

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



**COMPLICACIONES DE LA PRÁCTICA RUTINARIA DE
LA EPISIOTOMÍA EN COMPARACIÓN A LA PRÁCTICA
RESTRICTIVA EN PRIMÍPARAS. HOSPITAL
PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE,
2016.**

TESIS

PRESENTADA POR LA BACHILLER

Kerllyn Kiara Chozo Celis

ASESORA

Obst. M.Cs. Gloria María Briones Álvarez

Para optar el título de:

OBSTETRA

CAJAMARCA, Perú, 2017

COPYRIGHT © 2016 by
Kerlyn Kiara Chozo Celis
Todos los derechos reservados

“Sin la mujer, la vida es pura prosa”.

Rubén Darío.

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

Lo más importante en mi vida, mi familia y en especial a mis padres Grimaldo y Josefa, por su apoyo incondicional, por guiarme y demostrarme que con esfuerzo todo se puede lograr.

Kerllyn

SE AGRADECE A:

Dios por haberme permitido llegar hasta este momento.

Mi Alma Mater la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme albergado durante toda mi carrera profesional.

Mi asesora la obst. Gloria María Briones Álvarez por sus valiosos aportes en esta tesis.

Kerllyn

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	10
2.2.1. Episiotomía	10
2.2.2. Marco conceptual	15
2.3. Hipótesis	15
2.4. Variables	15
2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables	16
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	17
3.1. Diseño y tipo de estudio	17
3.2. Área de estudio y población	17
3.3. Muestra y tamaño de la muestra	18
3.4. Unidad de análisis	18
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	19
3.6. Consideraciones éticas	19
3.7. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
3.8. Procesamiento y análisis de datos	20
3.8. Control de calidad de datos	21

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	35
SUGERENCIAS	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	39

RESUMEN

El uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía rutinaria, se asocia a menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. **Objetivo:** Identificar las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016. **Metodología:** la investigación es no experimental, de corte transversal, descriptiva, observacional y comparativa; se realizó en 110 mujeres; 51 con episiotomía rutinaria y 59 con episiotomía restrictiva. **Resultados:** la mayoría de primíparas perteneció a las edades de 15-19 años (51,0% y 40,7%); la mayoría tuvo secundaria completa (45,1% y 47,5%); convivientes (72,5%) y procedentes de la zona urbana (64,4%). Las complicaciones inmediatas fueron laceraciones del canal del parto, con 27,5% y 28,8% en primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva respectivamente; hematomas en 33,3% y 6,8% de primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, y desgarros, en 70,6% y 20,3% de primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, verificando que las complicaciones se presentaron en menor porcentaje en mujeres con episiotomía restrictiva, con excepción de laceraciones que fueron más frecuentes en éste último grupo. Como complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) se determinó que se presentaron infecciones en 43,1% y 3,4% en primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva; dehiscencia en 27,5% y 11,9% en primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva. **Conclusión:** Se llegó a determinar que la episiotomía restrictiva es más beneficiosa que la episiotomía rutinaria.

Palabras clave: Episiotomía rutinaria, episiotomía restrictiva, complicaciones.

ABSTRACT

The restrictive use of episiotomy in uncomplicated vaginal deliveries, as opposed to routine episiotomy, is associated with a lower risk of subsequent perineal trauma and need for suturing. Objective: To identify the complications of the routine practice of episiotomy compared to the complications of restrictive practice in primiparous women. Provincial Hospital Belén de Lambayeque, 2016. Methodology: research is non-experimental, cross-sectional, descriptive, observational and comparative; Was performed in 110 women; 51 with routine episiotomy and 59 with restrictive episiotomy. Results: the majority of primiparas belonged to the ages of 15-19 years (51.0% and 40.7%); The majority had complete secondary education (45.1% and 47.5%); (72.5%) and from the urban area (64.4%). Immediate complications were lacerations of the birth canal, with 27.5% 7 28.8% in primiparae with routine episiotomy and restrictive episiotomy respectively; Hematomas in 33.3% and 6.8% of primiparous women with routine and restrictive episiotomy, and tears in 70.6% and 20.3% of primiparous women with routine episiotomy and restrictive episiotomy, verifying that complications occurred in a lower percentage In women with restrictive episiotomy, with the exception of lacerations that were more frequent in this latter group. As mediastinal complications (24-48 hours postpartum) it was determined that infections were present in 43.1% and 3.4% in primiparae with routine episiotomy and restrictive episiotomy; Dehiscence in 27.5% and 11.9% in primiparae with routine episiotomy and restrictive episiotomy. Conclusion: Restrictive episiotomy was found to be more beneficial than routine episiotomy.

Keywords: Routine episiotomy, restrictive episiotomy, complications.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental. Se realiza fundamentalmente, para prevenir los desgarros perineales graves, pero su uso de forma rutinaria ha sido cuestionado y si bien algunos autores defienden que este tipo de intervención debe emplearse libremente, y disminuir la incidencia de desgarros vaginoperineales y de complicaciones a largo plazo (incontinencia urinaria, prolapso genital...), las investigaciones más recientes defienden que su utilización debería restringirse a indicaciones fetales, basándose en que los desgarros perineales de I y II grado causan en la mujer problemas menores, que la propia episiotomía.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte, recomienda que la episiotomía se utilice bajo indicaciones estrictas y bien definidas en cualquier lugar de atención de la salud donde se atienden partos. El registro de rutina en la sala de partos de las episiotomías practicadas facilita la supervisión o auditoría. Se recomienda que el personal tome conciencia sobre los riesgos del abuso de las intervenciones invasivas como la episiotomía de rutina.

Sin embargo, en la práctica, aún existen resistencias y barreras al cambio por parte de algunos profesionales, principalmente por la falta de evidencias, ya que no existen investigaciones en la región que permitan evidenciar que las complicaciones de la episiotomía restrictiva afectan a un porcentaje menor de mujeres, en comparación con la episiotomía rutinaria, de allí la importancia de realizar el presente estudio cuyo objetivo es identificar las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, en los meses de agosto a octubre de 2016.

Se llegó a identificar que las complicaciones inmediatas como laceraciones del canal del parto, presencia de hematomas y desgarros de II y III grado, se presentaron en mayor porcentaje en la episiotomía rutinaria; de igual forma las complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) como infecciones, dehiscencia, edema y dolor también se presentaron con mayor frecuencia en primíparas con episiotomía rutinaria

Por lo que, la presente tesis consta de los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: correspondiente a la definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos, justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: pertenecen a este capítulo, los antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: incluye el diseño metodológico.

CAPÍTULO IV: correspondiente al análisis y discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados a nivel mundial. Fue propuesta por Ould en 1742, para facilitar las dificultades presentes durante el parto sin tener fuerte evidencia científica de sus beneficios. Su uso se justificó con la prevención de desgarros perineales graves, mejor función sexual futura, y reducción de la incontinencia fecal y urinaria, así como también para prevenir complicaciones en el feto tales como hipoxia fetal y distocia de hombros. Sin embargo, resultados de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados que han evaluado los riesgos y beneficios del uso de la episiotomía de rutina, han determinado, paradójicamente, que en lugar de tener un papel protector, esta práctica fomenta la aparición de desgarros perineales y lesiones que comprometen el esfínter y la mucosa rectal, favoreciendo la aparición a largo plazo de distopias genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (1,2).

Las cifras en el mundo sobre el uso de episiotomía no se conocen bien. En los Estados Unidos su uso se estima en aproximadamente 62,5% de los partos, mientras que en Europa estas cifras parecen ser alrededor del 30%, a excepción de una tasa del 56% en Dinamarca. Casi al 90% de las mujeres que dan a luz en España y América Latina se les hace episiotomía, nada más que un 70% más de las cifras que la Organización Mundial de la Salud considera dentro de la normalidad, esto es, entre un 10 y 20% (2). En el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, con una tasa de 92,35 en 108 hospitales, mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es la episiotomía rutinaria (3).

Sin embargo, el uso rutinario de la episiotomía, no cuenta con el respaldo de la evidencia científica, sólida de su efectividad, por lo que ha comenzado a ser cuestionado, pues existen evidencias considerables sobre los riesgos asociados a esta, en especial las medianas, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas e infección. También existen Investigaciones recientes que sostienen que la práctica de la episiotomía debería restringirse a indicaciones fetales, basándose en que los

desgarros perineales de I y II grado causan en la mujer problemas menores, que la propia episiotomía (1).

Existe el postulado que indica que la episiotomía protege de las disfunciones del suelo pélvico y la incontinencia urinaria post puerperio, esto se vio negado en un estudio donde se observaron que los resultados desmienten tal postulado (4).

En el Hospital Provincial Docente de Lambayeque inclusive hasta el año 2014 también se practicaba el uso rutinario de la episiotomía sobre todo en nulíparas; sin embargo, este procedimiento ha ido disminuyendo y en la actualidad ya se ha empezado a optar por la episiotomía selectiva, o por el no uso de esta práctica; prefiriendo incluso que la parturienta se desgarre; la tendencia a realizarla es solamente en mujeres que tienen un periné demasiado rígido o están frente a un periodo expulsivo prolongado; tal es el hecho, que en el año 2015 de un total de 360 partos de nulíparas, solamente se practicó episiotomía a 252 (70%) mientras que a 108 parturientas se les permitió tener su parto sin practicar episiotomía.

Sin embargo, a pesar del cambio de actitud de muchas profesionales de obstetricia de dicho nosocomio, aún existen quienes continúan con el uso rutinario de la episiotomía en nulíparas; no obstante que al control de puerperio, acuden varias pacientes, que fueron episiotomizadas, con infección de la herida o manifestando molestias; es por ello que se realizó la presente investigación con el objetivo de identificar las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. 2016.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar algunas características sociodemográficas de las primíparas de la muestra.
2. Establecer algunas características obstétricas de las primíparas en estudio.
3. Identificar las complicaciones más frecuentes, de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva de esta.

1.4. Justificación de la investigación

La episiotomía constituye una de las prácticas rutinarias más realizada en el campo de la obstetricia porque su uso se ha generalizado a la atención de todas las gestantes nulíparas como medida de prevención a traumas perineales y del recién nacido, sin embargo, esta medida está siendo controversial ya que sus beneficios no han sido completamente probados científicamente (3).

Existen postulados que afirman que los efectos beneficiosos que parece tener la episiotomía para la madre son la reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado, la preservación de la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y la reducción del riesgo de incontinencia fecal o urinaria; además como es una incisión recta y limpia, se sostiene que una episiotomía es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro; sin embargo también surgen hipotéticos efectos adversos derivados del uso rutinario de la episiotomía como, prolongación de la episiotomía (desgarro), hasta el esfínter anal o recto, o por medio de una prolongación inevitable de la incisión, resultados anatómicos insatisfactorios, estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístulas recto vaginales y fístulas anales, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía infección y dehiscencia (3).

Desde esta perspectiva y ante la relativa ausencia de trabajos de investigación en el medio, es que se realizó el presente estudio con el objetivo de identificar las complicaciones que se presentan en nulíparas a las que se les ha practicado la episiotomía rutinaria y selectiva en comparación con aquellas a las que no se les ha practicado episiotomía, en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Los resultados brindarán un aporte teórico valioso al campo de la obstetricia, al identificar si estos supuestos son válidos o no lo son, de tal forma que el profesional encargado de la atención del parto de una mujer opte por la mejor decisión, hecho que beneficiará a la mujer, al recién nacido y a la familia en los planos social, económico y psicológico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Juste, A y cols. (España, 2007) realizaron el estudio que tuvo como objetivo identificar las ventajas y desventajas en un grupo de mujeres a las que se les ha practicado la episiotomía según un protocolo selectivo, con respecto a las que no se les ha practicado episiotomía según un protocolo rutinario. El seguimiento fue realizado en el periodo de dilatación, expulsivo, alumbramiento, post alumbramiento y a los tres meses del parto en nulíparas con parto vaginal atendido por matronas, encontraron que la incidencia de desgarros posteriores de I y II grado fue superior en el grupo experimental (30%), frente al grupo control (13,4%), pero no se presentó ningún caso de desgarros de III y IV grado. No se encontraron diferencias en los resultados perinatales, ni en el puerperio inmediato, pero en el puerperio hospitalario las mujeres del grupo control presentaron más dolor general, aunque leve, al sentarse, con la deambulación y, demandaron más analgésicos. A los tres meses del parto, destaca una mayor incidencia de dispareunia en mujeres con episiotomía (5).

Carroli y Belizan (Argentina, 2007) En una revisión Cochrane de seis estudios clínicos, que pretendía evaluar los efectos del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria durante el parto vaginal, obtuvieron como resultado que se realizó episiotomía al 72,7% de las mujeres, mientras que la tasa en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27,6%. El uso restrictivo de la episiotomía, en comparación con el uso rutinario, se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones de la cicatrización. No obstante, el uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior. Por otra parte, no hubo diferencias con respecto a la mayoría de las medidas que se adoptan para controlar el dolor y al trauma perineal o vaginal severo.

Zamora, L. (Ecuador, 2011) en su estudio tuvo como objetivo principal identificar las ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes nulíparas de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra, encontró como resultados que el mayor porcentaje 92,7% de recién nacidos pesó entre 2500 y 4000 gr. 98,4% de recién nacidos tuvieron un perímetro cefálico entre 35 y 36 cm., 99,2% de los recién nacidos obtuvo un Apgar mayor de 7; El mayor número de desgarros tipo I se presentó en mujeres sin episiotomía, mientras que en aquellas a las que se les realizó episiotomía presentaron desgarros de III y IV grado. El 1,6% de pacientes con episiotomía presentaron infección y en el mismo porcentaje dehiscencia, quienes no tuvieron episiotomía no presentaron infección alguna (6).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Albino F (Sullana, 2009) en su estudio cuyo objetivo fue determinar en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana entre los meses de Marzo – Setiembre del 2005, llegó a determinar que las mujeres con episiotomía presentaron dolor en el 83% de los casos, mientras que las mujeres con parto sin episiotomía presentaron dolor en la zona perineal, solamente en el 27%. En relación a la intensidad del dolor encontró que el dolor de las mujeres se presentó en la modalidad de moderado e intenso en las proporciones de 13 y 6%, respectivamente, mientras que en las mujeres con parto normal se presentaron en 3 y 0%. En relación a la presencia de desgarro perineal determinó que el 33% de las mujeres con episiotomía presentaron desgarros, mientras que las mujeres procedentes de parto normal en el 25% de los casos presentaron desgarros: En cuanto al grado de desgarro pudo identificar que en el grupo de mujeres episiotomizadas el 13% presentó desgarros de segundo grado, 14% de tercer grado y 6% de cuarto grado, mientras que las mujeres con parto normal tuvieron 19% de desgarros de primer grado y 6% de desgarros de segundo grado, no presentó ningún caso de desgarros de tercer y cuarto grado, llegando a determinar que el parto con episiotomía incrementa la gravedad de los desgarros. Del total de las mujeres con episiotomía el 19% presentó laceraciones y del total de parto normal, el 62% si presentó laceraciones, identificando que el parto sin episiotomía se relaciona con un mayor número de laceraciones que el parto con episiotomía. En relación a la ubicación de las laceraciones encontró que en las mujeres con episiotomía el 14% fue parauretral, mientras que en las mujeres de parto

normal encontró que las laceraciones se produjeron en la zona parauretral y en el labio menor (27 y 12.7% respectivamente). Con respecto a la presencia de hematomas encontró que del total de mujeres con episiotomía el 62% presentó hematomas, mientras que las mujeres de parto normal solamente presentaron hematomas en el 3%. Con respecto a la presencia de edemas encontró que del total de mujeres episiotomizadas el 32% presentó edema en la zona perineal y vaginal, mientras que las mujeres procedentes de parto normal solamente en el 5% de los casos lo tuvieron. En relación a la presencia de infecciones vulvoperineales se pudo encontrar que del total de las mujeres a las que se les realizó episiotomía el 51% tuvo infecciones, mientras que del total de las mujeres con parto natural solamente el 5% presentó infección. En relación a la presencia de dehiscencia se pudo encontrar que del total de las mujeres episiotmizadas, el 21% presentó dehiscencia, mientras que del total de las mujeres de parto normal hicieron dehiscencia de sutura de desgarro en el 3% (7).

Rodríguez, E y Sánchez, M. (Tarapoto, 2012), presentaron como objetivo de su estudio, determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto durante el periodo 2010, cuyos resultados fueron: el 65,81% de gestantes primigestas, osciló entre los 19 y 34 años y el 33,33% entre 14 y 18 años; el 81,2% tenían una unión estable con su pareja; el 58,12% alcanzó el grado de instrucción primaria y el 35,04% secundaria; el 68,38% procedía de la zona urbana y el 31,62% de la zona rural; 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 24,68% secundaria; el 89,61% era procedente de la zona urbana y 10,39% de la zona rural. En el grupo de estudio el 93,16 % tuvo parto a término y el 6,84 % pre términos, mientras que en el grupo control el 100,0 % tuvo parto a término, no se evidenció gestaciones pre términos ni post términos. 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 por encima de los valores normales 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 (0,00%). 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%). Sin

embargo, las laceraciones se presentaron en los partos atendidos por personal menos experimentado. En el grupo de estudio se presentaron complicaciones asociadas con la episiotomía entre los 05 a 10 días postparto que fueron desde 2.5 a 6 veces mayores en el grupo en estudio sobre el grupo control (3).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Episiotomía

2.2.1.1. Definición

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

Según datos históricos, parece que fue Sir Fielding Ould (1742) (Irlanda) el primero en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Credé recomendaban la sección del periné en sus partos. Ya en el siglo XX, De Lee y Pomeroy aconsejan tal proceder de forma sistemática durante el parto. El objetivo de la episiotomía es triple, por un lado abreviar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal; en segundo lugar evitar el posible desgarramiento perineal (solamente con la protección manual del periné se producirá un desgarramiento perineal en el 40% de las multíparas y hasta el 60% de las primigestas) y por último prevenir el prolapso genital y la incontinencia urinaria (1).

2.2.1.2. Clasificación de la episiotomía

Siete tipos de episiotomía han sido relatadas en la literatura médica:

- 1.- Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal.
- 2.- Mediana modificada: 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.

3.- Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas

4.- Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.

5.- Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

6.- Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

7.- Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital.

Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica. De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan. Al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el 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 (4).

2.2.1.3. Objetivos e Indicaciones para realizar una episiotomía

Objetivos de la realización de una episiotomía:

1. Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal.
2. Evitar posible desgarro perineal.
3. Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria. Estas pueden clasificarse en tres grandes grupos:
 - Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo, en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps o espátulas Thierry.
 - Factores fetales: por ejemplo, para evitar la hipoxia del feto haciendo que la expulsión sea más rápida.

- Factores maternos: Desgarro vulvovaginoperineal inminente, madre con hipertensión endocraneana, hipertensión ocular, cardiopatías, entre otras.

Ventajas y complicaciones de la episiotomía.

Entre las ventajas están:

- Minimiza trauma de piso pélvico.
- Aumenta luz del canal de parto.
- Disminuye el tiempo del periodo expulsivo.
- Evita sufrimiento fetal.

Entre las complicaciones:

- Posibilidad de provocarse hematoma perineal.
- Desgarro perineal severo (III-IV).
- Reconstrucción insatisfactoria (4).

2.2.1.4. Técnica y momento de realización de la episiotomía

Es imprescindible saber cuál es el momento apropiado para practicar esta técnica, puesto que “el corte” en un momento inadecuado puede generar complicaciones.

El momento idóneo de realización variará dependiendo del tipo de parto que se esté atendiendo.

En un parto espontáneo el momento elegido será cuando el feto esté con presentación de vértice, apoyándose la misma en el periné, se esperará hasta que esté completamente distendido. Es fácil de apreciar puesto que la piel perineal aparece pálida por la falta de riego. La cabeza del bebé será visible en el introito vulvar, en unos 3 ó 4 cm de diámetro y no se elevará en la pausa contráctil. Sin embargo, cuando el tejido tiene poca elasticidad, tiene lugar la ruptura de la mucosa anticipadamente, el signo de alarma es un hilo de sangre saliendo por la horquilla vulvar después de una contracción expulsiva. Cuando esto ocurre hay que realizar la episiotomía inminentemente puesto que es muy posible que ocurra un desgarro severo, por la ruptura del anillo himeneal.

En una intervención obstétrica, el criterio varía dependiendo del autor. Algunos prefieren realizar la episiotomía en el primer tiempo de la operación, antes de introducir la mano o el instrumental (fórceps, ventosa...) cuando el motivo del "corte" sea un tejido perineal rígido, la incisión también se hará de forma precoz.

La técnica empleada también tiene variaciones en función de la persona que la lleva a cabo, desde el tipo de episiotomía a realizar, hasta el uso o no uso de anestesia. En el caso de que se utilice anestesia, se emplea xilocaina al 1%, pudiéndose utilizar también a la hora de la sutura. Seguidamente se separan los labios con el segundo y tercer dedo de la mano que no sujete la tijera se visualiza el plano muscular y se introduce la tijera a unos 6-9 cm de profundidad. Cuando la zona del corte está localizada, se procede a realizarlo aprovechando que la cabeza del recién nacido empuja el periné, desplazando el esfínter anal. En este momento mejora la visualización del mismo y se puede evitar lesionarlo y además se disminuye la pérdida hemática. Cuando no se emplea anestesia, se aprovecha cuando la parturienta esté teniendo una contracción y así el dolor de la incisión se mitiga o se despista con el propio de la misma.

Es muy importante saber interpretar el momento preciso para llevar a cabo la incisión, puesto que la realización de la misma antes o después de tiempo o puede llevar a la presencia de complicaciones, Si la incisión se realiza prematuramente, la parturienta puede tener una pérdida hemática importante y si se hace demasiado tarde, cuando la cabeza del feto está casi desprendiéndose, la lesión músculo nerviosa ya habrá tenido lugar, con lo que el efecto beneficioso de la técnica no tendrá validez (8).

2.2.1.5. Consideraciones clínicas y recomendaciones sobre su uso

Puesto que existe gran divergencia de opiniones y alto grado de variabilidad en la gestión de la episiotomía, se han propuesto una serie de indicaciones y recomendaciones, recogidas por varios organismos, que pueden servir como guía para su ejecución. Así pues, en 2006, el Colegio Americano de Obstetras Ginecólogos publicó y estableció en su boletín de la práctica clínica, en vista de las preocupaciones que acarrea y en base a la evidencia científica, las siguientes directrices destacables:

"Es preferible el uso restrictivo de la episiotomía que el uso rutinario de la episiotomía". Con respecto a episiotomía mediolateral vs mediana, los datos son insuficientes para determinar la superioridad de un enfoque sobre el otro pero plantea: "el uso de la

episiotomía mediolateral puede ser preferible a la episiotomía medial en los casos seleccionados" (9).

Con respecto a las indicaciones fetales, afirma: "hay pocos datos disponibles para apoyar cualquiera de sus beneficios".

En 2007, el Centro Nacional de Colaboración para la Salud de las Mujeres y Niños, en su primera edición de su guía clínica, recomendó lo siguiente: - "Una episiotomía de rutina no debe llevarse a cabo durante el parto vaginal espontáneo ". - Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es una episiotomía mediolateral originándose en la horquilla vaginal y generalmente dirigida hacia el lado derecho. El ángulo con el eje vertical debe ser entre 45 y 60 ° en el momento de la episiotomía". - "Una episiotomía debe realizarse si hay una necesidad clínica tal como nacimiento instrumental o sospecha de compromiso fetal "

La episiotomía no se debe ofrecer de forma rutinaria en el siguiente nacimiento vaginal con un traumatismo previo de 3er o 4° grado.

Y en líneas generales las recomendaciones son las siguientes:

El uso de la episiotomía debería estar restringido a situaciones en las que sea necesario acelerar el parto, como una frecuencia cardiaca no tranquilizada o prolongación de la segunda etapa del periodo expulsivo.

Debería intentar alcanzarse una tasa menor del 15% de episiotomías en los partos vaginales espontáneos (9).

2.2.1.6. Complicaciones de la episiotomía

Independientemente del tipo de episiotomía realizada, se producen una serie de complicaciones relacionadas con el uso de esta práctica

Una de las principales complicaciones son los tipos de desgarros que se pueden producir que se clasifican de la siguiente manera:

Desgarro de primer grado: afecta a la piel perineal solamente.

Desgarro de segundo grado: afecta a los músculos perineales y la piel.

Desgarro de tercer grado: Lesión del esfínter anal 1º = < 50 % del esfínter anal externo desgarrado. 2º= > 50% del esfínter anal externo desgarrado y 3º= lesión del esfínter anal externo e interno.

Desgarro de cuarto grado: la lesión del periné incluyendo el esfínter y el epitelio anal.

Según Buitrago, referido por Marín (2014), las complicaciones directamente relacionadas con el uso de la episiotomía son:

Desgarros por extensión: esta complicación está directamente relacionada con el tipo de episiotomía realizada, siendo más frecuente para la mediana. Estos desgarros asociados, suelen ser más dolorosos que los desgarros espontáneos, el inicio de la actividad sexual se hace más tardíamente y el análisis del piso pélvico en estas pacientes muestra mayor debilidad.

Dehiscencia de la sutura e infección: Ocurre en el 0,5 % de las episiorrafias, se encuentra asociada a infección en el 79% de los casos.

Trastornos crónicos: el 50% de las pacientes que tienen comprometido el esfínter anal durante el parto, sufrirán crónicamente de trastornos (en el mejor de los casos) como incontinencia fecal, dolor pélvico crónico y dispareunia (10).

2.2.1.7. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna

El Ministerio de Salud (2013) en su norma técnica para la atención integral de salud materna, cuyo objetivo es lograr un manejo estandarizado, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna y perinatal, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad establece en el capítulo VI de disposiciones específicas, en el ítem 6.1.3., establece una serie de criterios para la atención del periodo expulsivo dentro de los cuales especifica: “controlar las contracciones uterinas y solicitar a la mujer que jadee o realice pujos voluntarios (acompañando la contracción) a medida que se expulsa la cabeza del bebé. Evitar realizar maniobras de Kristeler; controlar la expulsión de la cabeza colocando la palma de la mano entre los parietales y el occipital, manteniendo la cabeza flexionada y proteger el periné (con la otra mano) y restringir la episiotomía (11).

2.2.2. Marco conceptual

Episiotomía. También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un acto quirúrgico que requiere de conocimiento y experiencia. Aunque su empleo es frecuente en la asistencia del parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas actualmente en relación a su empleo e indicación (12).

Nulípara. Aquella mujer que nunca ha dado a luz un producto gestacional de más de 20 semanas o 500 gramos de peso (12).

Episiotomía rutinaria. Es aquella práctica obstétrica que se ha convertido en una parte del repertorio de intervenciones del parto en función de la teoría más que en algún valor demostrado y se ha mantenido como una práctica convencional (más o menos) a pesar de una fuerte evidencia empírica que no apoya su uso (9).

Selectivo. Que elige con gran cuidado las cosas que desea o las personas con que tiene trato o relación (13).

Episiotomía restrictiva. Uso de la episiotomía a indicaciones estrictas a situaciones en las que sea necesario acelerar el parto, como una frecuencia cardiaca no tranquilizada o prolongación de la segunda etapa del periodo expulsivo (9).

2.3. Hipótesis

Las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía son mayores en comparación a la práctica restrictiva de esta, en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

2.4. Variables

Variable 1.

Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía

Variable 2.

Complicaciones de la práctica restrictiva de la episiotomía.

2.5. Definición conceptual y operacional de las variables

Variables	Indicadores	Items	Escala
Variable 1. Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía	Desgarros de III grado	Si No	Nominal
	Desgarros de IV grado	Si No	Nominal
	Laceraciones	Si No	Nominal
	Hematomas	Si No	Nominal
	Dolor	Si No	Nominal
	Edema	Si No	Nominal
	Infección	Si No	Nominal
	Dehiscencia	Si No	Nominal
Variable 2. Complicaciones de la práctica restrictiva de la episiotomía	Desgarros de III grado	Si No	Nominal
	Desgarros de IV grado	Si No	Nominal
	Laceraciones	Si No	Nominal
	Hematomas	Si No	Nominal
	Dolor	Si No	Nominal
	Edema	Si No	Nominal
	Infección	Si No	Nominal
	Dehiscencia	Si No	Nominal

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación es no experimental, de corte transversal y corresponde a un tipo de estudio descriptivo, analítico, observacional y comparativo.

Es No experimental, porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable.

De corte transversal, porque ha sido diseñado para medir las complicaciones de la episiotomía rutinaria y restrictiva en una población definida y en un punto específico de tiempo.

Descriptivo, porque se describieron las complicaciones de la episiotomía tanto de la rutinaria como de la restrictiva.

Observacional, consistente en la observación de las complicaciones de la episiotomía tanto rutinaria como restrictiva y su registro correspondiente de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos.

Comparativo, porque permitió comparar las complicaciones de la episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva.

Analítico, porque se analizaron los resultados tratando de comprobar la hipótesis.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en la provincia de Lambayeque, departamento de Lambayeque, el cual se encuentra situado en la costa norte del Perú con una superficie de 14 231,30 Km²; Limita por el norte con el departamento de Piura (provincias de Piura, Morropón y Huancabamba); por el sur con el Departamento de La Libertad, (provincia de Pacasmayo); por el Oeste con el Océano Pacífico; por el Este con el departamento de Cajamarca (provincias de Jaén, Cutervo, Chota, Santa Cruz, San Miguel).

Sus coordenadas geográficas se sitúan entre los paralelos 6° 42' y 6° 47' de latitud Sur y los meridianos 79° 45' y 79° 56' de longitud Oeste de Greenwich, la altitud va de 4 m.s.n.m

El departamento de Lambayeque por estar situado en una zona tropical, cerca del Ecuador, debería tener un clima caluroso, húmedo, y lluvioso; sin embargo, su clima es subtropical, seca, sin lluvias, con fuertes vientos. Entre los factores que influyen en la determinación del clima departamental están; el mar, las corrientes peruanas del Niño, la atmósfera dominada por el anticiclón de Pacífico Sur, los vientos y las Cordillera de los Andes.

La población estuvo constituida por todas las nulíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, que según registro interno es de 360.

$$N = 360$$

3.3. Muestra y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de nulíparas episiotomizadas, con complicaciones ($P = 0.50$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$

$$\geq \frac{(360) (1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.08)^2(360) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n \geq 105$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

Z = 1.96 (Precisión de la estimación)

P = (0,5) Proporción de nulíparas episiotomizadas con alguna complicación

Q = (0,5) Proporción de nulíparas episiotomizadas sin complicaciones

E = (0.08) error máximo permitido.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las mujeres episiotomizadas en su parto, atendidas en el consultorio externo del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque.2016

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

Las primíparas participantes del estudio cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser una primípara con feto único
- Sin complicaciones obstétricas
- Que haya sido episiotomizada ya sea de forma rutinaria o restrictiva
- Estar en uso completo de sus facultades mentales.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.
-

3.5.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con indicación de cesárea
- Gestantes con alguna complicación obstétrica

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía. La mujer episiotomizada a la que se le aplicó la encuesta correspondiente, tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficiencia. La información se obtuvo luego que la mujer brindó el consentimiento para la obtención de datos.

Consentimiento informado. 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.

Privacidad. Se respetó el anonimato de la mujer, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad. La información referida por la mujer no ha sido revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

3.7. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, en una primera fase se solicitó el permiso al Director del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque para llevar a cabo la investigación en los meses de junio a octubre de 2016.

Posteriormente se pasó a obtener la información para lo cual se dividió la muestra en dos grupos uno de 51 correspondiente a primíparas con episiotomía rutinaria y otro grupo de 59 correspondiente a primíparas con episiotomía restrictiva, a quienes luego de informarles sobre la naturaleza de la investigación y solicitar el consentimiento informado se procedió a realizar la observación en dos etapas: una, inmediatamente en el post parto (complicaciones inmediatas) y luego a las 48 horas, para identificar algunas complicaciones (complicaciones mediatas) como laceraciones, desgarros, hematomas, dehiscencia, edema.

Además, se les realizó una encuesta para obtener algunos factores sociodemográficos y obstétricos que las caracteriza.

Se utilizará las técnicas de la observación y la encuesta y como instrumentos:

El cuestionario de recolección de datos en donde se consignaron los datos sociodemográficos como edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia, de la puerpera episiotomizada, algunos datos del recién nacido como peso, perímetro cefálico y las complicaciones de la episiotomía como laceraciones, desgarros, hematomas, dehiscencia, edema, infección y dolor. (Anexo 01).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 21 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad es generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

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

Fase descriptiva. Consistente en describir los resultados referentes a las complicaciones de la episiotomía.

Fase inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentaron también en la población correspondiente.

3.9. Control de calidad de datos

Toda la información obtenida fue transcrita a una base de datos informatizada, utilizando el programa SPSS 21.0 para Windows, que permitió su posterior análisis estadístico.

El proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y comparativas, utilizando frecuencias absolutas.

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 la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01. Características sociodemográficas de las primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén – Lambayeque. 2016

Edad	Episiotomía rutinaria		Episiotomía restrictiva	
	n°	%	n°	%
<15 años	4	7,8	1	1,7
15-19 años	26	51,0	24	40,7
20-24 años	8	15,7	17	28,8
25-29 años	8	15,7	14	23,7
30-34 años	5	9,8	1	1,7
> 34 años	0	0,0	2	3,4
Total	51	100,0	59	100,0
Grado de instrucción	n°	%	n°	%
Sin instrucción	1	2,0	1	1,7
Primaria incompleta	4	7,8	2	3,4
Primaria completa	7	13,7	5	8,5
Secundaria incompleta	9	17,6	4	6,8
Secundaria completa	23	45,1	28	47,5
Superior técnica	6	11,8	14	23,7
Superior universitaria	1	2,0	5	8,5
Total	51	100,0	59	100,0
Estado civil	n°	%	n°	%
Soltera	6	11,8	4	6,8
Casada	8	15,7	17	28,8
Conviviente	37	72,5	38	64,4
Total	51	100,0	59	100,0
Procedencia	n°	%	n°	%
Urbana	27	52,9	47	79,7
Rural	24	47,1	12	20,3
Total	51	100,0	59	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Se puede apreciar en la presente tabla que el mayor porcentaje de primíparas perteneció al grupo etáreo de 15-19 años, tanto a quienes se les realizó episiotomía rutinaria como a quienes se les practicó episiotomía restrictiva con un 51,0% y 40,7% respectivamente, con una diferencia significativa de 10,3 puntos; el grupo etáreo de 20-24 años, también cobra importancia en ambos grupos con el 15,7% en el caso de

primíparas a las que se les realizó episiotomía rutinaria y 28,8% en el caso de primíparas a las que se les realizó episiotomía restrictiva. En el grupo etéreo de primíparas menores de 15 años, sin embargo, el 7,8% correspondió a primíparas a quienes se les practicó episiotomía rutinaria y solamente el 1,7% al grupo de primíparas a las que se les practicó episiotomía restrictiva. Estos datos sugieren que la práctica de la episiotomía rutinaria está dirigida mayormente a primíparas de menor edad, probablemente porque aun en la actualidad se defiende este tipo de intervención manifestando que debería emplearse libremente para disminuir la incidencia de desgarros vaginoperineales y de complicaciones a largo plazo como incontinencia urinaria, prolapso genital, etc.; sin embargo, su uso de forma rutinaria ha sido cuestionado.

Los datos difieren con los encontrados por Rodríguez y Sánchez (2012) quien encontró que el 65,81% de gestantes primigestas osciló entre los 19 y 34 años y el 33,33% entre 14 y 18 años (3).

Respecto al grado de instrucción el 45,1% y 47,5% de primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, respectivamente, tienen secundaria completa, con una diferencia porcentual de solo 2,4 puntos porcentuales; sin embargo, en el grado de instrucción superior técnica, el 23,7% de mujeres con episiotomía restrictiva tienen este nivel y solamente el 11,8% de mujeres con episiotomía rutinaria también tienen este nivel educativo.

Datos disímiles son reportados por Rodríguez y Sánchez (2012), ellos encontraron que el 35,04% de primíparas a quienes se les realizó episiotomía rutinaria tuvieron educación secundaria, dato inferior al encontrado en el presente estudio, también encontraron en su estudio que el 58,12% de primíparas a quienes les practicaron episiotomía rutinaria tenía primaria (3).

El grado de instrucción en este estudio no tiene relevancia, ya que indistintamente del grado de instrucción que tengan las mujeres primíparas, el tener que realizar una episiotomía va a depender de las características del músculo perineal y en última instancia de la decisión del profesional que la atiende para que se la realice o no.

En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje, tanto del grupo de primíparas a las que se les practicó episiotomía rutinaria como del grupo a quien se les realizó episiotomía restrictiva, refirieron ser convivientes con 72,5% y 64,4% para cada uno, seguido de las casadas con 15,7% y 28,8% respectivamente; estos últimos datos guardan similitud con los encontrados por Rodríguez y Sánchez (2012) quienes en su estudio

encontró que el 81, 29% eran convivientes, pero difieren significativamente con los encontrados a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015) quien informa que el 56,7% de las mujeres entrevistadas se encontraba en unión conyugal: 22,2% estaba casada y 34,5% en situación de convivencia (14).

De igual forma el estado civil no establece ninguna diferencia en la decisión de realizar una episiotomía o no, ya sea esta rutinaria o restrictiva.

Referente a la procedencia, el mayor porcentaje de primíparas a las que se les realizó episiotomía restrictiva fueron procedentes de la zona urbana con 79,7% mientras que el 20,3% eran de la zona rural, de igual forma el mayor porcentaje de primíparas a las que se les practicó episiotomía rutinaria fueron procedentes de la zona urbana 52,9%,mientras que el 47,1% fueron procedentes de la zona rural; estos datos parecen indicar, solamente, que la mayor población que acude al Hospital Docente Belén de Lambayeque son habitantes de las zonas aledañas al establecimiento de salud; probablemente la mayoría de mujeres de la zona rural acuden a Puestos de Salud cercanos a sus domicilios.

Rodríguez y Sánchez (2012) encontraron que el 68,38% de las primíparas procedían de la zona urbana porcentaje menor al encontrado en el presente estudio, respecto a quienes se les practicó episiotomía restrictiva, pero mayor en comparación a quienes se les hizo episiotomía rutinaria (3).

Tabla 02. Edad gestacional de las primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén – Lambayeque. 2016

Edad gestacional	Episiotomía rutinaria		Episiotomía restrictiva	
	n°	%	n°	%
A término	42	82,4	55	93,2
Pre término	4	7,8	1	1,7
Pos término	5	9,8	3	5,1
Total	51	100,0	59	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se logra evidenciar que la edad gestacional de las mujeres, tanto de las que se les realizó episiotomía rutinaria como de quienes se les realizó episiotomía restrictiva fue a término en un 82,4% en el primer grupo y 93,2% para el segundo grupo; el 7,8% de primíparas a las que se les realizó episiotomía rutinaria fueron de parto pre término, solamente el 1,7% de mujeres a las que se les practicó episiotomía restrictiva también lo fueron; el 9,8% de mujeres a las que se les practicó episiotomía rutinaria tuvieron parto post término, mientras que solamente, el 5,1% de primíparas a las que se les realizó episiotomía restrictiva lo tuvieron.

Estos datos guardan similitud con los encontrados por Rodríguez y Sánchez (2012), ellos encontraron en su grupo de estudio que el 93,16 % tuvo parto a término y el 6,84 % pre término con diferencias porcentuales de 10.76 y 0.96, respectivamente.

Estos datos evidencian que en los establecimientos de salud a pesar de que todavía existe la tendencia de continuar realizando la episiotomía rutinaria; también se está incrementando la decisión de optar por la episiotomía restrictiva, por parte de los profesionales que atienden el parto.

Existen otras razones por las cuales la práctica de la episiotomía restrictiva debe ser habitual, una de ellas es que se debe considerar la protección de los obstetras, en casos de estar frente a una parturienta con VIH, enfermedad que sigue creciendo rápidamente. Durante la sutura de las episiotomías existe un alto riesgo de pincharse un dedo, en especial si se utiliza una aguja pequeña (15). Lo que sugiere obviamente que debe haber una inclinación profunda hacia la práctica de la episiotomía restrictiva.

Por su parte Odent (2009), señala que el parto es un acontecimiento íntimo y único en la vida de una mujer en el que debería tener el papel protagonista y no quedar reducida a un objeto pasivo de prácticas quirúrgicas, además sostiene que esta práctica debe ser realizada solamente en partos de alto riesgo y sin embargo, el 90% de partos son de bajo riesgo (16).

Tabla 03. Complicaciones inmediatas según el tipo de episiotomía en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén – Lambayeque. 2016

Complicaciones inmediatas de la episiotomía				
Laceraciones	Episiotomía rutinaria		Episiotomía restrictiva	
	n°	%	n°	%
Si	14	27,5	17	28,8
No	37	72,5	42	71,2
Total	51	100,0	59	100,0
Hematoma	n°	%	n°	%
	Si	17	33,3	4
No	34	66,7	55	93,2
Total	51	100,0	59	100,0
Desgarros	n°	%	n°	%
	Si	36	70,6	12
No	15	29,4	47	79,7
Total	51	100,0	59	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Como se logra observar en los datos que anteceden, 14 gestantes con episiotomía rutinaria (27,5%) presentaron como complicación algún tipo de laceración en el canal del parto y 17 mujeres (28,8%) con episiotomía restrictiva presentó dicha complicación, con una diferencia porcentual de tan solo 1.3 puntos porcentuales.

Los presentes datos difieren de los encontrados por Albino (2009) quien reportó que del total de las mujeres con episiotomía el 19% presentó laceraciones (7).

Rodríguez y Sánchez (2012), referente a la presencia de laceración durante el proceso del parto, observaron que esta complicación se presentó con mayor frecuencia en las mujeres sin episiotomía (16,88% Vs 1,71). Sin embargo, las laceraciones se presentaron en los partos atendidos por personal menos experimentado.

Las laceraciones perineales constituyen soluciones de continuidad que pueden estar acompañadas de contusiones menores, desgarros de músculos o laceraciones mayores con pérdida de sustancia tisular o no, que pueden comprometer estructuras del periné hasta el diafragma urogenital (17).

Teóricamente, el uso restrictivo de la episiotomía, en comparación con el uso rutinario, se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones de la cicatrización. No obstante, el uso restrictivo de la episiotomía, en el presente estudio se asoció con laceraciones en el 28,8%.

Igualmente se logra evidenciar en el presente estudio que, 17 mujeres (33,3%) con episiotomía rutinaria presentaron hematoma como complicación inmediata, mientras que solamente 4 primíparas (6,8%) a las que se les realizó episiotomía restrictiva presentaron esta complicación.

La mayor parte de los hematomas postparto son combinaciones de lesiones vulvovaginales que pueden abarcar el perineo posterior. Cuando el hematoma es paravaginal o se localiza por arriba del elevador del ano, generalmente la paciente refiere sensación de presión y dolor rectal. El hematoma subperitoneal es más difícil de diagnosticar porque, frecuentemente, la paciente está asintomática y cuando se presentan los síntomas dependen del tamaño y la velocidad de formación del hematoma. El dolor generalmente se localiza en el abdomen inferior y, en algunos casos, se palpa el útero lateralizado hacia el lado contrario donde se encuentra el hematoma (18).

Cuando los hematomas son vulvares, afectan más las ramas de la arteria pudenda que incluye la hemorroidal posterior, la perineal transversa o la labial posterior, cuando son vulvovaginales afectan la rama descendente de la arteria uterina, por lo general estos hematomas sea cual sea la zona donde se presenten ocasionan dolor intenso que no le permiten ni siquiera sentarse a la puérpera (19).

Vásquez (2010) señala que, el principal factor en relación con los hematomas perineales es la episiotomía, que se ha señalado como antecedente del 85% al 93% de los casos. Esta relación es válida con las incisiones medias y mediolaterales, aunque las últimas tienen un mayor índice de complicaciones debido a que su episiorrafias es más difícil e involucra la sección de grupos vasculares y musculares importantes (18).

Los hematomas se deben, generalmente, a que en el momento de practicar la episiorrafia o la reparación de desgarros del canal del parto no se realiza una hemostasia adecuada y se dejan uno o varios vasos sanguíneos sin obturar.

Desde este punto de vista no existe una explicación exacta de porque los hematomas se presentan con menos frecuencia en la episiotomía restrictiva, tal vez sea el hecho de que esta se realiza haciendo una evaluación minuciosa antes de tomar la decisión

de realizarla y por ende probablemente también se tenga mayor cuidado en el momento de realizar la episiorrafia.

El 80% de mujeres con episiotomía rutinaria presentaron algún tipo de desgarro, mientras que solamente 5 mujeres (16,7%) con episiotomía restrictiva presentaron esta complicación.

Estos datos difieren con los encontrados por Juste y cols. (2007) quienes encontraron en su estudio que la incidencia de desgarros posteriores de I y II grado fue del 30%.

Carroli y Belizan (2007), en una revisión Cochrane de seis estudios, determinaron que el uso restrictivo de la episiotomía, en comparación con el uso rutinario, se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones de la cicatrización.

Zamora, L (2011) por su parte encontró en su estudio que el mayor número de desgarros tipo I se presentó en mujeres sin episiotomía, mientras que en aquellas a las que se les realizó episiotomía presentaron desgarros de III y IV grado; sin embargo, Albino (2009) encontró que el 33% de las mujeres con episiotomía presentaron desgarros, en tanto que las mujeres procedentes de parto normal solamente en el 25% de los casos presentaron desgarros, determinando que en el 13% presentaron desgarros de segundo grado, en el 14% de tercer grado y en el 6% de cuarto grado, mientras que las mujeres con parto normal tuvieron 19% de desgarros de primer grado y 6% de desgarros de segundo grado, no se presentó ningún caso de desgarros de tercer y cuarto grado, llegando a la conclusión que el parto con episiotomía incrementa la gravedad de los desgarros (7).

Sánchez, M. (2012) sostiene que, la episiotomía no previene los desgarros, sino que puede añadir hasta 3 cm. al desgarro perineal posterior (20).

Por su parte Casanova y Zafra ya desde la década anterior (2001) manifestaba que la episiotomía aumenta el riesgo de producir un desgarro en el esfínter anal externo, el recto o ambos. Sostenía además que las laceraciones vaginales son triviales y fáciles de reparar en comparación al daño hecho por las episiotomías y también afirma que ellas son, menos dolorosas.

Existe el postulado que indica que la episiotomía protege de las disfunciones del suelo pélvico y la incontinencia urinaria post puerperio, esto se vio negado en un estudio donde se observaron que los resultados desmienten tal postulado (4).

Tabla 04. Grado de desgarro según el tipo de episiotomía en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén – Lambayeque. 2016

Grado de desgarro	Episiotomía rutinaria		Episiotomía restrictiva	
	n°	%	n°	%
Ninguno	15	29,4	46	78,0
1°	7	13,7	12	20,3
2°	28	54,9	1	1,7
3°	1	2,0	0	0,0
Total	51	100,0	59	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se logra observar que en el grupo de las mujeres con episiotomía rutinaria 7 mujeres (13,7%) tuvieron desgarro perineal de primer grado; 28 mujeres (54,9%) desgarro de segundo grado y 1 mujer (2,0%) desgarro de tercer grado, en cambio en el grupo de mujeres con episiotomía restrictiva, 12 mujeres (20,3%) presentaron desgarro de primer grado, 1 mujer (1,7%) desgarro de segundo grado, pero ninguna mujer tuvo desgarro de tercer grado, verificándose que el índice de desgarros perineales, sobre todo los de II grado, se observa con mayor frecuencia en las pacientes a las que se les practica episiotomía rutinaria y permite deducir que desde todo punto de vista, es más favorable recurrir a la episiotomía restrictiva, es decir solamente para facilitar el nacimiento y prevenir los desgarros graves, que pueden ser difíciles de reparar.

Los datos del presente estudio son diferentes a los encontrados por Albino (2009) pues él encontró que el 13% de las mujeres episiotomizadas presentaron desgarros de II grado, 14% de III grado y 6% de IV grado (7); de igual forma son disímiles a los encontrados por Domínguez y cols. (2007) Ellos encontraron en su estudio que de 124 pacientes de su estudio, a 51 (41%) les realizaron episiotomía rutinaria, de las cuales 25 presentaron desgarro grado III, (20,1%) 16 pacientes de la muestra presentaron desgarro grado IV (13%). Al resto de la muestra 73 pacientes (59%) les realizaron episiotomía restrictiva de las cuales 28 pacientes presentaron desgarro grado II (22.5%), 20 de las pacientes presentaron desgarros grado I; 19 pacientes de la muestra presentaron desgarro grado III (23%). 6 pacientes presentaron desgarros grado IV (21).

Se conoce que el uso restrictivo o selectivo de la episiotomía es recomendable para disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un lapso de 7 días (22)

La Biblioteca Cochrane (2012) señala que los desgarros vaginales pueden ocurrir durante el parto, con mayor frecuencia durante la abertura vaginal cuando pasa la cabeza del recién nacido, especialmente si el recién nacido desciende rápidamente. Los desgarros pueden incluir la piel perineal o extenderse a los músculos y el esfínter anal y el ano (23). Es por ello que también se sugieren algunas técnicas para reducir el trauma perineal que han sido evaluadas y se ha demostrado que son efectivas como: masaje prenatal del perineo, lenta expulsión de la cabeza del bebé, sostener el perineo, mantener la cabeza flexionada, extraer los hombros uno a la vez y, por último, no realizar episiotomías en los partos con instrumentos. (Otras técnicas, como el masaje del perineo durante la labor o compresas calientes, aún deben ser estudiadas).

Resulta imperioso reconocer que la recuperación de un desgarro es bastante incómoda o dolorosa, dependiendo del grado de desgarro. El dolor normalmente afecta sentarse, caminar, orinar y defecar por lo menos durante una semana. Su primera evacuación intestinal puede ser bastante dolorosa. Una episiotomía o un desgarro suele curarse aproximadamente al cabo de 4 a 6 semanas (24).

Tabla 05. Complicaciones mediatas según el tipo de episiotomía en primíparas atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén – Lambayeque. 2016

Infecciones	Episiotomía rutinaria		Episiotomía restrictiva	
	n°	%	n°	%
Si	22	43,1	2	3,4
No	29	56,9	57	96,6
Total	51	100,0	59	100,0
Dehiscencia	n°	%	n°	%
Si	14	27,5	7	11,9
No	37	72,5	52	88,1
Total	51	100,0	59	100,0
Edema	n°	%	n°	%
Si	32	62,7	4	6,8
No	19	37,3	55	93,2
Total	51	100,0	59	100,0
Dolor	n°	%	n°	%
Si	51	100,0	35	59,3
No	0	0,0	24	40,7
Total	51	100,0	59	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Puede observarse en los datos que anteceden que el 43,1% de primíparas con episiotomía rutinaria presentó infección, y el 27,5% hizo dehiscencia; en tanto que solamente el 3,4% de las primíparas con episiotomía restrictiva presentó infección y el 11,9% dehiscencia.

Estos resultados difieren con los reportados por Zamora (2011) quien en su investigación encontró que el 1,6% de pacientes con episiotomía presentaron infección y en el mismo porcentaje dehiscencia y quienes no tuvieron episiotomía no presentaron infección alguna.

Las dehiscencias y las infecciones están asociadas a estados de anemia, falta de higiene y déficit de algunos nutrientes. Rivera (2012) señala que la anemia de cierto grado retrasa la cicatrización, así mismo, ha quedado establecida la importancia de la tensión de oxígeno en la cicatrización. Se sabe que la caída prolongada de dicho parámetro dificulta notablemente la cicatrización. Los datos sugieren que las concentraciones relativas de las isoenzimas de deshidrogenasa láctica (LDH) varían con la PO₂ del tejido de la herida, y que pueden ser importantes en la regulación de la síntesis de colágena (25).

Para la cicatrización normal es al parecer más importante el riego tisular adecuado que la capacidad de aporte de oxígeno de la sangre. La hemorragia o la anemia solas quizá no alteren la tensión de oxígeno en los tejidos; sin embargo, la hipovolemia, la vasoconstricción y el aumento de la viscosidad de la sangre pueden producir efectos profundos sobre la tensión local del oxígeno. Por otra parte, también está la participación de los metales en la cicatrización de las heridas. Como se conoce, son necesarios el cobre y el óxido ferroso para el metabolismo normal de la colágena (25).

Por su parte Flores, E (2013) encontró en su estudio que las infecciones de episiotomía se presentaron entre el 0,5 al 3% y son la primera causa de dehiscencia de episiorrafia; los factores que lo favorecieron fueron falta de asepsia, existencia de un hematoma, sutura incorrecta, partos distócicos y falta de protección antibiótica (26).

Pese a estas explicaciones del porque las dehiscencias e infección de la herida, no está claramente establecido por que se presentan con mayor frecuencia en las episiotomías restrictivas.

El 62,7% de las primíparas con episiotomía rutinaria también presentaron edema como complicación después de las 24 horas y solamente el 6,8% de primíparas con episiotomía restrictiva lo presentó. El edema se forma por la presión hidrostática de la sangre a través de los capilares. Lo que atraviesa el espacio entre las células endoteliales constituirá el líquido intersticial (27).

En cuanto al dolor como complicación mediata, se presentó en el 100% de las primíparas con episiotomía rutinaria, en cambio solamente manifestaron dolor en el 59,3% de los casos.

La episiotomía ya sea rutinaria o restrictiva, es una herida en la que ha existido discontinuidad de tejidos por ende es razonable que exista dolor.

Ballesteros menciona que el dolor es mayor durante las primeras 24 horas, a las 48 después del parto la episiotomía causa dolor al 85-95% de las mujeres y comienza a mejorar al tercer día. Este dolor puede afectar a la defecación, causando estreñimiento, y a la micción, causando dificultad para la misma. También puede afectar a la movilidad, reduciéndola, ya que se observa una exacerbación del mismo al caminar, cambiar de posición y sentarse, dificultando la lactancia materna. Este porcentaje desciende al 32% después de una semana, y al 23% después de 10 días.

Un estudio retrospectivo realizado por Williams et al. Encontró que el 33% de las mujeres que tenían un desgarró perineal o una episiotomía siguen experimentado un cierto grado del dolor perineal un año después del parto (19).

Lo que no está claro es porque el dolor es menor y no afecta a todas las mujeres a las que se les realiza episiotomía restrictiva.

CONCLUSIONES

Luego de concluir con la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de primíparas perteneció al grupo etáreo de 15-19 años con 51,0% y 40,7%; la mayoría manifestó tener secundaria completa con 45,1% y 47,5%; convivientes con 72,5% y 64,4% y procedentes de la zona urbana.
2. Las complicaciones inmediatas fueron las laceraciones del canal del parto, con 27,5% en primíparas con episiotomía rutinaria y 28,8% en primíparas con episiotomía restrictiva; hematomas con 33,3% en primíparas con episiotomía rutinaria y 6,8% en primíparas con episiotomía restrictiva y desgarros, con 70,6% en primíparas con episiotomía rutinaria y 20,3% en primíparas a las cuales se les realizó episiotomía restrictiva, verificando que las complicaciones se presentaron en menor porcentaje en mujeres con episiotomía restrictiva, con excepción de las laceraciones que fueron más frecuentes en éste último grupo.
3. Como complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) se determinó que se presentaron infecciones con 43,1% en primíparas con episiotomía rutinaria y 3,4% en episiotomía restrictiva; dehiscencia: 27,5% en primíparas con episiotomía rutinaria y 11,9% en primíparas con episiotomía restrictiva; edema: 62,7% en primíparas con episiotomía rutinaria y 6,8% en primíparas con episiotomía restrictiva y dolor en el 100% de primíparas con episiotomía rutinaria y 59,3% en primíparas con episiotomía restrictiva.
4. Se corrobora la hipótesis al determinar que las complicaciones de episiotomía restrictiva se presentan en un menor porcentaje de primíparas, en comparación a las complicaciones que se presentan en primíparas a quienes se les practicó episiotomía rutinaria.

RECOMENDACIONES

1. A los obstetras del Hospital Regional Docente Belén de Lambayeque, interiorizar la importancia de la episiotomía restrictiva tanto para la mujer que va a dar a luz como para ellos.
2. A las docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, promover capacitaciones, para que desde las aulas universitarias se tenga el conocimiento de que la episiotomía restrictiva ofrece mejores beneficios que la episiotomía rutinaria.
3. A futuros tesisistas interesarse por seguir investigando en este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustamante S, Castillo C, Saavedra V, Schmied W. Episiotomía restrictiva en parto normal. Revista de ginecología y obstetrica del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2015; 2(2): p. 127 - 136.
2. Vargas M. Episiotomía. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII(599): p. 461-466.
3. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 MINSA. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. Tarapoto - Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
4. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: procedimiento a elección y no de rutina. Revista científica de Ciencias Médicas. 2014 Diciembre 7; 17(2): p. 53-57.
5. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. Argentina; 2007.
6. Zamora L. La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra. Tesis de grado previo a la obtención del título de Médico general. Riobamba - Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011.
7. Albino F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de Apoyo de Sullana. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. 2009; 1(4).
8. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. Trabajo de fin de grado. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2013.
9. Bernués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y el periné. Memoria del trabajo de fin de grado en fisioterapia. Navarra - España: Universidad Pública de Navarra; 2014.
10. Marín J. La práctica de la episiotomía y sus cuidados. Una revisión de la literatura. Andalucía - España: Univesidad de Jaén; 2014.
11. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna. Norma técnica. Lima; 2013.
12. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap LWK. Obstetricia de Williams. Vigésimo tercera ed. México: McGrawHill - Interamericana; 2013.
13. De la Peña I. Larousse Diccionario enciclopédico. Décimoséptima edición ed. México: ediciones Larousse; 2011.

14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Lima; 2015.
15. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal. Técnico. Ginebra: Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; 2003.
16. Odent M. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para un parto más seguro, humano y respetuoso. España; 2009.
17. Ramírez A. Heridas perineales. Artículo técnico. La Habana - Cuba; 2010.
18. Vásquez J. Embarazo, parto y puerperio. Primera edición ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
19. Cunningham G, et al. Williams Ginecología y Obstetricia. Vigésima cuarta edición ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
20. Sánchez M. Episiotomía versus desgarros. Enfermería docente. 2012; 97: p. 27-32.
21. Domínguez B, Lezama S, Aguilera R. Estudio comparativo de episiotomía restrictiva versus episiotomía rutinaria y la incidencia de desgarro perineal severo. Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH. 2007 Enero - abril; 10(1).
22. Gobierno Federal. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada. Guía de práctica clínica México; 2013.
23. Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal. Bilioteca Cochrane. 2012.
24. Programa Healthwise. Episiotomía y desgarros Indiana; 2016.
25. Rivera V. Fisiología de la cicatrización. Colombia; 2012.
26. Flores E. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero - diciembre. 2013. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.
27. León M, Alvarado A, Arias J, Miranda L, Varens J, Cuesta J. Respuesta inflamatoria aguda. Consideraciones bioquímicas y celulares. Revista Finlay. 2015; 5(1).
28. Salas E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2012 Octubre - marzo;(23): p. 1-7.
29. Bermués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Memoria del trabajo de fin de grado en fisioterapia. Navarra: Universidd Pública de Navarra; 2014.
30. Ballesteros C, Martínez M, Carrello C, Canteras M. La episiotomía en el marco de la atención al parto normal. España; 2014.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

35 – 40 años () 41-45 () 46 – 49 ()
50 – 54 () 55 – 59 () 60 – 64 ()

2. Grado de instrucción

Sin instrucción () 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. FACTOR OBSTÉTRICO

Edad Gestacional:

A término () Pre término () Post término ()

III. COMPLICACIONES DE LA PRÁCTICA RUTINARIA DE LA EPISIOTOMÍA

Laceraciones: Si () No ()
Dolor: Si () No ()
Hematoma: Si () No ()
Edema: Si () No ()
Desgarro: Si () No ()
Grado de desgarro:
I grado () II grado () III grado ()
IV grado ()
Otros:.....
Infección: Si () No ()
Dehiscencia: Si () No ()
Dispareunia Si () No ()

V. COMPLICACIONES DE LA PRÁCTICA RESTRICTIVA DE LA EPISIOTOMÍA

Laceraciones: Si () No ()
Dolor: Si () No ()
Hematoma: Si () No ()
Edema: Si () No ()
Desgarro: Si () No ()
Grado de desgarro:
I grado () II grado () III grado ()
IV grado ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, -----, identificada con DNI. N^o ----- he leído y comprendido la información respecto al presente estudio y mis preguntas serán respondidas de manera fidedigna. Además declaro que he sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

Fecha:

.....

Firma de la gestante