

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA
EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2
MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010**

TESIS

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

AUTORES:

Bach. Obst. EDGAR RODRIGUEZ GONGORA

Bach. Obst. MARINO SANCHEZ INGA

ASESORA:

OBST. DRA. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO

TARAPOTO – PERÚ

2012

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA
EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2
MINSATARAPOTO. PERIODO 2010**

TESIS

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

AUTORES:

Bach. Obst. EDGAR RODRIGUEZ GONGORA

Bach. Obst. MARINO SANCHEZ INGA

ASESORA:

OBST. DRA. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO

TARAPOTO - PERÚ

2012

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA
EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2
MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010**

TESIS

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

AUTORES:

Bach. Obst. EDGAR RODRIGUEZ GONGORA

Bach. Obst. MARINO SANCHEZ INGA

ASESORA:

OBST. DRA. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO

TARAPOTO – PERÚ

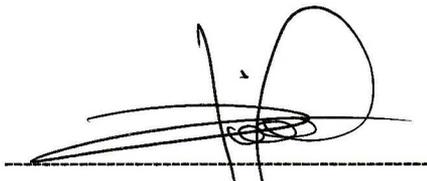
2012

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



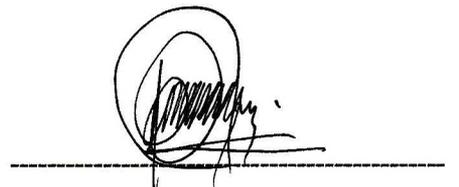
**COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA
EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010**

JURADO CALIFICADOR:



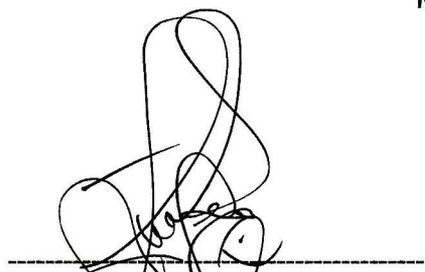
M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

Presidente



Obst. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Miembro



Obst. Mg. Ángel Delgado Ríos

Miembro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSTANCIA

Conste por la presente que la Obst. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado, ha asesorado el proyecto de tesis titulado "COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2 MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010"; Presentado por los bachilleres de Obstetricia Edgar Rodriguez Gongora y Marino Sanchez Inga

Atentamente:

.....
Obst. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado
(ASESORA)

DEDICATORIA

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Walter y Carmen, 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.

Edgar

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios por haberme dado la salud y la vida para poder llegar a esta gran meta.

A mis padres Marino y Juanita por apoyarme cada día y haberme enseñado a trabajar y a trazarme metas en la vida.

A mis tíos Víctor y Alejandrina, por darme un lugar donde estar, así poder llegar al sueño y anhelo tan grande de ser profesional.

Marino

AGRADECIMIENTO

A mis maestros: *Por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.*

Gracias por haber fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Agradecemos de forma especial: a la obstetra Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado, por haber guiado el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

A mis amigos. *Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento, seguimos siendo amigos.*

A la Universidad Nacional de San Martín y en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud que nos dieron la oportunidad de formar parte de ellos.

¡Gracias!

Los Autores

INDICE

	PAG.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	viii
CAPITULO I. INTRODUCCION.....	1
1.1. CARACTERIZACION O MARCO CONCEPTUAL.....	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.4. JUSTIFICACION.....	5
CAPITULO II. MARCO TEORICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES.....	10
2.2. BASE TEORICA.....	16
2.3. DEFINICION CONCEPTUAL.....	35
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO.....	37
3.1. FORMULACION DE LA HIPOTESIS.....	37
3.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	37
3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	38
CAPITULO IV. MATERIAL Y METODOS.....	39
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	39
4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION.....	39
4.3. POBLACION Y MUESTRA.....	41
4.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	45

4.5. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	46
CAPITULO V. RESULTADOS.....	49
CAPITULO VI. DISCUSION.....	57
CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
CAPITULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70
ANEXO.....	76

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se ejecutó en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto Periodo 2010. Se realizó una investigación Cuantitativo, Explicativo, retro-prospectiva, de corte transversal, para determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal. La población estuvo conformada por 194 gestantes (177 conformaron el grupo en estudio y 77 el grupo control). La incidencia de gestantes episiotomizadas fue de 90.04%. El promedio de edad reportado fue de 20.74 años (grupo en estudio) y 22.92 años (grupo control); el 97,44% tienen una unión no estable con su pareja versus a un 98.70% respectivamente; el nivel primaria predominó en un 58,12% Vs a un 72,73% respectivamente; el 68,38% procedió de la zona urbana Vs a un 89.61%. La edad gestacional y el peso del recién nacido no son indicadores de episiotomía en las gestantes ($p>0,05$).

Las complicaciones a corto plazo del uso rutinario de la episiotomía presentado en gestantes nulíparas fueron: dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales ($p<0,05$) y laceración en las no episiotomizadas ($p<0,05$). Las complicaciones a mediano plazo fue la dehiscencia ($p<0,05$). La dimensión uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas. Se recomienda que el Ministerio de Salud realice capacitaciones continuas que permita cambio de actitudes y conductas en el profesional de

salud, considerando que la reducción del número de episiotomías en un servicio es simplemente la punta del iceberg de un cambio más profundo que afecta a la actitud profesional frente al proceso de parto y que implica una conducta menos intervencionista, más paciente y expectante, que proporciona mayor libertad de acción a la mujer y la transforma en protagonista de primer orden.

SUMMARY

The present investigation work was executed in the Hospital II-2 MINSA-Tarapoto Period 2010. He/she was carried out a Quantitative, Explanatory, retro-prospective investigation, of traverse court, to determine the complications of the routine use of the episiotomía in gestantes assisted nulíparas of vaginal childbirth. The population was conformed by 194 gestantes (177 conformed the group in study and 77 the group control). The incidence of gestantes episiotomizadas was of 90.04%. The reported age average was of 20.74 years (group in study) and 22.92 years (group control); 97,44% has a non stable union with its couple versus to 98.70% respectively; the primary level prevailed in 58,12% Vs to 72,73% respectively; 68,38% came from the urban area Vs to 89.61%. The age gestacional and the weight of the newly born one are not indicative of episiotomía in the gestantes ($p > 0,05$).

The short term complications of the routine use of the episiotomía presented in gestantes nulíparas were: pain and sanguine loss above the normal values ($p < 0,05$) and laceration in the non episiotomizadas ($p < 0,05$). The complications to medium term were the dehiscencia ($p < 0,05$). The dimension routine use of the episiotomía presents bigger complications that the I don't use of the episiotomía in gestantes nulíparas. It is recommended that the Ministry of Health carries out continuous trainings that it allows change of attitudes and behaviors in the professional of health, considering that the reduction of the episiotomías number in a service is simply the tip of

the iceberg of a deeper change that affects to the professional attitude in front of the childbirth process and that it implies a behavior less interventionist, more patient and more expectant, that provides bigger action freedom to the woman and it transforms it in main character of first order.

CAPITULO I. INTRODUCCION

1.1. CARACTERIZACION O MARCO CONCEPTUAL

La episiotomía, en sentido estricto, es la incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Sin embargo, la episiotomía se utiliza a menudo como sinónimo de perineotomía. La incisión debe ser amplia; de 3 a 4 cm puede hacerse en la línea media (episiotomía mediana o de la línea media) para dirigirse hacia afuera y abajo (episiotomía medio lateral), en la cual se inciden los músculos bulbo cavernosos, transverso superficial y profundo.(1)

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould, una enfermera Obstétrica de Dublín, en 1742. Los proponentes de la episiotomía argumentaron que su uso prevenía el daño perineal, prevenía la relajación del piso pélvico y protegía al feto de injurias. Una revisión reciente no pudo encontrar evidencia para fundamentar estos beneficios propuestos. La episiotomía sigue siendo una operación muy común en obstetricia. Según Sheila kitzinger, esta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizaría. Su reparación es más fácil, pero no parecen ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es menor y

la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarro. (2)

En el pasado, las episiotomías eran simplemente un procedimiento estándar que se llevaba a cabo durante el trabajo de parto y el alumbramiento del bebé. No obstante, dicho procedimiento ha sido puesto bajo tela de juicio en los últimos años debido al surgimiento de evidencia de que las episiotomías podrían no ser verdaderamente beneficiosas para una mujer. Numerosos estudios han demostrado que, incluso en los casos en los que una mujer no se someta a una episiotomía, lo más seguro es que no experimente desgarramiento vaginal. Si esto llegara a suceder, lo más probable es que el desgarramiento sea mínimo y - en la mayor parte de los casos- no llegará a ser peor que la incisión realizada para llevar a cabo una episiotomía. No obstante, muchas personas piensan que la cantidad de mujeres que aún se someten a episiotomías sigue siendo realmente alta. (3)

Los expertos argumentan que el número de episiotomías realizadas en partos vaginales no debería exceder un 20%, mientras que otros piensan que las episiotomías sólo deberían ser practicadas en no más del 10% de los partos vaginales. En el pasado, se creía que una episiotomía se curaba más pronto que un desgarramiento vaginal y que traía aparejadas menos complicaciones. También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto.(3)

Las mujeres que se sometían a una episiotomía frecuentemente perdían mucha más sangre durante el alumbramiento. Las mismas también reportaban períodos de recuperación mucho más extensos y dolorosos luego del parto, y tendían a experimentar más complicaciones; otras eran más propensas a padecer un debilitamiento de los músculos de la zona pélvica luego del parto. Parece razonable llegar a la conclusión de que no se debe realizar una episiotomía de rutina.(3)

De acuerdo a la Organización Mundial de salud “...***el uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada***”. Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada solo para aliviar el distress materno o fetal, o para realizar un adecuado proceso cuando el periné así lo requiere.(4)

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación pretende resolver la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II -2 Minsa Tarapoto durante el periodo 2010?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto durante el periodo 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la incidencia de los factores sociodemográficos.
- Determinar la incidencia de episiotomía en gestantes nulíparas.
- Identificar las complicaciones a corto plazo del uso y no uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas.
- Identificar las complicaciones a mediano plazo del uso y no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas.
- Determinar si la dimensión uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas.

1.4. JUSTIFICACION

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 debe ser cambiada ya que sus beneficios no han sido completamente probados científicamente.(5)

Los efectos beneficiosos que parece tener la episiotomía para la madre son los siguientes: (a) reducción de la probabilidad de desgarros de tercer grado, (b) preservación de la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y reduce el riesgo de incontinencia fecal o urinaria, (c) como es una incisión recta y limpia, una episiotomía es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro. Para el recién nacido, un período expulsivo prolongado durante el trabajo de parto podría causar asfisia fetal, traumatismo craneano, hemorragia cerebral y retraso mental. Durante el parto, es posible que la episiotomía reduzca la posibilidad de distocia de hombros en el feto.(6)

Por otro lado, entre los hipotéticos efectos adversos derivados del uso rutinario de la episiotomía se incluyen, prolongación de la episiotomía (desgarro), hasta el esfínter anal o recto, o por medio de una prolongación inevitable de la incisión, resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o 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, dehiscencia y disfunción sexual (dispareunia).(7)

La justificación del uso rutinario de la episiotomía surgió a principios de siglo XX, basado en creencias personales y sin una justificación científica que avalara esta recomendación. Esto llevó a la incorporación de la misma en la práctica diaria siendo una rutina sobre todo en las mujeres durante su primer parto. A partir del año 1985 se generaron una serie de investigaciones de buen diseño experimental que buscaban comprobar si los argumentos que se esgrimían justificando su uso rutinario eran válidos. La serie de investigaciones realizadas demostró que la episiotomía no debe utilizarse en forma rutinaria dado que no presenta beneficios ni para la mujer ni para el recién nacido. A partir de ellas surgen recomendaciones nacionales e internacionales, incluso desde la Organización Mundial de la Salud, que recomiendan un uso restringido de la misma. Como consecuencia de ello, en varios países desarrollados se ha producido una disminución en el uso de la episiotomía y así mismo reacciones mundiales sobre la agresión innecesaria a la mujer.(4)

Otros aspectos importantes para tener en cuenta son los costos y recursos adicionales que pueden ser necesarios para justificar una política que aliente el uso rutinario de la episiotomía. La pregunta acerca de si la episiotomía media lateral permite conseguir mejores resultados que la mediana no se ha respondido de manera satisfactoria. La ventaja que sugiere la práctica de la

episiotomía media lateral en lugar de la episiotomía mediana es: prevenir un desgarro de tercer o cuarto grado. Quienes no apoyan el uso de este método indican que se asocia con tasas más elevadas de prolongación de la episiotomía y, en consecuencia, un mayor riesgo de traumatismo perineal severo.(8)

En la actualidad existe controversia en el campo obstétrico en cuanto a la realización rutinaria de la episiotomía. La Organización Mundial de la Salud – OMS, dice que la cirugía es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarro natural.(4)

En países latinoamericanos como Argentina, hay un 62% de reducción en el número de episiotomías en mujeres multíparas o gran multíparas, así mismo en países como Colombia y Venezuela se realizaron análisis de costo – efectividad dentro de una política de episiotomía restrictiva.(9)

En el año 2002 – 2003, en Colombia la política selectiva disminuyó significativamente la tasa global de episiotomía del 47.3%, e incrementó el riesgo relativo de desgarro al 1.5%. En Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, en la tasa mediana de episiotomía en los 108 hospitales mayores del país, entre 1991 y 1998 fue de 92.3% mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es la episiotomía rutinaria.(10)

En el Hospital de Apoyo de Sullana, es casi general la práctica de la episiotomía rutinaria, siendo también posible identificar algunas

complicaciones obstétricas en mujeres nulíparas después de haberseles practicado la episiotomía mediana lateral.(11)

En nuestro medio casi el 100% de los partos de las mujeres primerizas son atendidas con episiotomía, que, al igual que cualquier procedimiento quirúrgico, la episiotomía acarrea un sin número de riesgos: excesiva pérdida de sangre, formación de hematomas e infección.(9)

En el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto, esta práctica es rutinaria, siendo también posible identificar algunas complicaciones obstétricas en mujeres nulíparas después de haberseles practicado la episiotomía.

En cuanto a la perspectiva de la paciente frente al procedimiento en nuestro medio, existe desconocimiento y temor al respecto, asociándose a la inclinación de atenderse el parto fuera de la institución por personas empíricas, lo que se manifiesta en la cifra de atención por otras personas del 16%.¹⁰ Otro enfoque importante para restringir el uso rutinario de la episiotomía es la prevalencia de la anemia, en nuestra región considerándose que se presenta en más del 50% de ellas, siendo importante en este grupo evitar pérdida innecesaria de sangre durante la episiotomía.(11)

Por lo tanto la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de3 beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos

complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo.(12)

En tal sentido si demostramos que en nuestra realidad especialmente en el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto, la episiotomía rutinaria presenta mayor prevalencia de complicaciones que el parto sin este procedimiento, se evitaría ocasionar problemas a la mujer, se incrementaría el índice de partos institucionales, se aminoraría el costo en la atención a la gestante y menor tiempo en el trabajo de parto.

Este trabajo tiene como finalidad promover el uso restrictivo de la episiotomía sujeto a ciertas indicaciones y dejar de lado el uso rutinario de la misma.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

En la actualidad existe controversia en el campo obstétrico en cuanto a la realización rutinaria de la episiotomía. La Organización Mundial de la Salud – OMS, dice que la cirugía es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarro natural.(4)

En un estudio titulado: “USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA” en el Hospital “J.R. Vidal” Corrientes; informa que realizó un estudio retrospectivo en el Servicio de Obstetricia durante el período 1 de enero 2000 - 30 de septiembre 2005. Se analizaron los siguientes datos: número de gestaciones, cantidad de episiotomías en primíparas y multíparas. Se relacionó el número de gestación con la realización o no de episiotomías.

De las 17.680 gestantes analizadas desde el 1 de enero de 2000 hasta el 30 de septiembre de 2004, 4 255 fueron primigestas, de éstas a 2 482 gestantes (58,33 %) se le realizó episiotomía; 3 392 fueron secundigestas y a 705 (20,78 %) se le realizó episiotomía; 2 652 cursaban su tercera gestación y con episiotomía fueron 167 (6,29 %); cursando su cuarta gestación se hallaron 2 113 de las cuales 62 (2,93%) presentaron episiotomía; con 05 gestaciones se encontraron 1 547 de las cuales a 30 (1,93 %) se le realizó episiotomía; 1108 pacientes cursaban su sexta gestación y de estas 15 (1,35 %) presentaron episiotomía; 753 cursaban su séptima gestación y a solo 7 (0,92 %) se le realizó episiotomía; 1 201

pacientes cursaban su octava gestación de las cuales 10 (0,83 %) presentaron episiotomía.

Los criterios de realización de episiotomía en el Servicio se consideran: Periné poco distensible, desproporción feto pélvica, feto macrosómico, utilización de fórceps, acelerar el parto abreviando el período expulsivo cuando se presentan trastornos fetales o hay agotamiento materno, agrandar el introito y reducir la curva de Carus (eje normal de la salida de la pelvis) . Las complicaciones presentadas por la episiotomía fueron: incidencias musculares, mayor pérdida hemática, cierre con mayor dificultad, peor resultado anatómico-estético, cicatrización más difícil y defectuosa, dolor puerperal y dispareunia. En este Hospital, se pudo comprobar que el uso de la episiotomía realmente selectivo, considerando que de los 17.021 partos atendidos en dicho periodo, solo en el 20% se la realizó.(13)

En una investigación titulada: ¿LA EPISIOTOMIA DEBE SER UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA? Realizado en el Hospital Carlos Holmes Trujillo; reporta que la investigación se realizó en el Silos 5 de la Comuna 13, en el Distrito de Aguablanca, barrio El Poblado 2, que cubre la atención de parto de bajo riesgo en el suroriente de Cali Colombia. Se realizó un diseño experimental donde se seleccionaron aleatoriamente dos grupos de gestantes mediante la técnica de sobre cerrado. La población estuvo constituida por 420 gestantes nulíparas con embarazo a término (entre 37 y 41 semanas) que consultaron la sala de partos durante los meses de enero, 1999 a octubre, 1999. La muestra estuvo constituida por 34 mujeres para el

grupo control, quienes recibieron el manejo rutinario de episiotomía mediolateral y 30 para el grupo experimental, a quienes no se les realizó episiotomía de rutina, excepto ante la inminencia de desgarro perineal o compromiso de la vitalidad fetal.

Los resultados del estudio refirieron que la percepción dolorosa de la gestante, fue más intensa en el grupo control con diferencias estadísticamente significativas el nivel del dolor se calificó con la escala visual análoga. En ninguno de los grupos se presentaron desgarros severos, sin embargo se presentaron desgarros grado I y II en el grupo experimental ocurridos en su mayoría en los partos atendidos por el personal menos experimentado. Las molestias asociadas con la episiotomía valorada a los 10 días postparto fueron hasta cuatro veces mayores en el grupo control sobre el grupo experimental, sobre todo dificultad para sentarse y temor para reiniciar la actividad sexual, circunstancias que pueden afectar el proceso de cicatrización y la relación de pareja. Al evaluar la presencia de dispareunia en ambos grupos a los 60 días postparto se observó en el grupo control molestias como ardor, dolor y sangrado con el inicio de la actividad sexual, en el grupo experimental el inicio de la actividad sexual fue más precoz (15 días postparto), Finalmente concluye que si se usa de manera selectiva con inminencia de desgarro o compromiso de la vitalidad fetal produce mayores beneficios a la gestante.(14)

En una investigación titulada “Uso Rutinario de la episiotomía y Complicaciones asociadas, en Mujeres nulíparas atendidas de parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana”, informa que se realizó un estudio explicativo, retrospectivo, comparativo y de corte longitudinal con la finalidad de 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. Cuando se evaluó la presencia de dolor como una de las características más importantes del postparto, se pudo encontrar que las mujeres con episiotomía presentaron dolor en el 83 por ciento de los casos, mientras que las mujeres con parto sin episiotomía presentaron dolor solamente en el 27 por ciento, esto muestra diferencias estadísticamente significativas.

En relación a la intensidad del dolor se pudo encontrar que el dolor de las mujeres se presentó en la modalidad de moderado e intenso en las proporciones de 13 y seis por ciento respectivamente, mientras que en las mujeres con parto normal se presentaron en tres y cero por ciento, esto muestra diferencias altamente significativas. En relación a la presencia de desgarro perineal se pudo encontrar que el 33 por ciento de las mujeres con episiotomía presentaron desgarros, mientras que las mujeres procedentes de parto normal en el 25 por ciento de los casos presentaron desgarros, sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En relación al grado de desgarro se realizó un análisis comparativo pudiéndose encontrar que en el grupo de mujeres episiotomizadas en el 13% presentaron 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, esto con diferencias altamente significativas. Lo que quiere decir que el parto con episiotomía incrementa la gravedad de los desgarros. Pero no solamente se evaluó el rubro de desgarro, sino también si se presentaron laceraciones en las paredes vaginales y epitelio perineal, fuera del área de episiotomía, encontrándose que del total de las mujeres con episiotomía el 19% presentó laceraciones y del total de parto normal, el 62% si presentó laceraciones, esto con diferencias altamente significativas. Lo que quiere decir 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 se pudo encontrar que en las mujeres con episiotomía el 14% fue parauretral, mientras que en las mujeres de parto normal se pudo encontrar que las laceraciones se produjeron el primer lugar en la zona parauretral y en segundo lugar en el labio menor (27 y 12.7% respectivamente). Esto se mostró con diferencias altamente significativas. Con respecto a la presencia de hematomas se pudo encontrar que del total de mujeres con episiotomía el 62% presentó hematomas, mientras que las mujeres de parto normal solamente presentaron

hematomas en el 3%, esto se pudo encontrar con diferencias estadísticas altamente significativas. Con respecto a la presencia de edemas se pudo encontrar 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 tuvieron edema, donde se presentó con diferencias altamente significativas.

En relación a la presencia de infecciones vulvoperineales se pudo encontrar que del total de las mujeres que se les realizó episiotomía el 51% tuvo infecciones, mientras que del total de las mujeres con parto natural solamente el 5% presentó infecciones, esto con diferencias altamente significativas. Como se ha podido apreciar son varios los autores los que asocian la episiotomía a una mayor prevalencia de infecciones.

En relación a la presencia de dehiscencia se pudo encontrar que del total de las mujeres episiotomizadas, el 21% presentó dehiscencia, mientras que del total de las mujeres de parto normal hicieron dehiscencia de sutura de desgarro en el 3%, esto se mostró con diferencias muy significativas.(15)

En otra investigación titulada “Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas” informa que el estudio se realizó con el objetivo de determinar el tiempo que tardan las mujeres en reiniciar las relaciones sexuales tras el parto vía vaginal, valorar que repercusión tiene la episiotomía y el desgarro sobre la regularización de la actividad sexual de las mujeres, conocer que

tipo de relación sexual se mantiene de inicio tras el parto, detectar factores que influyen en la normalización de las relaciones sexuales tras el parto.

El estudio realizado fue observacional, analítico, prospectivo en el área sanitaria del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, mujeres que den a luz en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) entre los meses de Julio y Diciembre del 2008, se realiza entrevista telefónica a los 60 días del parto.

Los resultados del estudio fueron: Las relaciones sexuales de pareja se ven afectadas por el proceso de embarazo, parto y puerperio, implantando una política de episiotomía selectiva que toda la evidencia científica recomienda se favorece la normalización de dicha actividad sexual.(6)

2.2. BASE TEORICA

EPISIOTOMIA:

Etimológicamente episiotomía significa "cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto).

La episiotomía es una intervención quirúrgica muy practicada durante el parto a pesar de pocas pruebas de su beneficio. A pesar de realizarse durante casi 250 años, este procedimiento sigue siendo muy controvertido.(17)

Lo definen la episiotomía como un corte quirúrgico del cuerpo perineal que se practica para proteger el esfínter y el recto de laceraciones o desgarros severos durante el parto, como también para disminuir la duración de la

segunda etapa del mismo y prevenir la aparición de futuros prolapsos genitales.(18)

Es una 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 perineo 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.(19)

Es el agrandamiento de la abertura vulvar durante el parto; esta puede ser media o medio lateral. La perineotomía media secciona el rafe perineal desde la horquilla vulvar hasta 2 o 3 cm sobre el ano. Es una incisión fácil de realizar que sangra escasamente y que tiene gran ventaja de producir poco dolor en el puerperio.

Episiotomía medio lateral; 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 haces del músculo elevador del ano.
(20)

Es la intervención más frecuente en la obstetricia actual y consiste en la sección del periné materno como medio para crear espacio suficiente para el pasaje del polo de presentación fetal al final del parto, con el objetivo de evitar compresión al feto y de prevenir desgarros perineales.

La episiotomía correcta y oportunamente realizada es una medida de protección para la madre y el feto; acorta en cierta forma el periodo expulsivo al disminuir la resistencia de las partes blandas y actúa profilácticamente para evitar desgarros cuyos trazos y extensión son siempre imprevisibles.(21)

Es un procedimiento quirúrgico durante en 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 lo 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.(22)

HISTORIA DE LA EPISIOTOMÍA

La episiotomía es una de las intervenciones médicas introducidas en la asistencia sin una base científica que la respalde; casualmente, su introducción en la asistencia en 1742 por parte de Ould supuso la integración del hombre en la atención del proceso del parto, que hasta esa fecha había sido territorio de mujeres.(6)

Según Parvin, desde que Ould propuso por primera vez el uso de la episiotomía en 1742 recomendando su utilización en aquellos partos "extremadamente dificultosos.". Su utilización ha sido objeto de múltiples controversias (23). El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799. (24). Según lo

reporta Nugent, (25), Primer. el profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad mediolateral de episiotomía en Francia después del año 1847. El que le dio el nombre de episiotomía que deriva del griego episeion, vulva, pubis, y tomi o tome, sección, cortar, Carl **Braun** a mediados del siglo pasado (1857) quien fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibile e innecesaria, desaconsejando su uso.(6) Por entonces, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto.

El “corte” no se popularizó hasta el siglo XIX porque los médicos se negaban explícitamente a aceptar una práctica “nueva” de maternidad que iba contra “la ley natural”. Anna Broomall (26) en EEUU y Credé y Colpe (27) en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl 28 defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración integral del periné. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse.

Sin embargo, en el siglo XX, asistimos a un cambio radical en el sistema de creencias de los obstetras. En los EEUU, al principio del siglo XX, el proceso normal de nacimiento que no requiere apenas intervención se sustituye por una percepción del parto como un acontecimiento patológico, donde es necesario tomar medidas preventivas para evitar daños fetales y maternos. Médicos famosos e influyentes recomiendan la episiotomía.(6)

En 1918, Pomeroy (28) lanza la acusación de “que un expulsivo largo ha destruido innumerables niños...” y DeLee (29) escribe en 1920 que “La perineotomía sin duda preserva la integridad del suelo pélvico... y previene...un gran número de secuelas...” En Inglaterra, al aceptarse el “manejo activo del parto” en los años 70 se eliminan las barreras psicológicas que consideran el dar a luz como un proceso fisiológico, aceptando la superioridad de la intervención obstétrica. (30). Como resultado, la episiotomía rutinaria, mediana o medio-lateral, se convierte en una parte esencial del parto “moderno”, la operación más común en obstetricia y entre las diez prácticas quirúrgicas más utilizadas.

Es por ello que se pasa del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía, (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profiláctico, particularmente en primíparas.

Los argumentos esgrimidos a favor de la episiotomía rutinaria fueron los siguientes:

- 1) "Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período dilatante y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado." (29)
- 2) "Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar" (29)
- 3) "Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas

no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc."(29)

- 4) "Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum vésico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas" (29)

Según Sheila Kitzinger, esta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizara. Su reparación es más fácil, pero no parecen ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es menor y la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarró.(3) También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto.(31)

Historia de la episiotomía: la controversia

Estudios recientes indican que las episiotomías de rutina debieran reducirse drásticamente, porque incrementan la mortalidad. Hartmann *et al* (2005), revisando literatura, indican que este procedimiento no ayuda a pacientes rutinarios, salvo en ciertos casos, como el de un canal de parto estrecho y

otros problemas.(32) El tener una episiotomía aumenta el riesgo de dolor del perineo durante el puerperio, resultando en dificultad para la defecación y otros trastornos.

La OMS no aconseja la episiotomía rutinaria (4) y sólo la aconseja en caso de partos difíciles (con fórceps, de nalgas, etc.), sufrimiento fetal, y desgarros de tercer y cuarto grado mal curados.

En el pasado, se creía que una episiotomía se curaba más pronto que un desgarramiento vaginal y que traía aparejadas menos complicaciones. 33 También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto.(33)

Las mujeres que se sometían a una episiotomía frecuentemente perdían mucha más sangre durante el alumbramiento. Las mismas también reportaban períodos de recuperación mucho más extensos y dolorosos luego del parto, y tendían a experimentar más complicaciones. Por otra parte, las mujeres que se sometían a una episiotomía eran más propensas a padecer un debilitamiento de los músculos de la zona pélvica luego del parto. Debido a estos factores, así como también a los numerosos riesgos asociados con este procedimiento; varios grupos que se oponen a las episiotomías se han referido a este procedimiento, llamándolo `una mutilación genital´. (34)

VENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA

- “Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período dilatante y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado” (29)
- “Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar.” (29)
- “Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc.” (29)
- “Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum vésico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas” (29)

En conclusión, y según De Lee la episiotomía practicada en forma rutinaria:

- Evitaba el dolor
- Prevenía desgarros
- Acortaba el parto y por ende disminuía la morbilidad perinatal
- Prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas.(20)

DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA

Para Woolley, la realización de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto del desgarro espontáneo, y su uso indiscriminado incrementa el daño perineal y, consecuentemente, la morbilidad de la mujer. Y, aunque la episiotomía reduce el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina. Afirma que no hay evidencia de que la episiotomía reduzca la incontinencia urinaria posparto ni a corto ni a largo plazo, al tiempo que tampoco presenta ninguna protección hacia el suelo pélvico. En su revisión tampoco encontró evidencia que apoyase la afirmación de que la episiotomía protege a los/as niños/as de bajo peso contra la hemorragia intracraneal o la anoxia fetal. De la misma manera no halló una clara evidencia en la reducción del segundo período del parto, y menos aún dio con alguna investigación que apoyara la utilidad de la episiotomía en el sufrimiento fetal o en la distocia de hombros. Por otro lado, observó que se produce un aumento sustancial de pérdida de sangre con la episiotomía y que la morbilidad a largo plazo del daño del esfínter anal provocado por una episiotomía (sobre todo central) es superior al causado por un desgarro espontáneo. (35)

Una revisión más reciente de Renfrew MJ et al (36) (1998) concluye con la importancia del uso restrictivo de la episiotomía. Handa v.l y Harri (37) (1996) en una revisión sobre las conductas obstétricas para prevenir la incontinencia y los prolapsos de los órganos pélvicos, encontraron que el daño del suelo pélvico se puede reducir disminuyendo la cantidad de fórceps

y episiotomías. Otra revisión importante es la realizada por Henci Goer (38) (Obstetric Myths Versus Research Realities, 1995): concluyó que tanto la posición de litotomía (que aún hoy día se sigue adoptando en la mayoría de los hospitales españoles) como la anestesia epidural incrementaban la necesidad de una episiotomía, además de potenciar la instrumentalización de los partos.

Debido a su implicación en la incontinencia anal, se han llevado a cabo numerosos estudios en los que se ha analizado la relación entre ésta y la episiotomía central. Signorello LB et al (33) en un estudio cohorte retrospectivo, llega a la conclusión de que la episiotomía central no protege el periné y/o el esfínter anal, sino que, por el contrario, puede dañarlos; se trata éste de un resultado independiente de edad materna, peso del bebé, partos instrumentales y/o complicaciones del parto. Al mismo tiempo, deduce que las mujeres con desgarros espontáneos tienen menos posibilidades de desarrollar una incontinencia rectal durante el posparto. (33)

EPISIOTOMIA vs DESGARRO

En cuanto a la comparación entre episiotomía y desgarro, reseña los siguientes aspectos:

- ✓ La episiotomía causa más dolor que un desgarro en el momento del parto.
- ✓ En los días siguientes, la episiotomía es más dolorosa que un desgarro.
- ✓ La episiotomía no es menos dolorosa a lo largo del tiempo (3 semanas o más).

- ✓ Con los desgarros, el inicio de las relaciones sexuales se produce antes que con una episiotomía.
- ✓ La episiotomía lateral está asociada con más problemas de salud a corto y largo plazo que los desgarros.
- ✓ La episiotomía no es más fácil de reparar que un desgarro, además de necesitar más material en su sutura.
- ✓ No se encontró relación con la dispaurenia.

Estos resultados son independientes de que se realice un uso restrictivo o liberal de la episiotomía. (1)

A la luz de todo lo visto hasta ahora, parece difícil aceptar siquiera uno de los posibles beneficios de la episiotomía; es más, se han confirmado todos los posibles riesgos de ella anunciados en un principio. Es decir, para prevenir un desgarro anterior, se opta por una episiotomía profunda (que resultará de 2º grado), y esta dudosa recomendación provoca la aparición de los riesgos asociados a la episiotomía, como:

- Aumento de la pérdida de sangre,
- Aumento de los desgarros de 3º y 4º grado,
- Mayor molestia para la mujer, mayor morbilidad.
- Mayor posibilidad de desarrollar una incontinencia rectal. 43

1.2.6. TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Hay dos clases de episiotomía, la medial y el medio lateral. A su vez, el medio lateral puede ser realizada hacia la derecha o hacia la izquierda. Una última variante de episiotomía, aunque escasamente practicada, es la lateral.

- **La episiotomía medial o central**

Se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano, tiene como ventajas que permite una mayor apertura del canal de parto, cicatriza más rápidamente porque este corte se efectúa en una zona de tejido conjuntivo, que no tiene demasiados vasos sanguíneos. Provoca menos hemorragia, técnicamente es más sencilla para suturar y suele provocar menos dolor en el posparto. (39)

Aunque es menos usada porque tiene más riesgos de complicarse con lesiones del esfínter anal si se desgarran en el momento del nacimiento. Este tipo de episiotomía es más utilizada en América del Norte y hasta en un 30% en Francia. (39)

- **La episiotomía medio lateral**

La mayoría de los médicos prefieren la incisión mediolateral, que se mantiene siempre alejada del recto y tiene menor riesgo de desgarro. La tijera secciona siguiendo un ángulo de 45° respecto a la horizontal. Se cortan la piel, algunos centímetros de la vagina y todo el haz puborectal del músculo elevador del ano. Se dirige en línea oblicua hacia la nalga, hacia la

derecha o izquierda según quien la practique sea diestro o zurdo. Es la más utilizada en el ámbito europeo. (39)

- **La episiotomía lateral**

Es una variante de la anterior, cuando el ángulo de corte se abre hacia la nalga más de 45°. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Protege el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión, pero no se suele practicar ya que afecta a casi todos los músculos de la zona y provoca una pérdida de sangre más abundante que la producida con el corte central. Además, respecto a los otros tipos de corte, la sutura suele producir con más facilidad dolores en el periné. (39)

Como norma general, existiendo buenas condiciones perineales, la episiotomía media presenta más ventajas que la episiotomía medio-lateral, a excepción de la posibilidad de producción de desgarros complicados (esfínter del ano, pared rectal). Esta incidencia se cifra en el 8%. Otros autores, aportan cifras más elevadas, 9% en multíparas y 20% en primíparas. Es preciso recordar que estos desgarros no están exentos de morbilidad. En casos de primiparidad, expulsivo prolongado, occipito-posterior, aplicación de fórceps, vacuum, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados. (39)

INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

Las indicaciones de la episiotomía pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- **Coadyuvante de la operatoria obstétrica:** En determinadas intervenciones obstétricas como fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, distocia de hombros y ayuda manual en el parto de nalgas, se produce una amplia y rápida distensión vagino-perineal. Por esta razón, la episiotomía es una técnica coadyuvante, que evita el posible daño tisular del canal blando, al tiempo que facilita la rápida y fácil extracción fetal. (40)
- **Indicaciones fetales:** En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto, resistencia que puede oponerse a la salida fetal es el plano perineal. La episiotomía, al eliminar la resistencia perineal evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran la macrosomía fetal, el expulsivo prolongado, las presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior, la sospecha o confirmación de hipoxia fetal en expulsivo, el feto pre termino y la presentación podálica. (40)
- **Indicaciones maternas:** Las indicaciones maternas pueden agruparse en indicaciones vitales (periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, desgarró perineal inminente, etc.) y

preventivas. La práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en sus beneficios, esto es evitar los desgarros perineales y la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión, y por lo tanto el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo. (10), (11)

MOMENTO DE REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

El momento de realizar la episiotomía es un factor principal a la hora de valorarlos potenciales beneficios de esta técnica. Si la episiotomía se realiza de forma muy tardía, prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión músculo-nerviosa ya se habrá producido, invalidando muy probablemente los posibles efectos beneficiosos de la cirugía. Al contrario si la episiotomía se realiza de forma muy precoz, la hemorragia puede ser considerable. En un parto eutócico se estima que el momento más oportuno para realizar la episiotomía es cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulvar, en un diámetro de 3-4 cm. Común criterio práctico, el momento idóneo es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa contráctil. (11)

MOMENTO DE REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

La práctica más frecuente es diferir la reparación de la episiotomía hasta el alumbramiento de la placenta; así esta no es interrumpida por la necesidad obvia del alumbramiento placentario.

Técnica

Para realizar la episiotomía se aplica anestesia local, previa aplicación en la zona donde se hará la incisión de un líquido antimicrobiano para prevenir la infección, y cuando la cabeza del bebé distiende el periné (partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis), durante el período expulsivo, se realiza el corte con tijera o bisturí, desde adentro hacia fuera y de arriba hacia abajo, atravesando la mucosa vaginal, la piel y los músculos de la región perineal. Generalmente se hace durante una contracción uterina, para que la embarazada no se de cuenta que le están haciendo el corte. La mano libre del obstetra protege la cabeza del bebé, para evitar lesiones en la misma, y lo hace interponiendo los dedos índice y medio entre los tejidos maternos y la cabeza fetal. (39)

La sutura se comienza desde el ángulo vaginal, cuidando de que no quede ningún vaso sanguíneo sangrando que produzca después un hematoma. Primero se sutura los músculos, en segundo lugar la mucosa vaginal y por último se aproximan los bordes de la piel. El hilo que se usa para este tipo de sutura es de un material resorbible, para que los puntos no haya necesidad de sacarlos y se caigan solos, sin que se abra la herida. (39)

EL catgut crómico es una sutura comúnmente usada para la episiotomía y que demora 2 a 3 semanas en absorberse. Los errores se pueden cometer haciendo un reparo apresurado o con mala visualización del área que se va ser reparada. Poca luz, sangrado excesivo, o paciente poco colaboradora

también pueden dificultar el reparo del área. Si el área no es correctamente afrontada o incluso, si los puntos son estirados luego, los bordes de la herida pueden no cicatrizar correctamente. Algunas mujeres cicatrizan demasiado bien y forman un tejido granulado, que puede crear “spotting” y dolor. En otros casos, se forma una especie de punto, usualmente a horas 6 en la parte inferior de la vagina, lo que puede causar dolor extremo a la inserción de un tampón, un dedo o el pene. (7), (11)

COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

A Corto Plazo:

Entre las complicaciones tenemos la pérdida sanguínea excesiva, formación de hematoma, infección o absceso de episiotomía, pérdida del tono de la mucosa rectal y del esfínter del ano y fístulas.

Desgarro: rasgados 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 una cirugía. (40)

Se clasifica en cuatro grados:

- 1º Grado:** Afecta la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y el músculo
- 2º Grado:** Afecta la fascia y el músculo del periné pero sin comprometer el esfínter anal

3º Grado: Comprende piel, la mucosa, periné y esfínter anal

4º Grado: Se extiende a través de la mucosa rectal y exponen a la luz el recto, puede haber desgarros de la uretra. (40)

Edematizado: que presenta aspecto tumefactoso, con una acumulación excesiva de líquido en los tejidos.

Hiperemia: aumento de la sangre en una parte del cuerpo, causada por un aumento del flujo sanguíneo, como en la respuesta inflamatoria, por relajación local de las arteriolas o por obstrucción del flujo de la sangre desde una área.

La piel que cubre un área hiperemica habitualmente esta roja y caliente. (40)

Necrotiza: perteneciente a la muerte tisular como respuesta a una enfermedad o lesión.

Que causa la muerte d un tejío o organismo. (40)

Dehiscencia: separación de una incisión quirúrgica o rotura del cierre de una herida.

Apertura, por lo general espontánea, de una estructura o parte de un órgano.

/ Separación de los bordes de una herida. / Apertura de la sutura. (40)

Fístulas: Es una conexión anormal entre un órgano, un vaso o el intestino y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de lesión o cirugía, pero también pueden resultar de infección o inflamación. (40)

A Mediano Plazo:

Entre las complicaciones tenemos la mala cicatrización, infección o absceso de episiotomía, y las dehiscencias

Infección: Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales. (22)

✓ **Dehiscencia:** Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica. (22)

CUIDADOS POSNATALES PARA PREVENIR COMPLICACIONES

- Mantener el área limpia: Se debe asear los genitales varias veces al día, sobre todo luego de orinar o defecar.
- Tratar de mantener seca el área: Trate de airear sus genitales y mantenerlos secos en algún momento del día para facilitar la cicatrización, recuerde que la herida se encuentra en un lugar que permanentemente estará húmedo debido al flujo de sangre que tendrá luego del parto. Puede utilizar un secador de pelo (tibio) o una lámpara que emane calor para ello.

- Cambie sus toallas sanitarias constantemente y realice un aseo en cada cambio utilizando soluciones jabonosas antisépticas (con desinfectante), para prevenir infecciones, el área donde está la herida está en contacto directo y constante con sangre que fluye del útero y puede contaminarse con los gérmenes provenientes del intestino (ano).
- Evite el estreñimiento comiendo alimentos con fibra.
- Realice los ejercicios Kegel: contraer los músculos que usa para retener la orina varias veces al día.
- En caso de dolor o incomodidad es recomendable:
- Colocar en el área compresas de agua tibia.
- Colocar en el área compresas con hielo (el hielo dentro de una bolsa plástica y una toallita para cubrirlo)
- Luego de 24 horas del parto se puede tomar baños con agua tibia.
- Las suturas son absorbidas por el cuerpo sin ser necesario retirarlas y podrá realizar sus actividades normales al cabo de una semana, salvo relaciones sexuales que podrán tenerlas luego de un mes. (39)

2.3. DEFINICION CONCEPTUAL

- ✓ **Parto Eutócico:** Proceso fisiológico por el cual se expulsa del útero al bebe a término y en presentación cefálica de vértice, vía vaginal. (22)

- ✓ **Laceraciones:** Desgarro o herida desgarrada. (22)
- ✓ **Hematoma:** Derrame sanguíneo que se produce en el espesor del tejido conectivo peri vaginal o peri vulvar sin ruptura, por lo menos al comienzo de los planos superficiales. (22)
- ✓ **Edema:** Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo. (22)
- ✓ **Infección:** Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales. (22)
- ✓ **Dehiscencia:** Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica. (22)
- ✓ **Episiotomía:** Es una técnica quirúrgica simple de relajación (sección del anillo vulvo perineal) que se realiza con carácter profiláctico, para ensanchar el introito vaginal y así evitar que el desprendimiento de la presentación fetal provoque una hiperdistensión y posterior desgarro del periné, vagina y especialmente de los músculos y aponeurosis del suelo pélvico. (22)
- ✓ **Episiotomía media:** Incisión del rafé medio del periné hasta las cercanías del ano. (22)
- ✓ **Desgarros perineales:** Constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa. (22)
- ✓ **Complicaciones a corto plazo:** Son aquellas que se presentan en el puerperio inmediato como desgarros, laceraciones, hematomas y edemas. (22)

- ✓ **Complicaciones a mediano plazo:** Aquellas que se presentan luego del puerperio inmediato y que pueden aparecer hasta dentro de los 40 días que dura el puerperio y pueden ser las dehiscencias de episiorrafias o las infecciones de las mismas. (22)

CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO

3.1. FORMULACION DE LA HIPOTESIS

El uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II -2 Minsa Tarapoto periodo 2010, en relación a aquellas a quienes no se realizó esta técnica.

3.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES

Univariable: Complicaciones de la episiotomía.

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIO NES	INDICADORES	ÍTEMS
Complicaciones de la episiotomía	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella, dificultad imprevista procedente de la conurrencia de cosas diversas.	Son cada uno de las situaciones que se agrava y alarga durante el uso de la episiotomía.	Corto plazo Mediano plazo	Hematoma Desgarro Dolor Edema Laceración Perdida sanguineas Dehiscencia Infección Anemia	Si / No I / II / III / IV Parcial Total Vulvar Vaginal Labio mayor Labio menor Para uretral Vaginal No lesiones

CAPITULO IV. MATERIALES Y METODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación Cuantitativa, Explicativa, Retro-prospectiva, de corte transversal.

- **Cuantitativa:** porque nos permitió recoger, procesar y analizar datos cuantitativos sobre variables previamente determinadas.
- **Explicativa:** porque mediante el estudio se estableció la comparación de variables, estudiando estas según se dan naturalmente en los grupos.
- **Retrospectivo** por que la información que se registró son hechos ocurridos con anterioridad al diseño de estudio.
- **Corte Transversal:** Porque las variables se estudió simultáneamente en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de investigación es analítico o explicativo de Casos y Controles, porque interesa conocer qué parte de la población presenta mayores complicaciones (la que estuvo expuesta o no a la causa).

		Complicaciones	Sin Complicaciones
		+	-
Casos	+	a	b
Controles	-	c	D

Donde:

- a :** Son las gestantes nulíparas a quienes se les practicó la episiotomía y no presentaron complicaciones.
- b :** Son las gestantes nulíparas a quienes no se les practicó la episiotomía y no presentaron complicaciones.
- c :** Son las gestantes nulíparas a quienes se les practicó la episiotomía y si presentaron complicaciones
- d :** Son las gestantes nulíparas a quienes no se les practicó la episiotomía y no presentaron complicaciones

4.3. POBLACION Y MUESTRA

Población: Todas las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto en el periodo 2010, las cuales hacen un total de 773 gestantes nulíparas.

Muestra: para el presente estudio la muestra será el total de gestantes que cumplen con los criterios de inclusión, que son aprox. 117 gestantes.

El cálculo del tamaño de la muestra se efectuará considerando que al 90% de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 Minsa – Tarapoto, se les realiza la Episiotomía (Oficina de Estadística MINSA 2010), con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de muestreo de 5%. Se ajusto el tamaño de la muestra al tamaño de la población, obteniendo un valor estimado 117 gestantes nulíparas.

Cálculo de la Muestra:

La fórmula que nos permitirá tener el tamaño de la muestra es la siguiente:

Para un nivel de confianza del 95%,

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

$$E^2$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z^2 = Nivel de confianza (95%) o certeza anhelada, se representa con (1.96)

p = 0,9 (población afecta al estudio, es decir, proporción esperada.

q = $1 - p$ (valor de la población no afecto al estudio = 0,1)

E^2 = Error máximo permitido 5% (0,05)

Remplazando los valores se obtiene lo siguiente:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,9) (0,1)}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{(3,8416) (0,9) (0,1)}{0,0025} = 138,2976$$

Para ajustar la muestra aplicamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Donde:

n_0 = Tamaño aproximado de la muestra equivalente a 138,2976

N = Tamaño de la población es igual a 773

Entonces:

$$n = \frac{138,2976}{1 + \frac{138,2976}{773}}$$

$$1 + \frac{138,2976}{773}$$

$$773$$

$$n = \frac{138,2976}{1 + 0,18} = 117$$

$$1 + 0,18$$

La muestra del grupo en estudio (casos), según el cálculo del tamaño muestral, estará representada por 117 gestantes nulíparas episiotomizadas, atendidas en el Hospital II-2 Minsa – Tarapoto, durante el periodo 2,010.

La muestra del grupo control estará representada por el 100% de gestantes a quienes no se les realizó la episiotomía que son 77, que representa el 10% complementario de la prevalencia de gestantes nulíparas a quienes se les

realiza la episiotomía en el Hospital II-2 Minsa – Tarapoto, durante el periodo 2,010. (Oficina de Estadística MINSA)

Unidad de Análisis:

Una gestante nulípara atendida de parto en el Hospital II – 2 Minsa – Tarapoto, en el año 2010.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto.
- Pacientes entre 13 a 35 años
- Partos eutócicos
- Feto único y en presentación cefálica
- Pelvis ginecoide.
- Pacientes que tuvieron por los menos un control puerperal en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto.

Criterios de Exclusión:

- Pelvis no ginecoide
- Partos instrumentados
- Embarazos múltiples
- Pacientes sin control de puerperio

Ámbito de Estudio:

El presente perfil del proyecto de investigación se llevará a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del **“HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO”** que está ubicado en el Jr. Arias de Morey 163 - del distrito de Tarapoto, provincia de San Martín, Departamento de San Martín.

4.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

1. Se solicitó el permiso del director del Hospital II-2 Minsa Tarapoto para la realización del proyecto de investigación.
2. La recolección de datos se realizó del 1º de Mayo 2010 al 31 de Julio del 2011 en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto.
3. La identificación de pacientes se hizo según los criterios de inclusión y exclusión.
4. Se aplicó la primera parte del cuestionario.

5. Una vez ingresada la paciente a la sala de partos, se hizo el debido seguimiento hasta el momento del expulsivo y se recopiló información de la parte II del cuestionario.
6. Luego se continuó el seguimiento de la paciente hasta el control puerperio inmediato y mediato, recopilando información de la III y IV del instrumento.
7. Algunos datos informativos fueron recopilados de la historia clínica perinatal base
8. Con toda la información recolectada se elaboró una base de datos en excel 2011 y spss 17 con su respectiva tabulación para poder diseñar los cuadros.

4.5. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se ha elaborado un cuestionario como instrumento de recolección de datos para recabar la información necesaria, la misma que ha sido diseñada por los autores. Está estructurada en 03 secciones:

- A: Características Socio-demográficas: Consta de 04 ítems: 01 ítem de pregunta abierta y 02 ítems con preguntas cerradas dicotómicas y 01 con alternativas múltiples
- B. Características Obstétricas: Consta de 04 ítems: 03 ítems de preguntas abiertas y 01 ítems con preguntas de alternativa múltiple.

C. Complicaciones: Consta de 11 ítems: 09 preguntas cerradas dicotómicas, 01 de repuesta múltiple y 01 pregunta abierta.

La construcción de ítems tuvo como objetivo determinar el uso rutinario o no de la episiotomía y tipos de episiotomía. Asimismo, para la consignación de las diversas formas de complicación de la episiotomía de las gestantes, se construyeron los ítems a partir de antecedentes teóricos y de la adaptación de ítems de otros instrumentos.

Eficacia del Instrumento:

Para conformar la versión definitiva del instrumento se realizó:

Validez de contenido: La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez de contenido, por el método “Juicio de Expertos”, utilizando la opinión de 03 expertos especialistas vinculados con el tema, que trabajan en el Hospital II Minsa (02 obstetras y 01 Gineco-obstetra), los que conformaron un panel de discusión en relación a los ítems de interés. El análisis efectuado por los expertos incluyó la evaluación de los ítems de la encuesta desarrollado por los investigadores. Las sugerencias, hallazgos y recomendaciones del comité de expertos, fue tomado en cuenta para realizar los cambios pertinentes del instrumento de investigación.

Validez de constructo: con el fin de determinar el nivel de confiabilidad del instrumento de investigación se llevó a cabo una prueba piloto, donde se validó la claridad, lógica y la apariencia del instrumento. Se aplicó a dos

grupos, uno a gestantes a quienes se les realizó la episiotomía y otra a gestantes a quienes no se les realizó la episiotomía. Para ello, se seleccionó el 10% de las historias clínicas para el grupo en estudio que no conformaron la muestra y el 10% para el grupo control, lo cual fue aceptado estadísticamente (Ary et al., 1993). Las 11 historias clínicas participantes en la prueba piloto se seleccionaron a través de la técnica muestreo sistemático tomando en consideración el número de gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II Minsa en el año 2,010,

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excell 2,011 – SPSS 17, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos.

Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar.

Los datos fueron analizados, tabulados y sometidos a pruebas de validez estadística a través de la prueba no paramétricas de chi cuadrado con un nivel de significancia $p < 0,05$, para determinar si la variable uso rutinario de la episiotomía presentó mayores complicaciones que la no realización de la misma, en gestantes nulíparas.

CAPITULO IV. RESULTADOS

Tabla Nº 01

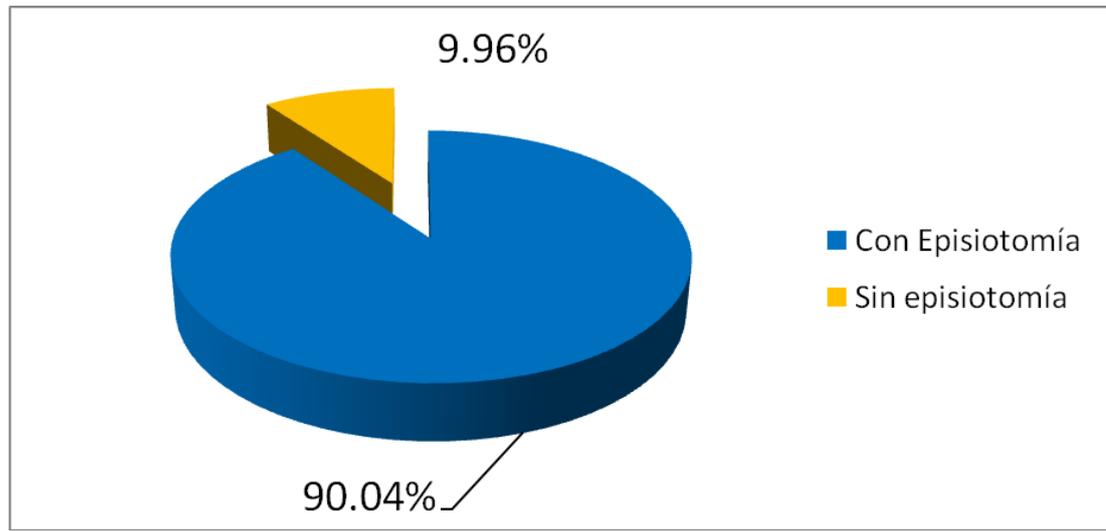
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010.

Características	Grupo en Estudio		Grupo Control	
	fi (n = 117)	%	fi (n =77)	%
Edad				
14 - 18 años	39	33,33%	15	19,48%
19 - 34 años	77	65,81%	62	80,52%
35 a + años	1	0,85%	0	0,00%
	X = 20.74 años		X = 22.92 años	
	R = 14 – 35 años		R = 14 – 32 años	
Estado Civil				
Unión Estable	95	81.2%	69	89.6%
Unión no estable	22	18.8%	8	10.4%
Grado de Instrucción				
Iletrada	8	6,84%	2	2,60%
Primaria	68	58,12%	56	72,73%
Secundaria	41	35,04%	19	24,68%
Superior	0	0,00%	0	0,00%
Procedencia				
Urbano	80	68,38%	69	89,61%
Rural	37	31,62%	8	10,39%

FUENTE: Carnet de Control Perinatal.

En la Tabla N° 01, se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomizadas, el 65.81% oscilan entre los 19 y 34 años y el 33,33% entre 14 y 18 años. El promedio de edad encontrada en esta población fue de 20.74 años con un rango de 14 – 35 años. Asimismo, el 81.2% tienen una unión estable con su pareja y el 58,12% alcanzaron el grado de instrucción primaria y el 35,04% secundaria. Cabe resaltar que el 68,38% proceden de la zona urbana y el 31.62% de la zona rural.

De las 77 gestantes del grupo control a quienes no se les realizó la episiotomía, encontramos que el 80.52% oscilan entre 14 y 32 años. El promedio de edad encontrada en esta población fue de 22.92 años con un rango entre 14 - 32 años. Asimismo, el 89.6 % tienen una unión estable con su pareja, el 72,73% alcanzaron el nivel primaria y el 24,68% secundaria. Cabe resaltar que el 89,61% proceden de zona urbana y el 10,39% de la zona rural.

GRAFICO N° 01.**INCIDENCIA DE EPISIOTOMIA EN GESTANTES NULÍPARAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010.**

FUENTE: Carnet de Control Perinatal.

La figura N° 01. Nos muestra, que de las 773 gestantes nulíparas que fueron atendidas de parto vaginal, en el hospital II 2 Minsa Tarapoto en el periodo 2010, el 90.04% (696 gestantes) se les realizó la episiotomía y el 9.96 % no (77 gestantes).

Tabla N° 02:

**EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010.**

Edad Gestacional	Grupo en Estudio		Grupo Control	
	Fi	%	Fi	%
Pre-término (< 37 sem)	8	6.84%	0	0.00 %
A Término (37 - 41 sem.)	109	93.16 %	77	100.0%
Post Término (> 41 sem.)	0	0.00%	0	0.00%
TOTAL	117	100.00%	77	100.00%

FUENTE: Carnet de Control Perinatal.

En la tabla N° 02, se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomizadas, el 93.16 % tuvieron parto a término y el 6.84 % pre términos.

De las 77 gestantes que fueron atendidas de parto vaginal sin episiotomía, en el hospital II 2 Minsa Tarapoto en el periodo 2010 (grupo control), se observa que el 100.0 % tuvieron parto a término, no se evidenció gestaciones pre términos ni post términos.

Tabla N° 03

**PESO DEL RECIEN NACIDO EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO. PERIODO 2010.**

PESO	Grupo en Estudio		Grupo Control	
	fi	%	fi	%
Bajo Peso (< 2400 grs.)	8	6,84%	0	0.00 %
Adecuado (2500 - 3900 grs)	109	93.16%	77	100.0 %
Macrosómico (> 4000 grs)	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	117	100,00%	77	100,00%

$$X^2 = 26,385$$

$$p = 0,1280000$$

En la tabla N° 03, se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomizadas, en relación del peso de los recién nacidos, el 93.16% tuvieron peso adecuado; mientras que el 100% del grupo control tuvieron peso adecuado. El peso del recién nacido no es un indicador de parto vaginal con episiotomía ($p > 0,05$).

Del grupo control, 77 gestantes nulíparas atendidas sin episiotomía, en el Hospital II-2 tarapoto – 2010 se observa que el 100.0 % tuvieron recién

nacidos con un peso adecuado. No se reportó recién nacidos de Bajo Peso, ni macrosómicos.

Tabla Nº 05

**COMPLICACIONES PERINEALES POST-PARTO A CORTO PLAZO EN
GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA
TARAPOTO. PERIODO 2010.**

Complicaciones	Grupo en Estudio		Grupo Control		X ² p<0,05
	fi (n=117)	%	fi (n=77)	%	
Laceración	2	1.71%	13	16.88%	X ² = 6,678 p = 0,0100000
Dolor	58	49.57%	3	3.90%	X ² = 44,945 p = 0,0000000
Edema	4	3.42%	0	0.00%	X ² = 2,668 p = 0,1010000
Desgarro	1	0.85%	0	0.00%	X ² = 0,662 p = 0,4160000
Hematoma	1	0.85%	0	0.00%	X ² = 0,662 p = 0,4160000
Perdida Sanguínea por encima de los valores normales	16	13.68%	0	0.00%	X ² = 194,000 p = 0,0000000

FUENTE: Historia clínica

En la tabla N° 04, se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomizadas, el 49.57% presentaron como principal complicación, el dolor, el mismo que se presentó de moderado a intenso. Mientras que del grupo control, conformada por 77 no episiotomizadas, solo el 3,90% presentaron dolor como complicación; esto muestra diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En relación a la presencia de pérdida sanguínea por encima de los valores normales se pudo encontrar que en el grupo de estudio conformado por 117 episiotomizadas, el 13,68% presentaron esta complicación, mientras que ninguna de las mujeres procedentes de parto sin episiotomía presentó este problema (0,00%), mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

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%), mostrando diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Sin embargo, las laceraciones se presentaron en los partos atendidos por personal menos experimentado.

La presencia de edema, desgarró de I y II grado y Hematoma arrojó resultados estadísticamente no significativos ($p > 0,05$).

Tabla N° 06:

**COMPLICACIONES PERINEALES POST-PARTO A MEDIANO PLAZO EN
GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 MINS
TARAPOTO. PERIODO 2010.**

Complicaciones	Grupo en Estudio		Grupo Control		X ² p<0,05
	fi (n=117)	%	fi (n=77)	%	
Anemia	10	8.55%	4	5.19%	X ² = 0,779 p = 0,3770000
Infección	5	4.27%	0	0.00%	X ² = 3,378 p = 0,0660000
Dehiscencia	6	5.13%	0	0.00%	X ² =4,075 p = 0,0440000

FUENTE: Historia clínica

En la tabla N° 06, se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomizadas, tuvieron complicaciones asociadas con la episiotomía valorada de los 05 a 10 días postparto fueron desde 2.5 a 6 veces mayores en el grupo en estudio sobre el grupo control, donde la presencia de dehiscencia muestra diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y la anemia e infección no ($p > 0,05$).

CAPITULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud refiere que “... toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. ...” “....el nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones...” “.. Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.....”. (4)

El uso rutinario de la episiotomía es un tema amplio y extenso que requiere de una profunda investigación y análisis, la existencia de fuentes de información relacionadas al tema son muy pocas y casi no guardan relación con el tipo de investigación que se esta realizando es por eso que se ha tomado a los objetivos de manera separada para poder analizarlos con otras investigaciones existentes que guarden similitud con estos.

Características Sociodemográficas de la población en estudio:

En la Tabla N° 01, se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomisadas, el 65.81% oscilan entre los 19 y 34 años y el 33,33% entre 14 y 18 años. El promedio de edad encontrada en esta población fue de 20.74 años con un rango de 14 – 35 años. Pese a que las condiciones de los tejidos de la mujer en esta etapa de la vida son favorables para un parto normal sin episiotomía, de 156 gestantes que fluctúan entre 18 – 32 años, el

57.69% fueron episiotomizadas (90 gestantes). Mientras que por tener el tejido más tenso a nivel perineal las gestantes nulíparas que fluctúan entre 14 – 17 años, presentaron cifras superiores (70,27% de 37 gestantes). Corroborándose, que aun 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.

Asimismo, encontramos que el 81.2 % de las gestantes episiotomizadas tienen una unión estable con su pareja y el 58,12% alcanzaron el grado de instrucción primaria y el 35,04% secundaria. Cabe resaltar que el 68,38% proceden de la zona urbana y el 31.62% de la zona rural.

Los resultados encontrados en el grupo control (77 casos) fue del 80.52% de gestantes que oscilaron entre 14 y 32 años. El promedio de edad encontrada en esta población fue de 22.92 años con un rango entre 14 - 32 años, promedio superior al del grupo en estudio. En cuanto al estado civil, el 89.6 % tienen una unión estable con su pareja, el 72,73% alcanzaron el nivel primaria y el 24,68% el nivel secundaria. Cabe resaltar que el 89,61% proceden de zona urbana y el 10,39% de la zona rural.

En la figura N° 01 Nos muestra, que de las 773 gestantes nulíparas que fueron atendidas de parto vaginal, en el hospital II 2 Minsa Tarapoto en el periodo 2010, el 90.04% (696 gestantes) se les realizó la episiotomía y el 9.96 % no (77 gestantes), los criterios tomados por los profesionales para la realización de dicha acción estuvo condicionada a: Periné poco distensible,

ampliación del introito, aceleración del parto abreviando el período expulsivo cuando se presentan trastornos fetales o hay agotamiento materno y el temor de que se produzcan desgarros durante este periodo.

Estos resultados son superiores a lo reportado por Scetti, Serracani (Argentina 2005), en un estudio titulado: "USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA" en el Hospital "J.R. Vidal" Corrientes; quien informa que, de 4 255 primigestas analizadas desde el 1 de enero de 2000 hasta el 30 de septiembre de 2004, se realizó la episiotomía a 2 482 gestantes (58,33 %). Los criterios que consideraron para la realización de la misma fue: Periné poco distensible, desproporción feto pélvica, feto macrosómico, utilización de fórceps, acelerar el parto, agrandar el introito y reducir la curva de Carus (eje normal de la salida de la pelvis). (13)

En Estados Unidos, THACKER (2,006), refiere que se realiza episiotmia al 50. 90% de las mujeres primíparas. (41) En países europeos como Francia e Inglaterra, se sitúa en tono al 30%. (42), mientras que en Holanda, en menos del 25% (43), (44). En los países de América Latina, esta tasa es muy alta, siendo el caso de Argentina uno de los más llamativos, pues se llega a realizar sistemáticamente a las mujeres nulíparas. (45). La situación en España no es mucho mejor que en América Latina, y aunque no existen cifras oficiales, no nos equivocariamos al afirmar que es una práctica rutinaria en nulíparas y primíparas, con cifras, posiblemente, cercanas al 90%. En países pobres de América Latina la situación empeora, ya que a la rutinaria práctica de la episiotomía, en muchos países se une la falta de

recursos (suturas y antibióticos), lo que favorece la aparición de complicaciones (46). 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.

Como observamos la incidencia de realización de la episiotomía rutinaria en América Latina sigue aun siendo alta, los profesionales de la salud, aun consideran que para atender un parto es necesario realizarla para ayudar al bebé a nacer. Así se pretende evitar desgarros, sufrimiento para el bebé e incontinencia urinaria posterior en la madre. Pero esa práctica, está hoy fuertemente cuestionada, los estudios demuestran que un desgarro, que era lo que más se temía en caso de no hacer la episiotomía, suele cicatrizar mejor y con menos dolor que ésta. El motivo es que cuando el tejido se rasga lo hace siguiendo las líneas de tensión y, al volver a unirse, duele menos. Además, cuando el desgarro es pequeño, suele afectar sólo a la piel, y no a los músculos del suelo de la pelvis. Cuando éstos se cortan, 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.

En cuanto a la Edad Gestacional, la tabla N° 02, nos muestra que de las 194 gestantes que fueron atendidas de parto vaginal en el hospital II - 2 Minsa Tarapoto en el periodo 2010, el 93.16% tuvieron parto a término en el grupo en estudio y el 100% en el grupo control. La edad gestacional no es un indicador de parto vaginal con episiotomía ($p > 0,05$).

Como observamos, en nuestro medio gran mayoría de parturientas son a término, y en un índice menor son pre términos, y éste no es un indicador de parto vaginal con episiotomía; esto podría deberse a que las pacientes acuden a su control prenatal, donde reciben orientación respecto a nutrición, alimentación, cuidados y consejería y los problemas son detectados y solucionados en el tiempo pertinente.

En relación al peso de los recién nacidos, **en la tabla N° 03** se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomizadas, el 93.16% tuvieron peso adecuado; mientras que el 100% del grupo control tuvieron peso adecuado. El peso del recién nacido tampoco es un indicador de parto vaginal con episiotomía ($p > 0,05$).

Complicaciones Perineales post-parto a corto plazo

Desde 1,920 en la que Pomeroy protocoliza la episiotomía en forma rutinaria, hasta hoy se practica en primigestas, argumentando que minimiza el estiramiento de los tejidos perineales, disminuye el traumatismo de la cabeza fetal al acortar el segundo periodo del parto y previene la aparición de prolapsos genitales futuros.

Al no encontrar en el presente estudio una relación directa entre el peso del recién nacido, la edad gestacional y la presencia de edema, desgarro de I y II grado y Hematoma, porque se arroja resultados estadísticamente no significativos ($p > 0,05$), se considera que existen otros factores o

combinaciones de factores que pueden producir estos resultados. Entre ellos se podría mencionar la pericia de la persona que atiende el parto, considerando que a mayor expertismo y entrenamiento, mejor protección del periné y menor presencia de desgarros, situación que apoya los hallazgos del presente estudio.

En una investigación titulada “Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones Asociadas, en Mujeres Nulíparas atendidas de Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana”, informa que realizó un estudio explicativo, retrospectivo, comparativo y de corte longitudinal. Al evaluar la presencia de hematomas pudo encontrar que del total de mujeres con episiotomía el 62% presentó hematomas, mientras que las mujeres de parto normal sin episiotomía 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 sin episiotomía solamente en un 5%. (15)

En cuanto a la percepción dolorosa de la gestante en nuestro estudio, éste se presentó en la modalidad de moderado a intenso en las proporciones de 49,57% en el grupo en estudio y 3,90% en el grupo control, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$); la duración de la experiencia dolorosa en días fue mayor en el grupo con episiorrafia, situación compatible con los resultados informados por Homsí et al, relacionados con la incisión quirúrgica y las incomodidades que producen en la puérpera.

MEJIA (Colombia 2004); en su investigación titulada: ¿LA EPISIOTOMIA DEBE SER UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA? realizado en el Hospital Carlos Holmes Trujillo; al comparar la intensidad del dolor perineal se observó que en el grupo experimental 83.3% refirieron dolor leve y 13.3% moderado; en contraste con el grupo control donde 55.9% de las puérperas refirieron dolor moderado y 23.5% dolor severo. Las pruebas estadísticas $X^2=25,4$ y el valor de $p = 0,000033$ reflejan diferencias significativas entre los dos grupos, siendo más intensa la experiencia dolorosa en el grupo control con episiotomía de rutina. (14)

Una investigación informa que cuando se evaluó la presencia de dolor como una de las características más importantes del postparto, se pudo encontrar que las mujeres con episiotomía presentaron dolor en el 83 por ciento de los casos, mientras que las mujeres con parto sin episiotomía presentaron dolor solamente en el 27 por ciento, esto muestra diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En relación a la presencia de pérdida sanguínea por encima de los valores normales se pudo encontrar que el 13,68% de las mujeres con episiotomía presentaron esta complicación, mientras que ninguna de las mujeres procedentes de parto sin episiotomía presentó este problema (0,00%), mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). 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%), mostrando diferencia estadísticamente

significativa ($p < 0,05$). Sin embargo, las laceraciones se presentaron en los partos atendidos por personal menos experimentado y el proceso de cicatrización fue favorable.

Finalmente se concluye que si se usa de manera selectiva con inminencia de desgarro o compromiso de la vitalidad fetal la episiotomía puede producir mayores beneficios a la gestante que el uso rutinario de la misma. (15)

Complicaciones Perineales post-parto a mediano plazo

En la tabla N° 06, se observa que de las 194 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, el grupo de estudio conformada por 117 episiotomizadas, tuvieron complicaciones asociadas con la episiotomía valorada de los 05 a 10 días postparto fueron desde 2.5 a 6 veces mayores en el grupo en estudio sobre el grupo control, donde la presencia de dehiscencia muestra diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y la anemia e infección no ($p > 0,05$).

En el estudio de ALBINO (Piura 2005), en relación a la presencia de dehiscencia pudo encontrar que del total de las mujeres episiotomizadas, el 21% presentó dehiscencia, mientras que del total de las mujeres de parto normal sin episiotomía hicieron dehiscencia de sutura de desgarro en el 3%; cifras superiores a la encontrada en nuestro estudio. Asimismo, encontró que la presencia de infecciones vulvoperineales en mujeres a quienes se les

realizó la episiotomía fue del 51%, mientras que del total de las mujeres con parto natural sin episiotomía solamente el 5% presentó infecciones. (15)

Mejía (Colombia 2004), al estudiar la percepción de molestias asociadas con la episiotomía valorada a los 10 días postparto, fue mayor en el grupo control con diferencias significativas sobre el grupo experimental, referente en la dificultad para sentarse y el temor de reiniciar la actividad sexual, encontrándose frecuencias hasta cuatro veces mayores para el grupo control, circunstancias que están relacionadas con el dolor en la herida quirúrgica y el temor a afectar el proceso de cicatrización. (14)

Como consecuencias teóricas y aplicaciones prácticas manifestamos que la investigación, muestra que la no realización de la episiotomía disminuye las complicaciones que puede producir esta durante la fase puerperal, lo que redundaría en beneficio del parto sin secciones quirúrgicas (como lo señalaba la hipótesis de la investigación), evitando las complicaciones hemorrágicas, cicatrizales y las secuelas de la episiotomía sistemática.

No se investigó la dispareunia, la incontinencia urinaria ni el dolor agudo por no ser los objetivos de la investigación ya que su monitoreo exige un seguimiento de varios años.

Asimismo, si bien es cierto, no se reporta información relacionada con la experiencia de la puérpera desde su punto de vista a la cual se le realiza la episiorrafía, pues a pesar de no encontrar en la literatura referencias pertinentes, es vital conocer la forma en la que la realización de la

episiorrafía afecta su vida después del egreso hospitalario. Es importante realizar estudios que profundicen sobre la experiencia de la mujer con episiorrafía y poder tener una visión más detallada de la percepción de ella y su pareja.

Como consecuencia de este estudio se observó durante el último año una disminución de la práctica de la episiotomía entre los profesionales de obstetricia que prestan sus servicios en la sala de partos del Hospital II – 2 Minsa – Tarapoto, debido a la socialización intrahospitalaria de los resultados encontrados en el presente trabajo.

Esta investigación debe convertirse en punto de partida para la elaboración de protocolos de atención que consideren los temores y decisiones de la gestante, así como de nuevos estudios que permitan caracterizar la experiencia de la gestante para mejorar los planes educativos durante el control prenatal, el soporte durante la etapa post-parto y continuar disminuyendo la práctica de la episiotomía.

Posiblemente la disminución de esta práctica sea la PACIENCIA. En general a los/as profesionales nos falta aprender a esperar, aprender a esconder las manos y a respetar el ritmo de la naturaleza de cada mujer. Debemos ver a cada mujer en trabajo de parto distinta de todas las demás y aprender a escucharla y ser pacientes. Nos deberíamos preguntar, como profesionales, como personas y como seres humanos, qué sentimos al hacer una episiotomía, y por qué, después de tanta evidencia en su contra, seguimos

realizándola de manera rutinaria. Puede parecer una utopía el tender a una tasa 0% de episiotomía, pero si no nos fijamos objetivos, aunque estén lejos, jamás haremos descender estos niveles tan desproporcionados. La no práctica de la episiotomía basada en la evidencia tendría que ser nuestra meta, el caballo de batalla que utilicemos en nuestros centros de trabajo y en nuestra práctica personal para conseguir desterrar prácticas rutinarias y muchas veces ineficaces. Éste será nuestro campo en el futuro, sin olvidar aspectos de nuestra profesión que la convierten en todo un arte y no sólo en una ciencia.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

- 1) De las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto, 2010; el promedio de edad fue de 20.74 años; el 81.2 % tienen una unión estable con su pareja; el nivel primaria predominó en un 58,12% y el 68,38% procedió de la zona urbana.
- 2) La incidencia de gestantes a quienes se le realizó la episiotomía en el presente estudio, fue de 90.04%.
- 3) La edad gestacional y el peso del recién nacido no son indicadores de episiotomía en las gestantes ($p>0,05$).
- 4) Las complicaciones a corto plazo del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas fueron: dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales ($p<0,05$) y laceración en las no episiotomizadas ($p<0,05$).
- 5) Las complicaciones a mediano plazo del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas fue la dehiscencia ($p<0,05$).
- 6) La dimensión uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas.

CAPITULO VII. RECOMENDACIONES

1. Recomendar al Ministerio de Salud Capacitación continua que permita cambio de actitudes y conductas en el profesional de salud frente a la atención de parto en la gestante nulípara.
2. Elaboración de protocolos de atención que consideren los temores y decisiones de la gestante para la atención de un parto natural.
3. Caracterizar la experiencia de la gestante para mejorar los planes educativos durante el control prenatal y el soporte durante la etapa post-parto.
4. Recomendar a los profesionales de salud que la episiotomía debe ser usado previa evaluación a las pacientes y en el momento adecuado y preciso, para evitar complicaciones a corto y mediano plazo.

CAPITULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham, Haut; Obstetricia de Williams Edición: 22°, Editorial: Mcgraw hill, México 2006.
2. Casanova Chang, Mey Lin. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas. Complicaciones; Lima; UNMSM, 2002.
3. pregnancy-info.net, España: .información sobre el embarazo [actualizado el 2009; citado en octubre 2011]. Disponible en: <http://espanol.pregnancy-info.net/episiotomia.html>
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
5. sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/...ch.../resumen.pdf
6. Ould. F In: London: J Buckland,1741:145-6.
7. Homsí R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR jr. Episiotomy; risks of dehiscence and rectovaginal fistula. Obstet Gynecol Surv 1994;49:803-8.
8. Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC . Midline episiotomies: more harm than good?. Obstet Gynecol 1990;75:765-70
9. Sleep J, Grant AM, Garcia J, Elbourne DR, Spencer JAD, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. BMJ 2004;289:587-90

10. Rubio, Jorge Andrés. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario, Colombia 2005; 56(2):116-126
11. Sistema de información perinatal SIP 2000 U2.o.Establecimiento Hospital de Apoyo III Sullana. 2005.
12. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software. A substantive amendment to this systematic review was last made on 4 Mayo 1999. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.
13. Marta Raquel Scetti, Griselda Soledad Serracani, Hospital "J.R. Vidal" Corrientes – Argentina 2005; "USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA" en el Hospital "J.R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes, en el Servicio de Obstetricia durante el período 1 de enero 2000 - 30 de septiembre 2005
14. María Elena Mejía, Enf. Mag, Hospital Carlos Holmes Trujillo, ¿LA EPISIOTOMIA DEBE SER UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA? Colombia 2004.
15. FRANK ALBINO SÁNCHEZ, "Uso Rutinario De La Episiotomía Y Complicaciones Asociadas, En Mujeres Nulíparas Atendidas De Parto Vaginal En El Hospital De Apoyo De Sullana", PIURA 2005.

16. MARTINEZ GALIANO JM. "Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas". NURE Inv. (Revista en Internet) 2009 Nov-Dic.
17. Dildy G, Clínicas de ginecología y Obstetricia Temas Actuales. Volumen II. Editorial McGraw Hill Interamericana. Estados Unidos 1999.
18. Rockner G, Wahlberg V, Olund A. Episiotomy and perineal trauma during childbirth. J Adv Nurs 1989; 14: 264-265.
19. Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwarcz; Ricardo Fescina y Carlos Duverges. 6^o ed. Buenos Aires. El Ateneo 2005
20. Pérez Sánchez. OBSTETRICIA .tercera edición. 1999 .A. Pérez Sánchez – e Donoso Siña.
21. Andrés Mongrut Steane- TRATADO DE OBSTETRICIA NORMAL Y PATOLOGICA- IV EDICION..2000
22. DICCIONARIO MOSBY POCKET, de medicina, enfermería y ciencias de la salud...4^o edición
23. Parvin T. Care of the perineum. Trans Am Gynecol Soc 1882;7:145-154, Discussion 154-157

24. David M. Wer erfand den Dammschnitt? Zur Geschichte der Episiotomie [Who invented the episiotomy? On the history of episiotomy]. Zentralbl Gynakol 1993; 115: 188-193.
25. Nugent F. The primiparous perineum after forceps delivery. Am J Obstet Gynecol 1835; 30: 249-256.
26. Broomall A. The operation of episiotomy as a prevention of perineal ruptures during labor. Am J Obstet Dis Women Children 1878;11:517-525; 605-607
27. Credé C, Colpe E. Ueb er die Zweckmässigkeit der einseitigen seitlichen Incision beim Darnschutzverfahren. Arch Gynaekol 1884; 24: 148-168
28. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? Am J Obstet 1918;78:211-19.
29. DeLee JB. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol 1920;1:34-44.
30. O'Driscoll, Stronge JM, Minogue M. Active management of labour. Br Med J 1973;3:135-7
31. Espinoza J, Ligarda J. Manual de Obstetrícia Tomo III. Lima Perú, UNMSM, 2005.

32. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN (2005). «Outcomes of routine episiotomy: a systematic review». JAMA 293 (17): pp. 2141–8. doi:10.1001/jama.293.17.2141. PMID 15870418
33. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2000). «Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study». BMJ 320 (7227): pp. 86–90. PMID 10625261
34. Mathai, Matthews; Sanghvi, Harshad; Guidotti, Richard J. (2000). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. pp. 98, 354
35. Woolley, R.J.: Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-Language literature since 1980. Obstet Gynecol Survey 1995; 50:806-835
36. Renfrew, M.; Hannah, W.; Albers, L. y Floyd, E.: Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. Birth 1998; 25(3): 143-60
37. Handa, V.L.; Harris, T.A. y Ostergard, D.R.: Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Obstetrics and Gynecology 1996; 88(3):470- 478
38. Goer, H.: Obstetric myths versus research realities: A guide to the medical literature. Ed. Begin & Garvey. Westport, Connecticut. 1995

39. Wagner, M.: Episiotomy: a form of genital mutilation. *The Lancet*, 1999; 353:1977-1978
40. <http://elsalvador.medicosdoctores.com/diccionario-medico/d>
41. Thacker, S.B. y Banta, H.D.: Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 2000-2004. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 38:322-338.
42. Mascarenhas, T.; Eliot, B.W. y Mackenzie, I.Z.: A comparison of perinatal outcome, antenatal and intrapartum care between England and Wales and France. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 99: 955-8.
43. Pel, M.; Heres, M.H.B. y Obint: A study of obstetric intervention. Thesis, University of Amsterdam, 2005.
44. Pel, M.; Heres, M.H.B.; Hart, A.A.M.; Van der Veen, F. y Treffers, P.E.: Provider-associated factors in obstetric interventions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 61:129-134
45. Lede, R.; Moreno, M. y Belizan, J.M.: Reflexiones acerca de la indicación rutinaria de la episiotomía. *Sinopsis Obstet Ginecol* 2006; 38:161-6
46. Gainey, N.L.: Postpartum observation of pelvis tissue damage: further studies. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 70:800-7.

ANEXOS

“Complicaciones del Uso rutinario de la Episiotomía en Gestantes Nulíparas Atendidas en el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Periodo 2010”.

Nombres y Apellidos:.....

Fecha:..... HC:.....

I. Características sociodemográficas:

1. Edad:.....años

2. Estado Civil:

Unión Estable:	(1)	Unión no estable	(2)
----------------	-----	------------------	-----

3. Grado de instrucción:

Iletrada	(1)	Primaria	(2)
----------	-----	----------	-----

Secundaria	(3)	Superior	(4)
------------	-----	----------	-----

4. Procedencia:

Urbana	(1)	Rural	(2)
--------	-----	-------	-----

II. Características Obstétricas:

5. Edad Gestacional:..... sem.

6. Ponderado fetal: cms

7. Episiotomía

Medio Lateral	(1)	Mediana	(2)
---------------	-----	---------	-----

Lateral	(3)
---------	-----

8. Peso del Recién Nacido:..... grs.

9. Intercurrencias:.....

III. Complicaciones de la Episiotomía a corto plazo

11. Laceraciones	Si	(1)	No	(2)
12. Anemia	Si	(1)	No	(2)
13. Dolor	Si	(1)	No	(2)
14. Hematoma	Si	(1)	No	(2)
15. Edema	Si	(1)	No	
16. Desgarro	Si	(1)	No	(2)
17. Grado de desgarro	I grado	(1)	II grado	(2)
	III grado	(1)	IV grado	(2)
18. Perdida Sanguínea:				
	Cantidad:	cc		
19. Otros:.....				

IV. Complicaciones de la Episiotomía a Mediano Plazo

20. Infeccion	Si	(1)	No	(2)
21. Dehisencia	Si	(1)	No	(2)

**COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA EN
GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA
TARAPOTO. PERIODO 2010.**

Tipos de Episiotomía – Grupo en Estudio

Tipos	Nº	%
Medio Lateral	117	100.0 %
Mediana	0	0,00 %
Lateral	0	0.00 %
TOTAL	117	100.0 %

FUENTE: Hospital II-2 Minsa Tarapoto.

Se observa que de las 117 gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 tarapoto – 2010, a quienes se les realizó la episiotomía, el 100% fueron episiotomizadas con la técnica medio lateral izquierda.