

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FRECUENCIA Y COMPLICACIONES DEL USO
RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA EN PRIMÍPARAS.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA.
2017**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

Kevin Josh Cuba Beretta

ASESORA:

Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, PERÚ

2018

COPYRIGHT © 2018 BY

Kevin Josh Cuba Beretta

Todos los derechos reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía por durante todo el periodo de estudio.

Mis padres Florentino y Ofelia, por apoyarme cada día y haberme enseñado a trabajar y trazarme metas en la vida, porque creyeron en mí y me dieron ejemplos dignos de superación y entrega; gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

KEVIN JOSH

SE AGRADECE A:

***Dios** por haberme acompañado a lo largo de mi carrera, por iluminarme en cada paso que doy a lo largo de mi vida y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

***La Universidad Nacional de Cajamarca** por abrirme las puertas y formarme como persona universitaria de bien.*

***Mi asesora** Obst. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga por su apoyo incondicional y así como también haberme tenido paciencia para guiarme durante toda la elaboración de la presente tesis.*

***Hospital Regional Docente de Cajamarca** por facilitarme el acceso a las gestantes y obtener la información para mi tesis y así poder culminar una de las etapas de mi formación profesional.*

KEVIN JOSH

INDICE

	Pág.
SE DEDICA ESTE TRABAJO A:	III
SE AGRADECE A:	IV
INDICE	V
LISTA DE TABLAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos	25
2.4. Hipótesis	26
2.5. Variable	26
2.6. Conceptualización y operacionalización de variables	26
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1. Diseño y tipo de estudio	27
3.2. Área de estudio y población	27

3.3. Muestra	28
3.4. Unidad de análisis	29
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	29
3.6. Procedimientos, técnica de recolección de datos e instrumento	29
3.8. Procesamiento y análisis de datos	31
3.9. Control de calidad de datos	31
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	32
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Frecuencia del uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017	32
Tabla 2. Características sociodemográficas con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital regional docente de cajamarca – 2017	35
Tabla 3. Atención prenatal con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017	39
Tabla 4. Laceraciones con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017	41
Tabla 5. Hematoma con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017	43
Tabla 6. Percepción del dolor con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017	45
Tabla 7. Desgarro y tipo de desgarro con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017	47
Tabla 8. Complicaciones con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017	49

RESUMEN

La episiotomía consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia y las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de noviembre a diciembre del 2017. El diseño y tipo de investigación fue: no experimental, de corte transversal, descriptivo y prospectivo; cuya muestra fue de 113 puérperas primíparas atendidas en puerperio inmediato, de dicho hospital. Se encontró que las puérperas se encuentran entre los 20 a 34 años de edad (72,5%), con secundaria incompleta (30,1%), procedente de la zona urbana (57,5%), amas de casa (48,7%) y convivientes (69,9%); dentro de las características obstétricas los hallazgos indicaron que tuvieron cinco a más atenciones prenatales (69,0%). La frecuencia de episiotomía fue de 63,4% del total de las puérperas primíparas. Dentro de las complicaciones inmediatas de uso rutinario de la episiotomía se encontró que tuvieron desgarro perineal grado I (36,2%), dolor moderado (32,7%), laceraciones (23,9%), hematomas (10,6%). El porcentaje de complicaciones del uso rutinario de la episiotomía fue de 92,9%.

Palabras Clave: Frecuencia, complicaciones, uso rutinario, episiotomía, primípara.

ABSTRACT

The episiotomy consists of the perineovaginal section performed in the mediolateral direction or in the midline to avoid significant tears when the fetal crown excessively distends the perineum without yielding to the dilation necessary for its exit and when in prolonged expulsive periods with good contractions and pushes efficient, the resistant perineum is the impediment for the birth of the child. The objective of this research was to determine the frequency and complications of the routine use of episiotomy in primiparous in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca from November to December 2017. The design and type of research was: non-experimental, cross-sectional, descriptive and prospective; whose sample was 113 puerperas primiparous attended in the immediate puerperium, of said hospital. It was found that puerperas are between 20 to 34 years of age (72,5%), with incomplete secondary (30,1%), coming from the urban area (57,5%), housewives (48,7%) and cohabitants (69,9%); within the obstetric characteristics, the findings indicated that they had five to more prenatal care (69,0%). The frequency of episiotomy was 63.4% of the total number of primiparous puerperal women. Within the immediate complications of routine use of the episiotomy were found that had perineal tear grade I (36,2%), moderate pain (32,7%), lacerations (23,9%), bruises (10,6%). The percentage of complications of the routine use of the episiotomy was 92,9%.

Keywords: Frequency, complications, routine use, episiotomy, primiparous.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo ser tiene múltiples componentes, como las etapas y el mecanismo del parto, las contracciones uterinas y el canal por donde pasa hacia el exterior, éste canal integrado por sus partes blandas y óseas; estos componentes están sometidos a diferentes riesgos, en el caso de canal de parto, las partes blandas son sujetos a fenómenos de distensión por las fuerzas expulsivas, que en muchos casos ocasiona desgarros de diferente grado que comprometen a los órganos vecinos; esto se puede disminuir con la aplicación de una técnica invasiva llamada episiotomía, que tiene por finalidad evitar desgarros importantes y se realiza seccionando varios músculos que conforman el piso pélvico; esta práctica quirúrgica que debería producir beneficios en la madre y el recién nacido, al ser realizado de forma rutinaria y sin una buena evaluación, puede generar complicaciones, como hemorragias, laceraciones, desgarros, hematomas, dolor, edemas o precedentemente puede causar dispareunia.

En la práctica se evidencia que la episiotomía es de manera rutinaria y no se conoce las complicaciones que puede causar, principalmente por falta de evidencias, ya que no existen investigaciones en la región que permitan evidenciarlas, por eso la preocupación del presente trabajo de investigación se centra principalmente en determinar la frecuencia y las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía en las primíparas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los meses de noviembre a diciembre de 2017.

Se llegó a determinar que la frecuencia de la episiotomía rutinaria en primíparas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca fue del 63,37%, presentándose como complicaciones inmediatas las laceraciones, sangrado, hematoma, dolor y desgarro, específicamente de primer grado; estos dos últimos mencionados en mayor porcentaje en la episiotomía rutinaria.

La presente investigación consta de cinco capítulos:

- Capítulo I: contiene el problema de investigación, los objetivos y justificación del problema.
- Capítulo II: contiene el marco teórico, antecedentes de investigaciones previas al presente estudio, bases teóricas, definición de términos, hipótesis, variables y la conceptualización y operacionalización de las variables.
- Capítulo III: contiene metodología que se utilizó para desarrollar la presente investigación.
- Capítulo IV: muestra los resultados y la discusión de la investigación.

Por último, se presentan las conclusiones de la investigación, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

El autor

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un sentido estricto, la episiotomía es una incisión de las partes pudendas. La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común, el término episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía, una práctica que se sigue aquí (1).

Se calcula que, a 350 000 mujeres por año en el Reino Unido, y a millones más en todo el mundo se le realizan suturas perineales debido a un desgarro natural o a un corte (episiotomía) relacionados con el parto. Este corte en el periné, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para un parto respetado, no debe realizarse de forma rutinaria ya que, pese a ser el argumento que propició su práctica, no está demostrada su eficacia en la prevención de desgarros, considerándose aceptable una tasa de episiotomías entre el 10 y el 20% (2).

Sin embargo, las tasas de episiotomía son relativamente altas, varían del 8% en los Países Bajos; 13%, en Inglaterra; hasta el 25% en los Estados Unidos. Se han informado tasas de prevalencia del 46% y del 54,9% en dos países del oeste de África (3), en Europa, los rangos van entre el 31% y el 69% (4).

En algunos lugares de Latinoamérica, la incidencia de este procedimiento, puede llegar al 80%. Chile está en el grupo de países en los cuales, el procedimiento se aplica entre el 70% y el 100% de los partos, mientras que en Europa, los rangos van entre el 31% y el 69% (4).

En el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica que se encuentra generalizada; en los 108 hospitales mayores del país figura que el 92,3% son sometidas, frecuencias que indican que las episiotomías se realizan de manera rutinaria en los centros obstétricos del país, las cuales se encuentran en aumento, llegando a casi un 100% (5).

En la actualidad, con la revisión de la literatura con base en evidencia de los beneficios sobre los riesgos, se pone en duda el uso rutinario de la episiotomía en todos los partos, y se acepta que una cifra adecuada para practicarla está entre un 30 y 40% de las veces, dependiendo mucho de la experiencia y modalidad de práctica del médico (6).

Toda episiotomía debe ser reparada mediante la técnica denominada episiorrafia mediante la cual se sutura la herida afrontando todos los planos; sin embargo, no obstante los cuidados que se tiene en este procedimiento, en algunas ocasiones, se originan complicaciones generando un proceso de recuperación más largo y ocasionando molestias a la mujer, generándose en ella un problema sobre todo en su salud sexual, es por ello que actualmente, no se recomienda la episiotomía rutinaria, teniendo cada vez más una indicación restrictiva en función de las condiciones individuales (5).

Las complicaciones que suelen presentarse son una ampliación inevitable de la incisión, resultados anatómicos insatisfactorios, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapsos de órganos pélvicos (POP), traumatismo perineal en general, dispareunia, incontinencia fecal, dolor e infección perineal, fístula rectovaginal, dehiscencia, mayor hemorragia y hematomas, desgarros perineales, endometriosis, dolor y edema de la región de la episiotomía, lesión

de las ramas del nervio pudiendo, afectando el bienestar físico, psíquico y social de la mujer tanto en el periodo inmediato postnatal como a largo plazo, interrupción de la lactancia materna y de la vida familiar y, con todo ello, repercusión y disminución de la calidad de vida (7).

En un estudio que se realizó, la herida resultante de la episiotomía tardaba más tiempo en cicatrizar que la herida resultante de un desgarro, es decir de un parto vaginal sin episiotomía. Además, en el mismo estudio se observaron complicaciones inmediatas y mediatas tales como hematoma (62%) y edema (32%) en mujeres con episiotomía, comparando con 3% y 5% en pacientes sin episiotomía, respectivamente. Las complicaciones más temidas luego de las anteriormente mencionadas, son el dolor en la zona perineal y la dispareunia. Se vieron índices de dolor más alto en pacientes con episiotomía (83%) que en pacientes sin episiotomía (27%) (8).

Una preocupación entre los profesionales de obstetricia es la ocurrencia de complicaciones asociadas a la episiotomía y la frecuencia con la que esta se realiza, sin embargo, no se cuenta con datos o estudios locales que nos indiquen cuan frecuente ocurren dichas complicaciones y dicho procedimiento en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, es por eso que se quiere contribuir a llenar este vacío de información.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia y las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la frecuencia de episiotomía de las puérperas primíparas de la muestra.
- Describir algunas características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas primíparas de la muestra.
- Determinar el porcentaje e identificar la complicación inmediata del uso rutinario de la episiotomía que se presenta con mayor frecuencia en la muestra.
- Identificar el porcentaje de complicaciones con uso rutinario de la episiotomía en las puérperas primíparas de la muestra.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La episiotomía es considerada una de las prácticas de uso rutinario más realizadas en el campo de la obstetricia porque su uso se ha generalizado a la atención de todas las gestantes primíparas, en trabajo de parto, como una medida para la prevención de traumas perineales y del recién nacido.

Según la OMS (2007), los estudios realizados en los últimos años demuestran que la episiotomía es necesaria solamente en un pequeño porcentaje de casos. La OMS (2007) y algunos expertos, consideran que no es lógico ni está justificado realizar porcentajes de episiotomía superiores al 20% (9); sin embargo esta recomendación no se relaciona con la mayoría de hospitales, sino que por el contrario se suele realizar con bastante frecuencia, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos.

La situación en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente Cajamarca, no es diferente, el porcentaje de la realización de la episiotomía es rutinaria, según datos obtenidos por el mismo investigador de informes realizados en internado, la episiotomía se realiza aproximadamente en más de un 60% de todas las gestantes primíparas atendidas en este hospital. Esta situación ha motivado la realización del presente trabajo de investigación cuyo objetivo es determinar las principales complicaciones inmediatas y la frecuencia de la episiotomía rutinaria.

Los resultados brindaran un sustento científico válido para cambiar los pasos a seguir y realizar en la atención de parto a una mujer primípara, protegiéndola de consecuencias que pueden afectar su vida sexual y social. Las beneficiadas serán las mujeres que, con una atención sin episiotomía, podrán disfrutar plenamente de su vida en sociedad y en familia; el sistema de salud también se verá beneficiado, al disminuir sus costos en la atención a las mujeres sin complicaciones. De otra parte, muchas mujeres que aún se atienden en domicilio por temor al “corte” podrán tener un parto institucional y verse favorecida con la prevención de riesgos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

- **Ortega D. (Nicaragua, 2015)** realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer la frecuencia y tipo de complicaciones de la episiotomía en las primigestas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Los resultados fueron que el rango de edad predominante son las adolescentes de 14 a 19 años, con un 72,25%, el estado civil acompañada, con un 58,8%, la complicación más frecuente fue el desgarro con un 21,25%, seguido de las prolongaciones de episiotomía con un 20,25%, hematomas con un 13,75%. Al comparar la edad de las pacientes con la complicación no se encontraron diferencia significativa ya que en todos los rangos tuvieron un alto porcentaje de complicación. Las pacientes en estudio se caracterizan por ser principalmente adolescentes, la mayoría acompañada. El porcentaje global de complicaciones es del 48%. Los tipos de complicación más frecuentes son los desgarros principalmente, seguido de las prolongaciones de episiotomía y los hematomas. No se observa relación con la edad de la paciente y el médico residente de segundo año fue el que tuvo porcentaje más alto de complicaciones (10).

- **Singh S, y cols. (India, 2016)** realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el patrón de uso de la episiotomía y sus complicaciones inmediatas entre las mujeres que brindan en hospitales públicos de nivel terciario en la India. Los resultados del estudio fueron que, entre 120 243 partos vaginales, se realizó una episiotomía en el 63,4% (n = 76.305) casos. Las mujeres nulíparas tenían 8.8 veces más probabilidades de someterse a la episiotomía que las mujeres multíparas. Las diversas lesiones del tracto genital informadas fueron desgarro perineal de primer grado (n=4805, 3.9%), desgarro perineal de segundo grado (n=1082, 0.9%), desgarro perineal de tercer y cuarto grado (n=186, 0.2%), trauma vaginal anterior que requiere sutura (n=490, 0.4%), extensión de la episiotomía, laceración vaginal, sangrado excesivo por episiotomía o desgarro (n=177, 0.15%), hematoma vaginal, vulvar (n=70, 0.06%) y rasgadura cervical (n=108, 0.08%). La tasa combinada de desgarros perineales de tercer y cuarto grado fue significativamente menor entre nulípara que recibió episiotomía (0.13%) en comparación con aquellas que dieron a luz sin episiotomía (0.62%). Se observaron tasas significativamente más bajas de desgarro de tercer y cuarto grado en mujeres nulíparas sometidas a episiotomía. El riesgo beneficio de la episiotomía y sus complicaciones deben evaluarse a través de ensayos clínicos aleatorizados en el contexto de la India (11).
- **Kovavisarach E, y cols. (Tailandia, 2017)** realizaron un estudio con el objetivo de comparar resultados y complicaciones maternos y neonatales en el periodo de 48 horas del parto vaginal en parturientas sanas con y sin episiotomía. Los resultados del estudio que encontraron indican que la mayoría de parturientas fueron multíparas (77,3%). La edad gestacional, el número de nulíparas y la duración en la segunda etapa de trabajo de parto fueron significativamente mayor en el grupo con episiotomía. Los desgarros perineales de tercer y cuarto grado fueron significativamente mayores en el grupo con episiotomía que en el grupo sin episiotomía (21% y 20.2%; p menor 0.001) en mujeres nulíparas, pero no hubo diferencia en pacientes multíparas. La infección

en la herida postparto fue similar en las parturientas en los grupos con episiotomía y sin episiotomía, mientras que no hubo infección de herida en las nulíparas. El peso promedio fue significativamente más alto en el grupo con episiotomía frente al grupo sin episiotomía (3064.95 vs 2940 g; p menor 0.001). Los otros resultados neonatales y complicaciones fueron similares en los dos grupos. La incidencia de desgarro perineal de segundo, tercer y cuarto grado fue significativamente mayor en el grupo con episiotomía frente al grupo sin episiotomía (12).

- **Mejía J, y cols. (Ecuador, 2017)** realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso y perímetro cefálico del recién nacido y evaluar si existe disminución de esta intervención obstétrica, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía. Los resultados fueron que la prevalencia de episiotomía fue del 35,5%. Se encontró significancia estadística en la edad menor de 19 años, el peso del recién nacido mayor a 3000 gramos y el perímetro cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; no se encontró significancia estadística entre la talla materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía. La episiotomía de rutina debe ser abandonada y debe evitarse en todo lo posible, ya que no hay indicaciones absolutas ni específicas para su uso. La decisión de realizar una episiotomía debe basarse en la interacción de múltiples factores de riesgo y sus efectos a corto y largo plazo, siempre valorando la balanza riesgo versus beneficio (13).

2.1.2. Antecedentes nacionales

- **Rodríguez E, y cols. (Tarapoto, 2012)** presentaron su estudio cuyo objetivo fue determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas. Los resultados determinaron que en el grupo de estudio, el 65,81% osciló entre los 19 y 34 años, el 81,2% tenían una unión estable con su pareja, el 58,12% alcanzó el grado de

instrucción primaria y el 68,38% procedía de la zona urbana; mientras que en el grupo control a quienes no se les realizó la episiotomía, encontraron que el 80,52% oscilaba entre 14 y 32 años, el 89,6 % tenía una unión estable con su pareja, el 72,73% alcanzó el nivel primaria y el 89,61% era procedente de la zona urbana. En el grupo de estudio el 93,16 % tuvo parto a término, mientras que en el grupo control el 100,0 % tuvo parto a término. En el grupo de estudio el 49,57% presentó como principal complicación, el dolor, el mismo que se presentó de moderado a intenso, mientras que en el grupo control, solo el 3,90% presentó dolor como complicación. En relación a la presencia de pérdida sanguínea pudieron encontrar que, en el grupo de estudio, el 13,68% presentó esta complicación, mientras que ninguna de las mujeres procedentes de parto sin episiotomía presentó este problema. Referente a la presencia de laceración durante el proceso del parto, se observó que esta complicación se presenta con mayor frecuencia en las mujeres sin episiotomía (16,88% vs 1,71%) (14).

- **Pujay A. (Huánuco, 2016)** presentó su estudio cuyo objetivo fue determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestante nulíparas atendidas en trabajo de parto. Los resultados del estudio fueron que existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un 62,59%, estado civil conviviente con un 68,75%, grado de instrucción secundaria con un 56%, y procedencia rural con un 56,25%, los que mostraron estar relacionados muy significativamente a complicaciones del uso sistemático de la episiotomía en la población en estudio. La incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas fue del 94,5%, cifra muy elevada en relación a otros países y estudios. En relación a la variable complicaciones, el 3,4% del total de episiotomías realizadas presentó complicaciones, pudiéndose, observar que el mayor porcentaje de complicaciones inmediatas correspondió al desgarro de primer grado con un 46,15%, seguido del desgarro de segundo grado y las hemorragias con un 23,07% y el desgarro de tercer grado con un 7,69%;

y entre las complicaciones tisulares el hematoma vulvar con un 66,66% y en menor porcentaje el edema vulvar con un 33,33% (15).

- **Tuesta M. (Iquitos, 2017)** en su estudio cuyo objetivo fue determinar las complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto; Enero-Marzo 2016, llegó a determinar que entre las características sociodemográficas de las gestantes nulíparas fueron; el 51.6% fueron < 19 años, el 76.5% provienen de zona urbana, el 64.1% tenían estudios secundarios y el 52.9% fueron convivientes. Entre las características obstétricas se encontró; que solo el 7.2% tuvieron 0 atenciones prenatales (APN), el 52.9% estuvieron controladas con más de 6 atenciones prenatales (APN), el 15.7% fueron gestantes pre termino y el 84.3% fueron a término. Entre las principales complicaciones de las nulíparas con episiotomía, la más frecuente fue hematoma vulvar en un 3.3%, dehiscencia de episiorrafia en un 2.0%, perdida sanguínea por encima de los valores normales (>500 ml) con un 1.3 %, y no hubo ningún caso de desgarró perineal de III y IV grado (16).
- **Avila A. (Lima, 2017)** en su estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de episiotomía y desgarró perineales en el Hospital Carlos Lafranco La Hoz. Enero-junio 2015, llegó a determinar que las primíparas con episiotomía representaron el 65.4% y las que sufrieron desgarró representaron el 34.6%, predominando los desgarró de I grado (23.5%). En primíparas con episiotomía, se encontró el 37.7% con edades de 25 a 29 años, el 50.6% presentaron anemia, el 96.2% tuvieron control prenatal completo, el 75.5% asistieron a las sesiones completas de psicoprofiláxis, el 67.9% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos, el 69.8% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. con perímetro cefálico mayor a 33 cm (54.7%). En el grupo primíparas con desgarró se encontró el 64.3% con edades de 25 a 29 años, el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de Psicoprofiláxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min. El 35.8% tuvieron recién nacidos macrosómicos y recién nacidos de 3500 a 3999 gr. con

perímetro cefálico mayor a 33cm (78.6%). La mayoría de primíparas son sometidas a episiotomías. En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado, seguido de los desgarros de segundo grado. No se presentaron desgarros de tercer y cuarto grado (17).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Anatomía del perineo

La perineotomía se emplea como sinónimo de episiotomía, por lo que se debe describirse que el periné está formado por músculos y fascias de los diafragmas urogenital y pélvico. El diafragma pélvico está formado por dos músculos: el coccígeo y el elevador del ano, que está compuesto a su vez de tres porciones: iliococcígeo, pubococcígeo e isquiococcígeo que forman una banda que sostiene las estructuras pélvicas, pasando entre ellos la uretra, la vagina y el recto. El isquiococcígeo y el pubococcígeo constriñen la vagina y el recto formando un eficiente esfínter rectal.

El rafe medio de los elevadores del ano, entre el ano y la vagina, esta reforzado por el tendón central del periné (que suele medir de 3 a 5 cm de longitud), en el cual convergen el bulbocavernoso, el perineal transverso superficial y el esfínter externo del ano. Estas estructuras conforman y soportan el piso perineal. El periné se divide en dos triángulos, cuyas bases se unen en el diámetro isquiático y sus vértices en el sacro y sínfisis del pubis.

Los planos del periné en su triangulo anterior (triangulo urogenital) son:

- a. Plano superficial: formado por el musculo isquiocarvenoso, musculo bulbocavernoso y el transverso superficial del periné.
- b. Plano medio: conformado por el transverso profundo y esfínter externo de la uretra.
- c. Plano profundo: musculo elevador del ano (pubococcígeo).

Los planos del periné en su triangulo posterior (triangulo anal) son:

- a. Plano superficial: esfínter externo del ano.
- b. Plano profundo: conformado por los elevadores del ano (isquiococcígeo, iliococcígeo) (18).

2.2.2. Episiotomía

La episiotomía es una incisión vagino-vulvo-perineal, realizada por el obstetra en el momento del parto, destinada a enderezar, acortar y ampliar el canal del parto. Abrevia el periodo expulsivo y eventualmente previene desgarros. Es la operación más frecuente que se realiza en las mujeres. Por lo general se realiza con una tijera en el periné distendido y adelgazado, justo antes de la coronación de la cabeza fetal (19).

Es una incisión quirúrgica del orificio vulvar en el momento del desprendimiento de la parte fetal, para evitar que se produzca espontáneamente un desgarro grave del perineo. De acuerdo con la definición que trae el diccionario de la terminología de ciencias médicas, la palabra episiotomía es la más aceptada y la más utilizada desde los comienzos de la obstetricia. Los términos perineotomía y vagino-perineotomía dan una idea más completa del procedimiento quirúrgico que se realiza, pero el uso y la costumbre, obligan a continuar con la palabra episiotomía (6).

Etimológicamente episiotomía significa “cortar el pubis” (episeion = pubis y temno = yo corto). También puede llamarse colpoperineotomía y con ella se pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un acto quirúrgico simple.

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión con tijera o bisturí en la zona del periné femenino, en el momento del expulsivo del parto vaginal; comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal y tiene como objetivo principal, ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné, acortando el periodo del expulsivo e intentando evitar la producción de desgarros complicados en perinés muy rígidos o en vaginas muy

estrechas; puesto que de entrada es una incisión recta y limpia, favorece una mejor sutura y cicatrización que un desgarro (20).

El término de episiotomía se utiliza para describir una incisión quirúrgica que se practica en el periné, normalmente, antes de la salida de la presentación. La incisión quirúrgica es preferible a la laceración por los siguientes motivos: a) los bordes rectos de la episiotomía son más fáciles de reparar que los de la laceración, que normalmente son intrincados; b) una episiotomía a tiempo puede evitar la lesión de la musculatura perineal y las laceraciones vaginales altas de la bóveda; y c) se evita que la cabeza fetal golpee contra el periné al dilatarse la salida vaginal (21).

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné que se realiza durante el parto con el fin de incrementar el orificio vulvar y de protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales. La episiotomía se realiza con mayor frecuencia en pacientes nulíparas y se justifica cuando se requiere mayor espacio (distocia de hombros o parto podálico) o en casos en que, por las características del periné, se sospeche la posibilidad de una laceración perineal significativa si no se realiza (22).

La episiotomía es una incisión de las partes pudendas. La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común, el término episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía, una práctica que se sigue aquí. La incisión puede practicarse en la línea media para la episiotomía media o es posible empezar en la línea media pero dirigirse hacia afuera y abajo en dirección opuesta del recto, lo que constituye una episiotomía mediolateral (1).

La perineotomía es el agrandamiento de la abertura vulvar durante el parto; esta puede ser media o mediolateral. La perineotomía media secciona el rafe perineal desde la horquilla vulvar hasta 2 o 3 cm sobre el ano. La perineotomía mediolateral parte desde la horquilla vulvar dirigiéndose en forma oblicua hacia

el isquion, en una longitud de 4 a 5 cm. Puede ser derecha o izquierda. Secciona algunos ases del musculo elevador del ano (23).

Consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño (24).

Procedimiento quirúrgico durante el que se hace una incisión en el perineo de la mujer, para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto. La mayoría de las veces se realiza de forma electiva, para prevenir el desgarro del perineo, acelerar el nacimiento del feto o evitar el estiramiento de los músculos perineales y el tejido conectivo (25).

2.2.3. Incidencia de la episiotomía

Hoy en día, la episiotomía continúa siendo el procedimiento quirúrgico más común llevado a cabo por la mayoría de los obstetras; sin embargo, es mucho menos común que en el siglo XX. En 2003, se realizaron en los Estados Unidos de América 716 000 episiotomías, mientras que 11 años antes, se llevaron a cabo más de 1.6 millones de episiotomías. Con mayor frecuencia se usa en mujeres que van a tener su primer hijo y con menos frecuencia en casos de partos posteriores (26).

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más utilizado en la actualidad. En EE.UU. se realiza entre el 50% y 90% de las mujeres primíparas, dependiendo de la zona. En los países europeos como Francia e Inglaterra, se sitúa en tono al 30%, mientras que en Holanda, en menos del 25% (9). La Argentina tiene tasas de episiotomías mayores del 80% (19).

La episiotomía es el procedimiento actualmente más usado en la obstetricia, llegando a realizarse hasta en el 60% de todos los partos vaginales y es quizá, el procedimiento más realizado en el mundo. Su práctica es rutinaria y con frecuencia se olvida que se trata de un procedimiento quirúrgico y muy pocas veces, tal vez nunca en nuestro medio, se solicita el consentimiento informado a las pacientes para realizarla. En Latinoamérica, su práctica está generalizada y se realiza entre el 87% y el 90% de la atención del parto de las mujeres nulíparas y entre el 57% y el 70% los partos atendidos en instituciones hospitalarias (9).

No existe un consenso establecido sobre cual tendría que ser la tasa ideal de episiotomías en un país, aunque se calcula que se debería oscilar alrededor del 20%. Incluso hay quien reduce esa cifra ideal hasta el 10%. En España: 56% y el 87%, 8% en Suiza, 4-8% en partos asistidos por parteras en domicilio en Estados Unidos. La OMS (2007) y algunos expertos, consideran que no es lógico ni está justificado realizar porcentajes de episiotomías superiores al 20% (9).

En la actualidad, con la revisión de la literatura con base en la evidencia de los beneficios sobre los riesgos, se pone en duda el uso rutinario de la episiotomía en todos los partos, y se acepta que una cifra adecuada para practicarla está entre un 30 y 40% de las veces, dependiendo mucho de la experiencia y modalidad de práctica del médico (19). En la actualidad, la tasa de episiotomía en países occidentales ha descendido hasta un 68% en primíparas y un 23% en múltiparas (20).

En el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, en la tasa mediana de episiotomía en los 108 hospitales mayores del país, entre 1991 y 1998 fue de 92,3% mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es la episiotomía rutinaria (27).

2.2.4. Tipos de episiotomía

En cuanto a los tipos de episiotomía existentes, a pesar de que los textos estandarizados de obstetricia, por regla general, describan dos tipos principales de episiotomía (la medial/mediana y mediolateral), en la literatura se describen hasta siete tipos de episiotomías realizadas. Todas ellas difieren en la trayectoria y angulación de su incisión (7).

- Episiotomía mediana/ medial/ de la línea media

Esta es una incisión vertical empezando en la horquilla vulvar posterior y se dirige, hacia el tendón central del cuerpo perineal, hacia el ano, pero sin llegar a él. La extensión de la incisión debe ser aproximadamente la mitad de la longitud del periné. Es la más realizada en USA y Canadá. Es de elección porque se considera que se asocia con una curación más rápida, un menor sangrado y menor dolor. (7).

Comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá (8).

- Episiotomía mediana modificada

La modificación de la episiotomía mediana se lleva a cabo mediante la adición de dos incisiones transversales en direcciones opuestas justo por encima de la ubicación esperada del esfínter anal. La incisión trasversal se realiza en cada lado, perpendicular a la línea media, de modo que mida 2,5 cm en total. Esta pretende incrementar el diámetro vaginal de salida un 83% comparando con la estandarizada, posiblemente por la separación de las dos membranas perineales, y así permite el desplazamiento posterior del ano sin riesgo de cualquier lesión por la tracción resultante (7).

Se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm (8).

- Episiotomía en forma de “J”

Esta episiotomía comienza con una incisión realizada con tijeras curvadas en la línea media de la vagina, y se curva lateralmente para esquivar el ano, hasta que la incisión se encuentra a 2,5 cm del ano. Entonces la “J” se realiza por la dirección de la incisión hacia la tuberosidad isquiática lejos del esfínter anal (7).

Esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar la proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas (8).

- Episiotomía mediolateral

La incisión empieza 1 o 2 cm desde la línea media, en el anillo del himen, y se extiende unos 4 cm lateralmente y hacia abajo, en la dirección de la tuberosidad isquiática ipsilateral (lado de elección según manejo y destreza del cirujano) con una trayectoria diagonal, en un ángulo al menos de 45° respecto a la línea media vertical, alejándose del recto. Es la más frecuente en Europa, en Reino Unido y otras partes del mundo (7).

Es el tipo de episiotomía más usado de Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática (8).

- Episiotomía lateral

Esta comienza en el introito vaginal, 1 o 2 cm laterales de la línea media y se dirige hacia abajo, hacia la tuberosidad isquiática. Pese a que rara vez se menciona en la literatura y sea menos frecuente, es la elección en muchos casos. Es el método utilizado generalmente en Finlandia (7).

Esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática (8).

- Episiotomía lateral radical (incisión de Schuchardt)

Esta, a menudo, no se considera una incisión obstétrica. Se trata de una episiotomía completamente extendida, que llega profundamente al surco vaginal y se curva hacia abajo y hacia el lateral alrededor del recto. Se lleva a cabo en

histerotomías o traquelectomía para permitir el acceso u ocasionalmente, para facilitar el nacimiento del bebe en partos difíciles (cabeza grande, distocias de hombros, parto difícil de nalgas) (7).

Esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles (8).

- Episiotomía anterior

Es corriente su procedimiento durante partos para abrir la cicatriz de en mujeres que han tenido infibulación femenina previamente. Para liberar la cicatriz de la fusión de los labios menores, se incide en la línea media hasta que el meato uretral externo sea visible. Mientras que los residuos de clítoris no deben ser incididos. Es preferible cualquier otro tipo de episiotomía (7).

Esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica (8).

A pesar del énfasis en establecer unas definiciones estandarizadas y clarificar las diferentes modalidades de la episiotomía, sigue existiendo grandes variaciones de las mismas en la literatura (7).

Atendiendo al criterio de la anulación de las diversas episiotomías, hay un claro consenso de recomendación de realizar la episiotomía mediolateral entre unos 40° a 60°, puesto que supone un menor riesgo de lesión de esfínter anal externo (7).

2.2.5. Momento de la episiotomía

Se considera que los objetivos de la episiotomía son evitar desgarros vaginales y del periné al disminuir la hiperdistensión de los músculos y aponeurosis perineal y prevenir la prolongación del segundo periodo del parto (18).

El momento adecuado para realizar una episiotomía debe ser cuando la presentación es observada en un diámetro de 3 a 4 cm durante la contracción uterina; ya que si se realiza antes el sangrado podría ser importante y de realizarse posteriormente el suelo perineal ya se habrá distendido excesivamente, y no se habrá logrado uno de los objetivos del procedimiento (28).

2.2.6. Indicaciones para la episiotomía

Son indicaciones de la episiotomía:

a. Indicaciones maternas:

- Enfermedad cardíaca severa (estenosis mitral).
- Periodo expulsivo prolongado.
- Riesgo de daño perineal significativo: macrosomía fetal o uso de fórceps.

b. Indicaciones fetales:

- Sufrimiento fetal en el segundo periodo de parto.
- Parto en presentación pélvica.
- Prematurez.

Existen otras indicaciones que en la actualidad no son muy sustentables, como son la prevención de trastornos de estática pélvica, antecedente de episiotomía, nulíparas, presentación occipitoposterior y distocia de hombros (18).

2.2.7. Episiotomía restrictiva y parto humanizado

La episiotomía restrictiva es el uso de la episiotomía a indicaciones estrictas, a situaciones en las que sea necesario acelerar el parto, como una frecuencia cardíaca no tranquilizada o prolongación de la segunda etapa de periodo expulsivo (7).

Aun después de diversos estudios, no se ha logrado descartar totalmente el uso de esta técnica. Actualmente el porcentaje de mujeres a las que se les realiza la episiotomía va disminuyendo con la tendencia del parto humanizado, ya que la

mujer es libre de elegir dónde, cómo y con quien parir, en donde primará la puesta en valor del mundo afectivo y emocional. Por ende, ya no es necesario realizar el corte a todas las mujeres. Este procedimiento debería ser considerado críticamente selectivo o restrictivo. Lo que queda por investigar son las verdaderas indicaciones para realizarla, puesto que variables como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no están ligadas a la no realización del corte (8).

2.2.8. Complicaciones de la episiotomía

Independientemente del tipo de episiotomía realizada, se producen una serie de complicaciones relacionadas con el uso de esta práctica. Comprenden las de aparición inmediata, mediatas y tardías. Se hablará de las inmediatas.

- Complicaciones inmediatas

• Prolongaciones y desgarros

Las prolongaciones se entienden como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión, pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4 cm en la relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de episiotomía. En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada. La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta al recto.

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

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

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

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

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

Grado III: Compromete el esfínter externo del ano.

Grado IV: Compromete la mucosa rectal.

La reconstrucción se realiza en el orden inverso al grado. Los desgarros grado I generalmente no se suturan, pues casi nunca sangran y porque sus bordes quedan en aposición facilitando su ulterior cicatrización espontánea (29).

- **Hematomas**

Asociados casi siempre al medio lateral con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvoperineales por desgarros (29).

- **Percepción del dolor**

Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías (29).

Es común el dolor en el sitio de la episiotomía. Si bien las mujeres que no sufrieron episiotomías presentan dolores perineales, aquellas pacientes con episiotomías presentarán, con frecuencia dolores más localizados y con mayor duración. En caso de que la paciente presente dolores severos, es importante examinar el sitio con el fin de descartar un hematoma o una infección. Estas dos complicaciones pueden aumentar considerablemente el nivel de dolor. La mayoría de los dolores relacionados con una episiotomía de línea media responderá a analgésicos suaves y se resolverá en el lapso de tres a cinco días. Los dolores producto de una episiotomía medio lateral pueden tener una mayor duración. El dolor será más perceptible durante los movimientos ambulatorios de la paciente (26).

La percepción es el proceso final por el que la transducción, la transmisión y la modulación interactúan con la psicología del paciente para crear la experiencia emocional y, como tal, subjetiva que se percibe como dolor (30). El evento de ocurrencia del parto es un intrincado proceso que involucra innumerables modificaciones orgánicas fisiológicas y bioquímicas, que se traducen en una respuesta adaptativa de tipo neuroendocrino; la percepción del dolor constituye una parte de este complejo proceso. El estado de estrés ocasionado por el dolor estimula la síntesis y liberación de hormonas adrenocorticotropa (ACTH), y a través de ella de β -Endorfina, como un sistema modulador de analgesia endógena. No obstante, durante el postparto, el dolor puede mantenerse e incluso incrementarse como consecuencia de eventos propios del parto como los desgarros y traumas de tejidos blandos, y por factores como paridad, práctica de episiotomía e instrumentación del parto (31).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a. Primíparas. Mujer que ha dado a luz un niño viable, anotándose “para 1” en la historia clínica del paciente (25).
- b. Desgarro perineal. Rasgado de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo de la vagina durante el parto. Generalmente se repara mediante cirugía (25).
- c. Dolor. Sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas (25).
- d. Edad gestacional. Edad del feto o del recién nacido, normalmente expresada en semanas desde el primer día del último periodo menstrual de la madre (25).
- e. Episiotomía. Procedimiento quirúrgico durante el que se hace una incisión en el perineo de la mujer, para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto (25).
- f. Hematoma. Acumulación de sangre extravasada atrapada en los tejidos de la piel o en un órgano, producida por traumatismo o por una hemostasia incompleta tras la cirugía (25).
- g. Laceración del periné. Herida o lesión irregular que se produce en los tejidos del periné durante el parto (25).
- h. Primípara. Mujer que ha dado a luz a un niño viable, anotándose “para 1” en la historia clínica de la paciente (25).

- i. Parto. Periodo y proceso de nacimiento que va desde el comienzo de la dilatación cervical hasta la expulsión de la placenta (25).
- j. Rutinario. Que se realiza de la misma manera (32).
- k. Complicación. Enfermedad o lesión que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa. La complicación habitualmente altera el pronóstico (25).

2.4. HIPÓTESIS

El presente estudio es de diseño descriptivo por lo que no requiere hipótesis.

2.5. VARIABLE

- Complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía.

2.6. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Definición Conceptual	Indicador	Item	Escala
Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía	Complicaciones Inmediatas	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella, dificultad imprevista procedente de la concurrencia de cosas diversas en ese instante.	Laceraciones	Si No	Nominal
			Desgarros	I II III IV	Ordinal
			Hematoma	Si No	Nominal
			Dolor	Leve Moderado Grave	Ordinal
			Complicaciones	Si No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la presente investigación es no experimental de corte transversal y el tipo de estudio es descriptivo y prospectivo.

- No experimental, porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable.
- Corte transversal, porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes de tiempo.
- Descriptivo, porque se describió las complicaciones de la episiotomía.
- Prospectivo, porque los datos se recogieron a medida que fueron sucediendo los hechos.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, perteneciente a la provincia de Cajamarca ubicada en la parte sur del departamento homónimo de la costa norte del Perú entre los paralelos 7°09'25" de latitud sur y los meridianos 78°31'03" de longitud oeste, a una altitud de 2750 msnm en la margen este de la cadena occidental de la Cordillera de los Andes, en el valle interandino que forman los ríos Mashcón y Chonta; con una extensión de 2.979,78 kilómetros cuadrados y se divide en doce distritos. Limita al norte con la provincia de Hualgayoc, al este con la provincia de Celendín,

la provincia de San Marcos y la provincia de Cajabamba, al sur con el Departamento de La Libertad y al oeste con la provincia de Contumazá y la provincia de San Pablo.

La población en estudio estuvo compuesta, teniendo como antecedente todas las puérperas primíparas episiotomizadas en sala de partos del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los meses de enero a junio de 2017 que según registro interno es 282.

3.3. MUESTRA

El tipo de muestreo es probabilístico (aleatorio), es decir que todos los individuos de la población tuvieron la misma probabilidad de formar parte de la muestra.

$$N = 282$$

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2 \cdot N + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n \geq \frac{(282) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.6) \cdot (0.4)}{(0.07)^2(282) + (1.96)^2 \cdot (0.6) \cdot (0.4)}$$

$$n \geq \frac{259.999488}{2.303784}$$

$$n \geq 112.8575$$

$$n = 113$$

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada puérpera primípara que fue episiotomizada en sala de partos del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017, y que cumple con los criterios de inclusión y exclusión, haciendo un total de 113 puérperas.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. Criterios de Inclusión

- Puérpera primípara atendida en el Hospital Regional Docente de Cajamarca
- Puérpera primípara de parto vaginal.
- Puérpera sin complicaciones obstétricas.
- Puérpera en uso completo de sus facultades mentales.
- Puérpera que acepten voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.5.2. Criterios de Exclusión

- Puérpera cuyo parto fue instrumentado.
- Puérpera que tuvo embarazo múltiple.

3.6. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO

Para la realización del presente estudio, en una primera fase se solicitó el permiso al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca y al jefe del servicio de Obstetricia de dicho nosocomio para llevar a cabo la investigación.

Para obtener la información sobre la frecuencia de episiotomía se tuvo en cuenta la cifra total del número de primíparas encontradas en los meses de enero a junio del 2017 que fue de un total de 445 primíparas, de este dato se determinó que fueron episiotomizadas un total de 282 y el número de quienes no fueron

episiotomizadas fue un total de 163, posteriormente se procedió a sacar la muestra de estudio, para esto se aplicó la fórmula a la población episiotomizada, que viene a ser las 282 puérperas primíparas, obteniéndose como resultado 113 puérperas primíparas de muestra.

Para obtener la información de las complicaciones se tuvo en cuenta una muestra que fue de 113 primíparas, todas episiotomizadas.

En el área de puerperio inmediato, luego que la mujer fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

Finalmente se recogió información en el área de puerperio inmediato y en los libros de registro de partos del Centro Obstétrico del Hospital Regional Docente de Cajamarca para realizar el llenado completo de las fichas de recolección de datos.

Las técnicas que se utilizaron fueron la encuesta y la observación, y como instrumento el cuestionario de recolección de datos. La encuesta permite obtener información directamente de la parturienta y la observación permitió identificar las complicaciones de la episiotomía.

3.7. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó es cuestionario de recolección de datos en el cual se consignaron los siguientes datos: nombre y apellidos, número de historia clínica, datos sociodemográficos como edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación y estado civil, datos obstétricos como control prenatal, datos realización o no de episiotomía y complicaciones de la episiotomía como laceración, desgarró, hematoma, sangrado y dolor (Anexo 01).

Para la medición del dolor se utilizó la escala descriptiva verbal, esta escala requiere de un grado de comprensión menor que otras escalas que miden el dolor y que consiste en cuatro puntos en el que el dolor se puede encontrar ausente, leve, moderado o grave y para la medición del desgarro se realizó siguiendo los criterios aceptados por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) que divide al desgarro en grado I, II, III y IV.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples analizando los mismos con indicadores estadísticos.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Se describieron los resultados referentes a la frecuencia y complicaciones de la episiotomía.

Fase inferencial. Se realizaron para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en la población correspondiente.

3.9. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad de los instrumentos usados para su recolección, verificados a través de la prueba de criterio de jueces (expertos). Se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por el mismo autor de la investigación. (Anexo 02)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. FRECUENCIA DE EPISIOTOMÍA DE LAS PURPERAS PRIMÍPARAS DE LA MUESTRA

Tabla 1. Frecuencia del uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Episiotomía	nº	%
Si	282	63,4
No	163	36,6
Total	445	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los presentes datos permiten notar que el 63,4% de las puérperas primíparas fueron episiotomizadas y el 36,6% no lo fueron.

Estos resultados son parecidos con los resultados obtenidos por Rodríguez E. y cols. (2012), Pujay A. (2016) y Avila A. (2017) quienes en sus estudios ultiman que la mayoría de las primíparas son sometidas a episiotomía con 90,04%, 94,5% y 65,5% respectivamente. Sin embargo, difiere con los resultados obtenidos por Mejía J. y cols. (2017) quienes en sus restudios publican que la prevalencia de episiotomía era del 35,5% (13,14,15,17).

En cuanto a la frecuencia de la episiotomía se identifica que en el Hospital Regional Docente de Cajamarca la mayoría de las púerperas primíparas que acuden a su trabajo de parto se les realiza la episiotomía, específicamente la mediolateral, esta decisión es porque aún se considera que para atender un parto es necesario realizarla para ayudar al feto a nacer. Con esto se intenta evitar desgarros, agotamiento materno y sufrimiento fetal, pero esta práctica es muy discutida, ya que cuando se realiza el corte puede afectar algún nervio con lo que puede ocasionar dolor grave, o alguna arteria que suele provocar una hemorragia, debilitamiento de la paciente o hasta una paciente anémica; datos que coinciden con Rodríguez E. y cols. (2012) quienes mencionan que cuando se cortan los tejidos puede quedar afectada alguna rama de algún nervio y causar dolores mucho tiempo después. También suele haber mayor hemorragia, con lo que la mujer quedará un poco más débil (14).

Berzaín M. y cols. (2014) indican que al realizar la incisión se comprometen la piel, tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboesponjoso y el perineal transversal. Además, existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la grave dispareunia que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía (8). Una preocupación para la mayoría de las mujeres es el primer episodio de una relación sexual después del parto. Para algunas mujeres, el sitio de la episiotomía será una zona sensible. Casi el 40% de las mujeres padecen de dispareunia con posterioridad a una episiotomía (26).

A lo largo de este siglo se ha producido un aumento espectacular del número de episiotomías, en gran parte debido al traslado de los nacimientos a los hospitales. Tal como lo señala Hale R. y cols. (2008) quienes indican que hoy en día, la episiotomía continúa siendo el procedimiento quirúrgico más común llevado a cabo por la mayoría de los obstetras (26); Berzaín M. y cols. (2014) mencionan que en Estados Unidos se realiza la episiotomía solamente al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%) y 90 al 100% en países Latinoamericanos y lugares como Taiwán (8); datos que concuerdan con Nassif J. (2012) quien señala que en la actualidad, con la revisión de la literatura con

base en la evidencia de los beneficios sobre los riesgos, se pone en duda el uso rutinario de la episiotomía en todos los partos, y se acepta que una cifra adecuada para practicarla está entre un 30 y 40% de las veces, dependiendo mucho de la experiencia y modalidad de práctica del médico (19).

4.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS DE LA MUESTRA

Tabla 2. Características sociodemográficas con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Características Sociodemográficas	n°	%
Edad		
≤19 años	28	24,8
20 - 34 años	82	72,5
≥35 años	3	2,7
Grado de Instrucción		
Analfabeta	2	1,8
Primaria Incompleta	7	6,2
Primaria Completa	15	13,3
Secundaria incompleta	34	30,1
Secundaria completa	30	26,5
Superior Técnica	11	9,7
Superior Universitaria	14	12,4
Procedencia		
Zona Urbana	65	57,5
Zona Rural	48	42,5
Ocupación		
Ama de casa	55	48,7
Empleada del estado	9	8,0
Empleada del sector privado	16	14,2
Independiente	33	29,2
Estado Civil		
Soltera	23	20,4
Casada	11	9,7
Conviviente	79	69,9
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que la mayoría de puérperas primíparas perteneció al grupo etáreo de 20 - 34 años (72,5%), el 24,8% fueron menores de 19 años y los 2,7% mayores de 35 años.

Los datos encontrados concuerdan con Rodríguez E. y cols. (2012), Pujay A. (2016) y Avila A. (2017), quienes en sus investigaciones menciona haber encontrado un grupo etáreo mayoritario de mujeres entre los 20 y 34 años de edad con un 65,81%, 62,59% y 71,7% respectivamente; sin embargo, difieren con los resultados encontrados por Ortega D. (2015), Mejía J. y cols. (2017) y Tuesta M. (2017), quienes concluyen que el rango de edad predominante son las adolescentes menores de 19 años con 72,5%, 59,2% y 51,6% correspondientemente (10,13,14,15,16,17).

Estas edades están agrupadas o comprendidas dentro de los parámetros de la edad reproductiva según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sugieren que la práctica de la episiotomía rutinaria está dirigida a primíparas jóvenes adultas, a pesar de que el periné se encuentra en buenas condiciones para un parto normal sin episiotomía; diferente a las primíparas adolescentes que, por su periné de tejido más tenso, por inmadurez en estructuras, por desproporción cefalopélvica, etc., se realiza cesárea en vez de un parto natural, por ende, se reduce la cantidad de episiotomía en adolescente.

Datos que concuerdan con Rodríguez E. y cols. (2012) quienes mencionan que, por sus cifras encontradas por edad materna, corrobora que aún persiste la idiosincrasia de la práctica de la episiotomía en gestantes nulíparas, pese a que el periné se encuentra en buenas condiciones para un parto normal sin incisión quirúrgica. (14)

En cuanto a grado de instrucción, los presentes datos permiten notar que el 56,6% de las puérperas primíparas tienen un grado de instrucción secundaria, el 19,5% instrucción primaria, el 22,1% instrucción superior y el 1,8% son analfabetas.

Estos resultados son similares a los encontrados por Pujay A. (2016) y Tuesta M. (2017) quienes concluyen que la mayor cantidad de primíparas tienen un grado de educación secundaria con un 56,25% y 64,1% respectivamente. Sin embargo, son disímiles con el estudio realizado por Rodríguez E. y cols. (2012) quienes encontraron que el 58,12% alcanzó el grado de instrucción primaria (14,15,16).

Indistintamente del grado de instrucción que tengan las puérperas primíparas, el tener que realizar una episiotomía va a depender de las características del musculo perineal y en última instancia de la decisión del profesional que la atiende para que se realice o no.

En lo que respecta a la zona de procedencia, se observa que el 57,5% de las puérperas primíparas de la muestra provienen de la zona urbana y el 42,5% de las gestantes de la muestra provienen de la zona rural.

Los resultados de la investigación concuerdan con los estudios realizados por Rodríguez E. y cols. (2012) y Tuesta M. (2017) los cuales demuestran que la mayoría de primíparas proceden de una zona urbana con un 68,38% y 76,5% respectivamente, sin embargo, se contrapone a lo encontrado por Pujay A. (2016) el cual concluye que el 56,25% de las primíparas son de procedencia rural (14,15,16).

Estos datos parecen indicar, solamente, que la mayor población que acude al Hospital Regional Docente de Cajamarca son habitantes de zonas aledañas al establecimiento de salud; probablemente la mayoría de las mujeres de la zona rural acuden a los Puestos de Salud cercanos a sus domicilios.

Respecto a la ocupación, el 48,7% de las puérperas primíparas de la muestra son ama de casa, el 29,2% son trabajadora independiente, el 14,2% son empleada del sector privado y el 8,0% de las gestantes de la muestra son empleada del estado.

Estos resultados son concordantes con los estudios realizados por Avila A. (2017) quien observa en sus resultados que el mayor porcentaje de primíparas son amas de casa, siendo el 49,1% de primíparas con episiotomía y el 60,7% de primíparas con desgarros (17).

En cuanto a la ocupación de las puérperas primíparas se encontró que predominan las amas de casa; la ocupación no funda ninguna diferencia en la decisión de realizar o no una episiotomía y/o tener complicaciones por esta.

Referente al estado civil, el 69,9% de las puérperas primíparas de la muestra son de estado civil conviviente, el 20,4% son solteras y el 9,7% son casadas.

Estos resultados son análogos con los estudios realizados por Ortega D. (2015), Rodríguez E. y cols. (2012), Pujay A. (2016) y Tuesta M. (2017) que en sus investigaciones encontraron que, de las primíparas del estudio, la mayoría son de estado civil conviviente con el 58,8%, 81,2%, 68,75% y 52,9% respectivamente (10,14,15,16).

De igual forma el estado civil no tiene asociación en la decisión de realizar o no una episiotomía y/o tener complicaciones por esta, ya sea esta rutinaria o restrictiva.

4.3. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS DE LA MUESTRA

Tabla 3. Atención prenatal con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Atención Prenatal	nº	%
0 Atenciones	9	8,0
1 - 5 Atenciones	26	23,0
5 - + Atenciones	78	69,0
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En esta tabla se evidencia que el 69,0% de las puérperas primíparas de la muestra tienen más de 5 atenciones prenatales, el 23,0% menos de 5 atenciones y el 8,0% de las gestantes de la muestra no tiene ninguna atención prenatal.

Estos resultados son similares a los encontrados en los estudios realizados por Pujay A. (2016), Tuesta M. (2017) y Avila A. (2017) quienes en sus respectivos resultados concluyen que, en las primíparas con episiotomía, la mayoría tenía más de 5 controles prenatales o tuvieron un control prenatal completo con un 93,75%, 52,9% y 96,2% correspondientemente (15,16,17).

Las atenciones prenatales, tal y como señala Tuesta M. (2017) menciona que la atención pre natal no es indicador de episiotomía en las gestantes ($p>0,05$) (16); sin embargo es fundamental para que estas culminen con un embarazo con una madre y un hijo sano tanto biológica como psicológicamente, pero además permitirá brindar consejería sobre el tipo de alimentación que deben consumir para que, al final el embarazo, puedan tener un peso ideal con un feto cuyo ponderado también sea el ideal, de tal forma que se eviten las episiotomías de rutina y solamente se realice una, si es realmente necesaria, en cuyo caso

también es conveniente que la madre tenga buenos tejidos para que la herida cicatrice en forma normal, sin que hayan dehiscencias, ni procesos infecciosos.

En el control prenatal se tiene como procedimiento la medida de la altura uterina para obtener una cifra que se aplicará a la fórmula del ponderado fetal, éste proporcionará el peso promedio, pudiendo determinar que en casos exista la probabilidad de macrosomía fetal, se estime la posibilidad de realizar una episiotomía para evitar desgarros, tal como lo señala Berzaín M. y cols. (2014) quienes mencionan que una razón para realizar episiotomía es evitar un desgarro vulvovaginoperineal inminente (8); ya que un feto grande de hecho necesita mayor amplitud del canal del parto. Existen situaciones en las que un ponderado fetal conlleva a que el obstetra que va a atender el parto, tome una decisión de realizar una episiotomía para prevenir que el tamaño y peso del bebe pueda comprometer el suelo pelviano de la madre, tal como lo señala Casanova M. y cols. (2002) quienes en su procedimiento de su estudio de tesis describieron que en aquellas pacientes que ameritaban una episiotomía por ponderado fetal mayor a 3600 gr. se procedió a realizarla (27).

4.4. COMPLICACIONES INMEDIATAS DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS DE LA MUESTRA

Tabla 4. Laceraciones con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Laceraciones	nº	%
Si	27	23,9
No	86	76,1
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el 76,1% de las puérperas primíparas episiotomizadas no presentan laceraciones y el 23,9% si las presentaron.

Estos resultados concuerdan con los estudios de Ortega D. (2015), Singh S. y cols. (2016), Kovavisarach E. y cols. (2017) y Rodríguez E. y cols. (2012) quienes en sus resultados se observa que la minoría de primíparas que fueron episiotomizadas tuvieron laceraciones juntos a la episiotomía 20,25%, 5,6%, 0,14% y 1,71% correspondientemente (10,11,12,14).

Con relación a las laceraciones se observa que en el grupo de estudio de las primíparas pocas presentaron laceraciones en las diferentes zonas tanto vaginal como perineal. Hale R. y cols. (2008) mencionan que, si bien no están relacionados con la episiotomía, pueden ocurrir desgarros durante el proceso del parto en diversas secciones del área vaginal y del área paravaginal. En la mayoría de los casos, son menores y no necesitan de una terapia específica. Sin embargo, es importante examinar el área de la vagina y el área periuretral detenidamente con el objeto de determinar si han ocurrido desgarros (26).

Las laceraciones en el perineo pueden ocurrir cuando una episiotomía no se ejecuta o se ejecuta tardíamente en el parto. Estos desgarros se pueden observar dentados e irregulares en su aspecto. No obstante, se deben reparar mediante los mismos procedimientos que se emplean cuando se repara una episiotomía similar. Desgarros más pequeños en la piel del perineo pueden ocurrir durante el parto. Estos desgarros normalmente no necesitan ser reparados salvo que presenten hemorragias (26).

**Tabla 5. Hematoma con uso rutinario de la episiotomía en primíparas.
Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017**

Hematoma	nº	%
Si	12	10,6
No	101	89,4
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los presentes datos permiten notar que el 89,4% de las púerperas primíparas episiotomizadas no presentaron hematoma y el 10,6% si las presentaron.

Los resultados del presente estudio son similares a los encontrados por Ortega D. (2015), Singh S. y cols. (2016), Rodríguez E. y cols. (2012) y Tuesta M. (2017) quienes en sus respectivos resultados observan que la minoría de las primíparas episiotomizadas presentó hematoma con un 13,75%, 0,05%, 0,85% y 3,3% respectivamente. Sin embargo, son diferentes a los encontrados por Pujay A. (2016) quien en su estudio observa que la mayoría de las primíparas episiotomizadas presentaron hematoma, con un 66,67% (10,11,14,15,16).

Los hematomas se asocian más con la episiorrafia, esto se debe, generalmente, a que en el momento de practicar la sutura o la reparación de desgarros del canal de parto o episiorrafia no se realiza una hemostasia adecuada y se dejan uno o varios vasos sanguíneos sin obturar; tal y como lo menciona Pocket M. (2010) quien indica que un hematoma es la acumulación de sangre extravasada atrapada en los tejidos de la piel o en un órgano, producida por traumatismo o por una hemostasia incompleta tras la cirugía (25).

Los hematomas están asociados, casi siempre, a las episiotomías mediolaterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de

crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvoperineales por desgarros (10).

Tabla 6. Percepción del dolor con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Dolor	nº	%
Ausente	28	24,8
Leve	31	27,4
Moderado	37	32,7
Grave	17	15,0
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el 75,2% de las puérperas primíparas presentan dolor en la zona de la episiotomía, con una intensidad moderada en 32,7%, leve en 27,4% y grave en 15,0%; solamente el 24,8% no presentaron.

Estos resultados obtenidos son análogos con los resultados obtenidos por Rodríguez E. y cols. (2012) y Pujay A. (2016) quienes observaron que la mayoría de primíparas episiotomizadas presentan dolor en la episiotomía, específicamente presentan dolor moderado o regular con un 49,57% y 46,15% correspondientemente (14,15).

La episiotomía es una herida en la que ha existido solución de continuidad de tejidos por ende es razonable que exista dolor, tal y como lo señala Hale R. y cols. (2008) quienes mencionan que es común el dolor en el sitio de la episiotomía. Si bien las mujeres que no sufrieron episiotomía presentan dolores perineales, aquellas pacientes con episiotomías presentarían, con frecuencia, dolores más localizados y con mayor duración (26). Al realizar una episiotomía, como la literatura menciona, se secciona piel, tejido celular subcutáneo, músculo y terminaciones nerviosas, de estas últimas se puede decir que se produce el dolor como consecuencia del tal corte, tal y como lo menciona Pocket M. (2010)

quien señala que el dolor es una sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas (25).

La mayoría de los dolores relacionados con episiotomía responderá a analgésicos suaves y se resolverá en el lapso de tres a cinco días. El dolor será más perceptible durante los movimientos ambulatorios de la paciente (26).

Tabla 7. Desgarro y tipo de desgarro con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Desgarro	nº	%
No	54	47,8
I Grado	41	36,2
II Grado	15	13,3
III Grado	3	2,7
IV Grado	0	0,0
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los presentes datos permiten notar que el 52,2% de las puérperas primíparas episiotomizadas presentaron desgarro, de las cuales el 36,2% tiene desgarro de grado I, 13,3% desgarro de grado II y 2,7% desgarro de grado III; y el 47,8% no presentaron.

Los resultados del presente estudio son concordantes con los estudios realizados por Kovavisarach E. y cols. (2017) y Pujay A. (2016) quienes en sus resultados observaron que la mayoría de las primíparas con episiotomía presentaron desgarro con 93,3% y 76,92% respectivamente. No obstante, los resultados del presente estudio se contraponen con el estudio de Ortega D. (2015), Rodríguez E. y cols. (2012) y Avila A. (2017) quienes en sus resultados observaron que la minoría de las primíparas con episiotomía presentaron desgarro con 21,3%, 0,85% y 6,2% correspondientemente (10,12,14,15,17).

Con respecto al desgarro se observa que la mayoría de las primíparas episiotomizadas lo presentaron, éste fue en su mayoría de primer grado. El desgarro se produce de manera diferente a como se produce una episiotomía. Vergara G. (2009) señala que el desgarro se entiende como el aumento en la

extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión. Si bien la fuerza de expulsión que se realiza durante el parto se ejerce principalmente sobre el periné, que es el que con más frecuencia se lesiona, la incidencia de los desgarros de la pared anterior no son raros, en especial si la vejiga está llena y en el momento de la “comada fetal” no se protege adecuadamente (29); tal y como lo señala Pocket M. (2010) quien menciona que el desgarro perineal es el rasgado de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo de la vagina durante el parto. Generalmente se repara mediante cirugía (25).

Nassif J. (2012) indica que los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Los desgarros de primer grado implican solamente lesiones en la piel perineal y el epitelio vaginal. Los desgarros de segundo grado se extienden en la fascia y los músculos del cuerpo perineal, que incluyen los músculos transversos profundo y superficial del periné y las fibras de los músculos pubococcígeo y bulbocavernoso. Los de tercer grado se extienden a través de las laceraciones de la fascia y los músculos del cuerpo perineal y hacen participar a todas o algunas de las fibras del esfínter anal externo (EAE) y/o el esfínter anal interno (EAI). Los desgarros de cuarto grado afectan las estructuras perineales, EAE, EAI y la mucosa rectal (19).

Tabla 8. Complicaciones con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Complicación	nº	%
Si	105	92,9
No	8	7,1
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los presentes datos permiten observar que el 92,9% de las puérperas primíparas episiotomizadas presentaron complicaciones y el 7,1% no presentaron complicaciones.

Los resultados del presente estudio coinciden con los estudios realizados por Rodríguez E. y cols. (2012) quienes en sus resultados observaron que la mayoría de primíparas episiotomizadas presentaron complicaciones con 70,1%. No obstante, los resultados del presente estudio se contraponen con los estudios de Pujay A. (2016), Tuesta M. (2017) y Avila A. (2017) quienes observaron que la minoría de las primíparas episiotomizadas presentaron complicaciones con 3,4%, 6,6% y 9,4% correspondientemente (14,15,16,17).

Con relación a las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía se observa que las primíparas del Hospital Regional Docente de Cajamarca en su mayoría presentan complicaciones similar a los que se presentan en otros estudios, tanto en poca como en mucha cantidad, hay presencia de complicaciones con el uso de la episiotomía, las cifras son muy variadas como Ortega D. (2015) que en su estudio concluye que casi la mitad de las pacientes presentaron complicaciones (10).

Se observa que varias de las puérperas primíparas presentaron más de una complicación en la episiotomía, como desgarro y laceración, hematoma y dolor, etc., tal y como menciona Casanova M. y cols. (2002) quienes concluyen en su estudio que la aplicación rutinaria de la episiotomía se asocia a complicaciones postparto severo como son los hematomas, las infecciones, los edemas, los desgarros perineales, las dehiscencias parciales y totales de la episiorrafia (27).

CONCLUSIONES

- La frecuencia de episiotomía fue del 63,4% de las puérperas primíparas.
- La mayoría de las puérperas se encontraron entre los 20 a 34 años de edad, tuvieron secundaria incompleta, procedentes de la zona urbana, amas de casa, conviviente y tuvieron 5 o más atenciones prenatales.
- Dentro de las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía se encontró al desgarro grado I, dolor moderado, laceraciones y hematomas.
- El porcentaje de complicaciones del uso rutinario de la episiotomía es de 92,9% de las puérperas primíparas episiotomizadas.

RECOMENDACIONES

Al concluir la presente investigación asistida se recomienda lo siguiente:

- **A los profesionales de la salud** promover la atención y mejorar el conocimiento del parto humanizado, ya que no es recomendable el uso de la episiotomía rutinaria. La finalidad es disminuir su uso en primíparas y a su vez disminuir las complicaciones post parto.
- **A las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca** coordinar con los docentes y jefes de departamento de Gineco Obstetricia para sensibilizar y capacitar a los profesionales en la atención de parto con episiotomía restrictiva, a fin de evaluar la necesidad de la realización de episiotomía y seleccionar el uso en casos ameriten.
- **A los profesionales de obstetricia que son docentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca** considerar el uso o no de la episiotomía, ya que por ser hospital docente hay un aumento en el uso de este procedimiento por la enseñanza practica que se imparte.
- **A los futuros tesistas** interesarse por seguir investigando en este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
2. Dudley L, Kettle C, Ismail K. Sutura secundaria en comparación con ninguna sutura para las lesiones perineales por dehiscencia después del parto. Original. Ginebra: Cochrane; 2013. Report No.: 9. [citado el 1 de octubre del 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24065561>
3. Adigbola O. Materiales de sutura absorbible para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarros de segundo grado. Ginebra: La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; 2011. [citado el 2 de octubre del 2017]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/perineal-trauma-0>
4. Albasetti E. Episiotomía y episiorrafia. Chile.; 2014.
5. Guevara 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: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [citado el 2 de octubre del 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4008/Guevara_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Botero J, Júbizh A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. 7th ed. Bogotá: Ediciones Tinta Fresca; 2004.
7. Bernués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y perine. Memoria del Trabajo Fin de Grado. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2014. [citado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11903/TFGItziarBernues.pdf?sequence=1>

8. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Méd.* 2014; 17(2): p. 53-57. [citado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v17n2/v17n2_a11.pdf
9. Calezulato M. Episiotomía y Riesgos. *Univ. Cienc. Soc.* 2012; 1(7): p. 52-58. [citado el 1 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/n7/n7_a08.pdf
10. Ortega 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. Tesis. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua; 2015. [citado el 24 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/6182/1/74427.pdf>
11. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon B. Patrón de uso de la episiotomía y sus complicaciones inmediatas entre los partos vaginales en 18 hospitales de atención terciaria en la India. *The Indian Journal of Medical Research.* 2016; 143(4): p. 474-480. [citado el 25 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.ijmr.org.in/temp/IndianJMedRes1434474-2249171_003729.pdf
12. Kovavisarach E, Laiamnuay J. Resultados de salud en parturientas sanas de parto con y sin episiotomía. *J Med Assoc Thai.* 2017; 100(1): p. 70-76. [citado el 25 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.thaiscience.info/journals/Article/JMAT/10986384.pdf>
13. Mejía J, Gualán C, Mejía A. Prevalencia de episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador. 2014. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca.* 2017; 35(1): p. 61-67. [citado el 4 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27502/1/Jorge%20Mejia.pdf>
14. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 MINSA. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012. [citado el 5 de octubre del 2017]. Disponible en:

http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2339/TP_OBS_00216_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Pujay A. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María Enero-Diciembre 2015. Tesis. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016. [citado el 5 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/125/PUJAY%20ESCOBAL%2C%20ANGELA%20CHENYU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Tuesta M. Complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Tesis para Título Profesional. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Loreto; 2017. [citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/94/TUESTA-Complicaciones-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Avila A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lafranco La Hoz. Enero – Junio 2015. Tesis para Especialidad. Lima: Universidad San Martín de Porres, Perú; 2017. [citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2694/3/avila_fac.pdf
18. Panduro J, Orozco J. Obstetricia. 3rd ed. Guadalajara: Solución Impresa; 2012.
19. Nassif J. Obstetricia: fundamentos y enfoque práctico. 1st ed. Mexico: Médica Panamericana; 2012.
20. Cabero L, Saldívar D. Operatoria Obstétrica: una visión actual. 1st ed. Mexico: Médica Panamericana; 2009.
21. Niswander K. Obstetricia: práctica clínica. 2nd ed. Barcelona: Reverté, S.A.; 1987.
22. Aller J, Pagés G. Obstetricia Moderna. 3rd ed. Caracas: McGraw-Hill Interamericana; 1999.

23. Pérez A, Donoso E. Obstetricia. 4th ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2011.
24. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 7th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
25. Pocket M. Diccionario Mosby Pocket Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 4th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2010.
26. Hale R, Ling F. Episiotomía. Los procedimientos y técnicas de reparación. 1st ed. Washington DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008.
27. Casanova M, Luna T. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: Complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Tesis. Lima: UNMSM; 2002. [citado el 4 de octubre del 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Casanova_Ch_M/t_completo.pdf
28. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. 1st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
29. Vergara G. Episiotomía-Episiografía. 1st ed. Cartagena: E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C.; 2009. [citado el 8 de octubre del 2017]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/15700221/episiotomia-episiografía-clinica-maternidad-rafael-calvo>
30. Arbaiza D. Neurofisiología de dolor. Lima: Asociación Peruana para el Estudio del Dolor, Departamento de Neurología; 2015. [citado el 10 de diciembre del 2017]. Disponible en: https://www.grunenthal.com.ec/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=69100179
31. Medina P, Borrero C, Herrera P, Ospina J. Caracterización del dolor perineal postparto en púerperas. Rev. Univ. Salud. 2016; 18(3): p. 556-565. [citado el 10 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n3/v18n3a16.pdf>

32. De la Pena I. Larousse Diccionario Enciclopédico. 17th ed. Mexico: Ediciones Larousse; 2011.

ANEXO 01
CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS BÁSICOS

Nombres y Apellidos: **Nº HCL:**

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:

≤ 19 años () 20 – 34 años () ≥ 35 años ()

2. Grado de instrucción

Analfabeta () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior técnica ()
Superior universitaria ()

3. Procedencia

Zona urbana () Zona rural ()

4. Ocupación

Amas de casa() Empleadas del estado () Empleadas del
sector privado () Independiente ()

5. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

1. Atención Prenatal

0 atenciones () 1 - 5 atenciones () 5 - + atenciones ()

III. EPISIOTOMIA

Si () No ()

IV. COMPLICACIONES INMEDIATAS DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA

Laceraciones: Si () No ()

Desgarro: Si () No ()

Hematoma: Si () No ()

Dolor: Ausente () Leve () Moderado () Grave ()

Si la respuesta es "sí" en desgarro.

Grado de desgarro:

I grado () II grado () III grado ()

IV grado ()



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Obstetricia



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

“FRECUENCIA Y COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMIA EN PRIMÍPARAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA - 2017”

Investigador:

Cuba Beretta, Kevin Josh

Propósito de Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca- 2017”. Se aplicará un cuestionario de preguntas por parte del investigador, tendrá como finalidad recolectar información sobre la frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas.

Confidencialidad:

La información obtenida a través de este cuestionario que se le aplicará será mantenida bajo estricta confidencialidad. No se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Se prevé que los resultados de este estudio ayuden a la detección de las complicaciones que se producen por el uso rutinario de la episiotomía.

Consentimiento:

Yo....., he sido informada de los beneficios de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer preguntas, he disipado mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través del investigador.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación.

Firma de la Paciente

DNI N°:

Fecha:

Firma del Testigo

DNI N°:

Fecha:

Firma del Investigador

DNI N°:

Fecha:

Frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017

Frequency and complications of the routine use of episiotomy in primiparous. Regional Teaching Hospital of Cajamarca. 2017

¹Cuba Beretta, Kevin Josh; ²Obsta. Dra. Ugaz Burga, Elena Soledad (Asesora)

1. Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca
2. Docente principal a tiempo completo en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca

RESUMEN: La episiotomía consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de noviembre a diciembre del 2017. El diseño y tipo de investigación fue: no experimental, de corte transversal, descriptivo y prospectivo; cuya muestra fue de 113 púerperas primíparas atendidas en el puerperio inmediato, de dicho hospital. Se encontró que las mujeres se encuentran entre los 20 a 34 años de edad (72,5%), con secundario incompleta (30,1), procedente de la zona urbana (57,5%), amas de casa (48,7%) y convivientes (69,9%); dentro de las características obstétricas los hallazgos indicaron que tuvieron cinco a más atenciones prenatales (69,0%). La frecuencia de episiotomía fue de 63,4% del total de las púerperas primíparas. Dentro de las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía se encontró que tuvieron desgarró perineal grado I (36,2%), dolor moderado (32,7%), laceraciones (23,9%), hematoma (10,6%). El porcentaje de complicaciones del uso rutinario de la episiotomía fue de 92,9%.

Palabras clave: Frecuencia, complicaciones, uso rutinario, episiotomía, primípara.

ABSTRACT: The episiotomy consists of the perineovaginal section performed in the mediolateral direction or in the midline to avoid significant tears when the fetal crown crown excessively distends the perineum without yielding to the dilation necessary for its exit and when in prolonged expulsive periods with good contractions and pushes efficient, the resistant perineum is the impediment for the birth of the child. The objective of this research was to determine the frequency and complications of the routine use of episiotomy in primiparous in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca from November to December 2017. The design and type of research was: non-experimental, cross-sectional, descriptive and prospective; whose sample was 113 puerperas primiparous attended in the immediate puerperium, of said hospital. It was found that women are between 20 to 34 years of age (72,5%), with incomplete secondary (30,1%), coming from the urban area (57,5%), housewives (48,7%) and cohabitants (69,9%); within the obstetric characteristics, the findings indicated that they had five to more prenatal care (69,0%). The frequency of episiotomy was 63,4% of the total number of primiparous puerperal women. Within the immediate complications of routine use of the episiotomy were found that had perineal tear grade I (36,2%), moderate pain (32,7%), lacerations (23,9%), bruises (10,6%). The percentage of complications of the routine use of the episiotomy was 92,9%.

Keywords: Frequency, complications, routine use, episiotomy, primiparous

INTRODUCCIÓN:

La episiotomía consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los estudios realizados en los últimos años demuestran que la episiotomía es necesaria solamente en un pequeño porcentaje de casos. La OMS y algunos expertos consideran que no es lógico ni está justificado realizar porcentajes de episiotomía superiores al 20% (2).

En el Perú, la episiotomía realizada a nulíparas, es una práctica que se encuentra generalizada; en los 108 hospitales mayores del país figura que el 92,3% son sometidas, frecuencias que indican que las episiotomías se realizan de manera rutinaria en los centros obstétricos del país, las cuales se encuentran en aumento, llegando a casi un 100% (3).

Esta práctica quirúrgica que debería producir beneficios en la madre y el recién nacido, al ser realizado de forma rutinaria y sin una buena evaluación, puede generar complicaciones como ampliación inevitable de la incisión, traumatismos perineales, infecciones, hemorragias, laceraciones, desgarros, hematomas, dolor, edemas, dispareunia, lesión de las ramas del nervio pudendo y, con todo ello, repercusión y disminución de la calidad de vida (4).

En la región Cajamarca, en la práctica en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca se evidencia que la episiotomía es de manera rutinaria y no se conoce las complicaciones que puede causar, principalmente por falta de evidencias, ya que no existen investigaciones en la región que permitan demostrarlas, por eso la preocupación del presente trabajo de investigación se centra principalmente en determinar la frecuencia y las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía en las primíparas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los meses de noviembre a diciembre de 2017.

METODOLOGÍA:

El diseño y tipo de estudio fue no experimental, transversal, descriptivo, prospectivo. Dicho estudio se realiza en el área de puerperio inmediato de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Estuvo compuesta por todas las primíparas atendidas en sala de partos del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los meses de enero a junio del 2017; las cuales fueron un total de 445 primíparas. De esta cifra total se determina que 282 primíparas fueron episiotomizadas y 163 no fueron episiotomizadas. El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta a la población episiotomizada, que fueron de un total de 282, y considerando el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad de 96% y admitiendo un error máximo tolerable del 4%, al realizar el cálculo la muestra estuvo constituida por 113 púérperas primíparas episiotomizadas.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se encontraron 282 púérperas primíparas episiotomizadas, en la tabla 1 se observa la frecuencia del uso rutinario de la episiotomía de las púérperas primíparas de la muestra.

Tabla 1. Frecuencia del uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Episiotomía	n°	%
Si	282	63,4
No	163	36,6
Total	445	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 2 se observa las características sociodemográficas de las púérperas primíparas de la muestra.

Tabla 2. Características sociodemográficas con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Características Sociodemográficas	n°	%
Edad		
≤19 años	28	24,8
20 - 34 años	82	72,5
≥35 años	3	2,7

Grado de Instrucción		
Analfabeta	2	1,8
Primaria Incompleta	7	6,2
Primaria Completa	15	13,3
Secundaria incompleta	34	30,1
Secundaria completa	30	26,5
Superior Técnica	11	9,7
Superior Universitaria	14	12,4
Procedencia		
Zona Urbana	65	57,5
Zona Rural	48	42,5
Ocupación		
Ama de casa	55	48,7
Empleada del estado	9	8,0
Empleada del sector privado	16	14,2
Independiente	33	29,2
Estado Civil		
Soltera	23	20,4
Casada	11	9,7
Conviviente	79	69,9
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 3 se observa las características obstétricas de las púerperas primíparas de la muestra.

Tabla 3. Atención prenatal con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Atención Prenatal	nº	%
0 Atenciones	9	8,0
1 - 5 Atenciones	26	23,0
5 - + Atenciones	78	69,0
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En las tablas 4; 5; 6 y 7, se observa las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía de las púerperas primíparas de la muestra.

Tabla 4. Laceraciones con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Laceraciones	nº	%
Si	27	23,9
No	86	76,1
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Tabla 5. Hematoma con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Hematoma	nº	%
Si	12	10,6
No	101	89,4
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Tabla 6. Percepción del dolor con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Dolor	nº	%
Ausente	28	24,8
Leve	31	27,4
Moderado	37	32,7
Grave	17	15,0
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Tabla 7. Desgarro y tipo de desgarro con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Desgarro	nº	%
No	54	47,8
I Grado	41	36,2

II Grado	15	13,3
III Grado	3	2,7
IV Grado	0	0,0
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 8 se observa el porcentaje de complicaciones del uso rutinario de la episiotomía de las púerperas primíparas de la muestra.

Tabla 8. Complicaciones con uso rutinario de la episiotomía en primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017

Complicación	n°	%
Si	105	92,9
No	8	7,1
Total	113	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

DISCUSIÓN:

En cuanto a la frecuencia de la episiotomía se identifica que en el Hospital Regional Docente de Cajamarca la mayoría de púerperas primíparas se les realizó episiotomía ya que la frecuencia fue de 63,4%, datos parecidos a los obtenidos por Rodríguez E. y cols. (2012), Pujay A. (2016) y Avila A. (2017) quienes en sus estudios ultimán que la mayoría de primíparas son sometidas a episiotomía con 90,0%, 94,5% y 65,5% respectivamente; sin embargo, difiere con los resultados obtenidos por Mejía J. y cols. (2017) quienes en su estudio publican que la prevalencia de episiotomía era del 35,5% (5,6,7,8). Esta decisión es porque aún se considera que para atender un parto es necesario realizar la episiotomía para ayudar al feto a nacer; con esto se intenta evitar desgarros, agotamiento materno y sufrimiento fetal, pero esta práctica es muy discutida.

En cuanto a las características sociodemográficas se observa que las púerperas se encuentran entre los 20 a 34 años de edad (72,5%), con secundaria incompleta (30,1%), procedente de la zona urbana (57,5%), amas de casa (48,7%) y convivientes (69,9%). Los datos sociodemográficos de las púerperas primíparas del Hospital Regional Docente de Cajamarca no guardaron mucha relación con el hecho de realizar o no una episiotomía.

En relación a las características obstétricas se observa que las púerperas primíparas tuvieron cinco a más atenciones prenatales (69,0%), datos similares a los obtenidos en los estudios realizados por Pujay A. (2016), Tuesta M. (2017) y Avila A. (2017) quienes concluyen que la mayoría de primíparas tuvieron 5 controles prenatales o tuvieron un control prenatal completo con un 93,8%, 52,9% y 96,2% correspondientemente (6,9,7). Las atenciones prenatales son fundamentales para que se culmine un embarazo con una madre y un hijo sano; permitirá brindar consejería sobre el tipo de alimentación para que al final de embarazo puedan tener un peso ideal con un feto cuyo ponderado también sea el ideal de tal forma que se eviten las episiotomías de rutina.

Con respecto a las laceraciones se observa que el 76,1% de las púerperas primíparas no presentan laceraciones y el 23,9% si las presentaron, datos parecidos a los obtenidos por Ortega D. (2015), Singh S. y cols. (2016), Kovavisarach E. y cols. (2017) y Rodríguez E. y cols. (2012) quienes observaron que la minoría de primíparas tuvieron laceraciones con 20,25%, 5,6%, 0,14% y 1,71% correspondientemente (10,11,12,5). Las laceraciones en el perineo pueden ocurrir cuando una episiotomía no se ejecuta o se ejecuta tardíamente en el parto. Estos desgarros se pueden observar

dentados e irregulares en su aspecto. Estos desgarros normalmente no necesitan ser reparados salvo que presenten hemorragias (13).

Con relación a los hematomas se observa que el 10,6% de las puérperas primíparas del Hospital Regional Docente de Cajamarca presentaron hematoma y en mayor cantidad no presentaron, datos similares a los encontrados por Ortega D. (2015), Singh S. y cols. (2016), Rodríguez E. y cols. (2012) y Tuesta M. (2017) quienes observan que la minoría de las primíparas episiotomizadas presentaron hematoma; sin embargo, son diferentes a los datos encontrados por Pujay A. (2016) quien en su estudio observa que la mayoría de las primíparas presentaron hematoma con un 66,67% (10,11,5,9,6). Los hematomas se asocian más con la episiorrafia, esto se debe, generalmente a que en el momento de practicar la sutura o la reparación de desgarros del canal de parto o episiorrafia no se realiza una hemostasia adecuada y se dejan uno o varios vasos sanguíneos sin obturar.

En cuanto a la percepción del dolor se observa que la mayor cantidad de primíparas del Hospital Regional Docente de Cajamarca presentan dolor moderado con un 32,7%, datos parecidos a los obtenidos por Rodríguez E. y cols. (2012) y Pujay A. (2016) quienes observaron que la mayoría de primíparas episiotomizadas presentan dolor moderado o regular con un 49,57% y 46,15% respectivamente (5,6). Al realizar una episiotomía como la literatura menciona, se secciona piel, tejido celular subcutáneo, musculo y terminaciones nerviosas, de estas últimas se puede decir que se produce el dolor como consecuencia de tal corte.

Con respecto al desgarro y tipo de desgarro se observa que las primíparas del Hospital Regional Docente de Cajamarca presentan desgarro de grado I en un 36,2%, datos similares a los resultados obtenidos por Kovavisarach E. y cols. (2017) y Pujay A. (2016) quienes en sus resultados observaron que la mayoría de primíparas presentaron desgarro con 93,3% y 76,92% respectivamente; sin embargo se contraponen con los estudios obtenidos por Ortega D. (2015), Rodríguez E. y cols. (2012) y Avila A. (2017) quienes en sus resultados observaron que la minoría de primíparas presentaron desgarro con 21,3%, 0,85% y 6,2% correspondientemente (12,6,10,5,7). El desgarro perineal es el rasgado de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo de la vagina durante el parto. Generalmente se repara mediante cirugía (14).

En relación a las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía se observa que la mayor cantidad de primíparas del Hospital Regional Docente de Cajamarca presentaron complicación o complicaciones con un 92,9%, datos parecidos a los obtenidos por Rodríguez E. y cols. (2012) quienes en sus resultados observaron que la mayoría de primíparas presentaron complicaciones con un 70,1%; no obstante, difiere con los datos obtenidos por Pujay A. (2016), Tuesta M. (2017) y Avila A. (2017) quienes observaron que la minoría de primíparas presentaron complicaciones con un 3,4%, 6,6% y 9,4% respectivamente (5,6,9,7). Tanto en poca como en mucha cantidad hay presencia de complicaciones con el uso de la episiotomía, se observa que las primíparas presentaron más de una complicación en la episiotomía, como desgarro y laceración, hematoma y dolor, etc.

CONCLUSIONES:

- La frecuencia de episiotomía fue del 63,4% de las puérperas primíparas.
- La mayoría de las puérperas se encontraron entre los 20 a 34 años de edad, tuvieron secundaria incompleta, procedentes de la zona urbana, amas de casa, conviviente y tuvieron 5 o más atenciones prenatales.
- Dentro de las complicaciones inmediatas del uso rutinario de la episiotomía se encontró al desgarro grado I, dolor moderado, laceraciones y hematomas.
- El porcentaje de complicaciones del uso rutinario de la episiotomía es de 92,9% de las puérperas primíparas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 7th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
2. Calezulato M. Episiotomía y Riesgos. Univ.Cienc. Soc. 2012; 1(7): p. 52-58. [citado el 1 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/n7/n7_a08.pdf
3. Guevara 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: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [citado el 2 de octubre del 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4008/Guevara_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Bernués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y perine. Memoria del Trabajo Fin de Grado. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2014. [citado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11903/TFGIzlarBernues.pdf?sequence=1>
5. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 MINSA. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012. [citado el 5 de octubre del 2017]. Disponible en: http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2339/TP_OBS_00216_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Pujay A. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María Enero-Diciembre 2015. Tesis. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016. [citado el 5 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/125/PUJAY%20ESCOBAL%2C%20ANGELA%20CHENYU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Avila A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lafranco La Hoz. Enero – Junio 2015. Tesis para Especialidad. Lima: Universidad San Martín de Porres, Perú; 2017. [citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2694/3/avila_fac.pdf
8. Mejía J, Gualán C, Mejía A. Prevalencia de episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador. 2014. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca. 2017; 35(1): p. 61-67. [citado el 4 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27502/1/Jorge%20Mejia.pdf>
9. Tuesta M. Complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Tesis para Título Profesional. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Loreto; 2017. [citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/94/TUESTA-Complicaciones-1-Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Ortega 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. Tesis. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua; 2015. [citado el 24 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/6182/1/74427.pdf>
11. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon B. Patrón de uso de la episiotomía y sus complicaciones inmediatas entre los partos vaginales en 18 hospitales de atención terciaria en la India. The Indian Journal of Medical Research. 2016; 143(4): p. 474-480. [citado el 25 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.ijmr.org.in/temp/IndianJMedRes1434474-2249171_003729.pdf
12. Kovavisarach E, Laiamnuay J. Resultados de salud en parturientas sanas de parto con y sin episiotomía. J Med Assoc Thai. 2017; 100(1): p. 70-76. [citado el 25 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.thaiscience.info/journals/Article/JMAT/10986384.pdf>
13. Hale R, Ling F. Episiotomía. Los procedimientos y técnicas de reparación. 1st ed. Washington DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008.
14. Pocket M. Diccionario Mosby Pocket Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 4th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2010.