de la zona centro y sur, en las que se concentran la mayor parte de la población, que habita zonas urbano-marginales y rurales.

Objetivos

Objetivo general

- Determinar cuáles son las complicaciones asociadas en el uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, en el periodo octubre 2016 - abril 2017.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las nulíparas con episiotomía, según: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, durante en el periodo octubre 2016 - abril 2017.
- Identificar las características obstétricas de las nulíparas con episiotomía, según: edades gestacional y APN (atención prenatal), atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, en el periodo octubre 2016 - abril 2017.

- Identificar las principales complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, durante en el periodo octubre 2016 - abril 2017.
- Relacionar las características sociodemográficas, con las características obstétricas y las complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, durante en el periodo octubre 2016 - abril 2017.

Hipótesis

El uso rutinario de la episiotomía presenta complicaciones en las gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre octubre 2016 - abril 2017.

Variables

Caracterización de variables

Dependiente

- Complicaciones de la Episiotomía en Nulíparas

Independiente

- Características Sociodemográficas
- Características Obstétricas

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
<p>Independiente: Características sociodemográficas</p> <p>Características obstétricas</p>	<p>Son el conjunto de características biológicas, sociales económicas y culturales, que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.</p> <p>Cualidad o circunstancia particular de una gestante que la distingue de una mujer no embarazada.</p>	<p>Edad</p> <p>Estado Civil</p> <p>Grado de Instrucción</p> <p>Procedencia</p> <p>Edad Gestacional</p> <p>Atención Prenatal</p>	<p>Edad: Tiempo que ha vivido una persona, contando desde su nacimiento.</p> <p>Estado Civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.</p> <p>Grado de Instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados.</p> <p>Procedencia: Lugar del que procede alguien.</p> <p>Edad Gestacional: Tiempo que describe el avance del embarazo, medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual.</p> <p>Atención Prenatal: Visitas programadas para brindar cuidados y vigilar la evolución del embarazo, preparando a la gestante para el parto.</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>
<p>Dependiente: Complicaciones de la episiotomía</p>	<p>Dificultad añadida que surge en el proceso de la consecución de una meta determinada. Una complicación muestra una complejidad que requiere una atención especial para poder ser resuelta en sala de partos.</p>	<p>Desgarro Perineal</p> <p>Hematoma</p> <p>Dehiscencia de episiorrafia</p> <p>Pérdida Sanguínea (>500ml)</p>	<p>Desgarro Perineal: Lesión más frecuente ocasionada por el parto, y compromete la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.</p> <p>Hematoma: Acumulación de sangre causada por una hemorragia interna por rotura de vasos capilares, como respuesta ante un golpe, contusión o una magulladura.</p> <p>Dehiscencia de Episiorrafia: complicación en la cual la sutura se desprende y la herida queda expuesta nuevamente.</p> <p>Pérdida Sanguínea por encima de los valores normales. Sangrado excesivo durante el parto.</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p>

Indicadores e índices

Variable Independiente 1: Características Sociodemográficas

Indicadores:

- Edad
- Estado civil
- Grado de Instrucción
- Procedencia

Variable Independiente 2: Características Obstétricas

Indicadores:

- Edad gestacional
- Atención Prenatal

Metodología

Tipo de investigación

Inductivo: porque iniciamos con la observación de fenómenos particulares con el propósito de llegar a una conclusión y premisas generales que pueden ser aplicadas a situaciones similares a la observación.

Diseño de la investigación

El presente estudio fue de tipo no experimental de diseño descriptivo, correlacional y retrospectivo.

- Descriptivo: Porque describe las características sociodemográficas, obstétricas y complicaciones de las nulíparas con episiotomía atendidas de

parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García entre octubre 2016-abril 2017.

- Correlacional: Porque determina la relación que existe entre las características sociodemográficas y obstétricas con las complicaciones por episiotomía en nulíparas.
 - Retrospectivo: Porque la información que se registró son hechos ocurridos con anterioridad al diseño de estudio.

Población y muestra

- Población:

Todas las gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, entre octubre 2016 - abril 2017.

- Muestra:

Para el presente estudio la muestra será el total de gestantes que cumplen con los criterios de inclusión.

- Unidad de Análisis:

Una gestante nulípara atendida de parto vaginal en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre octubre 2016 - abril 2017.

Criterios de Inclusión

- Parto vaginal con episiotomía
- Gestante a término.
- Gestante nulípara.
- Feto único.
- Historia clínica materno perinatal completa y legible.

Criterios de Exclusión

- Parto no institucional.
- Parto distócico.
- Feto macrosómico.

Procedimiento técnica e instrumentos de recolección de los datos

Recolección de Datos

La recolección de datos se realizará entre octubre del 2016 - abril del 2017 en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, para lo cual se solicitará el permiso correspondiente mediante solicitud dirigida al Director General del Nosocomio, para la realización del proyecto de investigación. La identificación de pacientes se hará según los criterios de inclusión y exclusión.

Se aplicará la primera parte del cuestionario, al ingreso de la paciente a sala de partos procediéndose al seguimiento hasta el periodo expulsivo, recopilándose la segunda parte del cuestionario. Posteriormente se continuará con el seguimiento hasta el control del puerperio inmediato y mediato, recopilándose información de la III parte del instrumento. Cabe mencionar que será necesaria la historia perinatal base pues de ella se extraerá algunos datos informativos. Para el procesamiento de datos se creará una base de datos en Excel y el programa estadístico informático SPSS a fin realizar la tabulación y diseño de los gráficos estadísticos.

Técnica e Instrumentos

La técnica que se utilizó para el presente estudio de investigación fue la de la recolección de información de fuente secundaria, a través de la revisión de las

historias clínicas de las pacientes, carnet perinatal, libro de registro de hospitalización (ARO) y el sistema informático perinatal (SIP 2000.), elaborándose un cuestionario como instrumento de recolección de datos a fin de recabar la información requerida, que consta de 03 secciones:

- Características Socio-demográficas : Consta de 04 ítems
- Características Obstétricas : Consta de 02 ítems
- Complicaciones de la Episiotomía : Consta de 05 ítems

La elaboración de los ítems busca determinar el uso rutinario o no de la episiotomía y sus tipos. Del mismo modo para definir las complicaciones de la episiotomía en la paciente gestante, se formularon los ítems a partir de antecedentes teóricos y de la adaptación de otros instrumentos.

Procesamiento de la información

La información recogida será ingresada en una base de datos creada con el software IBMSPSS 23.0 Para el análisis numérico se emplearon medidas de resumen (frecuencias y porcentajes), medidas de tendencia central (promedio aritmético). Para el análisis inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de Chi Cuadrada, con un nivel de significancia a 0.05%, $p = 0.000$, ($p < 0.5$). Los resultados son presentados en tablas simples de contingencia, así como gráficos de columna que facilitó su análisis e interpretación correspondiente.

Protección de los derechos humanos

La información recogida para el estudio se realizó rigurosamente en forma justa y equitativa y sin prejuicios personales o preferencias, de esta forma garantizamos que los resultados son de lo procedido en forma decorosa, veraz y los partícipes

dieron su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación y se guardará en forma reservada la identidad individual de los encuestados.

El presente estudio de investigación no experimental, por lo cual no transgrede las normas éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACION DEL ANTEPROYECTO DE TESIS																																									
COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL QUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA, ENTRE OCTUBRE 2016 - ABRIL 2017																																									
ACTIVIDADES/PERIODO		ENERO 2018				FEBRERO 2018				MARZO 2018				ABRIL 2018				MAYO 2018				JUNIO 2018				JULIO 2018				AGOSTO 2018				SETIEMBRE 2018				OCTUBRE 2018			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1.	Planificación del tiempo, espacios y fases de la investigación.																																								
2.	Elección del tema de investigación																																								
3.	Determinación de la metodología de estudio																																								
4.	Identificación y Formulación del problema																																								
5.	Justificación de la investigación																																								
6.	Determinación de los objetivos																																								
7.	Desarrollo del marco teórico																																								
8.	Revisión de material bibliográfico																																								
9.	Revisión y esquematización del trabajo de investigación																																								
10.	Presentación del anteproyecto de investigación																																								

Presupuesto

La presente investigación se desarrolló con financiamiento propio para su desarrollo.

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN			
Personal			
Cantidad	Denominación	Costo Unitario (S/)	Monto (S/)
01	Apoyo Especializado	1,500.00	1,800.00
01	Apoyo Secretarial	400.00	500.00
Bienes			
Cantidad	Denominación	Costo Unitario (S/)	Monto (S/)
02	Paquetes de papel bond de 80 gr. (500 hojas)	25.00	50.00
05	Disco compacto (CD)	1.00	5.00
02	Bolígrafo pilot (punta fina 0.5)	5.00	10.00
01	Liquid paper (artesco)	6.00	6.00
03	Anillados	3.00	9.00
Servicios			
Cantidad	Denominación	Costo Unitario (S/)	Monto (S/)
100	Fotocopiado	0.10	10.00
01	Laptop HP táctil x 360, convertible	849.00	849.00
100	Impresión	0.15	150.00
01	Servicio de internet (mensual)	80.00	640.00
	Imprevistos	500.00	500.00

Conceptos	Sub Total (S/)
Personal	2,300.00
Bienes	80.00
Servicios	1,949.00
TOTAL	S/ 4,529.00

III. Referencias bibliográficas

1. Rodríguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 285.e1-285.e410.
2. 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]. Riobamba-Ecuador. Escuela superior politécnica de Chimborazo. Facultad de salud pública. Escuela de medicina. 2011. Acceso 25 Julio de 2014. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3443/1/94T00106.pdf>
3. Bernúes Suárez I. “Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné”. 2014. Navarra. España. Universidad pública de Navarra. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11903/TFGIztziarBernues.pdf?sequence=1>
4. Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso A. Factores que influyen en la realización de una Episiotomía Selectiva en Mujeres Nulíparas. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*: 2014. Acceso 30 de Julio de 2014; 398 (14). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.3.196531>
5. Ortega Flores D. “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”. Managua. Nicaragua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/6182/1/74427.pdf>
6. Pérez Álvarez W, Rodríguez Carvallo V. Episiotomía en pacientes nulíparas. Caracas. Venezuela. 2015. Universidad Central de Venezuela. Disponible en: http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/16346/1/T026800016974-0-Episiotomia_en_pacientes_nuliparas-000.pdf
7. Torres Gonzaga, MC “Complicaciones de la Episiotomía en el post parto mediato en pacientes de la Maternidad Carapungo 2014”. Quito. Ecuador. 2015. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/7266>
8. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2793. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>.
9. Mellizo A, López-Veloz L, Montoya R, Ortiz R, Gil C. “Frecuencia de la realización de Episiotomía y complicaciones en el Servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 69 No. 2 • Abril-Junio 2018 • (88-97). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326286738_Episiotomia_y_complicaciones_en_el_servicio_de_obstetricia_del_Hospital_Universitario_San_Jose_Popayan_Colombia_2016_Exploracion_de_factores_maternos_y_perinatales_asociados_a_su_realizacion
10. Ortiz Alvarado M. Conocimientos en pacientes puérperas, sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección. Guatemala. 2018. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/18/Ortiz-Miriam.pdf>
11. Casanova Chang, Mey Lin. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas. Complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero-Agosto 2001”; Lima; UNMSM, 2002

12. Albino Sánchez F. Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas, en Mujeres Nulíparas atendidas de Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. Piura. Perú. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. 2009; 1 (4). Acceso 18 Julio 2014. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-20Uso%20Episiotomia.pdf>
13. Longaray Chau A. Factores de Riesgo Asociados a Desgarros Perineales de III y IV Grado, Hospital Belén de Trujillo, enero 2002 a diciembre del 2008. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2010. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/158>
14. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II – 2, MINSA Tarapoto. Periodo 2010. Tesis. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. 2011. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/UNSM/2339?show=full>
15. Flores A. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el hospital vista alegre. Enero – diciembre 2013. [Tesis de especialidad]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2014.
16. Guevara Cabello M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional docente Madre niño “San Bartolomé”, Lima 2014. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4008>
17. Bacilio Cruz, S. 2011. Huanuco –Perú “Complicaciones en el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco”.
18. Briceño O. Dayana L. Episiotomía Selectiva Relacionada A Complicaciones Inmediatas Post Parto En El Canal Vaginal, En Puérperas. Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir, 2014. Lima. Perú. Universidad César Vallejo. 2016. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/547>
19. Pujay Escobal, Ángela Chenyu. “Complicaciones De La Aplicación Sistemática de La Episiotomía en Gestantes Nulíparas Atendidas en Trabajo De Parto en el “Hospital de Tingo María” – Enero-Diciembre 2015”. Huánuco -Perú 2016
20. Ávila Fabián A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco la hoz. Enero – junio 2015. Lima. Perú. Universidad San Martín de Porres. 2017. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2694>
21. Cajo Castañeda G. Incidencia de episiotomía en primíparas con complicaciones, en el hospital San Juan de Dios de Pisco setiembre – octubre 2017. Ica. Perú. Universidad Alas Peruanas. 2017. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6236>
22. Tuesta Yomona M. Complicaciones de la Episiotomía en Nulíparas Atendidas en el Hospital Regional de Loreto; Enero – Marzo 2016. Iquitos. Perú. Universidad Científica del Perú. 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/94>
23. Fodstad K, Laine K. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: an observational study. Int Urogynecol J 2013; 24: 865-872.
24. Pérez Sánchez. Obstetricia. Tercera edición. 1999. A. Pérez Sánchez - e Donoso Siña.

25. Reme J, Monrozies X. Perinea U.M. Episiotomie Encycl Med Chir. Techniques chirurgicales urologie-gynecologie, 1991: 1-7.
26. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
27. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? Am J Obstet 1918;78:211-19.
28. DeLee JB. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol 1920;1:34-44.
29. O'Driscoll, Stronge JM, Minogue M. Active management of labour. Br Med J 1973;3:135-7
30. Aytan H, L. Tapisiz O, Tuncay G, A. Avsar F. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2005; 121: 46-50.
31. Fleming N, PhD CNM, R.Newton Edward, MD, Roberts J. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women with and Without Episiotomies. Journal of Midwifery & Women's Health 2003; 48: 53-59.
32. Chang S-R, Chen K-H, Lin H-H, Y. Chao Y-M, Lai Y-H. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow- up study. International Journal of Nursing Studies. 2011; 48: 409-418.
33. Thacker S, Banta H. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature 1960-1980. Obstet Gynecol. 1983; 38: 322-38.
34. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. May 4, 2005; 293 (17):2141-2148.
35. Stedenferldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonon B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case- control study. BJOG. 2012; 119:724-730.
36. Woolley, R.J.: Benefit sandisk of episiotomy: A review of the English. Language literature since 1980. Obstet GynecolSurvey1995; 50:806-835.
37. Renfrew, M.; Hannah, W.; Albers, L.Y Floyd, and E.: Practices that minimize traumato the genital traction childbirth: a system a tick review of the literature. Birth 1998; 25(3):143-60.
38. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2000). «Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study». BMJ 320 (7227): pp.86–90. PMID 10625261.
39. Mathai, Matthews; Sanghvi, Harshad; Guidotti, Richard J. (2000). Managing Complication sin Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives anddoctors.pp.98, 354.
40. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
41. Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política

- Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t. Nº. 2007/03.
42. Lai CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, Lau TK, Leung TY. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009 Dec; 22(12):1116-21. doi: 10.3109/14767050902994820.
 43. Shahraki AD, Aram S, Pourkabirian S, Khodae S, Choupannejad S. A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *J Res Med Sci.* 2011 December; 16(12):1583-1589. Pubmed PMID:22973367. Pubmed PMCID:PMC3434900.
 44. 22.- Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 issue 11. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002./14651858.CD000081.pub2. Pubmed PMID:19160176.
 45. Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez JC, Ortiz-Albarín MD, Jiménez I, Aguilera MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(3):101-8. doi:10.1016/j.pog.2011.01.008.
 46. Juste-Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof.* 2007; 8 (3-4):5-22.- J Ho J, Pattanittum P, P. Japaraja R, Turner Tari, Swadpanich Ussane, A. Crowther C. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.*2010; 111: 13-18.
 47. NHS Information Centre. 2011. NCT Episiotomy statistics. Incorporated in NHS Maternity Statistics 2010-2011; 1 December.
 48. García Cuesta E. La Episiotomía en la era del Parto Humanizado. [Tesis Licenciatura]. Cantabria: Universidad de Cantabria, departamento de enfermería. 2013. [Consultado: 12/10/2016] Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>
 49. Buekens P, Lagasse R, Draimaix M, Wollast E. Episiotomy and third degree tears. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 820-3.
 50. Rubio J. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev. Col Obstet Ginecol.* 2005; 56(2):116-126.
 51. De Leeuw JW, De Wit C, Kujiken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008; 115(1); 104-108.
 52. Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc.* 2013 Jun; 63(6):696-701.
 53. Lede R, Moreno M, Belizan JM. [Reflections on the routine indications for episiotomy]. *Synopsis Obstet Ginecol* 1991; 38: 161-6.
 54. Grupo de Trabajo Técnico. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 1999;18:78-80.
 55. Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail KM, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG* 2012; 119:522-526.
 56. Cunningham F. G. Trabajo de parto y parto normales. En: Leveno, K.J. Bloom, S. L. Hauth, J. C. Gilstrap, L. C. Wenstrom Williams Obstetricia. 24ª edición. México: McGraw-Hill Interamerican; 2015. 433-453.

57. Nkwabong E, Kouam L. Episiotomies during Deliveries of Singletons in Cephalic Presentation: The Incidence can be reduced. *J Obstet Gynaecol India*. 2012 Dec; 62(6):641-3.
58. Startore A, De SF, Maso G, et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstetr Gynecol* 2004; 103(4): 669-673.
59. Karam Corrêa Leite G, Pina de Carvalho LF, Korkes H, Falgo Guazzelli T. Scar endometrioma following obstetric surgical incisions: retrospective study on 33 cases and review of the literature. *Sao Paulo Med J*. 2009; 127 (5): 270-7.
60. Aytan H, Tok EC, Ertunc D, Yasa O. The effect of episiotomy on pelvic organ prolapse assessed by pelvic organ prolapse quantification system. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Feb; 173:34-7.
61. Kalis V, Karbanova J, Horak M, Lobovsky L, Kralickova M, Rokyta Z. The incision angle of mediolateral episiotomy before delivery and after repair. *Int J Gynecol Obstet* 2008; 103:5-8.
62. Sooklim R, Thinkharmrop J, Lumbiganon P, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health*. 2007; 4:10.
63. Ola ER, Bello O, Abudu OO, et al. Episiotomies in Nigeria: should their use be restricted? *Niger Postgrad Med J*. 2002; 9(1):13-6.
64. CRAVCHIK, S. MUÑOZ, D. BORTMAN, M. Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén, Argentina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health (Argentina)* 26 p. 1998 (28)
65. Gómez N, Mozo M, Solís I. Revisión sistemática de la episiotomía. *Prog Obstet Gynecol*. 2004; 47 (7): 330-7
66. López. M., Palacio. M. Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Hospital Clinic de Barcelona. 2014.
67. Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso A. Factores que influye en la realización de una Episiotomía Selectiva en Mujeres Nulíparas. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*: 2014; 398 (14).
68. Vergara G. Episiotomía-Episiografía. E.S.E. Clínica de maternidad Rafael Calvo C. Protocolo de atención 2009.
69. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical management guidelines for obstetrician- gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4):957-962.
70. Konnyu K, Grimshaw J, Moher D. What are the maternal and newborn outcomes associated with episiotomy during spontaneous vaginal delivery?. Ottawa Hospital Reserach Institute; July 2011.

IV.- Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

N° _____ H.C _____

➤ **Características sociodemográficas**

1. Edad: _____ años

2. Estado civil:

Unión Estable (1) Unión no Estable (2)

3. Grado de Instrucción:

Iletrada (1) Primaria (2)

Secundaria (3) Superior (4)

4. Procedencia

Urbana (1) Rural (2)

➤ **Características Obstétricas**

5. Edad Gestacional: _____ ss

6. Atención Prenatal:

Cero (1) Uno a Cinco (2) Seis o más (3)

➤ **Complicaciones de la Episiotomía**

7. Pérdida sanguínea: _____ cc

8. Hematoma:

Si (1) No (2)

9. Desgarro:

III Grado (1) IV Grado (2)

10. Edema Vulvar:

Si (1) No (2)

11. Dehiscencia:

Si (1) No (2)

➤ **Anexo 2: Matriz de consistencia**

Complicaciones asociadas en el uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos “César Garayar García” entre octubre 2016 - abril 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	TÉCNICAS
¿Cuáles son las complicaciones asociadas con el uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre octubre del 2016 - abril del 2017?	<p>Objetivo General Determinar cuáles son las complicaciones asociadas en el uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, en el periodo octubre 2016 - abril 2017.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar las características sociodemográficas de las nulíparas con episiotomía, según: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, durante en el periodo octubre 2016 - abril 2017.</p> <p>Identificar las características obstétricas de las nulíparas con episiotomía, según: edades gestacional y APN (atención prenatal), atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, en el periodo octubre 2016 - abril 2017.</p> <p>Identificar las principales complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, durante en el periodo octubre 2016 - abril 2017.</p> <p>Relacionar las características sociodemográficas, con las características obstétricas y las complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, durante en el periodo octubre 2016 - abril 2017.</p>	El uso rutinario de la episiotomía presenta complicaciones en las gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre octubre 2016 - abril 2017.	<p>V.I. Complicaciones de la Episiotomía en Nulíparas</p> <p>V.D. Características Sociodemográficas Características Obstétricas</p>	<p>Investigación descriptiva de diseño correlacionar</p> <p>M... Ox (r) Oy Donde M: Muestra de estudio. O: Datos obtenidos R: Relaciones entre variables.</p>	<p>Se elaboró un cuestionario como instrumento de recolección de datos a fin de recabar la información requerida.</p> <p>Consta de 03 secciones:</p> <p>Características Socio-demográficas: Consta de 04 ítems</p> <p>Características Obstétricas: Consta de 02 ítems</p> <p>Complicaciones de la Episiotomía: Consta de 05 ítems</p>