



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN MARTIN

" FACULTAD DE OBSTETRICIA "

LA EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES
1992



TESISTAS : BACH. OBST. MILITZA HUIVIN GRANDEZ
BACH. OBST. SONIA M. MELENDEZ SALAS

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRIZ

Tarapoto — Perú

1992

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

LA EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES
1992

TESISTAS: BACH. OBST. MILITZA HUIVIN GRANDEZ
BACH. OBST. SONIA MARIELA MELENDEZ SALAS

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRIZ

ASESORES: DR. AUGUSTO R. LLONTOP REATEGUI
OBST. LEOCADIA SALAS PILLACA

Tarapoto - Perú

1992

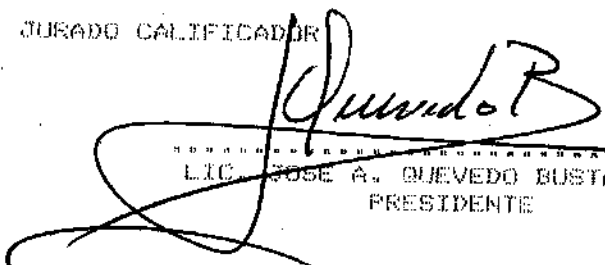
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

LA EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL II
INTEGRADO-TARAPOTO


Febrero-Junio 1992

TESISTAS: MILITZA HUIVIN GRANDEZ
SONIA MARIELA MELENDEZ SALAS

JURADO CALIFICADOR

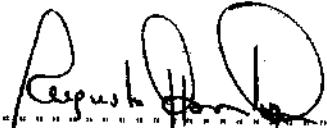


.....
LIC. JOSE A. QUEVEDO BUSTAMANTE,
PRESIDENTE




.....
DR. NESTOR ESTACIO PINO,
MIEMBRO

.....
OBST. LUPE N. MACEDO R.,
MIEMBRO



.....
DR. AUGUSTO R. LLONTOP REATEGUI,
ASESOR



.....
OBST. LEUCADIA SALAS P.,
ASESOR

AGRADECIMIENTO

Nuestro especialísimo agradecimiento al Dr. Augusto Ricardo Llontop Reátegui y a la Obst. Leocadia Salas Fillaca, por su paciencia, tolerancia, dedicación y otras cualidades como asesores durante el tiempo de elaboración de la Tesis.

A nuestros profesores y maestros que nos formaron cotidianamente en la profesión Obstétrica, a ellos les expresamos nuestra gratitud y sincero reconocimiento.

LAS AUTORAS

A mis queridos padres: **URIEL** y
ROSA, quienes me brindaron todo
su cariño y amor incomparable;
cuyos esfuerzos y sacrificios
fueron el estímulo constante
para la culminación de mi
carrera profesional.

Con amor a mi esposo **GENARO** y a mi
adorada hija **LISS KATHERINE**,
quienes con su valioso esfuerzo y
comprensión motivaron mi
superación.

A mis hermanos:

GILBERTO

HORACIO

MARIA PAZ

EMILIA

JAIME y

MELCHOR.

Por su apoyo moral y orientaciones recibidas por
parte de ellos, para el logro de uno de mis más
caros anhelos.

MILITZA

A mi querida Madre: **EMERITA**, que
con esfuerzo diario e indesmayable
sacrificio hizo realidad mi anhelo
de siempre.

A la memoria de mi querido Padre:
HERIBERTO, por inculcarme en el
aán de superación y trabajo.

A mis hermanos:

GUNTHER

CELMA

DORA y

CILA.

Que siempre me alentaron y apoyaron durante mis años
de estudios.

SONIA MARIELA

I N D I C E

	viii
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIVES	12
3. MATERIALS AND METHODS	4
4. DISCUSSION AND RESULTS	7
5. CONCLUSIONS	28
6. RECOMMENDATIONS	29
7. REFERENCES	36
8. BIBLIOGRAPHY	38

I. INTRODUCCION

La episiotomía es la intervención más frecuente en la Obstetricia actual, es una operación que consiste en incidir el perineo en el momento del parto para evitar desgarros y preservar su integridad (3,12,14); el empleo sistemático de dicha intervención ha disminuido la frecuencia de relajamientos pelvianos y la producción de cistocelos, rectocelos, prolapsos uterinos é incontinencia de esfuerzo, así mismo, alivia la compresión de la cabeza fetal y abrevia la segunda etapa del parto, además una incisión quirúrgica puede ser reparada con más éxito que un desgarró dentellado (2,3,7,13,15,17).

Las complicaciones de la misma están relacionadas con la técnica quirúrgica desarrollada, el individuo y los factores asociados; así por ejemplo, si la episiotomía se realiza demasiado pronto, la hemorragia de la herida abierta puede ser considerable durante el tiempo que transcurre entre la incisión y el nacimiento del niño. Si se practica demasiado tarde, los músculos del suelo perineal ya se habrán distendido excesivamente y se habrá frustrado uno de los objetivos de la operación (13).

También puede producirse otras complicaciones como laceraciones; hematomas a nivel perineal, vulvar y vaginal; cicatrices que generan dolor ya sea por demasiado ajuste de las suturas, inadecuado afronte de los bordes o anómalo proceso de cicatrización (3,16).

Las dehiscencias e infecciones son complicaciones mediatas muy frecuentemente encontradas en los reportes, quizá por ser éste un procedimiento quirúrgico practicado en una superficie altamente contaminada que ocasiona su infección (16).

La observación frecuente en la práctica diaria de la episiotomía y sus complicaciones en un número no determinado en el Hospital II Integrado-Tarapoto nos han conducido a realizar el presente trabajo a fin de conocer la frecuencia y factores asociados a las complicaciones, sugiriendo pautas de conducta para la prevención.

II. OBJETIVOS

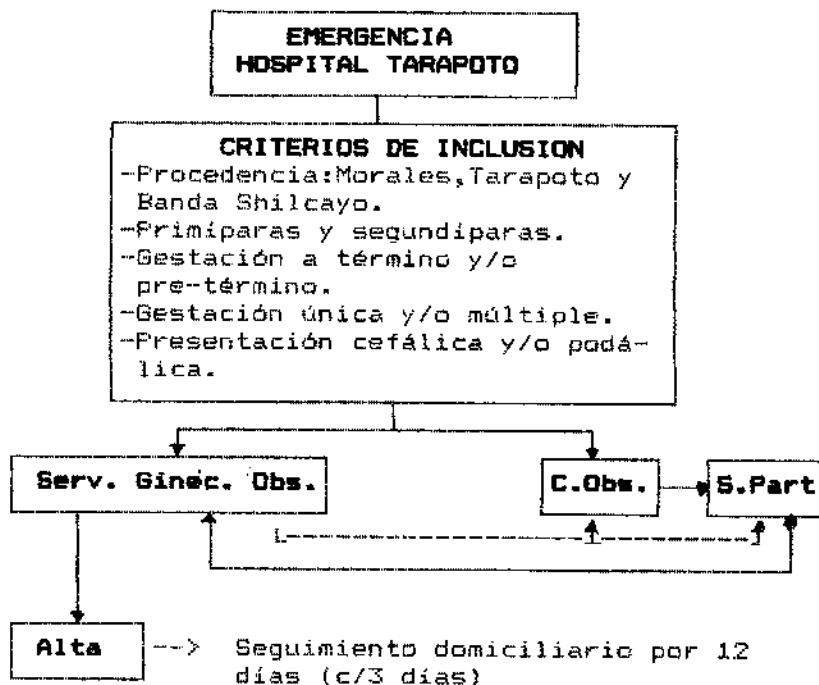
1. Determinar la frecuencia de complicaciones por epistaxis.
2. Determinar los factores asociados a las complicaciones.
3. Sugerir pautas de conducta para la prevención.

III. MATERIALES Y METODO

El presente estudio es de tipo descriptivo prospectivo en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II Integrado-Tarapoto durante los meses de Febrero a Junio 1992.

1. Universos: gestantes primíparas y secundíparas.
2. Variables utilizadas: Segundo y tercer periodo del trabajo de parto, extendido de lámina, tactos vaginales, higiené perineal, lavado de manos, cambio de guantes, tiempo entre épisiotomía e inicio de episiorrafia, pérdida sanguínea, agujas descartables re-esterilizadas, lavado de episiotomía por planos y tacto rectal.
3. Análisis estadístico: Se utilizaron tablas porcentuales, tasas, riesgo relativo (Rr), riesgo atribuible (Ra) y la prueba del Chi cuadrado.
4. Limitaciones de trabajo: No se hizo el diagnóstico de secreción vaginal a todos los pacientes ya que muchos de ellas fueron recepcionadas en periodo expulsivo y en otros casos por no ser factible el envío de la muestra a laboratorio.

5. Fluxograma:



6. Conceptos:

- * Complicaciones inmediatas: Son aquellas ocurridas durante el puerperio inmediato.
- * Complicaciones mediatas: Aquellas ocurridas después que la paciente fue dada de alta.
- * Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, una complicación de la misma o la muerte.
- * Factor de riesgo: Es el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad.

- * **Riesgo relativo:** Es una medida de asociación que indica tanto la presencia como la fuerza de asociación o relación entre un supuesto factor de riesgo y un efecto.
 - * **Riesgo atribuible:** Indica la tasa de la enfermedad que se puede remover en el grupo de expuestos al eliminar el factor de riesgo y
- Administrativos en Salud Pública.

IV. DISCUSION Y RESULTADOS

La población de gestantes estuvo concentrada en su mayor parte en el grupo de 20-34 años (66%), en los grupos extremos, el grupo de adolescentes alcanzó un 33% y el de madres añosas el 1 por ciento.

CUADRO Nº 1
EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: DISTRIBUCION
PORCENTUAL SEGUN CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS
HOSPITAL TARAPOTO.1992.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Nº	%
EDAD		
≤ 19	66	33
20 - 34	132	66
≥ 35	2	1
GRADO INSTRUCCION		
Analfabeta	5	2
Primaria	48	24
Secundaria	111	55
Superior	36	18
PARIDAD		
Primípara	138	69
Segundípara	62	31
PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO		
Obstetriz	6	3
Interno	194	97

Referente al grado de instrucción encontramos que el 73% cursaban con instrucción secundaria y superior, con los cuales podríamos tener una adecuada comunicación para el control puerperal. Nuestra población de estudio en el 100% estuvo conformada por primíparas y segundíparas, las cuales en su mayoría

fueron atendidas por el Interno de Obstetricia dada la característica de hospital docente que tiene este nosocomio.

CUADRO Nº 2
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE PARTOS Y MORBILIDAD INMEDIATA. HOSPITAL TARAFOTO. 1992.

EPISIOTOMIA	Nº	%
Se efectuaron	200	47.5
No se efectuaron	53	12.5
No requerían	168	39.9
TOTAL DE PARTOS	421	100
MORBILIDAD INMEDIATA		
Tuvieron episiotomía:		
Desgarro I y II	10	5
Hematoma	4	2
Ninguna	186	93
Total	200	100
No tuvieron episiotomía		
Desgarro I y II	24	45
Ninguna	39	55
Total	53	100

Durante el presente estudio ocurrieron 421 partos eutócicos, de los cuales 253 requirieron episiotomías. Según la elección del operador, ante el cual no se ejerció ninguna influencia, sólo 200 casos (primer grupo) tuvieron una episiotomía y fueron los que ingresaron al protocolo del presente estudio; el segundo grupo estuvo constituido por aquellas pacientes que

requirieron episiotomías y NO se efectuaron.

En el primer grupo las complicaciones inmediatas alcanzaron una frecuencia relativa del 7%, el 5% por desgarro de I y II grado que están en estrecha relación con la acción tardía de la episotomía, mientras que el hematoma (2%) estuvo relacionado con la técnica quirúrgica empleada (incisión mediolateral derecha, zona altamente vascularizada).

En cambio en el segundo grupo, las complicaciones llegan hasta un 45%, relacionadas todas ellas al desgarro de I y II grado; no siempre las lesiones son evidenciadas ya que con frecuencia comprometen plano músculo-aponeurótico sin que se objetiven alteraciones en las cubiertas externas; son absurdas las medidas extremas de "protección del periné" a base de peligrosas presiones sobre la cabeza fetal entre tanto los planos musculares profundos se están dislacerando para terminar ingenuamente con un periné íntegro pero constituido por piel y mucosa aparentemente sin lesiones por que los destrozos se han producido por dentro (12).

Existen factores relacionados con las complicaciones inmediatas tales como incisión practicada en un momento inapropiado o en forma inadecuada, parto con forceps medio, partos no controlados, desproporción feto pélvica, mala posición o presentación y longitud de la



incisión restringida. Este (último debe adaptarse a las necesidades de cada caso, carece de objeto una incisión cuya longitud sea menor de 3 a 4 cms. si la incisión es demasiada corta el desgarro se prolonga más allá o se produce en otro sitio (16).

Michael Varner (16) señala cifras de laceración entre 9.5 a 13 por ciento, porcentajes elevados en relación con lo encontrado en nuestro estudio que fue del 5 por ciento. Asimismo el estudio realizado por Thorp (9) muestra que la incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado oscilan entre 0 a 6.4%, hecho no encontrado en nuestra serie por el tipo de incisión (medio lateral) que se efectúan.

Finalmente, un seguimiento de largo plazo en este grupo de pacientes podría determinar la prevalencia de distopia genital.

CUADRO Nº 3
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES; FRECUENCIA DE
 COMPLICACIONES TARDIAS. HOSPITAL TARAPOTO 1992.

COMPLICACIONES TARDIAS	Nº	%
Si	118	59
No	82	41

Destaca con elocuencia el alto porcentaje de complicaciones tardias por episiotomias (59%) hecho que estaria influenciado por la técnica quirúrgica desarrollada por los operadores y a las variables asociadas. En el primero su inadecuada aplicación podría catalogarse como yatrogenias, mientras que en el segundo las variables se denominan factores de riesgo que pueden ser básicas, determinantes, condicionantes y predisponentes (TABLA A), tales como duración del segundo y tercer periodo del trabajo de parto, infección vaginal, número de tactos vaginales, número de higienes perineales, lavado de manos previa a la atención del parto, cambio de guantes para la episiorrafia, tiempo entre episiotomia é inicio de episiorrafia, higiene perineal por planos durante la episiorrafia y el uso de agujas re-esterilizadas, las cuales serán discutidas gradualmente.

TABLA A

FACTOR BASICO	FACTOR DETERMINANTE	FACTOR CONDICIONANTE	FACTOR PREDISONENT
*Situación nutricional del individuo. *Habilidad del operador	*Flora vaginal. *Técnica quirúrgica.	*Tiempo oper. *Aseo perineal intraparto. *Lavado de manos. *Cambio de guantes. *Nº de tactos vaginales.	*Paridad *Educación higiénica a la puerp. *2º y 3º período de parto. *Calidad de materiales de sutura.



EFFECTO → **Mortalidad**



Morbilidad

- Dehiscencias
- Dolor
- Infección
- Edema
- Demora en la cicatrización.
- Otros

CUADRO Nº 4
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: SEGUNDO Y TERCER
 PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO COMO FACTOR DE
 RIESGO HOSPITAL TARAPOTO-1992.

PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO (F1)	COMPLICACIONES TARDIAS					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	
Segundo periodo:						Rr 1.29
G1: < 1 hora	68	57	51	43	119	
1- 2 horas	14	73	5	27	19	
G2: < 1 hora	32	57	24	43	56	1.17
> 1 hora	4	66	2	33	6	
Tercer periodo:						0.74
< 30	114	60	77	40	191	
> 30	4	44	5	55	9	

Podemos observar que el segundo periodo del trabajo de parto y el tiempo transcurrido no guarda relación directa con las complicaciones tardías objetivando cifras mayores del 50% en ambos casos, lo que nos sugiere que las complicaciones están relacionados a otros factores tales como la presencia de secreción vaginal anormal; que en las primiparas y secundiparas alcanzan cifras del 79 y 68 por ciento respectivamente; subrayando la carencia de asepsia y dominio técnico quirúrgico; así mismo, vemos en el tercer periodo las complicaciones no guarda relación con el tiempo transcurrido ya que el riesgo relativo alcanza cifras del 0.74.

CUADRO Nº 5
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: LEUCORREA COMO
 FACTOR DE RIESGO EN LAS COMPLICACIONES TARDIAS.
 HOSPITAL TARAPOTO 1992.

GERMENES (F2)	COMPLICACIONES TARDIAS				
	SI		NO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Patológicos	46	71	18	28	64
No patológicos	10	41	14	58	24

Rr=1.725 (4.58-0.64) p< 0.01
Ra=0.42

Se efectuaron a 88 pacientes un extendido de lámina para gram, hongos y parásitos, reportando gérmenes patológicos 64 de ellas, constituyendo un caldo de cultivo propicio para el incremento de las complicaciones en un 71 por ciento.

Su presencia como factor de riesgo casi duplica la posibilidad de complicaciones tardías, teniendo como rango máximo 4.58 veces la probabilidad de ocurrir una complicación, cifras estadísticamente significativas.

En función del riesgo atribuible, que es sobre todo una medida administrativa que indicaría el beneficio ganado en tasa al remover un factor de riesgo o al establecer una medida sanitaria en un grupo expuesto a un factor de riesgo, podemos señalar, que si, realizamos profilaxis en el control pre natal, mediante óvulos vaginales, una o dos semanas antes del parto las

complicaciones podrían reducirse hasta en un 42%; así mismo, la infección materna también es responsable de complicaciones en el recién nacido tales como el muguet o algodoncillo, conjuntivitis neonatal, dermatitis en la nalga o candidiasis diseminada (8, 15). A pesar que en el protocolo no se consideró al recién nacido sugerimos para próximos trabajos determinar la prevalencia de complicaciones en el recién nacido.

CUADRO Nº 6
EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES; NUMERO DE TACTOS VAGINALES Y FRECUENCIA DE COMPLICACIONES TARDIAS.
HOSPITAL TARAPOTO 1992.

NUMERO DE TACTOS VAGINALES (F4)	% COMPLICACION
≤ 3	51
4	53
5 - 7	63
≥ 8	61

En relación al número de tactos vaginales, observamos que los casos menor o igual a 3 tuvieron complicaciones del orden del 51%, elevándose los porcentajes conforme aumentaban el número de tactos vaginales.

Esta situación plantea como hipótesis, **que los tactos vaginales** no constituyen una causa directa de complicaciones para la episiotomía, sino que la técnica quirúrgica y de asepsia utilizada por los operadores no se ajustan a las normas establecidas.

Un examen vaginal bien ejecutado con la preparación y cuidados adecuados no conlleva al riesgo de introducir bacterias patógenas através del cuello dilatado hacia el útero. A pesar de los informes que afirman que los exámenes vaginales durante el parto no contribuyen a la morbilidad, la experiencia clínica en algunas circunstancias sugiere lo contrario (13) es por ello que el tacto vaginal debe ser practicado solo en casos de necesidad para no repetirlo reiteradamente es preciso efectuarlo según un plan metódico, riguroso y sistemático, y en un tiempo breve ocasionando las menores molestias y reduciendo los riesgos de traumatismo, hemorragia e infección (14).

CUADRO Nº 7
EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: NUMERO DE TACTOS
VAGINALES EN RELACION AL NUMERO DE HIGIENES
PERINEALES COMO FACTOR DE RIESGO.
HOSPITAL DE TARAPOTO 1992.

Nº Hig.peri- neal Tactos vag. (F4)	Nº Hig.peri- neal		
	0	1-2	3
< 5	56	5	1
5-10	96	34	1
> 10	2	5	0
TOTAL	154	44	2
%	77	22	1

El cuadro anterior grafica en forma precisa la poca importancia que se le dá a la higiene perineal intraparto como preludio al tacto vaginal; así tenemos que el 77% de los casos no tuvieron ningún tipo de higiene perineal, sólo el 22% contaron con 1 ó 2 higienes y el 1% tuvieron 3 higienes perineales.

La relación entre higiene perineal y tacto vaginal, por razones de asepsia obstétrica debería ser una relación de 1:1 ó 1:2. Esto se resume en la tasa encontrada, donde existe 6.3 higienes perineales/100 tactos vaginales; obteniendo un promedio insignificante de 1.54 higienes perineales por paciente, contra 1,117 tactos vaginales, realizadas en la población en estudio y cuyo promedio fue de 5.59 tactos vaginales/paciente.

Durante las visitas domiciliarias encontramos que todas las pacientes realizaron su higiene perineal puerperal; es importante mantener ésta higiene recomendando un lavado con agua y jabón, después de la defecación, micción o cuando se acumulen secreciones vaginales (3).

CUADRO Nº 8
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: LAVADO DE MANOS
 PREVIO A LA ATENCION DEL PARTO COMO FACTOR DE RIESGO
 EN LAS COMPLICACIONES TARDIAS.
 HOSPITAL TARAPOTO 1992.

LAVADO DE MANOS (F5)	COMPLICACIONES TARDIAS			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Si	7	3.3	8	4
No	111	55.5	74	37

Rr=1.28

Es sorprendente que en nuestra serie en 185 casos los operadores no realizaron el lavado de manos previo a la atención del parto, jugando un rol importante en las complicaciones tardías (55.5%).

Es evidente la necesidad de un lavado de manos antes de ponerse los guantes estériles; su uso sin embargo aún cuando se tomen otras precauciones no elimina completamente la posibilidad de diseminar bacterias en el conducto genital ya que pueden transportarse los microorganismos del introito vaginal a través de los dedos enfundados en los guantes estériles (13,15).

Algo que se observó en el presente estudio y creemos conveniente establecer que el operador y sus asistentes deben lavarse y cepillarse las manos, ponerse gorro, mascarilla, botas, ropa y guantes estériles así como el aseo perineal persistente en la paciente.

CUADRO Nº 9
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: CAMBIO DE GUANTES
 PARA LA EPISIORRAFIA COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS
 COMPLICACIONES TARDIAS. HOSPITAL TARAPOTO 1992.

CAMBIO DE GUANTES (F6)	COMPLICACIONES TARDIAS					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	17	8.5	22	11	39	19.5
No	101	50.5	60	30	161	80.5

Rr= 1.44

Con la finalidad de modificar la técnica quirúrgica de los operadores, creemos indispensable el cambio de guantes para la episiorrafía. Sorprendentemente el 80.5 por ciento de los operadores no lo realizan y encontramos que el porcentaje de complicaciones se incrementan al 50.5 por ciento, a pesar que la prueba del chi cuadrado no arroja significancia, el riesgo relativo (Rr) señala que la probabilidad de ocurrir una complicación es de 1.44 veces cuando el factor de riesgo (F6) está presente.

Con el fin de determinar sinergia de los factores de riesgo creímos conveniente asociar ambos factores (F5, F6); a pesar que no existe un incremento marcado, las cifras muestran un ascenso paulatino, lo que indicaría que estas dos variables influyen en las complicaciones.

TABLA B
LAVADO DE MANOS Y CAMBIO DE GUANTES COMO FACTORES DE RIESGO EN LAS COMPLICACIONES TARDIAS. HOSPITAL TARAPOTO 1992

FACTORES DE RIESGO	COMPLICAC. TARDIAS		Rr.
	SI	NO	
F5-, F6-	4	6	1
F5+, F6-	13	16	1.1
F5-, F6+	3	2	1.5
F5+, F6+	98	58	1.6

CUADRO Nº 10
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: TIEMPO ENTRE LA
 EPISIOTOMIA E INICIO DE LA EPISIORRAFIA SEGUN
 COMPLICACIONES TARDIAS. HOSPITAL TARAPOTO 1992.

TIEMPO ENTRE EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA (F7)	COMPLICACIONES TARDIAS			
	SI	NO	TOTAL	
	%	%	n=200	
≤ 15 min.	51	49	43	Rr=1.00
16-30	59	41	116	Rr=1.14
> 30	68	32	41	Rr=1.33

Podemos objetivar claramente que a mayor tiempo transcurrido entre episiotomía y episiorrafia las complicaciones aumentan en forma progresiva. Para los casos menor o igual a 15 minutos, éstas tuvieron complicaciones del 51%, elevándose progresivamente el porcentaje a 59% y 68% respectivamente, cifras que también muestran incremento cuando se aplica el riesgo relativo.

Se tomó en cuenta otras variables como pérdida sanguínea por episiotomía (F8), uso de agujas descartables re-esterilizadas (F9), así como el lavado de la episiotomía por planos (F10).

Los datos de sangrado por episiotomías no es posible comparar con otros autores porque la recolección se hizo desde el momento de la incisión hasta la salida del niño obteniendo cantidades mínimas (por debajo de 50 cc); un estudio de Tacker y Banta estiman que el 10% de mujeres sometidas a episiotomías perderán por lo menos 300 cc de sangre más que si no lo hiciera (16).

Por otro lado, durante el periodo en estudio, observamos con frecuencia el uso de agujas descartables re-esterilizadas para la infiltración del anestésico, lo cual expone en cierta medida al riesgo de contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el cual en la actualidad es un problema de salud pública por lo que debemos orientar y promover las actividades preventivo-promocionales.

A pesar que los operadores no realizaban el lavado de la herida por planos durante la episiorrafia, la literatura también no lo describe, nuestra recomendación es que debe realizarse dicho acto con agua estéril, más aún, teniendo en cuenta que el 64% de pacientes cursaban con anomalía en el extendido de la lámina.

CUADRO Nº 11
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES: TIEMPO
 DE CICATRIZACION Y COMPLICACIONES TARDIAS.
 HOSPITAL DE TARAPOTO. 1992.

CICATRIZACION	Nº 200	%
7 días	62	31.0
8 - 10	118	59.0
> 10	20	10.0
COMPLICAC. MEDIATAS		
Dehiscencias	51	25.5
Dolor	33	16.5
Infección	32	16.0
Edema	2	1.0
Ninguno	82	41.0

En el siguiente cuadro encontramos que el tiempo de cicatrización para el mayor grupo de pacientes fluctúa entre 8-10 días (59%); teniendo como promedio 9 días, cifra discretamente menor al trabajo realizado por Gómez (7), quien encontró que el promedio de días de cicatrización fue de 10.9.

El acortamiento del tiempo de cicatrización permitiría a la puerpera realizar sus labores y deambular precozmente sin ningún temor y también con menor riesgo de infección (7).

Relacionar la técnica quirúrgica como factor de riesgo es bastante complejo, ya que la misma es un

proceso continuo que se inicia mucho antes del corte. Así por ejemplo, el éxito de la técnica quirúrgica estaría relacionado con la profilaxis vaginal a utilizar, el aseo perineal intraparto, lavado de manos, cambio de guantes para la episiorrafia, el lavado por planos de la zona operatoria, la utilización de campos estériles, el tiempo operatorio, la habilidad del operador, la calidad de materiales de sutura, tacto rectal, así como la presencia de infección vulvo-vaginal o la situación misma de la paciente. Todos estos aspectos deben adecuadamente ser conocidos por los operadores, de esta manera podríamos disminuir la morbilidad.

Por ejemplo, Varner muestra cifras de infección entre 0.5 a 3 por ciento (16), cifras bajas comparando con el 16% encontrado en el presente estudio.

Otro aspecto relacionado con la morbilidad es el dolor el cual tiene relación con la tensión y número de puntos utilizados durante la técnica quirúrgica (3) que en nuestra serie alcanzan un porcentaje del 16.5 por ciento. Algunos prefieren no cerrar la capa de piel con suturas, pues señalan que causan dolor y edema post-operatorio, y simplemente coaptan los bordes de la piel brevemente con pinzas de Allis, y aplican compresas heladas al perineo (1).

Es evidente entonces que un problema tan sencillo como el dolor por episiotomía debe prestar

importancia por sus efectos psicológicos que ocasionan a la puérpera, la cual es otra actividad que está relacionado con el control integral post-parto.

La persistencia de dolor en la zona operatoria debe sugerir la búsqueda de edema, posibilidad de un hematoma perineal, vulvar, vaginal o isquiorrectal así como la presencia de cuerpos extraños. Finalmente otro aspecto relacionado con el dolor es la tensión de los puntos, ya que es preferible enterrar el nudo de cierre en la incisión y no en el anillo del himen; esto puede reducir el grado de tejido de cicatrización y evitará el dolor y la dispareunia (3).

CUADRO Nº 12
 EPISIOTOMIA Y SUS COMPLICACIONES:
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TACTO RECTAL
 ANTES Y DESPUES DE LA EPISIORRAFIA
 HOSPITAL TARAPOTO 1992

TACT. RECTAL	SI(%)	NO(%)
Antes	0	100
Después	10	90

Otra variable relacionado con la morbilidad es el tacto rectal, en el presente estudio observamos que los operadores no realizaban el tacto rectal en el 100% de pacientes antes de realizar la episiorrafia que es parte de la técnica quirúrgica y lo que obligaría al operador a realizar el cambio de guantes respectivo; por otro lado sólo el 10% de los operadores realizaron el tacto rectal al finalizar la episiorrafia, a pesar que no encontramos morbilidad relacionada con lesión rectal sugerimos evaluar estos parámetros para determinar la existencia de la misma, ya que su morbilidad es compleja.

A pesar que en nuestra serie no se describe mortalidad por episiotomía, Thorp reporta 11 casos de muertes maternas por infección post-episiotomías (9).

Finalmente el presente estudio nos permite sugerir pautas de conductas para la prevención por lo que planteamos el decálogo para las episiotomías.

DECALOGO PARA LA EPISIOTOMIA

1. Extendido de lámina al final del tercer trimestre cuando sea posible.
2. Profilaxis antibiótica a nivel local una o dos semanas antes del parto.
3. Higiene perineal con agua y jabón previo al tacto vaginal.
4. Higiene perineal previo al parto.
5. Lavado de manos y uniforme adecuado para el parto.
6. Poncho perineal para la zona operatoria.
7. Cambio de guantes, aguja y catgut crómico adecuado para la episiorrafia.
8. Lavado de zona operatoria por planos con agua estéril.
9. Tacto rectal antes y después de la episiorrafia.
10. Educación permanente sobre higiene perineal a la puerpera, previo al alta.

V. CONCLUSIONES

1. Las complicaciones inmediatas son menores cuando se realiza una episiotomía.
2. La frecuencia de complicaciones mediatas fueron del 59 por ciento.
3. Las causas más frecuentes fueron dehiscencias, dolor, infección y edema en el 25.5, 16.5, 16 y 1 por ciento respectivamente.
4. Los factores de riesgo más importantes fueron las infecciones vaginales, higiene perineal, lavado de manos, cambio de guantes para la episiorrafia, tiempo entre episiotomía-episiorrafia y tacto vaginal.
5. La utilización de la técnica quirúrgica es deficiente.

VI. RECOMENDACIONES

1. Establecer y aplicar el manual de normas de episiotomía y episiorrafia.
2. Plantear la profilaxis local a nivel vaginal a través de estudios propectivos con la finalidad de determinar la dosis y tiempo de administración.

VII. RESUMEN

Se estudiaron en forma descriptiva y prospectiva a 200 pacientes en quienes se efectuaron la episiotomía, con la finalidad de determinar la frecuencia, los factores asociados a las complicaciones para finalmente sugerir pautas de conducta para la prevención, en el Hospital II Integrado Tarapoto.

Los casos en estudio fueron seleccionados de acuerdo a ciertos criterios utilizados, describiéndose las características demográficas, encontrando en ella que el mayor grupo de gestantes estuvo concentrado en edades entre 20 a 34 años con un promedio de 22.15 y con grado de instrucción secundaria y superior, constituido en su mayoría por primíparas atendidas por el Internato Obstetricia.

La frecuencia de complicaciones encontradas fue del 59% influenciado por las variables asociadas a factores de riesgo y la técnica quirúrgica desarrollada, teniendo como efecto final la morbilidad.

El examen de secreción vaginal, mostró 64 resultados anormales complicándose un 71 por ciento, duplicándose así la posibilidad de complicaciones tardías.

No constituyen causa directa de complicaciones tardías el segundo y tercer periodo del trabajo de parto, y el número de tactos vaginales.

Los factores asociados a higiene perineal no guarda relación observándose que el mayor número de higienes perineales durante el trabajo de parto fue de 3, teniendo como tasa 6.3 higienes perineales/1000 tactos vaginales y como promedio insignificante 1.54 higienes perineales por paciente contra 1,117 tactos vaginales cuyo promedio fue de 5.59 tactos vaginales por paciente.

Sorprendentemente encontramos que el 92.5% de los operadores no se lavaron las manos previo a la atención del parto alcanzando cifras de complicaciones tardías en un 55.5%; es indispensable el cambio de guantes para la episiorrafia cuando la persona no lo realiza las complicaciones de riesgo aumenta en veces, al asociar este factor con el lavado de manos encontramos que el riesgo se incrementa paulatinamente similar a esto sucede con el tiempo entre episiotomía e inicio de la episiorrafia encontrando que a mayor tiempo transcurrido existen más complicaciones.

El tiempo promedio de cicatrización de las heridas es de 7 días; dentro de las complicaciones mediata a largo plazo en orden de prioridad a las dehiscencias 25.5%, infección 16% y edema 1%. Todas estas complicaciones están íntimamente relacionados con los factores ya mencionados, subrayando la carencia de asepsia y dominio técnico quirúrgico.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. REISHER, NY. y MACKAY, J. 1979. Obstetricia Práctica.
Editorial Interamericana. México.
2. BEYNDON, C. Midline Episiotomy as a routine procedure
Journal Obstetric Gynecology Br Communs. 81:126.
1979.
3. BENSON R. 1982. Diagnóstico y Tratamiento Ginecología
y Obstetricia. Segunda Edición. Edit.El Manual
Moderno. México.
4. CIFUENTES, R.B. 1988. Obstetricia de Alto Riesgo.
Segunda Edición. Edit. Universidad del Valle.
Cali-Colombia.
5. DONALD, G. 1981. Manual de Ginecología y Obstetricia
Editorial Pax - México
6. GEORGE, J. 1986. Nevill of hacker. Essential
Obstetrics and Gynecology. W-B. Saunders
Philadelphia.
7. GOMEZ NAVARRO W. 1982. Ventajas de la epi
mediana sobre la episiotomía
Trujillo. Tesis. Univ. Nac. Trujillo.
8. HEWITT, J. y colaboradores. 1989. Enfermedades
vulva. Edición Interamericana de España.
9. THORP, J. ET AL. Obstetrics and Gynecology. 1.
Agosto 1987.

10. EGUREN, J. 1976. Apuntes de obstetricia.
11. KAHL, M. 1978. Fundamentos de Epidemiología.
12. MONGRUT, S. ET AL. 1988. Tratado de Obstetricia.
Tercera Edición. Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú
13. PRITCHARD, J. ET AL. 1986. Williams Obstetric.
Salvat Editores S.A. Mallorca, España. Tercera Edición.
14. PSCHYREMBEL W. 1988. Obstetricia práctica. Cuarta Edición. España.
15. SCHWARCZ, R. 1985. Obstetricia. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. Tercera Edición.
16. VARNER, M. 1986. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Editorial Interamericana. México.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1984. Learning with modules Published by Blat. Second Edition. Switzerland.

