



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Escuela de Post Grado

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**PREPARACIÓN DEL PERINEO VERSUS USO
SISTEMÁTICO DE LA EPISIOTOMÍA EN LA
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POS PARTO EN
NULÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO-2016**

Para optar el grado académico de Doctor en
Ciencias de la Salud

Autora:

BACILIO CRUZ, SILVIA LINA

Asesor:

BAYLON ESCOBEDO, CHRISTIAN

Huánuco- Perú

2016

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Summary	iv
Resumo	v
Presentación	Vi

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Planteamiento del problema.....	18
1.2. Formulación del problema.....	22
1.3. Trascendencia teórica, técnica y académica.....	24
1.4. Aporte doctoral.....	26
1.5. Antecedentes inmediatos de la investigación.....	27
1.6. Objetivos.....	34

CAPÍTULO II

2. REFERENCIA TEÓRICA Y CONCEPTUAL.

2.1. Antecedente histórico sobre la episiotomía.....	37
2.2. Aspectos conceptuales sobre la preparación perineal.....	40
2.2.1. El periné.....	40
2.2.2. El periné y el parto.....	40
2.2.3. Preparación del periné.....	42
2.2.4. La preparación del periné a través de los ejercicios de Kegel.....	43
2.2.5. La preparación del periné a través de la protección del periné durante el proceso del parto.....	46
2.3. Aspectos conceptuales sobre la episiotomía.....	48
2.3.1. Definición.....	48
2.3.2. Indicaciones y clasificación.....	49
2.3.3. Aplicación y técnica.....	50

2.3.4. Desventajas de la episiotomía.....	52
2.3.5. Complicaciones de la episiotomía.....	53
2.4. Teoría que sustenta la investigación.....	57
2.4.1. Teoría del método profiláctico.....	57
2.5. Definición operacional de las palabras clave.....	58

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Método, nivel y tipo de investigación.....	60
3.1.1. Método de investigación.....	60
3.1.2. Nivel de investigación.....	60
3.1.3. Tipo de investigación.....	60
3.2. Sistema de hipótesis, variables y esquema de diseño.....	61
3.2.1. Hipótesis.....	61
3.2.2. Diseño de la investigación	63
3.2.3. Sistema de variables e indicadores.....	65
3.3. Técnicas e instrumentos.....	68
3.3.1. Actividades.....	68
3.3.2. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	70
3.4. Cobertura del estudio.....	71
3.4.1. Población.....	71
3.4.2. Muestra.....	71
3.4.3. Criterios de inclusión.....	73
3.5. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	74
3.6. Aspectos éticos.....	74
3.7. Análisis e interpretación de resultados.....	75
3.8. Actividades de la preparación del perineo.....	76

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS.

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	78
4.2. Análisis inferencial.....	89

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	95
5.1. Verificación o contrastación de la hipótesis.....	95
5.2. Nuevos planteamientos.....	95
5.3. Fundamento del nuevo aporte.....	100
CONCLUSIONES	102
RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	114

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Características sociodemográficas de mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	78
Tabla 02. Características obstétricas de las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	81
Tabla 03. Características de la preparación perineal en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	82
Tabla 04. Características de la recuperación post parto en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	83
Tabla 05. Complicaciones a corto plazo en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	85
Tabla 06. Complicaciones a mediano plazo en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	88
Tabla 07. Diferencia de medianas en las características de la recuperación post parto en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	89
Tabla 08. Diferencia de proporciones en las complicaciones a corto plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	90
Tabla 09. Diferencia de proporciones en las complicaciones a corto plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	92
Tabla 10. Diferencia de proporciones en las complicaciones a mediano plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	93
Tabla 11. Diferencia de proporciones en las complicaciones a corto mediano plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	94

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01. Histograma del grupo de edades de mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.....	80

INDICE DE ANEXOS

Anexo 01. Ficha clínica.....	115
Anexo 02. Guía para realizar los ejercicios de Kegel.....	118
Anexo 03. Técnica de protección del periné.....	126
Anexo 04. Formulario de consentimiento.....	131
Anexo 05. Validación por jueces.....	132
Anexo 06. Estadístico de fiabilidad de Crombach.....	134
Anexo 07. Autorización para realizar la investigación.....	135

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a Dios, el ser más maravilloso que cuida de mí y mi familia.

A mi familia, quienes constantemente fortalecen mi fe y me enseñan lo que realmente necesitamos para ser felices.

A mis docentes y amigos que estuvieron en los momentos más importantes de mi vida profesional.

La autora

AGRADECIMIENTO

De manera especial expreso mi profundo agradecimiento, en primer lugar, a Dios, quien guía y dirige mi vida para lograr mis metas como profesional.

De igual forma, expreso mis más sinceros agradecimientos a todas las personas e instituciones que han colaborado, de alguna forma, en la realización de la presente investigación, siendo ellos:

La Universidad Huánuco, a la Escuela de Post grado, especialmente a los docentes del doctorado por sus enseñanzas impartidas.

A los profesionales de la salud del Hospital Hermilio Valdizán, por sus aportes en el estudio, asimismo a las mujeres que participaron en el estudio y que permitieron que la recolección de información sea satisfactoria.

Al asesor de tesis, no sólo por las sugerencias, orientaciones y aclaraciones brindadas, sino por el trato cortés con que siempre me atendió y porque continuamente ha compartido palabras sabias de apoyo con la que hemos podido sobrellevar los problemas que se presentaron durante el proceso de esta investigación.

Mi adorada familia, por creer en mí y mantenerse siempre a mi lado, y apoyarme en todas mis decisiones.

A todos ellos ¡Muchas gracias!

La autora

RESUMEN

Objetivo: determinar las diferencias significativas entre la preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio de nivel **aplicativo**; de tipo cuasi-experimental, transversal y prospectivo; el muestreo fue no probabilístico; se utilizó como instrumento, la ficha clínica, el mismo que sirvió para recolectar información sobre las complicaciones a corto y mediano plazo. Para la contrastación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson, para comparar las proporciones en ambos grupos y cuando el 80% de las celdas presentaron frecuencias esperadas superiores a 5. Asimismo se utilizó el estadístico exacto de Fisher, cuando más del 20% de las frecuencias esperadas fueron inferiores a 5. **Resultados:** a través de la prueba U de Mann Whitney se evidenció diferencias estadísticamente significativas en la prevención de complicaciones en el grupo de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía respecto al número de días en que iniciaron la deambulaci3n ($U=342,500$ y $p=0,000$), número de días que sintieron dolor ($U=234,000$ y $p=0,000$), número de veces que requirieron analgésicos ($U=179,500$ y $p=0,000$); a través del Chi Cuadrado, se comprobó diferencias estadísticamente significativas en el sufrimiento de desgarro perineal ($X^2=19,424$, $p=0,000$), grado de desgarro perineal ($X^2=21,948$, $p=0,000$), presencia de laceraciones ($X^2=57,245$, $p=0,000$), presencia de hiperemia ($X^2=104,771$, $p=0,000$), presencia de edema ($X^2=44,868$, $p=0,000$), y presencia

de incontinencia urinaria ($X^2=85,329$, $p=0,000$). A través del Test Exacto de Fisher, se evidenció diferencias estadísticamente significativas respecto al dolor en la zona de episiotomía ($p=0,000$), necesidad de analgésico a causa del dolor ($p=0,000$), y la presencia de hematoma ($p=0,000$) después del parto.

Conclusión: Las complicaciones son mayores en mujeres con uso sistemático de episiotomía, frente a las mujeres que recibieron preparación perineal.

Palabras clave: Parto, periné, episiotomía, prevención, complicaciones, preparación del periné.

SUMMARY

Objective: determine the differences significant between the preparation of the perineum and the use systematic of the episiotomy in the prevention of complications post childbirth in women nulliparous of the Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano of Huanuco-2016. **Materials and methods:** a study of explanatory level; type experimental, longitudinal and prospective; the sampling was not probabilistic; It was used as instrument, the clinical file, which served to gather information about the complications in the short and medium term. For the verification of the hypothesis was used the statistical test Chi square of Pearson, to compare the proportions in both groups and when 80% of the cells had expected frequencies higher than 5. The Fisher exact statistic, was also used when more than 20% of the expected frequencies were lower than 5. **Results.** through test Mann Whitney U showed statistically significant differences in the prevention of complications in the Group of women with perineal preparation and routine use of episiotomy regarding: the number of days they started wandering ($U=342,500$, $p=0,000$), number of days that felt pain ($U=234,000$, $p=0,000$), number of times that required pain killers ($U=179,500$, $p=0,000$); through the Chi square, is found differences statistically significant at the suffering of tear perineal ($X^2 =19,424$, $p=0,000$), degree of tear perineal ($X^2=21,948$, $p=0,000$), presence of lacerations ($X^2=57,245$, $p=0,000$), presence of hyperemia ($X^2=104,771$, $p=0,000$), presence of edema ($X^2=44,868$, $p=0,000$), and presence of incontinence urinary ($X^2=85,329$, $p=0,000$). Through the Test exact of Fisher, is evidenced differences statistically significant respect to the pain in the area of episiotomy ($p= 0,000$), need of

analgesic because of the pain ($p= 0,000$), and the presence of hematoma ($p=0,000$) after the delivery. **Conclusion:** Complications are higher in the pregnant women with routine use of episiotomy compared women who received perineal preparation.

Keywords: childbirth, perineum, episiotomy, prevention, complications, preparation of the perineum.

RESUMO

Objetivo: para determinar as diferenças significativas entre a preparação do períneo e o uso rotineiro da episiotomia na prevenção de complicações após o parto do Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de mulheres nulíparas Huanuco-2016. **Materiais e métodos:** um estudo de nível explicativo; tipo experimental, longitudinal e prospectivo; a amostragem não foi probabilística; Foi usado como instrumento, o arquivo clínico, que serviu para reunir informações sobre as complicações a curto e médio prazo. Para a verificação da hipótese foi usada a estatística teste Chi quadrado de Pearson, para comparar as proporções em ambos os grupos, e quando 80% das células esperava as frequências superiores a 5. A estatística exata de Fisher, também foi usado quando mais de 20% das frequências esperadas foram inferiores a 5. **Resultados:** através do teste U de Mann-Whitney é evidenciadas diferenças estatisticamente significativas na prevenção de complicações no grupo de mulheres com preparação perineal e o uso sistemático da episiotomia sobre o número de dias em que começaram a deambulação ($U=342,500$, $p=0,000$), o número de dias que sentiram dor ($U=234,000$, $p=0,000$), número de vezes que o requerido analgésico ($U=179,500$, $p=0,000$); através da Praça de Chi, encontraram diferenças estatisticamente significativas no sofrimento de lágrima perineal ($X^2 =19,424$, $p=0,000$), grau de lágrima perineal ($X^2=21,948$, $p=0,000$), presença de lacerações ($X^2=57,245$, $p =0,000$), presença de hiperemia ($X^2=104,771$, $p= 0,000$), presença de edema ($X^2=44,868$, $p=0,000$) e a presença de incontinência urinária ($X^2= 85,329$, $p=0,000$). Através do teste exato de Fisher, são evidenciadas diferenças estatisticamente significativo

respeito à dor na área da episiotomia ($p=0,000$), necessidade de analgésico por causa da dor ($p=0,000$) e a presença de hematoma ($p=0,000$) após o parto.

Conclusão: As complicações são mais elevadas em mulheres com o uso rotineiro da episiotomia, frente de mulheres que receberam preparação perineal.

Palavras-chave: parto, períneo, episiotomia, prevenção, complicações, preparação do períneo.

INTRODUCCIÓN

Los diversos estudios respecto al parto, el uso de la episiotomía y sus complicaciones que se realizan actualmente, brindan las suficientes evidencias de que se pretende reducir el intervencionismo, mediante la eliminación de prácticas clínicas innecesarias y al mismo tiempo se procura un mayor protagonismo de la mujer durante su proceso de parto.

La Estrategia se justifica porque la creciente dotación de recursos de los servicios sanitarios ha sido una garantía para proporcionar una asistencia sanitaria adecuada al parto, particularmente en aquellos casos que puedan presentar riesgos o complicaciones, sin embargo, según Castaño¹, “esta misma tecnificación ha promovido que el concepto del parto como proceso natural haya cambiado y se trate como enfermedad y con cierto miedo”. Sin embargo, las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a una atención en el parto respetuoso con la fisiología del mismo y con los deseos, necesidades y derechos de madres, padres y bebés. Reclaman el derecho a vivir esta experiencia como un acto íntimo y familiar que forma parte de la sexualidad femenina, y en las mejores condiciones para ellas y sus criaturas.

Por otro lado, Generalitat de Catalunya² explica que es cada vez mayor el número de profesionales sanitarios que abogan por una atención más humanizada, participativa y consensuada que aporte seguridad y bienestar tanto a la madre como al recién nacido. Ya que en los últimos años, se ha observado una tendencia creciente a utilizar en exceso las tecnologías y realizar intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas, en la atención al parto normal.

Como profesionales sanitarios dedicados a la atención de la mujer durante su proceso de parto, es nuestro deber reflexionar acerca de la realización de determinadas prácticas, que si bien pueden ser necesarias en determinados momentos, no deben realizarse de manera sistemática. Tal es el caso del procedimiento de la episiotomía, puesto que su uso rutinario ha sido cuestionado desde el estudio realizado por Thacker y Banta³ en 1983 hasta nuestros días, demostrando ampliamente que los riesgos de su realización son múltiples y los beneficios aún están por demostrar.

Es por ello que el presente estudio está centrado a comprobar que la preparación del periné a través de los ejercicios de Kegel y la técnica de protección del periné durante el proceso el parto, son la mejor alternativa para que los músculos del periné se encuentren listos para afrontar la salida del neonato evitando la realización de la episiotomía, y con ello se evite cualquier trauma que conlleve a complicaciones graves.

Entonces, teniendo en cuenta los datos objetivos de la práctica clínica, respecto al uso de la episiotomía en el hospital Hermilio Valdizán, me planteé el estudio **“Preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco-2016”** procurando reducir la alta prevalencia de episiotomías a través de la contribución con los resultados del presente estudio.

Para explicar los resultados de la investigación y mejorar su comprensión, el estudio se desarrolló en cinco capítulos: En el Capítulo I, se presenta la introducción, enfocando el planteamiento del problema, la

formulación del problema, la trascendencia teórica, técnica y académica, los antecedentes inmediatos de la investigación y los objetivos.

En el Capítulo II, se explica las referencias teóricas y conceptuales, dando énfasis a los aspectos conceptuales o doctrinarios del tema, las teorías que los sustentan y la definición operacional de las palabras clave.

En el Capítulo III, se presenta la metodología de investigación que contienen: El método y nivel de investigación, el sistema de hipótesis y esquema de diseño; las técnicas e instrumentos, la cobertura del estudio, la validez y confiabilidad de los instrumentos, los aspectos éticos, el análisis e interpretación de resultados y las actividades de la intervención en el estudio.

En el Capítulo IV se exponen los resultados con aplicación estadística, mediante distribuciones de frecuencias, gráficos y la contrastación de las hipótesis.

Y, en el Capítulo V, se discuten los resultados contrastando las hipótesis, presentando nuevos planteamientos y se presenta el fundamento del nuevo aporte. Finalmente se mencionan las conclusiones del estudio y las recomendaciones extraídas a partir de la investigación.

La autora.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema.

Rodríguez⁴, explica que la episiotomía se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más extendidas de nuestra sociedad; ésta ha sido catalogada actualmente como una forma más de intervencionismo en el parto y su uso es frecuente en la medicina mundial. Además, es un procedimiento practicado en distintos países del mundo. Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los Estados Unidos se realiza al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30%; en Europa, Suecia es el país con el porcentaje más bajo con el 9,7% y es de 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán.

En Argentina, Bustamente, Catillo, Saavedra y Schimied⁵ encontró que la episiotomía es realizada a 9 de cada 10 mujeres que dan a luz. En Ecuador Gualán y Guanoluisa⁶ hallaron que la Prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 35,5%, correspondiente a 206 pacientes del total de 580 mujeres embarazadas por primera vez, que acudieron al parto en esta casa de salud.

Salinas⁷, informa que, las episiotomías realizadas a las mujeres nulíparas, es una práctica generalizada en el Perú; la tasa mediana de episiotomía investigadas en 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 o sistemática.

Asimismo, Rodríguez y Sánchez⁸ hallaron que del total de 773 gestantes nulíparas que fueron atendidas de parto vaginal, en el hospital II del MINSA de Tarapoto en el periodo 2010, al 90,04% (696 gestantes) se les realizó la episiotomía y al 9,96 % (77 gestantes) no se les realizó.

En Huánuco, Según reporte del libro de registros de partos⁹, la prevalencia de gestantes primigestas atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán durante el año 2015, fue de un total de 532, de las cuales el 78,9% (420) fueron sometidas a episiotomía y sólo el 21,1% (112) no tuvieron episiotomía. Durante al año 2016, entre los meses de enero a noviembre se presentaron un total de 431 gestantes primigestas, de los cuales el 72,8% (314) fueron sometidas a una episiotomía y el 27,2% (117) no tuvieron episiotomía; datos que muestran que las episiotomías son practicadas sistemáticamente por la gran mayoría de profesionales obstetras del hospital.

En el mismo sentido Pujay¹⁰, a través de su estudio, comprobó que la incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital de Tingo María fue del 94,5%; indicando con ello que la práctica de la episiotomía es habitual en dicho Hospital.

Lo expuesto evidencia que, el uso sistemático de la episiotomía, ha generado muchos estudios científicos en algunos países latinoamericanos; a fin de probar que la episiotomía restrictiva tiene mejores resultados en la disminución de complicaciones que el uso sistemático de la episiotomía; por ejemplo, en Argentina, Quinteros¹¹, Sleep, Grant, García, Elbourne, Spencer y Chalmers¹² evidenciaron que existe un 62% de reducción en el número de episiotomías en mujeres

multíparas, así mismo, en Colombia y Venezuela se realizaron análisis de costo–efectividad dentro de una política de episiotomía restrictiva.

Carroli y Belizan¹³ también expusieron que la episiotomía restrictiva tiene un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria, porque se evidencia un menor riesgo de morbilidad clínicamente relevante, incluidos el trauma perineal posterior, la necesidad de sutura del trauma perineal y las complicaciones en la cicatrización en un lapso de siete días.

Como se evidencia en párrafos anteriores, la episiotomía rutinaria o de uso sistemático, es una intervención que ha generado y genera controversias actualmente, porque dicha práctica se realiza generalmente sin criterio que indique su realización; y partir de ello se presentan las complicaciones; al respecto en España Montes, Gutiérrez y Maldonado¹⁴, encontraron que aproximadamente un 85% de las mujeres que paren vaginalmente sufren algún tipo de trauma perineal, y estos traumas son la principal causa de morbilidad postparto, afectando negativamente la vida de las mujeres a nivel biopsicosocial.

De igual forma, Soriano, Escudero, Jiménez, Scoti, Pardillo y Caño¹⁵, mostraron según datos del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que, en el año 2013, se registró un total de 85% de complicaciones a causa de las episiotomías, siendo el dolor una de las principales complicaciones, presentados en el 42%, otra de las complicaciones fueron los desgarros de grado III y IV que se presentaron en el 7% de las mujeres.

Es entonces cuando surge la necesidad de buscar herramientas efectivas que permitan fortalecer los músculos perineales, con los cuales se obtenga una mejor preparación del perineo, un tono adecuado para ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. Los ejercicios de Kegel y la protección perineal en el proceso del parto, han demostrado ser herramientas claves para contribuir en la atención de un parto sin episiotomía y por tanto prevenir las complicaciones a causa de ellas. Lo que es ratificado por Luque, Ruiz, Merino e Hijona¹⁶, quienes concuerdan que cuanto más esté preparado el periné, existe menos posibilidad de presentar trauma perineal en forma de desgarro, laceraciones, entre otros que ocasionan molestias, incontinencia o dispareunia en las semanas o meses posteriores al parto, alargando así el proceso de recuperación de la mujer.

Por su parte Rojas¹⁷, considera que está demostrado que los ejercicios de Kegel son una herramienta eficaz para fortalecer el suelo pélvico y obtener un mayor control sobre los esfínteres. Asimismo, Peinado¹⁸ a través de su amplia experiencia, ha demostrado que los ejercicios de Kegel son útiles básicamente porque pueden ayudar a reducir la necesidad de practicar una episiotomía, de no ser así, no tendrían la importancia que actualmente se les atribuye y que son la base de la rehabilitación del suelo pélvico, área en la que están interesados y desarrollan su actividad un gran número de profesionales de la salud. Por eso, concluye que las mujeres que realizan estos ejercicios, tendrán partos más fáciles y con menos tendencia a sufrir desgarros.

Teniendo en cuenta la fundamentación presentada, es que se dio inicio al estudio **“Preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco-2016”** y fin de evidenciar el comportamiento de las complicaciones en ambos grupos de estudio y demostrar que la preparación del periné es la mejor alternativa para reducir las altas tasas de prevalencia de episiotomía en nuestro medio.

1.2. Formulación del problema.

¿Existe diferencias significativas entre la preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco-2016?

1.2.1. Problemas específicos:

- a. ¿Existe diferencias entre el número de días en que inician la deambulación las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?
- b. ¿Existe diferencias entre el número de días que sintieron dolor y el número de veces que requirieron analgésicos después del parto las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones

post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?

- c. ¿La presencia de desgarro perineal y el grado de desgarro es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?
- d. ¿La presencia de laceraciones, hiperemia, edema y hematoma después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?
- e. ¿La presencia de dehiscencia y fístula después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?
- f. ¿La presencia de infección después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?
- g. ¿La presencia de incontinencia urinaria e incontinencia de gases después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en

la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?

- h. ¿La presencia de dolor en zona de episiotomía y la necesidad de analgésicos a causa del dolor después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016?

1.3. Trascendencia teórica, técnica y académica.

Trascendencia Técnica.

El presente trabajo de investigación responde a la necesidad de disminuir la elevada cifra de episiotomías sistemáticas que se continúan realizando en nuestro medio, a pesar de que los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud no justifiquen su empleo en más de 10-20% de los partos vaginales con episiotomía.

Además, la importancia radica en mostrar que existen alternativas a su uso que aboguen por una reconducción del parto a un proceso lo más fisiológico posible, que conduzcan a un parto humanizado. Es entonces que entran a tallar los ejercicios de Kegel y la protección perineal durante el proceso del parto, como herramientas efectivas de preparación perineal que conllevan a la prevención de las episiotomías y las complicaciones a corto, mediano y largo plazo, para mejorar la calidad de vida de las mujeres que son madres.

Del mismo modo, se realiza el presente trabajo de investigación, porque se espera motivar a los profesionales de la salud encargados del manejo de los partos, a reconocer que se puede disminuir la elevada prevalencia de episiotomías y con ello evitar el elevado número de complicaciones causadas por dicho uso, si se analiza adecuadamente los criterios que indiquen su realización,

Trascendencia teórica

Además, se evidencia que actualmente la episiotomía constituye una de las prácticas rutinarias mayormente utilizadas en el campo de la Obstetricia y su uso se ha generalizado a la atención de todas las gestantes nulíparas como medida de prevención a traumas perineales, sin embargo, esta medida debe ser cambiada ya que sus beneficios no han sido completamente probados científicamente.

La preparación del perineo no solo creará caminos para la eliminación de la práctica rutinaria de la episiotomía que no tiene beneficios demostrados, sino que también disminuirían considerablemente las complicaciones que su uso presenta y se brindaría una mejor calidad de vida a las parturientas.

Trascendencia académica.

Dar a conocer a los profesionales que se puede acudir a otras alternativas para evitar el uso sistemático de las episiotomías, como los ejercicios de Kegel y la técnica de protección del periné durante el proceso del parto, abrirá en ellos una nueva visión, que les motivará a brindar los servicios de obstetricia no sólo pensando en su labor como profesionales de la

salud, sino pensando también en el bienestar de sus pacientes y brindar una atención con calidad y calidez humana.

Asimismo, este estudio es enriquecedor en el proceso de adquisición de conocimientos tanto para los profesionales como para las mujeres gestantes, pues no existen estudios sobre la presente investigación en la Región Huánuco, por tanto, ésta, aportará claridad sobre dos herramientas importantes como son, los ejercicios de Kegel y la técnica de protección del periné durante el proceso del parto, para evitar el uso sistemático de la episiotomía y con ello las complicaciones que traen consigo.

1.4. Aporte doctoral.

La Tesis Doctoral para optar al Grado de Doctor en Ciencia de la Salud. Es un aporte orientador, porque lo que se busca es que la preparación perineal (a través de los ejercicios de Kegel y la técnica de protección perineal durante el proceso del parto), se convierta en una herramienta clave para evitar el uso sistemático de las episiotomías y prevenir las complicaciones que llevan consigo.

Los ejercicios de Kegel, demostraron ser aliados importantes para fortalecer el suelo pélvico y cada uno de los músculos del periné que intervienen en el proceso del parto.

La técnica de protección perineal durante el proceso del parto, también demostró ser un instrumento útil para evitar los desgarros graves, las maniobras permitieron evitar complicaciones tanto para la madre como para el neonato.

Lo que se espera entonces, es que la preparación del periné, se convierta en un modelo a seguir, que los ejercicios de Kegel sean incluidos en las sesiones de psicoprofilaxis de las gestantes, es decir en el proceso del control prenatal, y que los pasos de la técnica de protección perineal se protocolicen en el proceso del parto, con el objetivo de evitar el uso sistemático de la episiotomía y con ello reducir las complicaciones.

1.5. Antecedentes de la investigación.

1.5.1. Antecedentes internacionales:

En Noruega (2011) Aasheim, Vika, Lukasse y Merete¹⁹ elaboraron el estudio **“Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal”**, con el objetivo de evaluar el efecto de las técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto sobre la incidencia de traumatismo perineal. Se incluyeron ocho ensayos con asignación aleatoria (con 11 651 mujeres) que se realizaron en ámbitos hospitalarios en seis países. Las participantes en los estudios incluidos fueron mujeres sin complicaciones médicas que esperaban un parto vaginal. Concluyeron que hay pruebas suficientes para apoyar el uso de las compresas calientes para prevenir los desgarros perineales. Las mujeres y las matronas encontraron aceptable el procedimiento. A partir de los metanálisis se encontró un efecto significativo del uso de las compresas calientes en comparación con ninguna intervención o ninguna compresa caliente sobre la incidencia de los desgarros de tercer y cuarto grado. También encontraron una reducción de los

desgarros de tercer y cuarto grado con el masaje del perineo versus ninguna intervención; y con "ninguna intervención" en el perineo versus "una intervención" para reducir la tasa de episiotomías.

En Jaén-España (2015) Torres²⁰ efectuó el estudio **“Efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones postparto”**, con el objetivo de conocer la evidencia que existe sobre la efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones Postparto. Realizaron una meta-análisis y dos ensayos Clínicos. Los resultados evidenciaron que el masaje perineal prenatal disminuye la incidencia de traumatismo perineal (sobre todo de episiotomía) y dolor a los 3 meses después del parto. El masaje perineal durante la segunda etapa del parto disminuye la incidencia de traumatismo de 3º y 4º grado y las tasas de episiotomía concomitante con desgarro espontáneo

En Zaragoza-España (2007) Juste, Luque, Sabater, Sanz, Viñerta y Cruz²¹, confeccionaron el estudio **“Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas”**, con el objetivo de identificar las ventajas y desventajas en un grupo de mujeres a las que se ha practicado la episiotomía según un protocolo selectivo, con respecto a las que se les ha practicado episiotomía según un protocolo rutinario en los periodos de dilatación, parto, puerperio y a los tres meses del parto en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Se trató de un estudio prospectivo experimental, realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde abril de 2004 a diciembre de 2005. Se incluyeron

mujeres nulíparas, con feto único, a término y parto eutócico, en el grupo control (episiotomía rutinaria) o el grupo experimental (episiotomía selectiva) de forma aleatoria. Se recogieron variables en la dilatación, parto, puerperio inmediato y puerperio hospitalario mediante observación y entrevista, y a los tres meses posparto mediante entrevista telefónica. Los resultados evidenciaron que se estudiaron 402 mujeres, 202 del grupo control y 200 del grupo experimental. Se realizaron un 83,7% de episiotomías en el grupo rutinario y un 59,0% en el grupo experimental. La duración de los periodos de dilatación y expulsivo fue similar en ambos grupos. La incidencia de desgarros posteriores de I y II grado fue superior en el grupo experimental (30%), frente al grupo control (13,4%) ($p < 0,001$), pero no se presentó ningún caso de desgarros de III y IV grado. No se encontraron diferencias en los resultados perinatales, ni en el puerperio inmediato, pero en el puerperio hospitalario las mujeres del grupo control presentaron más dolor general, aunque leve, al sentarse, con la deambulación, y demandaron más analgésicos. A los tres meses del parto, destaca una mayor incidencia de dispareunia en mujeres con episiotomía ($p < 0,004$). Concluyeron que la práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, o periné poco distensible, en mujeres nulíparas a término, es segura.

En Madrid-España (2010) Romero y Jiménez²² construyeron el estudio **“Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto”** con el objetivo de facilitar medidas preventivas y terapéuticas para las posibles alteraciones del embarazo, el parto y el

posparto. Se trató de un estudio con búsqueda retrospectiva de 10 años en bases de datos sobre prevención, técnicas y tratamientos de fisioterapia. Los resultados evidenciaron que el tratamiento fisioterapéutico aplicado es efectivo y positivo en alteraciones propias del embarazo, tales como dolor lumbar y pélvico, diástasis de los rectos abdominales, distensión del suelo pélvico e incontinencia urinaria; su efectividad también se demuestra en las alteraciones del parto, consiguiendo una disminución del traumatismo perineal. Concluyeron que la práctica regular de ejercicio físico, los estiramientos, la utilización de masoterapia, electroterapia, hidroterapia, termoterapia y fisioterapia respiratoria resultan beneficiosas como prevención y tratamiento de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto.

1.5.2. Antecedentes nacionales:

En Tarapoto-Perú (2010), Rodríguez y Sanchez²³ desarrollaron el estudio **“Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto periodo 2010”** con el objetivo de determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal; realizaron un estudio de Explicativo, de tipo retroprospectivo, de corte transversal; su población estuvo conformada por 194 gestantes (177 conformaron el grupo en estudio y 77 el grupo control). Los resultados evidenciaron que 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% tuvieron una unión no estable con su pareja versus a un 98,70%

respectivamente; el nivel primario 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 ($p>0,05$). Además, comprobaron que 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.

En Sullana-Perú (2005) Albino²⁴, realizó el estudio **“Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana”**, con el objetivo de determinar en gestantes nulíparas con episiotomía y sin episiotomía la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas; para el estudio aplicaron una encuesta y revisión de historias clínicas llegándose a los siguientes resultados. Los resultados evidenciaron que la episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal, más moderado y más intenso que el dolor en mujeres provenientes de parto sin episiotomía. Además, la episiotomía no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, pero si se relaciona significativamente a los desgarros más graves como son de tercer y cuarto grado, mientras que en el parto normal se dan en la modalidad de primer y segundo grado. A pesar de

ello las mujeres episiotomizadas presentan menos laceraciones que las no episiotomizadas. Asimismo, se evidenció que la episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales, dicho procedimiento también se relaciona con una mayor prevalencia de edemas vulvoperineales y agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias.

En Lima-Perú (2001) Casanova y Luna²⁵ elaboraron la investigación titulada **“Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero-agosto 2001”**, con el objetivo de comparar las complicaciones que se presentan con el uso sistemático y el no uso de episiotomía mediolateral. Se trató de un estudio de tipo analítico, prospectivo, de corte transversal; trabajaron con una población de 1341 mujeres gestantes a término, nulíparas que acuden al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la muestra estuvo conformada por 494 gestantes a término. Los resultados evidenciaron que, entre las complicaciones, los desgarros de I° y II° se produjeron con mayor frecuencia en el grupo de no episiotomía; mientras que los desgarros de III° y IV° se presentaron en los que se realizaron episiotomía. Las complicaciones mayores como dehiscencia, hematomas e infección se presentaron en el grupo de pacientes con episiotomía sistemática e indicada. Las pacientes en las que no se realizó la episiotomía fueron más las laceraciones perineales anteriores.

1.5.3. Antecedentes Locales.

En Huánuco (2015) Pujay²⁶ desarrolló es estudio **“Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el “Hospital de Tingo María”– enero-diciembre 2015”**, con el objetivo de determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María. Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, analítico y de corte transversal. Elaboraron un instrumento, con la que recolectaron información en relación a las complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto; la muestra estuvo conformada por 16 gestantes que presentaron complicaciones. Los resultados evidenciaron que la incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas fue del 94,5%, cifra muy elevada en relación a otros países y estudios.

En relación a la variable complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía, el (3,4%) del total de episiotomías realizadas presento complicaciones, pudiéndose, observar que el mayor porcentaje de complicaciones inmediatas correspondió al desgarro de primer grado (46,15%), seguido del desgarro de segundo grado y las hemorragias (23,07%) y el desgarro grado 3 con un (7,69%); y entre las complicaciones Tisulares el hematoma vulvar con un (66,66%) y en menor porcentaje el edema vulvar con un (33,33%). Podemos concluir diciendo que la aplicación de la prueba de hipótesis el estadístico

asociado a CHI CUADRADA fue de 1,93, es decir, menor a 5,99 lo cual estadísticamente significa que se aceptó la hipótesis de investigación nula, que afirma: La aplicación sistémica de la episiotomía no presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María de enero a diciembre del 2015.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo General:

Determinar las diferencias significativas entre la preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

1.6.2. Objetivos Específicos:

- a. Evaluar las diferencias entre el número de días en que inician la deambulación las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.
- b. Comprobar las diferencias entre el número de días que sintieron dolor y el número de veces que requirieron analgésicos después del parto las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

- c. Demostrar que la presencia de desgarro perineal y el grado de desgarro es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.
- d. Probar que la presencia de laceraciones, hiperemia, edema y hematoma después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.
- e. Evidenciar que la presencia de dehiscencia y fístula después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.
- f. Avaluar que la presencia de infección después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.
- g. Mostrar que la presencia de incontinencia urinaria e incontinencia de gases después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en

nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

- h. Comprobar que la presencia de dolor en zona de episiotomía y la necesidad de analgésicos a causa del dolor después del parto es diferente en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

CAPITULO II

2. REFERENCIA TEÓRICA Y CONCEPTUAL.

2.1. Antecedente histórico sobre las episiotomías.

Kamel y Khaled²⁷, explican que el origen de la episiotomía se inició en 1741, cuando en un informe se mencionaba la primera incisión del periné para prevenir desgarro perineal severo. Esto fue descrito por un comadrón, Sir Fielding Oul; este, recomendó su procedimiento para aquellos casos en los cuales la abertura vaginal externa era tan estrecha que el parto se prolongaba peligrosamente.

A partir de ello, a nivel mundial y durante la primera mitad del siglo XX, nos dicen Carroli y Mignini²⁸, es que, los índices de episiotomías aumentaron de manera sustancial, junto con una mayor tendencia de partos en centros hospitalarios e igual participación de los médicos en el proceso de los partos normales sin complicaciones.

Asimismo, informan Aytan, Tapisiz, Tuncay y Avsar²⁹, que durante la década de 1970, casi todas las mujeres primíparas de los países desarrollados tuvieron episiotomías; porque la episiotomía fue libremente realizada hasta finales de 1980, con la convicción de que evitaba el excesivo daño perineal y la relajación del suelo pélvico en etapas más avanzadas de la vida.

Sin embargo, a pesar de dicha libre ejecución, ya desde los años 1970, nos indican Ho, Pattanittum, Japaraja, Turner y Swadpanich³⁰ que su uso rutinario ha sido cuestionado y desde mediados de los años 80, la episiotomía fue sometida a ensayos clínicos randomizados para tratar de establecer una evidencia de base para apoyar o refutar su uso. Dichos

estudios encontraron que el uso de la episiotomía rutinaria en comparación con la restrictiva se asociaba con un mayor riesgo de lesiones del esfínter anal y lesiones rectales. Y fue, a partir de ese momento, cuando la supuesta efectividad de la episiotomía ha sido revisada críticamente.

Por lo que señalan Islam, Hanif y Ehsan³¹, que de esta manera la episiotomía se convirtió en una práctica habitual durante la mayor parte del siglo XX, antes de tener estudios científicos sólidos sobre su efectividad. De hecho, actualmente representa la única práctica obstétrica que se convirtió en una parte del repertorio de intervenciones del parto en función de su teórico valor más que en algún valor demostrado y se ha mantenido una práctica convencional a pesar de una fuerte evidencia empírica que no apoyaba su uso.

Del mismo modo los ensayos continuaban practicándose en los años 90, incluyendo poblaciones más grandes y más variadas con resultados similares. Es cuando según Hartmann, Viswanathan y Palmieri³², también los investigadores comenzaron a evaluar los efectos secundarios a largo plazo como el dolor persistente, defectos del suelo pélvico, la continencia urinaria y rectal, y la función y la satisfacción sexual; debido a estos resultados, se determinó la adopción de una política de uso selectivo y no rutinario de la misma.

Según menciona Woolley³³, a pesar de décadas de investigación que desaconsejaban el uso rutinario, se ha desarrollado poco consenso profesional al respecto y existe gran variabilidad en su práctica, motivada por las normas profesionales locales, las experiencias en la formación y

las preferencias profesionales individuales en lugar de la variación en las necesidades de cada mujer en el momento del parto.

Esta variabilidad, en cuanto a su ejecución a nivel clínico, se ha constatado desde 1987 hasta 1992, ejecutándose desde un 13,3% a un 84,6%, con un promedio de 51% entre partos espontáneos a término en una población registrada de partos sin complicaciones.

También a nivel mundial, los índices informados de su práctica han sido de 62,5% en EE. UU, 30% en Europa y una mayor proporción en América Latina; en Argentina es una intervención rutinaria que se practica en casi todos los partos de mujeres nulíparas y multíparas; en EE.UU, es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes; del 30 % al 35 % de los partos vaginales incluyen episiotomía. Sin embargo, dichas tasas han disminuido desde un 60,9% en 1979 a un 24,5% en 2004.

Pero a pesar de ello, se está convirtiendo en una técnica del pasado, como resultado de los nuevos conocimientos sobre los efectos secundarios de episiotomías. Y con ello la incidencia ha disminuido en muchos países en todo el mundo. En Reino Unido, durante la mitad del siglo XX, la episiotomía era una práctica muy común, cuyas tasas ascendían a un 96% entre las nulíparas y un 71% entre las multíparas; mientras que en el Norte y Europa Occidental las incidencias varían entre 9,7% en Suecia y un 87,3% en España.

De esta manera observamos que la investigación muestra diferencias en las incidencias de la episiotomía entre países, hospitales, y los proveedores de atención médica. También están recogidas en la literatura diferencias en función de si el nacimiento es llevado por una matrona la

incidencia es menor que aquellos llevados por un obstetra. Del mismo modo, la Agencia para la Investigación y Calidad de la asistencia sanitaria sugiere que una tasa de episiotomía para partos vaginales espontáneos debe ser <15%.

2.2. Aspectos conceptuales sobre la preparación del periné.

2.2.1. El periné.

Blandini³⁴, define al periné como a la zona del cuerpo situada en la parte inferior del tronco que forma el fondo de la pelvis. Allí se reúnen una superficie de piel, vísceras, cuerpos eréctiles, músculos, ligamentos y aponeurosis, nervios, vasos y orificios.

Esta zona en las mujeres está atravesada por tres orificios: la uretra, la vagina y el ano.

El periné tiene dos tipos de músculos; el suelo pélvico muscular, que es un conjunto de músculos que forman una especie de suelo. Se disponen en dos niveles uno superficial y el otro profundo. El conjunto de estos músculos tiene la misión de sostener las vísceras de la pelvis menor (Vejiga, útero y recto). El otro tipo de músculos son las que corresponden al orificio de las tres vísceras; los esfínteres de la uretra y el ano, los músculos del recto y los pilares de la vagina.

2.2.2. El periné y el parto.

El parto es el conjunto de fenómenos que permiten la salida del feto fuera del cuerpo materno. Durante su transcurso, la atención más importante se centra en el bebé. Pero la fase final llamada expulsivo, pone a prueba el periné de la madre.

Blandine³⁵, señala que el parto se desarrolla en dos fases, la primera se llama dilatación, que es donde el útero experimenta contracciones de características reconocibles, esas contracciones recorren el útero desde el fondo hasta la zona del cuello que al principio es grueso y está cerrado. Progresivamente, se consigue la dilatación del cuello y su borramiento completo, el útero y la vagina también dilatan, forman un canal continuo, esto requiere un periodo de tiempo variable.

Las contracciones empujan el feto hacia abajo, y este, franqueando el estrecho superior, penetra la pelvis menor y decimos que está encajado; si es la cabeza lo que se presenta por delante, va a orientarse girando para adaptar su volumen a los diámetros de la pelvis menor, mientras progresa hacia el estrecho medio y después al inferior. Al final la cabeza se apoya sobre el último paso a franquear; el periné.

Entonces entramos a la segunda fase del parto, llamado expulsivo, donde la presión de la cabeza sobre el suelo pélvico produce una contracción refleja del útero: es el reflejo expulsivo, donde la mujer tiene ganas de empujar, las contracciones uterinas se hacen casi incontrolables. Esta presión de la cabeza junto con las contracciones provoca la **ampliación del periné**, que tiene lugar en dos etapas: primero la posterior y después la anterior, es la última etapa antes del nacimiento del bebé.

El periné puede sufrir traumatismo durante el parto, lo que depende del número de partos, del peso del bebé al nacer, pero depende esencialmente del modo en que el bebé sale.

Existen factores como las salidas, que pueden ser, muy rápidas o muy largas; el gran número de pujos con inspiración bloqueada, más de 8, no utilizar el reflejo expulsivo, si se ejerce presión manual del útero; factores que si se acumulan, pueden impedir la ampliación del periné y ser el origen de desgarros y hundimientos.

La episiotomía si se hace demasiado tarde y es demasiado pequeña, no evita en nada el riesgo de traumatismo, se corre el riesgo de lesionar ligamentos: ligamentos redondos, ligamentos útero-sacros, ya de por si sometidos a estiramiento durante el embarazo. Los planos de adherencia: por ejemplo, la fascia de Halban entre vejiga y vagina. Planos de aponeurosis: aponeurosis media perineal. Músculos: músculos de los esfínteres que pueden ser aplastados por la cabeza fetal, o músculos del suelo pélvico, que pueden desgarrarse, especialmente el haz pubrectal del elevador y finalmente el núcleo fibroso del periné.

2.2.3. Preparación del periné.

El embarazo y el parto son pruebas de resistencia física para el cuerpo de la mujer, son nueve meses de cambios hormonales, de peso, molestias, es por ello que las mujeres deben cuidar su cuerpo y entrenarlo de forma efectiva y segura. Del estado físico dependerá que disfruten con salud, de un buen embarazo y que lleguen al parto en buena forma.

La clínica Filmo³⁶, considera que las primeras doce semanas de gestación son un período en el que el ejercicio físico debe de ser siempre controlado, una vez superado el primer trimestre, si el

ginecólogo no ve ningún problema, se debe empezar a hacer el tipo de ejercicio preparto que más prefiere, siempre de la mano de profesionales cualificados para llevar el entrenamiento de forma segura en una mujer gestante.

Los ejercicios preparto son decisivos en la preparación del periné ya que lo que se busca es tonificar los músculos del suelo pélvico que intervienen en el parto facilitando el alumbramiento.

Blandine³⁷, considera que la necesidad de ejercitarse durante el embarazo y prepararse para el parto, tiene una justificación importante, esto es debido a que durante el embarazo hay un cambio hormonal, dicho cambio hormonal, hace que el tejido conjuntivo en su conjunto se vuelva menos resistente, lo que afecta al tejido conjuntivo de los músculos, comprendidos los del suelo pélvico. Además, se añade a eso peso creciente del útero grávido, que se apoya en la pelvis menor, lo que hace pensar que la región del periné pesa, y que está distendida; entonces surge la necesidad de trabajar regularmente en esa musculatura, realizando ejercicios que permitan estimular la musculatura del suelo pélvico, ya que esto permite mantener en buen estado tónico los músculos. Y este estado es la mejor preparación del tejido muscular para adaptarse a la compresión y el estiramiento del día del parto.

2.2.4. La preparación del periné a través de los ejercicios de Kegel.

Jiménez³⁸, aclara que el mejor tratamiento es la prevención, el tono y elasticidad del periné pueden modificarse con técnicas de preparación

perineal y uno de los aliados durante el embarazo para facilitar el parto vaginal son los ejercicios de Kegel.

En los últimos meses del embarazo, es importante preparar la musculatura del suelo pélvico para el momento del parto, con el fin de tonificar y flexibilizar estos músculos e intentar disminuir el daño que pueda ocasionar el parto. Al igual que los brazos y las piernas, el suelo pélvico se compone de la llamada musculatura esquelética, que se puede activar de forma voluntaria. Por ello, existe la posibilidad de ejercitar estos músculos, reforzándolos de la misma manera que otro tipo de gimnasia muscular.

Los ejercicios de Kegel fueron inventados por el Dr. Arnold Kegel (sexólogo estadounidense) en 1940 para mejorar el tono del músculo pubococcígeo.

Hay varias maneras de realizar los ejercicios de Kegel, pero todos se basan en contraer y relajar el músculo pubococcígeo o PC (también conocido como músculo del suelo pélvico) en repetidas ocasiones, con el objetivo de incrementar su fuerza y resistencia, y así prevenir o evitar la incontinencia urinaria y otros problemas relacionados.

Los beneficios de realizar los ejercicios de Kegel son de gran trascendencia ya que ayudan a: eliminar o evitar la incontinencia agravada por el peso del bebé sobre tu vejiga durante el embarazo, facilitar el parto al producirse menos desgarros (y posiblemente evitar una episiotomía) con menor dolor tras el parto, incrementar la circulación sanguínea en la zona rectal, ayudando a curar más rápidamente un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de

hemorroides, evitar el prolapso (salida de sitio) del útero, vejiga y otros órganos de la zona, después de tener un bebé, asimismo ayuda a volver a las actividades normales después del parto sin temor a la incontinencia cuando se realiza actividades como: reír, toser, estornudar o saltar y finalmente incrementar el placer sexual porque son esenciales para tonificar los músculos vaginales y volver a una vida sexual normal tras el parto.

La técnica, consiste realizar pasos importantes como; sentarse manteniendo la espalda en una posición neutra, ni demasiado relajada ni demasiado rígida, y contrae la zona perineal como si tuvieses ganas de hacer pis y quisieras cortar la micción, sintiendo que se cierra los esfínteres, sujetando y elevando los órganos de la pelvis, sin forzar.

La contracción siempre debe ser de ligera a moderada, pues no buscas la máxima fuerza con ella.

Asimismo, si no se reconoce el suelo pélvico, se debe asegurar que es el correcto, colocando el dedo índice sobre los huesos situados a ambos lados del pubis y contraer la zona perineal.

Si la gestante lo hace bien, entonces notará una ligera tensión bajo tus dedos. Por el contrario, los signos derivados de una mala técnica son la sensación de empuje al contraer la musculatura perineal, el abombamiento de la zona baja del abdomen, sentir presión sobre el suelo pélvico y no notar movimiento en la zona – se recomienda que se practique frente a un espejo para ver como la pelvis asciende ligeramente al contraerse.

Siempre que no se perciba bien la contracción, se debe acudir a un profesional de obstetricia para que ayude a la gestante a practicarla.

Hay ocasiones en que la zona está muy débil y ciertas posturas no son recomendables; también en segundos embarazos, si ya se practicó una episiotomía y hay una fibrosis, sería necesario tratarla para que la contracción sea efectiva

2.2.5. La preparación del periné a través de la protección del periné durante el proceso del parto.

Montes, Gutiérrez y Maldonado³⁹ coinciden en mencionar que, en la gran mayoría de partos por vía vaginal, aparece algún tipo de daño en el periné, aun tratándose de partos eutócicos. Y por ello actualmente, se utilizan diferentes técnicas de intervenciones perineales para prevenir el traumatismo.

Por otro lado Aasheim, Vika, Lukasse y Merete⁴⁰, explican que el traumatismo perineal puede ocurrir espontáneamente o ser el resultado de una incisión quirúrgica del perineo llamada episiotomía. Para retardar el parto y permitir que el perineo se estire lentamente para prevenir la lesión perineal se utilizan diferentes técnicas e intervenciones perineales. Las matronas en Noruega y los asistentes del parto utilizan ampliamente el masaje perineal, las compresas calientes y diferentes técnicas de tratamiento perineal.

En el presente estudio se utilizó la técnica de protección perineal, la misma que incluye a la técnica de soporte manual, donde se hace uso de las habilidades, destrezas y experiencia que tienen los profesionales de obstetricia.

Esta, consiste en mantener la flexión de la cabeza fetal durante su salida, ejerciendo presión sobre el occipucio en dirección descendente, hacia el periné, evitando la extensión de la cabeza hasta la coronación, y la protección del periné situando la otra mano sobre esta estructura sujetándola. Esta técnica permite frenar la salida de la cabeza permitiendo la extensión del periné para reducir trauma. También está integrada a la técnica protección perineal, la técnica expectante, manos fuera, que consiste estar con actitud expectante, para ejercer una leve presión o soporte de la cabeza, en caso de que ésta salga de manera demasiado rápida.

La realización de las técnicas se da por niveles:

Abertura, cuando completa la dilatación el cuello uterino, la gestante de una manera espontánea siente ganas de pujar, de una manera continua y sostenida, debido a que, la cabeza fetal sobresale a través del cérvix dilatado y presiona sobre el recto.

Elasticidad, cuando la cabeza asome por la vulva, se distiende la vulva y el periné, lo suficiente para abrir el introito vaginal, hasta un diámetro de 5 cm o más denominado la cabeza fetal esta coronando o momento de la coronación. (Cuando sale la cabeza).

Ablandamiento, colocar la palma de la mano derecha con un apósito, sobre el periné y presionar, la detención se ejercitará a nivel de la horquilla entre los dedos índice y pulgar. La presión sobre el perineo es con el objetivo de frenar la salida rápida y brusca del feto y lesione el perineo.

Estiramiento, con la mano izquierda, conducir el occipital hacia la vulva y realizar la flexión de la cabeza para mantener el diámetro y es el momento en que el profesional indique a la paciente que no empuje enérgicamente, sino un débil jadeo. (Respiración jadeante), para que de esta manera se maniobre con esta mano el desprendimiento de los parietales y permitir la extensión de la cabeza y con la mano que se protege el periné, se realiza el deslizamiento lento y delicado del periné para liberar la cara fetal del introito vaginal

2.3. Aspectos conceptuales sobre la episiotomía.

2.3.1. Definición.

La episiotomía según Cunningham⁴¹, es la incisión quirúrgica en la zona del periné femenino que se realiza durante el parto y comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, ésta se realiza con el fin de ampliar el canal el orificio vulvar y protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales y apresurar la salida del feto.

La incisión de la episiotomía 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.

Se atribuye la primera descripción del término episiotomía a Fielding Ould, una enfermera obstétrica de Dublín, en 1742. Asimismo, describió por primera vez la episiotomía medio lateral, en Francia Dubois en 1847. Autores que consideraban el uso de la episiotomía para prevenir el daño perineal, la relajación del piso pélvico y la

protección al feto de injurias. Esa visión permaneció hasta los años 80 donde se practicaba la episiotomía rutinaria de forma sistemática; hasta que apareció la primera revisión de Banta y Thacker sobre los beneficios y riesgos de la episiotomía, seguido del primer estudio aleatorizado de Sleep y cols en 1984, donde no se encontró evidencia para fundamentar los beneficios propuestos para el uso sistemático de la episiotomía, sino más bien se evidenció que su reparación no es fácil, el dolor postoperatorio es mayor y la cicatrización no mejora en comparación con un desgarro, es entonces donde se empezó a cuestionar los beneficios alegados del uso rutinario de la episiotomía. En la actualidad los estudios de Casanova⁴², han demostrado que los desgarros más graves, los de grado III y IV, se producen cuando las mujeres son sometidas a episiotomía y las complicaciones son mayores que en la mujeres que no se les practica una episiotomía; entonces está demostrado que el uso sistemático de la episiotomía no está fundamentada teóricamente, por tanto se concluye que la episiotomía debe ser usada sólo para aliviar el distress materno fetal, o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso.

2.3.2. Indicaciones y clasificación.

Hueston⁴³, nos señala que la episiotomía se realiza con mayor frecuencia en pacientes nulíparas y se justifica cuando se requiere mayor espacio (distocia de hombros o parto podálico) o en casos en que, por las características del periné, se sospeche la posibilidad de una laceración perineal significativa si no se realiza. A continuación,

se enumeran algunas de las indicaciones más frecuentes Nuliparidad; Parto pre-término; Distocia de hombros; Macrosomía fetal; Parto podálico; Parto instrumental; Variedades posteriores; Presentaciones cefálicas deflejadas y riesgo significativo de laceración mayor.

Respecto a la clasificación de la episiotomía, de acuerdo a su posición en relación con la línea media puede ser: lateral, mediana y oblicua o mediolateral.

La episiotomía lateral resulta cuando la incisión se hace lateral al orificio vulvar formando un ángulo recto con la línea media, generalmente se hace bilateral y en la actualidad se encuentra en desuso.

La episiotomía mediana se efectúa sobre la línea media, desde la comisura vulvar posterior u horquilla vulvar hasta el esfínter anal.

La episiotomía oblicua o mediolateral es cuando la incisión se extiende desde la horquilla vulvar y penetra dentro del periné hacia abajo y afuera formando un ángulo de 45° con la línea media en dirección de la tuberosidad isquiática.

2.3.3. Aplicación y técnica.

Hueston⁴⁴, indica que el momento oportuno para realizar la incisión es muy importante, pues, si se realiza "tempranamente", la pérdida sanguínea puede ser importante, sobre todo en caso del medio lateral, y, por el contrario, si se realiza "tardíamente", la distensión de los músculos perineales ha podido ser tal que no puede evitarse su desgarró, propósito capital de la técnica.

Este momento se reconoce objetivamente, observando que la presentación apoyada ya en el piso pélvico en estación de +2, al final o inicio de una contracción distiende y adelgaza la cuña perineal, entreabriendo el ano y la horquilla vulvar a través de la cual se visualiza un diámetro de 3 ó 4 cm de la presentación fetal. Es recomendable realizar el corte un poco antes de la contracción siguiente de manera que las manos estén libres para ejecutar las otras maniobras destinadas a proteger el periné y el desprendimiento de la presentación fetal; además si la incisión es realizada en el momento de la contracción, llegaría a ser prolongada por la presión de la presentación al distender la cuña perineal.

Para realizar el corte, puede usarse el bisturí, pero, se aconseja el uso de tijeras especialmente diseñadas, que se reconocen fácilmente, primero porque su hoja anterior o interna termina en un borde transversalmente romo, que, al no ser punzante, evita penetrar y lesionar inadvertidamente la luz rectal; y segundo, por la angulación pronunciada que sus hojas tienen con relación al mango, permitiendo la realización del corte cómodo del cuerpo perineal abarcando entre ellas.

Se recomienda la anestesia local infiltrativa, con lidocaína simple al 1%, un volumen casi nunca superior a los 10 cc, que se aplican breves segundos antes de la realización de la incisión, teniendo el cuidado de infiltrar todo el trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal.

El momento de realizar la Episiorrafia es posterior al alumbramiento; primero porque el obstetra se obliga a estar pendiente de la evolución de este período crítico del parto y retirar la placenta inmediatamente se realice el descenso de la misma evitando un sangrado retroplacentario excesivo; segundo no se obliga a interrumpir el procedimiento para retirar y revisar la placenta y sus anexos; y tercero, en el caso de tener que realizar extracción manual no existe riesgo de lesionar la rafia.

2.3.4. Desventajas de la episiotomía.

La práctica de la episiotomía no está exenta de riesgos y por el contrario algunos estudios realizados por Combs, Murphy y Laros⁴⁵, han demostrado que constituye un factor de riesgo para la presentación de hemorragia postparto (HPP). La episiotomía medio lateral incrementa el riesgo de HPP 4,8 veces mientras que la episiotomía mediana incrementa el riesgo OR de HPP en 1,6 veces.

Thorp, Bowes, Brame⁴⁶, mencionan otras probables complicaciones asociadas a la episiotomía son los hematomas y la infección, que pueden llevar a dehiscencias, abscesos y posteriormente a fístulas recto-vaginales. También suele presentarse dispareunia postparto hasta en el 12 % de las pacientes.

El estudio de Belizán en Argentina demostró una reducción cercana al 60% en las complicaciones y en la aparición de dehiscencia en la primera semana post parto cuando las pacientes fueron asignadas al manejo restringido de la episiotomía.

Los estudios de Buchan y Nicholls⁴⁷, reportan que la episiotomía produce mayor dolor en la primera semana postparto y en ellos, se evidenció que los desgarros perineales espontáneos de segundo grado duelen menos que la episiotomía. Las pacientes que se quejaron de mayor dolor fueron aquellas que sufrieron desgarros grado III y IV, cabe resaltar que 52 de 53 desgarros severos se presentaron asociados a la práctica de la episiotomía.

Klein, Gauthier, Robbins⁴⁸, encontró que las pacientes sometidas a episiotomía retardan el inicio de la actividad sexual comparada con pacientes post cesárea y con desgarros espontáneos, aunque luego de 12 semanas post parto no existen diferencias significativas en la actividad sexual de las pacientes.

Otra desventaja de la episiotomía es el coste sanitario que acarrea; Hueston⁴⁹, nombra que según un estudio realizado por la Agency for Health Care Policy Research, el gasto sanitario extra a expensas de la episiotomía es de 351 millones de dólares cada año en Estados Unidos. Por su parte Carroli y Belizán⁵⁰, estimaron un ahorro entre 6,5 y 12 dólares por parto, sólo estimando el gasto de material de sutura. Si hacemos números, es impresionante el ahorro que podríamos obtener en un país como Venezuela, con 574,000 nacimientos al año y con tasas de episiotomías que superan el 80%.

2.3.5. Complicaciones de la Episiotomía.

A. Complicaciones a corto plazo.

La prolongación de la incisión, se entiende como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión,

pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4 cm en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de Episiotomía. En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada.

La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta al recto. En el caso del medio lateral la extensión es hacia los planos profundos donde el compromiso del elevador es mayor, imponiendo una reparación muy cuidadosa.

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

Los desgarros perineales se clasifican en grados que van del I al IV. Teniendo en cuenta las estructuras que se comprometen, son desgarros de Grado I, donde se compromete piel y/o mucosa vaginal; el grado II, compromete piel, mucosa, músculos perineales superficiales respetando el esfínter externo. Frecuentemente suele observarse el compromiso de las paredes laterales de la vagina, dando

lugar a una lesión triangular debida a la retracción de los músculos perineales superficiales; el grado III, compromete el esfínter externo del ano y el grado IV, compromete la mucosa anal.

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

El sangrado, se presenta en caso de medio lateral que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento.

Los hematomas, estas están asociados casi siempre a los medios laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvoperineales por desgarros.

El dolor, se presenta cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías.

La hiperemia, es el 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 un área.

Los edemas, se presentan con aspectos tumefactoso, con una acumulación excesiva de líquidos en los tejidos.

B. Complicaciones a mediano plazo.

La infección, ésta aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gram negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.

La dehiscencia, actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.

C. Complicaciones a largo plazo.

La fibrosis, son las incidencias más frecuentes con medios laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir Dispareunía.

Las fistulas, aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria

2.4. Teoría que sustenta la investigación.

2.4.1. Teorías del método profiláctico.

Es una teoría planteada por Soto, Cabrera, Teuber y Cabrera⁵¹, quienes ratifican que la preparación psicoprofiláctica para el parto, se basa en la demostración científica de que el parto es un fenómeno natural. El método psicoprofiláctico no utiliza drogas, anestésicos ni hipnóticos; su propósito es enseñar a parir a la embarazada. Para lograrlo requieren su participación activa, confiada e inteligente y, por consiguiente, respeta e inclusive estimula su estado de vigilia y atención. Con este procedimiento se sustituye a la mujer pasiva y entregada al dolor (que dificulta con sus reacciones negativas el proceso normal del parto) por una mujer activa, perseverante, tranquila y entregada a la tarea de cooperar con su mente, sus músculos y su respiración.

En esencia, el método consiste en informar e instruir sobre la conducta que la mujer debe seguir durante el parto, y ejercitarla durante las últimas semanas de su embarazo en las actividades que debe asumir a medida que avanza el trabajo de parto y se acerca el momento tan esperado y anhelado por la mujer y su acompañante. Lo más importante no son los ejercicios físicos en sí, sino, la preparación psíquica. Esta preparación es como un ensayo cotidiano del parto. Los ejercicios permiten una preparación muscular fisiológica que ayuda a la realización correcta del parto. Los familiares más cercanos a la embarazada y la pareja deben participar en el proceso, apoyarla en sus esfuerzos de aprendizaje, y estimularla a continuar evitando las influencias psicológicas negativas que la rodean.

2.5. Definición operacional de las palabras claves⁵².

- **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.
 - **Complicaciones a corto plazo:** Son aquellas que se presentan en el puerperio inmediato como desgarros, laceraciones, hematomas y edemas.
 - **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.
- **Nulípara:** Mujer embarazada por primera vez.
- **Perineo:** región anatómica del extremo inferior del tronco, entre los muslos. Sobre la superficie del cuerpo está limitada hacia adelante por el monte de venus, hacia atrás por las nalgas, y lateralmente por las caras medianas de los muslos. En profundidad está limitado hacia adelante por el arco pubiano y el ligamento arqueado hacia atrás por el extremo del cóccix y hacia los lados por las ramas isquiopubianas y los ligamentos sacrociáticos mayores.
- **Complicaciones:** son sucesos patológicos que sobreviene en el curso de una intervención sin ser propio de ella y que determina una agravación de la puérpera o contribuye en el riesgo de su salud.

- **Laceraciones:** Desgarro o herida desgarrada.
- **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.
- **Edema:** Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo.
- **Infección:** Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.
- **Dehiscencia:** Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica.
- **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.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

3.1. Método, nivel y tipo de investigación.

3.1.1. Método de investigación.

El método utilizado en el estudio, según Sampieri⁵³, fue de tipo **inductivo-deductivo**, porque a través del método científico se obtuvo conclusiones generales a partir de premisas particulares; es decir se observó el comportamiento de cada una de las variables de interés (Las complicaciones post parto y la preparación perineal, el uso sistemático) desde su propia naturaleza y con la intervención requerida, observando y registrando los hechos que fueron analizados minuciosamente, alcanzando conclusiones importantes para el estudio.

3.1.2. Nivel de Investigación.

Supo⁵⁴, indica que el estudio cumple con la clasificación de nivel **aplicativo**, porque, plantea resolver problemas de la vida cotidiana y controlar situaciones prácticas en el campo de la obstetricia.

3.1.3. Tipo de Investigación.

Según la intervención del investigador en el fenómeno que estudia, fue un estudio de tipo **experimental** porque el investigador intervino sobre las variables de interés.

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de interés, fue de tipo **transversal**, porque la variable de interés

fueron medidos en un solo momento en las mujeres con preparación perineal y mujeres con uso sistemático de episiotomía. Según la planificación de la toma de datos, fue de tipo **prospectivo**, porque la información se recogió a propósito de la investigación (datos primarios, a través de una ficha clínica).

3.2. Sistema de Hipótesis, variables y esquema de diseño.

Hipótesis.

General

Ho: No existe diferencias significativas entre la preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi: Existe diferencias significativas entre la preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Específicas:

Hi₁: Existe diferencias entre el número de días en que inician la deambulaci3n las mujeres con preparaci3n perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevenci3n de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi2: Existe diferencias entre el número de días que sintieron dolor y el número de veces que requirieron analgésicos después del parto las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi3: Existe diferencias en la presencia de desgarro perineal y el grado de desgarro en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi4: Existe diferencias en la presencia de laceraciones, hiperemia, edema y hematoma después del parto en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi5: Existe diferencias en la presencia de dehiscencia y fístula después del parto en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi6: Existe diferencias en la presencia de infección después del parto en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post

parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi7: Existe diferencias en la presencia de incontinencia urinaria e incontinencia de gases después del parto en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

Hi8: Existe diferencias en la presencia de dolor en zona de episiotomía y la necesidad de analgésicos a causa del dolor después del parto en las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2016.

3.3. Diseño de la investigación.

El diseño del estudio fue **cuasi-experimental**, en vista que se trabajó con dos grupos distintos, un grupo en el que intervino (mujeres con preparación perineal) y un grupo de comparación (Mujeres con uso sistemático de episiotomía), se realizó mediciones posteriores a la intervención en ambos grupos; y la asignación de la muestra no fue aleatoria.

Diagrama del diseño:

G₁ X O

G₂ - O

Dónde:

G₁: Grupo de intervención (Mujeres con preparación perineal).

G₂: Grupo de comparación (episiotomía sistemática).

X: Intervención a través de la preparación perineal (Ejercicios de Kegel)

O: Observación (evaluación de las complicaciones después del parto)

3.4. Sistema de variables e indicadores.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE					
COMPLICACIÓN POST PARTO	Suceso patológico que sobreviene luego del parto con o sin episiotomía sin ser propio de ella y que determina una agravación de la puérpera poniendo en riesgo su salud	Dolor	Sensación física desagradable y localizada provocada por el parto	Presencia de dolor	Nominal
		Sufrimiento de desgarro	Lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.	Presencia de desgarro	Nominal
		Grado de desgarro	Extensión de la lesión ocasionada durante el parto. Primer grado, cuando afecta solamente a una pequeña parte del periné; de segundo grado, cuando afecta a la musculatura y llega hasta el esfínter externo del ano, y de tercer grado, cuando afecta al esfínter anal.	Presencia del grado de desgarro	Nominal
		Laceraciones	Perdida de la continuidad del canal de parto o cavidad uterina	Presencia de laceraciones	Nominal
		Hiperemia	Aumento en la irrigación a un órgano o tejido.	Presencia de hiperemia	Nominal
		Edema	Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo.	Presencia de edema	Nominal
		Hematoma	Derrame sanguíneo que se produce en el espesor del tejido conectivo perivaginal o perivulvar sin ruptura, por lo menos al	Presencia de hematoma	Nominal

			comienzo de los planos superficiales			
			Dehiscencia	Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica.	Presencia de dehiscencia	Nominal
			Fístula	Una Fístula es la unión anormal de dos partes del tejido del cuerpo.	Presencia de fístula	Nominal
			Infección	Invasión del cuerpo por agentes patógenos y reacción de los tejidos frente a aquellos y sus toxinas.	Presencia de infección	Nominal
VARIABLES DEPENDIENTES						
PREPARACIÓN DEL PERINEO	Los ejercicios de Kegel	Son ejercicios de contracción del músculo pubocoxígeo, son unos ejercicios destinados a fortalecer los músculos pélvicos.	Preparación para los ejercicios	Encontrar los músculos del piso pélvico. Vacía la vejiga antes de hacer los ejercicios. Tensionar los músculos del piso pélvico. Encontrar la posición cómoda.	Preparación adecuada	Nominal
			Realización de los ejercicios	Apretar los músculos del piso pélvico durante 5 segundos. Relajar los músculos durante 10 segundos Repetir los ejercicios 10 veces. Aumentar el tiempo hasta que llegue a repeticiones de 10 segundos. Hacer ejercicios de Kegel hacia adentro.	Ejercicios adecuados	Nominal
			Resultados de los ejercicios	Hacer los ejercicios al menos 3 o 4 veces al día. Incluye los ejercicios en tu rutina ocupada.	Resultados adecuados	Nominal

				Realizar los ejercicios regularmente y esperar los resultados en 3 meses		
	Técnica de protección del periné	Es despertar al perineo, estirándolo, ablandándolo y dándole más elasticidad para que en el momento del parto se pueda abrir.	Nivel de Estiramiento	Alargar, dilatar el perineo tirando de sus extremos.	Estiramiento	Nominal
			Nivel de Ablandamiento	Disminuir la dureza del perineo, poniéndolo blando.	Ablandamiento	Nominal
			Nivel de Elasticidad.	Propiedad del perineo de recobrar su extensión y figura inicial tan pronto como termine el parto.	Elasticidad.	Nominal
			Nivel de Abertura	Hendedura del perineo que permite la salida del bebé.	Abertura	Nominal
Uso sistemático de la episiotomía.	Incisión quirúrgica sistemática del orificio vulvar con finalidad de facilitar el paso del recién nacido.	Episiotomía central	Se extiende desde la horquilla vulvar hasta las proximidades del esfínter anal, en sentido vertical.	Central	Nominal	
		Episiotomía medio lateral	Se extiende desde la horquilla vulvar hacia el isquion en un ángulo de 45 grados, en sentido diagonal.	Medio lateral	Nominal	
		Episiotomía lateral	Se realiza partiendo desde afuera de la comisura vulvar hacia el tercio inferior del labio mayor en sentido horizontal	Lateral	Nominal	

3.5. Técnicas e instrumentos.

3.5.1. Actividades.

- En primer lugar, se capacitó al personal que se encargó de administrar las fichas clínicas (aplicadores del instrumento) y los que se encargaron de la preparación perineal de las mujeres a través de los ejercicios de Kegel y la técnica de protección perineal.
- Para acceder al ámbito de estudio, se pidió el permiso respectivo a la Dirección del Hospital Regional Hermilio Valdizán y a la Jefatura del Servicio de Obstetricia.
- Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, se seleccionaron aleatoriamente desde el registro del libro de control prenatal, las gestantes que participaron en el grupo de mujeres con preparación perineal (79) y con uso sistemático de episiotomía (79),
- Las gestantes nulíparas fueron seleccionadas durante los meses de enero a abril del libro de registros de control prenatal (con 28 semanas de gestación) hasta completar la muestra según la fórmula que se empleó.
- Para que la selección de las mujeres fuera aleatorio, se tuvo en cuenta el número de orden en la que se encontraban cada una de ellas en el libro de registros y se realizó un sorteo para determinar quiénes participarían en el grupo de mujeres con preparación perineal y en el grupo de mujeres con uso sistemático de episiotomía.

- El proceso de preparación perineal tuvo una duración de tres meses, en la cual las mujeres realizaron los ejercicios de Kegel dos horas diarias de martes a viernes.
- Posterior a la culminación de la preparación perineal, se realizó el seguimiento a las gestantes para estar presente durante el proceso del parto y completar el proceso de preparación perineal con la técnica de protección del periné y evitar las episiotomías y sus complicaciones.
- Posteriormente se registró la información en la ficha clínica.
- Las mujeres seleccionadas para el uso sistemático de la episiotomía, no recibieron ninguna preparación perineal, sólo lo rutinario en las gestantes que asisten a sus controles prenatales.
- Sin embargo, se realizó el seguimiento de cada una de ellas para estar presente en el proceso de parto y observar si son sometidas o no a una episiotomía, para luego hacerles el seguimiento y evidenciar las complicaciones.
- Posteriormente se registró la información en la ficha clínica.
- Consecutivamente se realizó el control de calidad de las fichas clínicas, con el objetivo de tener información completa y veraz.
- Finalmente se realizó el procesamiento de los datos través del programa SPSS para Windows versión 20, y se inició el informe final de tesis.

3.5.2. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

- **La fuente que sirvió para recolectar** la información fue la Historia clínica, la misma que es un documento privado, que registra de manera cronológica el estado de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos como datos del proceso del parto, las complicaciones del parto y otros datos importantes para el estudio que conllevan a garantizar una atención de calidad al usuario.
- **La técnica de recolección de datos** que se empleó fue el análisis de contenido, que es una técnica que permite reducir y sistematizar cualquier tipo de información acumulado (Historias clínicas, documentos escritos, films, grabaciones, etc.) en datos, respuestas o valores correspondientes a variables que investigan en función de un problema.
- **El instrumento fue la ficha clínica**, fue un documento de utilidad para la investigación, constó de 28 ítems que permitieron registrar datos importantes de las mujeres que participaron en ambos grupos de estudio como: **(Anexo 01)**

Las características sociodemográficas de las pacientes como: el número de la Historia Clínica, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la ocupación.

Las características obstétricas como, la edad gestacional al momento del parto, la realización de episiotomía y el tipo de episiotomía.

Datos sobre la preparación del periné, si recibieron dicha preparación, el número de veces que la recibieron.

Datos sobre la recuperación post parto como; el número de días en que empezaron a deambular después del parto, número de días que sintió dolor después del parto y número de veces que le aplicaron analgésico a causa del dolor.

Datos sobre las complicaciones a corto plazo como; si sufrió desgarro, el grado de desgarro, dolor en zona de episiotomía, necesidad de analgésico a causa del dolor, presencia de laceraciones, hematomas, hiperemia, edemas, dehiscencia y fístulas.

Datos sobre las complicaciones a mediano plazo como; la presencia de infección después del parto, y la presencia de algún tipo de incontinencia.

3.6. Cobertura del estudio.

3.6.1. Población y casos.

La población estuvo conformada por 470 gestantes, que fue el total de mujeres nulíparas que acudieron al Hospital Hermilio Valdizán entre enero y abril para realizar sus controles prenatales, las mismas que fueron captadas en el último trimestre del embarazo.

3.6.2. Muestra.

La selección de la muestra se realizó a través del método no probabilístico, considerando el cálculo del tamaño de la muestra para comparar dos proporciones poblaciones:

Fórmula:

$$n = \frac{(z_1 + z_2)^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

Z = valor de z – distribución normal = 1,96

Z = valor de z – distribución normal = 0,842

p 1 = proporción de episiotomías = 0,75⁵⁵

p 2 = proporción de no episiotomías = 0,54

Se desea tener la muestra con un 95% de certeza y sin cometer un error mayor al 5%.

Desarrollo:

$$n = \frac{(1,96 + 0,842)^2 (0,75 \times 0,25 + 0,54 \times 0,46)}{(0,75 - 0,54)^2}$$

$$n = \frac{3,4223398236}{0,0435}$$

$$0,0435$$

$$n = 78,7$$

$$n = 79$$

Por tanto, los grupos de gestantes nulíparas quedaron conformados de la siguiente manera:

Grupos	Frecuencia	%
Episiotomía sistemática	79	50,0
Preparación del perineo	79	50,0
Total	158	100,0

El proceso de selección del tamaño de la muestra, se realizó a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia:

Ingresaron al estudio, todas las mujeres que estuvieron registradas en el libro de registros de control prenatal y se encontraban con 28 semanas de gestación.

La selección de los grupos se realizó de la lista del cuaderno de control prenatal, se consideró el número de orden en la que encontraban en el libro de registros, determinando 79 mujeres para cada grupo.

De enero abril se captaron el total de la muestra (158) mujeres nulíparas que participaron en el estudio, de los cuales 79 fueron asignados para el grupo de mujeres con preparación perineal y 79 para uso sistemático de episiotomía.

3.6.3. Criterios de inclusión.

Para el grupo de intervención:

Mujeres gestantes:

- Que realizaron sus controles prenatales en el Hospital Regional Hermilio Valdizán
- Que tuvieron 28 semanas de gestación.
- Que aceptaron el consentimiento informado, para participar en las sesiones realizando los ejercicios de kegel y permitiendo dirigir su parto a través de la protección del periné.

Para el grupo de uso sistemático de episiotomía.

- Que realizaron sus controles prenatales en el Hospital Regional Hermilio Valdizán
- Que tuvieron 28 semanas de gestación.
- Que tuvieron su parto con episiotomía en el Hospital RHV.

3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos.

Para hallar la confiabilidad de la ficha clínica, se realizó un estudio piloto con 10 gestantes nulíparas que acudieron al Centro de Salud de Acomayo. Se trabajó con 5 mujeres para el grupo de preparación perineal y 5 para el grupo de uso sistemático de episiotomía. El Alfa de Cronbach resultó =0,858, determinando con ello alta confiabilidad del instrumento. **(Anexo 06)**

La validez de contenido, se realizó a través de juicio de expertos (4), 2 ginecólogos y 2 obstetras, quienes aportaron positivamente a mejorar cada una de las preguntas redactadas y facilitar el entendimiento de los ítems. **(Anexo 05)**

3.8. Aspectos éticos.

El consentimiento informado, se utilizó con el objetivo de informar a cada uno del participante del estudio (mujeres gestantes nulíparas que participaron en la intervención), los objetivos que se esperan logran con su participación, también se puso en claro los compromisos por parte del investigador y el investigado, así como la libertad que tendrían de elegir participar o no en el estudio. **(Anexo 04)**

3.9. Análisis e interpretación de resultados.

Análisis Descriptivo:

Se efectuó el análisis descriptivo de cada una de las variables cuantitativas, determinando medidas de tendencia central, como la media, mediana y moda de las edades de las mujeres de ambos grupos que participaron en el estudio; asimismo se determinó medidas de dispersión como la desviación estándar de las edades.

También se realizaron medidas de proporciones para las variables cualitativas, nominales u ordinales.

Análisis Inferencial:

Para realizar el análisis de comparación entre las complicaciones en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal y las mujeres con uso de la episiotomía, se utilizó tres pruebas estadísticas que permitieron comparar las variables cualitativas nominales estudiadas:

La prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson (X^2), fue utilizada para comparar las proporciones de dos poblaciones independientes, y cuando el 80% de las celdas presentaron frecuencias esperadas superiores a 5.

El estadístico exacto de Fisher, se utilizó para determinar si las proporciones de las dos poblaciones estudiadas eran iguales o diferentes, y cuando más del 20% de las frecuencias esperadas eran inferiores a 5 o cuando alguno de los valores esperados fue inferior a 2.

El estadístico de U Mann Whitney, para comparar las medianas de las variables cuantitativas.

El nivel de confianza que se considerará será del 95% y el análisis estadístico se realizará a través del paquete SPSS versión 20 para Windows.

3.10. Actividades de la preparación del perineo.

Preparación perineal: (Ejercicios de Kegel) (Anexo 02)

- Desde el libro de registros de controles prenatales, se ubicó a las gestantes que participaron en la preparación perineal a través de los ejercicios de Kegel y se les extendió la invitación para participar en estudio.
- Para las sesiones de preparación perineal, se utilizó el ambiente de las sesiones de psicoprofilaxis y realizar los ejercicios de Kegel con las gestantes que accedieron a participar en el estudio.
- Se programó la preparación perineal a través de los ejercicios de Kegel durante el último trimestre del embarazo de las gestantes seleccionadas, es decir con una duración de 3 meses y con asistencia de 4 veces por semana con una duración de una hora diaria de martes a viernes.
- Durante el proceso de preparación perineal se les enseñó los ejercicios de Kegel, guiándolas en todo momento durante el proceso de los ejercicios para sean realizadas de manera correcta.
- Se recomendó que los ejercicios lo puedan practicar de 3-4 veces al día para encontrar resultados exitosos.
- Se supervisó que los ejercicios se realizaran correctamente durante sesiones en el Hospital, resolviendo cada una de las dudas que las gestantes tenían.

- Se entregó a las gestantes un pequeño manual para que sigan los pasos cuando hagan los ejercicios en casa y lo realicen correctamente.
- El proceso de preparación del periné a través de los ejercicios de Kegel tuvo una duración de 3 meses, se inició a las 28 semanas de gestación y se culminó hasta el momento del parto.
- Una vez culminado el proceso de preparación del periné a través de los ejercicios de Kegel, teniendo en cuenta la fecha probable de parto de cada una de las gestantes se realizó el seguimiento de cada una de ellas para completar la preparación del periné a través de la técnica de protección del periné durante el proceso del parto.

Técnica de protección del periné: (Anexo 03)

- Como parte de la preparación del periné, se realizó la técnica de protección del periné durante el proceso del parto, esto como complemento a los ejercicios de Kegel, para evitar la episiotomía y sus complicaciones en las gestantes.
- La técnica consistió en proteger el periné en todo momento durante el parto a través de procedimientos como: el estiramiento, el ablandamiento, la elasticidad y la abertura.
- Con la técnica de protección del periné, se buscó que la preparación del periné sea más completa y se logre que más del 90% de las mujeres que realizaron los ejercicios de Kegel correctamente eviten realizarse la episiotomía y con ello las complicaciones que trae consigo.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.

Tabla 01. Características sociodemográficas de mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Características sociodemográficas	n= 79		n= 79	
	Grupos de estudio			
	Preparación perineal		Uso de Episiotomía	
	Nº	%	Nº	%
Grupos de Edad				
10-14	2	2,5	0	0,0
15-19	37	46,8	23	29,1
20-24	32	40,5	39	49,4
25-29	7	8,9	11	13,9
30-34	1	1,3	3	3,8
35-39	0	0,0	3	3,8
Estado civil				
Soltera	40	50,6	30	38,0
Casada	6	7,6	11	13,9
Conviviente	33	41,8	36	45,6
Separada	0	0,0	2	2,5
Nivel Educativo				
Sin estudios	3	3,8	2	2,5
Primaria	0	0,0	8	10,1
Secundaria incompleta	38	48,1	29	36,7
Secundaria completa	33	41,8	15	19,0
Superior no universitario	5	6,3	12	15,2
Superior Universitario	0	0,0	13	16,5
Ocupación				
Ama de casa	39	49,4	36	45,6
Comerciante	3	3,8	11	13,9
Estudiante	27	34,2	17	21,5
Vendedora	3	3,8	0	0,0
Policía	3	3,8	8	10,1
Técnico dental	1	1,3	0	0,0
Docente	3	3,8	7	8,9

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

Respecto a las características sociodemográficas de las mujeres nulíparas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán, se evidenció en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal que, el 46,8% (37) se encontraban entre las edades de 15-19 años y el 40,5% (32) entre las edades de 20-24 años; mientras que el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 49,4% (39) entre

las edades de 20-24 años y el 29,1% (23) entre los 15-19 años de edad; estas como las mayores proporciones en ambos grupos.

En cuanto al estado civil, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 50,6% (40) fueron solteras y el 41,8% (33) fueron convivientes; mientras que el grupo de uso sistemático de episiotomía el 45,6% (36) fueron casadas y el 38% (30) fueron solteras.

En relación al nivel educativo, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 48,1% (38) tuvieron secundaria incompleta y el 41,8% (33) tuvieron secundaria completa; mientras que el grupo de uso sistemático de episiotomía el 36,7% (29) tuvieron secundaria incompleta.

Sobre la Ocupación del grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 49,4% (39) fueron amas de casa, seguido del 34,2% (27) fueron estudiantes; mientras que el grupo de uso sistemático de episiotomía el 45,6% (36) fueron amas de casa y el 21,5% (17) fueron estudiantes.

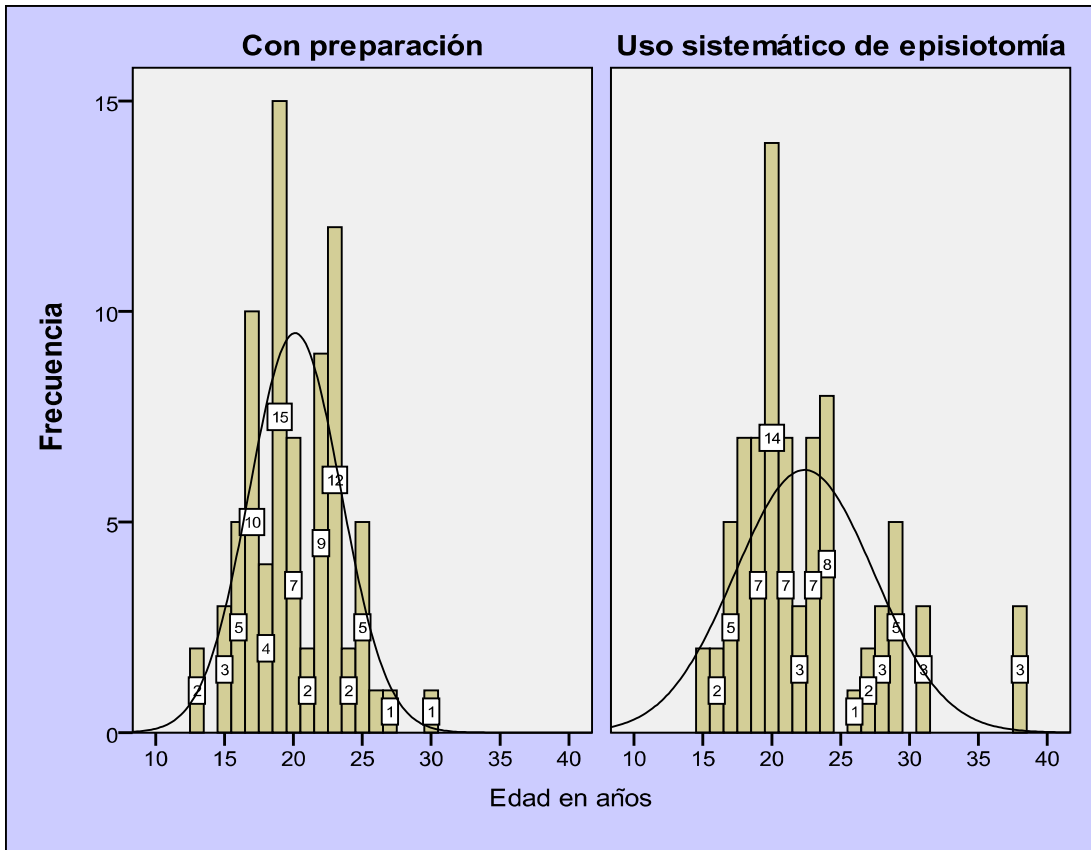


Figura 01. Histograma del grupo de edades de mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Respecto al grupo edades de ambos grupos de estudio, el histograma nos muestra que existe una distribución normal en las edades de ambos grupos de estudio; además de evidenciar que, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, la edad máxima fue de 30 y la mínima de 13 años; el promedio de las edades fue de 20,13 años, la mediana fue de 20 años, la moda de 19 años y la Desviación Estandar de 3,322 años. Mientras que en el grupo de uso sistemático de episiotomía la edad máxima fue de 38 y la mínima de 15 años; el promedio de las edades fue de 22,38 años, la mediana de 21 años, la moda de 20 años y la Desviación Estandar de 5,052 años.

Tabla 02. Características obstétricas de las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Características obstétricas	n= 79		n= 79	
	Grupos de estudio			
	Preparación perineal		Uso de Episiotomía	
	Nº	%	Nº	%
Edad gestacional:				
38 semanas	28	35,4	17	21,5
39 semanas	23	29,1	23	29,1
40 semanas	19	24,1	31	39,2
41 semanas	9	11,4	8	10,1
Episiotomía:				
Si	3	3,8	79	100,0
No	76	96,2	0	0,0
Tipo de episiotomía:				
Medio lateral	3	3,8	79	100,0
No le realizaron episiotomía	76	96,2	0	0,0

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

Respecto a las características obstétricas de las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, se evidenció que, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 35,4% (28) tuvieron 38 semanas de gestación; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 39,2% (31) tuvieron 40 semanas de gestación; los mencionados como las mayores proporciones.

En cuanto a la episiotomía, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, al 96,2% (76) no le realizaron episiotomía y solo al 3,8% (3) le realizaron episiotomía; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, al 100% (79) le realizaron episiotomía.

Y el tipo de episiotomía a la que fueron sometidas todas las mujeres en ambos grupos fue el medio lateral.

Tabla 03. Características de la preparación perineal en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Características de la preparación perineal	n= 79		n= 79	
	Grupos de estudio			
	Preparación perineal		Uso de Episiotomía	
	Nº	%	Nº	%
Recibió preparación perineal:				
Si	79	100,0	0	0,0
No	0	0,0	79	100,0
Número de veces por semana que recibió preparación perineal:				
Todos los días	31	39,2	0	0,0
Dos veces por semana	13	16,5	0	0,0
Tres veces por semana	32	40,5	0	0,0
Una vez por semana	3	3,8	0	0,0
No recibió preparación perineal	0	0,0	79	100,0

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

En cuanto a las características de la preparación perineal en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, se evidenció en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, que el 100% (79) recibieron preparación perineal; mientras que en el grupo de uso sistemático de episiotomía ninguna recibió preparación perineal.

Respecto al número de veces por semana que recibieron preparación perineal, el 40,5% (32) realizaron los ejercicios de preparación perineal tres veces por semana; seguido del 39,2% (31) que realizaron los ejercicios todos los días; el 16,5% (13) realizaron los ejercicios dos veces por semana y el 3,8% (3) realizaron los ejercicios sólo una vez por semana.

Tabla 04. Características de la recuperación post parto en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Características de la recuperación post parto	n= 79		n= 79	
	Grupos de estudio			
	Preparación perineal		Uso de Episiotomía	
	Nº	%	Nº	%
Número de días que empezó a deambular:				
En el primer día	63	79,7	0	0,0
A los dos días	13	16,5	28	35,4
A los 3 días	3	3,8	51	64,6
Número de días que sintió dolor después del parto:				
Solo el primer día	76	96,2	0	0,0
Por dos días	0	0,0	77	97,5
Por tres días	3	3,8	2	2,5
Número de veces que requirió analgésico a causa del dolor:				
No necesitó analgésico	44	55,7	0	0,0
Solo una vez	26	32,9	1	1,3
Dos veces	6	7,6	15	19,0
Tres veces	3	3,8	45	57,0
Más de cuatro veces	0	0,0	18	22,8

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

En relación a las características de la recuperación post parto en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, se evidenció en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, que el 79,7% (63) empezaron a deambular en el primer día; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 64,6% (51) empezaron a deambular todavía a los tres días.

En cuanto al número de días que sintieron dolor, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 96,2% (76) sintieron dolor sólo el primer día; mientras que en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 97,5% (77) sintieron dolor por dos días.

Respecto al número de veces que requirieron analgésico a causa del dolor, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 55,7% (44) no

necesitaron analgésico y el 32,9% (26) solo necesitaron analgésico una sola; mientras que en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 57% (45) necesitaron tres veces de analgésico para calmar su dolor, seguido del 22,8% (18) que necesitaron más de cuatro veces de analgésico para calmar su dolor.

Tabla 05. Complicaciones a corto plazo en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Complicaciones a corto plazo	n= 79		n= 79	
	Grupos de estudio			
	Preparación perineal		Uso de Episiotomía	
	Nº	%	Nº	%
Sufrió desgarro:				
Si	4	5,1	27	34,2
No	75	94,9	52	65,8
Grado de desgarro:				
Grado I	4	5,1	19	24,1
Grado II	0	0,0	6	7,6
Grado III	0	0,0	2	2,5
Dolor en zona de episiotomía:				
Si	3	3,8	79	100,0
No tuvo episiotomía	76	96,2	0	0,0
Necesitó analgésico a causa del dolor:				
Si	3	3,8	79	100,0
No	76	96,2	0	0,0
Presentó laceraciones:				
Si	10	12,7	57	72,2
No	69	87,3	22	27,8
Zona de laceración:				
Labio menor	9	11,4	29	36,7
Periuretral	0	0,0	3	3,8
Vagina	1	1,3	25	31,6
Presentó hematoma:				
Si	0	0,0	16	20,3
No	79	100,0	63	79,7
Presentó hiperemia:				
Si	3	3,8	68	86,1
No	76	96,2	11	13,9
Presentó edema:				
Si	3	3,8	42	53,2
No	76	96,2	37	46,8
Zona de edema:				
Periné	0	0,0	15	19,0
Vagina	0	0,0	1	1,3
Labios mayores	3	3,8	26	32,9
Presentó dehiscencia:				
Si	0	0,0	5	6,3
No	79	100,0	74	93,7
Presentó fístula:				
Si	0	0,0	5	6,3
No	79	100,0	74	93,7

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

En relación a las complicaciones a corto plazo en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, se evidenció en

el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, que el 94,9% (75) no sufrieron desgarro y sólo el 5,1% (4) sufrieron desgarro y fue de Grado I; mientras que en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 34,2% (27) sufrieron desgarro, de los cuales el 24,1% (19) fue de Grado I, el 7,6% (6) de Grado II y el 2,5% (2) de Grado III.

Respecto al dolor en la zona de episiotomía, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 3,8% (3) tuvieron dolor, porque fueron los que se sometieron a episiotomía; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 100% (79) tuvieron dolor.

En cuanto a si necesitaron analgésicos a causa del dolor, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 3,8% (3) lo necesitaron; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 100% (79) lo necesitó.

Respecto a las laceraciones presentadas, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 12,7% (10) presentaron laceración, de los cuales el 11,4% (9) fue en zona de labio menor y el 1,3% (1) fue en vagina; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 72,2% (57) presentó laceraciones, de los cuales el 36,7% (29) presentó en labio menor, seguido del 31,6% (25) lo presentó en vagina y el 3,8% (3) fue en zona periuretral.

Referente a la presencia de hematomas, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 100% (79) no presentaron hematomas; mientras que en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 20,3% (16) presentaron hematomas.

En cuanto a la presencia de hiperemia, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 3,8% (3) presentaron hiperemia; mientras que en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 86,1% (68) presentaron hiperemia.

Relativo a la presencia de edemas, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 3,8% (3) presentaron edema, de los cuales fueron en labios mayores; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 53,2% (42) presentaron edemas, de los cuales el 32,9% (26) lo presentaron en labios mayores, seguido del 19% (15) que fue en zona de periné y el 1,3% (1) que fue en vagina.

Respecto a la presencia de dehiscencia y fístula, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 100% (79) no presentó dehiscencia ni fístula, mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 6,3% (5) presentaron dehiscencia y fístula respectivamente.

Tabla 06. Complicaciones a mediano plazo en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Complicaciones a mediano plazo	n= 79		n= 79	
	Grupos de estudio			
	Preparación perineal		Uso de Episiotomía	
	Nº	%	Nº	%
Presentó infección:				
Si	0	0,0	2	2,5
No	79	100,0	77	97,5
Presentó incontinencia urinaria:				
Si	3	3,8	61	77,2
No	76	96,2	18	22,8
Presentó incontinencia urinaria al toser:				
Si	3	3,8	61	77,2
No	76	96,2	18	22,8
Presentó incontinencia de gases:				
Si	14	17,7	76	96,2
No	65	82,3	3	3,8

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

En relación a las complicaciones a mediano plazo en las mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, se evidenció en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, que el 100% (79) no presentaron infección; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 2,5% (2) presentaron infección.

Respecto a si presentaron incontinencia urinaria, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 3,8% (3) tuvieron incontinencia urinaria y fue al toser; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 77,2% (61) tuvieron incontinencia urinaria y también fue al toser.

En cuanto a si presentaron incontinencia de gases, en el grupo de mujeres que recibieron preparación perineal, el 17,7% (14) tuvieron incontinencia de gases; mientras que, en el grupo de uso sistemático de episiotomía, el 96,2% (76) tuvieron incontinencia de gases.

4.1.1. Análisis Inferencial.

Tabla 07. Diferencia de medianas en las características de la recuperación post parto en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Diferencia de medianas en la recuperación post parto	Grupos de estudio		U de Mann Whitney	Valor
	Prep. perineal	Uso Epi	“U”	(p)
Mediana del número de días que empezó a deambular	1,00	3,00	342,500	0,000
Mediana del número de días que sintió dolor después del parto	1,00	2,00	234,000	0,000
Mediana del número de veces que requirió analgésico a causa del dolor	0,00	3,00	179,500	0,000

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

Al observar la diferencia de las medianas en las características de la recuperación post parto en mujeres de ambos grupos de estudio, se evidenció a través de la prueba estadística U de Mann Whitney, existe diferencias estadísticamente significativas ($U=342,500$ y $p=0,000$) en la mediana del número de días en que inician la deambulación las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía.

Asimismo, se evidenció que, existe diferencias estadísticamente significativas ($U=234,000$ y $p=0,000$) en la mediana del número de días que sintieron dolor después del parto, las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía.

Se evidenció también que, existe diferencias estadísticamente significativas ($U=179,500$ y $p=0,000$) en la mediana del número de veces que requirieron analgésicos a casusa del dolor después del parto, las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía.

Tabla 08. Diferencia de proporciones en las complicaciones a corto plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Diferencias de proporciones en las complicaciones a corto plazo	Grupos de estudio		Chi Cuadrado (X ²)	Valor (p)
	Prep. perineal	Uso Epi		
Sufrió desgarro perineal:				
Si	5,1	34,2	*19,424	0,000
No	94,9	65,8		
Grado de desgarro perineal:				
Grado I	5,1	24,1	21,948	0,000
Grado II	0,0	7,6		
Grado III	0,0	2,5		
Presentó laceraciones:				
Si	12,7	72,2	57,245	0,000
No	87,3	27,8		
Zona de laceración:				
Labio menor	11,4	36,7	59,955	0,000
Periutral	0,0	3,8		
Vagina	1,3	31,6		
Presentó hiperemia:				
Si	3,8	86,1	*104,771	0,000
No	96,2	13,9		
Presentó edema:				
Si	3,8	53,2	*44,868	0,000
No	96,2	46,8		
Zona de edema:				
Periné	0,0	19,0	47,702	0,000
Vagina	0,0	1,3		
Labios mayores	3,8	32,9		

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

* Corrección de Yates

Al observar la diferencia de proporciones en las complicaciones a corto plazo en mujeres de ambos grupos de estudio, se evidenció a través de la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=19,424$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que sufrieron desgarro perineal.

Asimismo, se evidenció que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=21,948$ y $p=0,000$) en la proporción del grado de desgarro perineal que

sufrieron las mujeres con preparación perineal frente las mujeres con uso sistemático de episiotomía.

Se evidenció también que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=57,245$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron laceraciones después del parto.

Se comprobó además que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=59,955$ y $p=0,000$) en la proporción de zonas de laceración que presentaron las mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía.

Se demostró asimismo que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=104,771$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron hiperemia después el parto.

Se comprobó igualmente que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=44,868$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron edema después el parto.

Finalmente se probó que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=47,702$ y $p=0,000$) en la proporción de zonas de edema que presentaron las mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía.

Tabla 09. Diferencia de proporciones en las complicaciones a corto plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Diferencias de proporciones en las complicaciones a corto plazo	Grupos de estudio		Test Exacto de Fisher
	Prep. perineal	Uso Epi	Valor (p)
Dolor en zona de episiotomía:			
Si	3,8	100,0	0,000
Necesitó analgésico a causa del dolor:			
Si	3,8	100,0	
No	96,2	0,0	0,000
Presentó hematoma:			
Si	0,0	20,3	
No	100,0	79,7	0,000
Presentó dehiscencia:			
Si	0,0	6,3	
No	100,0	93,7	0,059
Presentó fístula:			
Si	0,0	6,3	
No	100,0	93,7	0,059

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

Al observar la diferencia de proporciones en las complicaciones a corto plazo en mujeres de ambos grupos de estudio, se evidenció a través del Test Exacto de Fisher que, existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron dolor en la zona de episiotomía.

Se evidenció también que, existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que necesitaron analgésico a causa del dolor.

Asimismo, se demostró que, existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron hematoma después del parto.

Se comprobó que, no existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,059$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron dehiscencia y fístula después del parto.

Tabla 10. Diferencia de proporciones en las complicaciones a mediano plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Diferencias de proporciones en las complicaciones a mediano plazo	Grupos de estudio		Chi Cuadrado (X ²)	Valor (p)
	Prep. perineal	Uso Epi		
Presentó incontinencia urinaria:				
Si	3,8	77,2	*85,329	0,000
No	96,2	22,8		
Presentó incontinencia urinaria al toser:				
Si	3,8	77,2	*85,329	0,000
No	96,2	22,8		
Presentó incontinencia de gases:				
Si	17,7	96,2	*99,241	0,000
No	82,3	3,8		
Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)	* Corrección de Yates			

Al observar la diferencia de proporciones en las complicaciones a mediano plazo en mujeres de ambos grupos de estudio, se evidenció a través de la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=85,329$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron incontinencia urinaria.

Asimismo, se evidenció que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=85,329$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron incontinencia urinaria al toser.

Se evidenció también que, existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=99,241$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron incontinencia de gases.

Tabla 11. Diferencia de proporciones en las complicaciones a corto mediano plazo en mujeres nulíparas que atendieron su parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco -2016.

Diferencias de proporciones en las complicaciones a mediano plazo	Grupos de estudio		Test Exacto de Fisher
	Prep. perineal	Uso Epi	Valor (p)
Presentó infección:			
Si	0,0	2,5	0,497
No	100,0	97,5	

Fuente: Ficha clínica. (Anexo 01)

Al observar la diferencia de proporciones en las complicaciones a mediano plazo en mujeres de ambos grupos de estudio, se evidenció a través de la prueba estadística Exacto de Fisher que, no existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,497$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron infección después del parto.

CAPITULO IV

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

5.1. Verificación o contrastación de la hipótesis.

El estudio **“Preparación del perineo versus uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones pos parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huanuco-2016”** se evidenció a través de la U de Mann Whitney que existe diferencias estadísticamente significativas en la prevención de complicaciones en el grupo de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía respecto a la mediana del número de días en que iniciaron la deambulacion (U=342,500 y p=0,000), el número de días que sintieron dolor (U=234,000 y p=0,000), número de veces que requirieron analgésicos a casusa del dolor (U=179,500 y p=0,000).

A través de la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson (X^2), se comprobó que existe diferencias estadísticamente significativas en la prevención de complicaciones en el grupo de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía respecto a la proporción de sufrimiento de desgarro perineal ($X^2=19,424$ y p=0,000), grado de desgarro perineal ($X^2=21,948$ y p=0,000), presencia de laceraciones después del parto ($X^2=57,245$ y p=0,000), zonas de laceración ($X^2=59,955$ y p=0,000), presencia de hiperemia ($X^2=104,771$ y p=0,000), presencia de edema ($X^2=44,868$ y p=0,000), zonas de edema ($X^2=47,702$ y p=0,000) incontinencia urinaria ($X^2=85,329$ y p=0,000), incontinencia urinaria al toser ($X^2=85,329$ y p=0,000), e incontinencia

de gases ($X^2=99,241$ y $p=0,000$). Asimismo, a través del Test Exacto de Fisher, se evidenció diferencias estadísticamente significativas respecto al dolor en la zona de episiotomía ($p=0,000$), la necesidad de analgésico a causa del dolor ($p=0,000$), la presencia de hematoma después del parto.

5.2. Nuevos planteamientos.

Los nuevos planteamientos evidencian similitud con nuestro estudio, es así que la presente investigación comprobó que existen diferencias estadísticamente significativas en la mediana del número de días que sintieron dolor después del parto, las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía. El estudio se relaciona con lo encontrado por Rodríguez y Sánchez⁵⁶, quienes demostraron a través de su estudio en dos Hospitales del Ministerio de Salud (MINSA-Perú) que el uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas; a corto plazo comprobaron que las complicaciones presentadas en gestantes nulíparas fueron: dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales; y a mediano plazo la complicación fueron las dehiscencias. Asimismo, Albino⁵⁷, halló que la episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal, más moderado y más intenso que el dolor en mujeres provenientes de parto sin episiotomía.

Por otro lado, Weijmar, Van de Wiel, Heiemann, Aarnoudse y Hiusje⁵⁸, reportaron una incidencia de 36 % de dolor “Frecuente y continuo” en

las pacientes que tuvieron episiotomía, 25% luego de un desgarro de grado I y II y 7% en las que tuvieron un periné intacto.

Asimismo, se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas en la mediana del número de veces que requirieron analgésicos a casusa del dolor después del parto, las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía. Lo cual coincide con lo encontrado por Juste, Luque, Sabater, Sanz, Viñerta y Cruz⁵⁹, quienes descubrieron que todas las mujeres tenían pautados analgésicos orales a demanda, siendo que tomaron analgésicos 70 de las mujeres que no tenían episiotomía (61,4%) y 232 mujeres de las que sí la tenían (84,7%).

En el mismo sentido, se halló la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres con preparación perineal y el uso sistemático de episiotomía que sufrieron desgarro perineal y algún grado de desgarro perineal. Los resultados coinciden con el estudio de Albino⁶⁰, quien halló que la episiotomía no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, pero si se relaciona significativamente a los desgarros más graves como son grado III y IV; mientras que en el parto normal se dan en la modalidad Grado I y II. Casanova y Luna⁶¹ halló que, entre las complicaciones, los desgarros de I° y II° se producen con mayor frecuencia en el grupo de no episiotomía; mientras que los desgarros de III° y IV° se presentaron en las que se realizaron episiotomía.

Por su parte Torres⁶², evidenció que la preparación perineal prenatal disminuye la incidencia de traumatismo perineal (sobre todo de episiotomía) y dolor a los 3 meses después del parto. La protección del periné durante la segunda etapa del parto disminuye la incidencia de traumatismo de 3º y 4º grado y las tasas de episiotomía concomitante con desgarro espontáneo.

Así también Juste, Luque, Sabater, Sanz, Viñerta y Cruz⁶³, evidenciaron en su estudio, una mayor incidencia de desgarro perineal posterior a la episiotomía frente a las que no tuvieron episiotomía, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), siempre de I o II grado.

Igualmente, se comprobó diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que presentaron laceraciones en sus diversas zonas después del parto. Lo que concuerda con lo encontrado por Albino⁶⁴, quien evidenció que 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.

Se mostró además que existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron edema, así como

las zonas de edema después el parto. Albino⁶⁵ en relación 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.

Se evaluó diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que presentaron hematoma después del parto. Albino⁶⁶ respecto a la presencia de hematomas encontró que del total de mujeres con episiotomía el 62% presentó hematomas, mientras que las mujeres de parto normal solamente presentaron hematomas en el 3%, esto con diferencias estadísticas altamente significativas. Asimismo, Juste, Luque, Sabater, Sanz, Viñerta y Cruz⁶⁷, probaron que un 18,6% de las mujeres con episiotomía (51) presentaron hematomas superficiales de perineo, frente a un 2,6% (3) del grupo sin episiotomía ($p < 0,001$).

Las diferencias estadísticamente significativas se evidenciaron también en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron incontinencia urinaria al toser e incontinencia de gases. Lo cual fue abordado por Morkved⁶⁸ quien observó diferencia significativa en la prevalencia de incontinencia urinaria entre el grupo de preparación perineal y el grupo control, que no recibió ninguna intervención (17% y 38% respectivamente, $p = 0,003$), además se evidenció un incremento de la fuerza de la

musculatura del suelo pélvico después de la preparación perineal. Igualmente, Aznar, Ganzalo y Polo y Pris⁶⁹, en un estudio retrospectivo realizado sobre 44 mujeres de la Comunidad Valenciana diagnosticadas de incontinencia urinaria, se encontró como factor relacionado con ésta la paridad, el 40% habían tenido 3 o más partos vaginales, el 65% habían tenido antecedentes de episiotomía en sus partos y un 23% se habían complicado con desgarros.

Finalmente podemos afirmar que el uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La preparación y protección del periné a través de medios alternativos como son los ejercicios de Kegel, deben ser evaluadas y adoptadas con seguridad; por tanto, la episiotomía debe ser usada sólo para aliviar el distres materno fetal, o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso.

5.3. Fundamento del nuevo aporte.

El nuevo aporte se fundamenta, en los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que la preparación perineal demostró ser efectiva en la disminución del uso sistemático de las episiotomías.

Lo cual es ratificado por Luque, Ruiz, Merino e Hijona⁷⁰, quienes confirman que, cuanto más esté preparado el periné, existe menos posibilidad de presentar trauma perineal en forma de desgarro, laceraciones, entre otros que ocasionan molestias, incontinencia o dispareunia en las semanas o meses posteriores al parto, afectando la calidad de vida de las madres

Asimismo Rojas⁷¹, considera que está demostrado que los ejercicios de Kegel son una herramienta eficaz para fortalecer el suelo pélvico y obtener un mayor control sobre los esfínteres. Peinado⁷² también concuerda que los ejercicios de Kegel son útiles básicamente porque pueden ayudar a reducir la necesidad de practicar una episiotomía, de no ser así, no tendrían la importancia que actualmente se les atribuye y que son la base de la rehabilitación del suelo pélvico, por tanto, señala que las mujeres que realizan estos ejercicios, tendrán partos más fáciles y con menos tendencia a sufrir desgarros.

CONCLUSIONES

1. Existe diferencias estadísticamente significativas ($U=342,500$ y $p=0,000$) en la mediana del número de días en que inician la deambulación las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía.
2. Existe diferencias estadísticamente significativas ($U=234,000$ y $p=0,000$) en la mediana del número de días que sintieron dolor después del parto, las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía.
3. Existe diferencias estadísticamente significativas ($U=179,500$ y $p=0,000$) en la mediana del número de veces que requirieron analgésicos a casusa del dolor después del parto, las mujeres con preparación perineal frente a las mujeres con uso sistemático de episiotomía.
4. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=19,424$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que sufrieron desgarro perineal.
5. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=21,948$ y $p=0,000$) en la proporción del grado de desgarro perineal que sufrieron las mujeres con preparación perineal frente las mujeres con uso sistemático de episiotomía.
6. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=57,245$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que presentaron laceraciones después del parto.

7. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=59,955$ y $p=0,000$) en la proporción de zonas de laceración que presentaron las mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía.
8. existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=104,771$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que presentaron hiperemia después del parto.
9. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=44,868$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron edema después del parto.
10. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=47,702$ y $p=0,000$) en la proporción de zonas de edema que presentaron las mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía.
11. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=85,329$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron incontinencia urinaria.
12. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=85,329$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron incontinencia urinaria al toser.
13. Existe diferencias estadísticamente significativas ($X^2=99,241$ y $p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron incontinencia de gases.

14. Existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que presentaron dolor en la zona de episiotomía.
15. Existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que necesitaron analgésico a causa del dolor.
16. Existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que presentaron hematoma después del parto.
17. No existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,059$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y uso sistemático de episiotomía que presentaron dehiscencia y fístula después del parto.
18. No existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,497$) en la proporción de mujeres con preparación perineal y con uso sistemático de episiotomía que presentaron infección después del parto.

RECOMENDACIONES

Para el Ministerio de Salud:

- Se recomienda que realicen 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 es el inicio 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.

Dirección del Hospital Regional Hermilio Valdizán y a los Jefes del servicio de Obstetricia:

- Se recomienda que realicen capacitaciones continuas a los profesionales de la salud del área de obstetricia antes que inicien su trabajo en dicha área, respecto a la correcta realización de las episiotomías, las episiorrafia y otros aspectos importantes que correspondan a la atención del parto.
- Se recomienda la implementación de los ejercicios de Kegel durante los ejercicios de psicoprofilaxis y la protección del periné durante el proceso de parto como protocolo en la atención del parto.

Profesionales de la salud del área de obstetricia:

- Se recomienda que tengan en cuenta la adecuación cultural al momento de atender el parto y que se respete el derecho de los familiares a estar presente en el parto de sus pacientes.

- Que promuevan una política de episiotomía selectiva y no sistemática.
- De ser necesaria, se aconseja realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbible.
- Mejorar la formación sobre la protección del periné
- Es necesario que se produzca una adecuación entre la evidencia científica y la práctica clínica.
- Asistan con más regularidad a los cursos que se imparten respecto a episiotomía y episiorrafia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castaño, M. El parto como construcción cultural de las mujeres abaraneras, 1945-1950. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, Murcia. 2009.
2. Generalitat de Catalunya. Protocolo para el soporte natural para el parto normal. Barcelona: Departamento de Salud. 2007.
3. Thacker S, Banta H. Beneficios y los riesgos o la episiotomía: una revisión interpretativa de la literatura de lengua inglesa, 1860-1980. Examen obstétrico y ginecológico 1983; 38(6): 322-338.
4. Rodríguez R. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA Enfermería Fisioterapia y Podología. Serie Trabajos fin de Master 2010; 2 (1):12-32.
5. Bustamante S, Catillo C, Saavedra V, Schimied W. Episiotomía restrictiva en el parto normal. Rev. Obstet Ginecol 2007; 2(2): 127-136.
6. Gualán Cartuche C, Guanoluisa Cordero O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014. Tesis de grado. Universidad de la Cuenca. 2014.
7. Salinas Rojas. Episiotomía restrictiva. Experiencia en el Hospital Regional Manuel Niñez Butrón; Puno, 2004.
8. Rodríguez Góngora E, Sánchez Inga M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto periodo 2010. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Martín. 2010.

9. Hospital Hermilio Valdizan. Reporte de los partos ocurridos en el año 2015-2016. Libro de registros de partos. Centro Obstétrico. 2016.
10. Pujay Escobal A. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el “Hospital de Tingo María”– enero-diciembre 2015. Tesis de grado. Universidad de Huánuco. 2015.
11. Quintero Rojas L. Ruptura del esfínter anal durante el parto: Factores de riesgo y evaluación de la reparación primaria. *Salas. Militac*; 2001; 26(1):17-21.
12. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal la gestión preventiva. *BMJ* 2004; 289: 587-90.
13. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2005. CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.*
14. Montes Hoyes I, Gutiérrez Pulido A, Maldonado Herrero I. Técnicas de protección perineal Hand son vs Hands off. *15vo Congreso de la federación de asociaciones de Matronas de España. 26-28 2016, Tarragona- España.*
15. Soriano P, Escudero R, Jiménez M, Scoti F, Pardillo S, Caño A. Desgarros perineales III-IV. Factores de riesgo y complicaciones asociadas. Análisis de nuestra población. En: *XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013, España.*
16. Luque M, Ruiz G, Merino I, Hijona R. ¿Es eficaz el masaje perineal antenatal y en el período expulsivo del parto? *Inquietudes. 2008; 38:19-22*

17. Rojas L. *Ejercicios de Kegel: que son y qué beneficios tiene*. En suelo firme. <http://www.ensuelofirme.com/ejercicios-de-kegel-que-son-y-que-beneficios-tienen> (último acceso 10 noviembre 2016).
18. Peinado Ibarra F. *Ejercicios de Kegel o del suelo pélvico. Pérdidas de orina*. <http://www.perdidasdeorina.com/Templates/ejercicioskegel.htm> (último acceso 27 octubre 2016).
19. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinart L. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.
20. Torres Alba, E. Efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones postparto. Tesis de grado. Universidad de Jaén. España; 2015.
21. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta Serrano E, Cruz Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof.* 2007; 8 (3-4): 5-11.
22. Romero Morantea M, Jiménez Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. *Fisioterapia.* 2010; 32(3) 123–130.
23. Rodríguez Gongora, E. y Sanchez, Inga M. Op. cit.
24. Albino Sánchez F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2009; 1(4): 50-58.

25. Casanova Chang M, Luna Zafra T. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolo-enero-agosto 2001. Tesis de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2001.
26. Pujay Escobal A. Op cit.
27. Kamel A, Khaled M. Episiotomía y dehiscencia de la herida perineal obstétrica: más allá del dolor. Revista de Obstetricia y Ginecología. 2014; 34 (3): 215-217.
28. Carroli G, Mignini L. Episiotomía en el parto vaginal. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2009; (1):CD000081.
29. Aytan H, L. Tapisiz O, Tuncay G, A. Avsar F. Tipo de laceraciones perineales severas en mujeres nulíparas y la episiotomía. Diario europeo de Obstetricia y Ginecología y biología reproductiva. 2005; 121: 46-50.
30. Ho J, Pattanittum P, Japaraja R, Turner T, Swadpanich U. Influencia de la formación en el uso y generación de evidencia en la práctica de la episiotomía y el traumatismo perineal. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. 2010; 111: 13-18.
31. Islam A, Hanif A, Ehsan A. Morbilidad de la episiotomía. J Pak Med Assoc. 2013; 63(6): 696-701.
32. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R. Los resultados de la episiotomía rutinaria: una revisión sistemática. JAMA. 2005; 293 (17):2141-2148.

33. Woolley R. Beneficios y riesgos de la episiotomía. Una revisión de la literatura de lengua inglesa desde 1980. Parte I. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50:806- 820.
34. Blandine Calais G. El periné femenino y el parto. La liebre de marzo; 2012.
35. Ibid
36. Clínica Filmo. Preparto. Fisioterapia. <http://www.clinicafimo.es/preparto/> (último acceso 25 noviembre 2016).
37. Blandine Calais G. Op.cit
38. Jiménez L. Cómo se practican los ejercicios de Kegel <http://www.natalben.com/parto/ejercicios-kegel-para-facilitar-parto-natural>. (último acceso 10 noviembre 2016).
39. Montes Hoyes I, Gutiérrez Pulido A, Maldonado Herrero I. Op. Cit.
40. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinart L. Op. Cit
41. Cunningham Haut. *Obstetricia de Williams*. México: Mcgraw hill; 2006.
42. Casanova Chang M, Luna Zafra T. Op. cit
43. Hueston W. Factores asociados con el uso de la episiotomía durante el parto vaginal. *Obstet Gynecol*. 2006; 87(6):1001-5.
44. Ibid
45. Combs C, Murphy E, Laros R. Factores asociados con la hemorragia postparto con parto vaginal. *Obstet Gynecol* 2001; 77: 69-76.
46. Thorp J, Bowes W, Brame R. Selección uso de la episiotomía: efecto sobre el traumatismo perineal. *Obstet Gynecol*. 2002; 70: 260-262

47. Buchan P, Nicholls J. Dolor después de la episiotomía: comparación de dos métodos de reparación. *Revista del Colegio Real de médicos generales* 2000; 30: 297-300.
48. Klein M, Gauthier R, Robbins J. Relación de la episiotomía, trauma perineal, morbilidad, disfunción sexual y relajación del suelo pélvico. *Obstet Gynecol.* 2004; 71:591-598.
49. Hueston W. Op.cit
50. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). En: *La Cochrane Library.* Issue 2001; 3: 25-36.
51. Soto C, Cabrera C, Teuber h, Cabrera J. Intervención educativa en el embarazo y su efecto en el parto. Ponencia presentada en el Seminario Políticas sociales y desarrollo infantil en un enfoque de resiliencia. MINSAL– Unicef, Santiago; 2005.
52. Diccionario Mosby Pocket, de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 4º edición.
53. Sampieri R, Collado C, Lucio P. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F. 3ra Ed. 2003.
54. Supo J. *Seminarios de Investigación Científica.* Bioestadístico. www.bioestadístico.com. (último acceso 14 noviembre 2014).
55. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima; 2014.
56. Rodríguez Gongora E, Sanchez, Inga M. Op. Cit.
57. Albino Sánchez F. Op. cit

58. Weijmar Shultz W, Van de Wiel H, Heiermann R, Aarnoundse J, Hiusjes H. Psicosomática de la revista Obstetricia y Ginecología. 1997; 14:97-100.
59. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta Serrano E, Cruz Guerreiro E. Op. Cit.
60. Albino Sánchez F. Op. cit
61. Casanova Chang M, Luna Zafra T. Op. Cit.
62. Torres Alba E. Op. Cit.
63. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta Serrano E, Cruz Guerreiro E. Op. Cit.
64. Albino Sánchez F. Op. cit
65. Ibid
66. Ibid
67. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta Serrano E, Cruz Guerreiro E. Op. Cit.
68. Morkved S, Bo K. Efecto del entrenamiento muscular del suelo pélvico postparto en prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria: un año de seguimiento. British Journal de Obstetricia y Ginecología 2000; 107: 1022-1028.
69. Aznar G, Ganzalo V, Polo I, Peris A. Factores obstétricos que influyen en la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. Enferm Integral 1998; 44: 6-9.
70. Luque M, Ruiz G, Merino I, Hijona R. Op.cit
71. Rojas L. Op. Cit.
72. Peinado Ibarra F. Op. Cit.

ANEXOS

ANEXO 01
FICHA CLÍNICA

N° de HC:

Título de la investigación: Preparación del perineo versus uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco-2016.

I. Características sociodemográficas:

- 1) Edad.....
- 2) Nivel de estudios:
 - Sin estudios ()
 - Primaria ()
 - Secundaria incompleta ()
 - Secundaria completa ()
 - Superior no universitario ()
 - Superior Universitario ()
- 3) Estado civil:
 - Soltera ()
 - Casada ()
 - Conviviente ()
 - Separada ()
 - Otros () Especifique.....
- 4) Ocupación:
 - Ama de casa ()
 - Comerciante ()
 - Profesional ()
 - Otros () Especifique.....

II. Características obstétricas.

- 5) Edad gestacional (semanas de gestación al momento del parto).....
- 6) Le realizaron episiotomía:
Si () No ()
- 7) Tipo de episiotomía:
 - Episiotomía medio lateral ()
 - Episiotomía medio central ()
 - Episiotomía lateral ()

III. Datos sobre la preparación del periné.

- 8) Recibió preparación perineal en el último trimestre del embarazo:
Si () No ()
- 9) Número de veces por semana en que recibió preparación perineal:
 - Todos los días ()
 - Tres veces por semana ()
 - Dos veces por semana ()
 - Una vez por semana ()
 - Otros () Especifique.....

IV. Datos sobre la recuperación post parto.

- 10) Número de días en que empezó a deambular después del parto.
En el primer día
A los dos días
A los tres días
Otros Especifique.....
- 11) Número de días que sintió dolor después del parto.
Sólo el primer día
Dos días
Tres días
Otros Especifique.....
- 12) Número de veces que le aplicaron analgésico a causa del dolor.
Sólo una vez
Dos veces
Tres veces
Más de tres veces
Otros Especifique.....

V. Complicaciones a corto plazo:

- 13) Sufrió desgarro:
Si No
- 14) Grado del desgarro que sufrió:
Grado I Grado II
Grado III Grado IV
- 15) Presentó dolor en la zona de la episiotomía:
Si No
- 16) Necesitó analgésico a causa del dolor:
Si No
- 17) Presentó laceraciones:
Si No
- 18) Zona donde presentó las laceraciones:
Zona periuretral
En el labio menor
Vagina
Labio mayor
Otros Especifique.....
- 19) Presentó Hematomas:
Si No
- 20) Presentó hiperemia:
Si No
- 21) Presentó edemas:
Si No
- 22) Zona en que presentó el edema:
Perineal
Vaginal
Otros Especifique.....
- 23) Presentó dehiscencia:
Si No

24) Presentó fistulas:
Si () No ()

VI. Complicaciones a mediano plazo:

25) Presentó infección posterior asociada a los puntos de la episiotomía
Si () No ()

26) Presentó algún tipo de incontinencia:
Si () No ()

27) Tipo de incontinencia que presentó:
Incontinencia urinaria ()
Incontinencia fecal ()
Incontinencia de gases ()
Varias juntas (escriba cuáles) () Especifique.....
Otros () Especifique.....

28) La incontinencia es en actividades como:
Reír Si () No () Saltar Si () No ()
Coger peso Si () No () Toser Si () No ()
Correr Si () No () Estornudar Si () No ()
Otros () Especifique.....

ANEXO 02

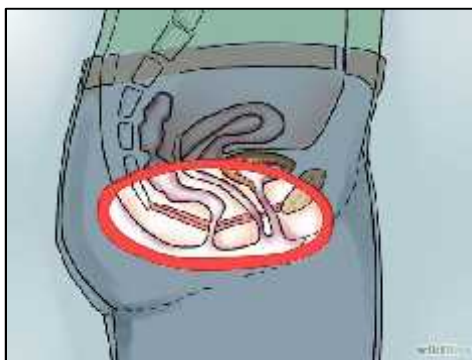
GUIA PARA REALIZAR LOS EJERCICIOS DE KEGEL

PRIMERA PARTE:

1. Prepárate para hacer los ejercicios de Kegel.

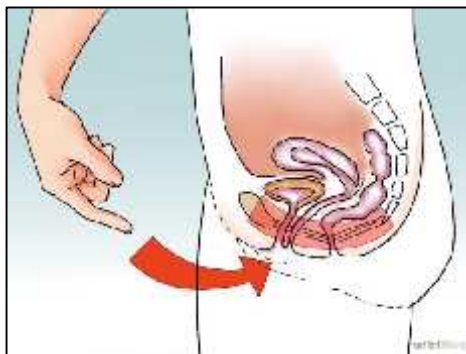
A) Detén el flujo de tu orina para encontrar los músculos del piso pélvico.

Antes de hacer los ejercicios de Kegel, es importante que encuentres los músculos pélvicos. Estos son los músculos que conforman el piso de la pelvis. La manera más común de encontrarlos es tratar de detener el flujo de la orina. Esta tensión que ejerces en el músculo es el movimiento básico de un ejercicio de Kegel. Relaja los músculos y deja que la orina siga fluyendo para tener más certeza de la ubicación de los músculos de Kegel.



B) Si aún tienes problemas para encontrar tus músculos de Kegel, introduce un dedo en tu vagina y aprieta tus músculos.

Debes sentir cómo los músculos se tensionan y tu piso pélvico se mueve hacia arriba. Relaja tus músculos y sentirás que el piso pélvico regresa a su lugar. Asegúrate de limpiar tu dedo antes de introducirlo en tu vagina.



C) Usa un espejo de mano para encontrar tus músculos de Kegel.

Si aún tienes problemas para encontrar o aislar tus músculos de Kegel, pon un espejo de mano debajo de tu perineo (la zona cubierta de piel que se encuentra entre la vagina y el ano). Aprieta y relaja el área donde crees que se ubican los músculos de Kegel. Si lo haces correctamente, debes ver que tu perineo se contrae con cada apretón que haces.



D) Asegúrate de tener la vejiga vacía antes de hacer los ejercicios de Kegel.

Esto es importante. No querrás hacer estos ejercicios con la vejiga llena o medio vacía, ya que puedes experimentar un poco de dolor y algunas fugas. Antes de comenzar tu rutina, revisa si tienes ganas de orinar para que puedas ejecutar tus ejercicios de la manera más eficiente posible.



E) Concéntrate únicamente en tensionar los músculos del piso pélvico.

Para conseguir los mejores resultados, los ejercicios de Kegel deben concentrarse únicamente en los músculos del piso pélvico, así que no debes flexionar otros músculos como tus glúteos, tus muslos o tu abdomen. Para ayudar a la concentración y la eficiencia de tus

movimientos, asegúrate de inspirar y exhalar mientras haces cada repetición de los ejercicios, en vez de aguantar la respiración. Esto te ayudará a relajarte y aprovechar al máximo los ejercicios para tu piso pélvico.



F) Ponte en una posición cómoda.

Puedes hacer estos ejercicios mientras estás sentada en una silla o acostada en el suelo. Asegúrate de que tus glúteos y los músculos de tu vientre estén relajados. Si estás acostada, debes estar boca arriba con los brazos a los lados y las rodillas levantadas y juntas. De igual forma, no levantes la cabeza para no esforzar tu cuello.



SEGUNDA PARTE:

2. Haz los ejercicios de Kegel.

A) Aprieta los músculos del piso pélvico durante 5 segundos.

Este es un ejercicio excelente mientras estás comenzando. No querrás esforzar demasiado estos músculos por practicar los ejercicios durante mucho tiempo. Si 5 segundos es demasiado para ti, puedes empezar apretando los músculos durante 2 o 3 segundos.



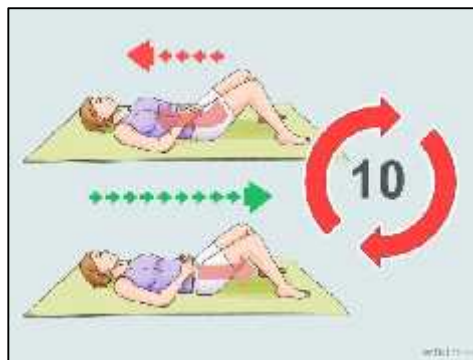
B) Relaja los músculos durante 10 segundos.

Idealmente siempre debes descansar los músculos del piso pélvico durante 10 segundos antes de repetir el ejercicio. Esto les da el tiempo suficiente para que se relajen y no terminen lastimados. Cuenta hasta 10 antes de empezar la siguiente repetición.



C) Repite los ejercicios 10 veces.

Esto puede considerarse como una serie de ejercicios de Kegel. Si empezaste con repeticiones de 5 segundos, entonces aprieta los músculos durante 5 segundos, relájalos durante 10 segundos y repite el ejercicio 10 veces. Esto debe ser suficiente para una sesión y debes repetirla no más de 3 o 4 veces al día.



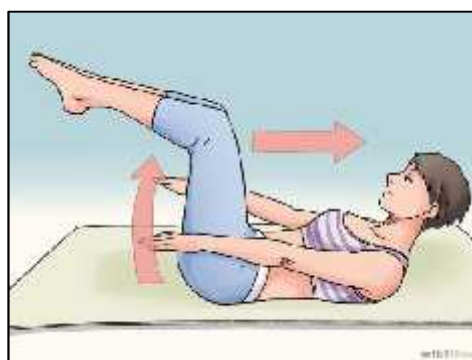
D) Aumenta el tiempo que aprietas los músculos del piso pélvico hasta que llegues a repeticiones de 10 segundos.

Cada semana puedes aumentar el número de segundos que pasas apretando los músculos. No hay necesidad de apretar por más tiempo o de hacer más de una serie por cada sesión. Cuando puedas apretar tus músculos durante 10 segundos, permanece en ese nivel y sigue haciendo una serie de 10 repeticiones de 10 segundos, unas 3 o 4 veces al día.



E) Haz ejercicios de Kegel hacia adentro.

Esta es otra variedad de los ejercicios de Kegel. Para realizar un ejercicio de Kegel hacia adentro, imagina que los músculos del piso pélvico son una aspiradora. Tensiona tus glúteos y lleva tus piernas hacia arriba y adentro. Mantén esta posición durante 5 segundos y luego descansa. Haz 10 repeticiones seguidas. Debes tardar alrededor de 50 segundos en completar esta serie.



TERCERA PARTE:

3. Consigue los resultados.

A) Haz los ejercicios de Kegel al menos 3 o 4 veces al día.

Si en realidad quieres que los ejercicios den resultados, entonces tienes que hacerlos parte de tu rutina diaria. Hacer los ejercicios 3 o 4 veces al día debe ser posible, ya que cada sesión no tarda mucho y puedes encontrar la manera de incluir los ejercicios en tu rutina diaria. Puedes ponerte como meta hacer los ejercicios por la mañana, la tarde y la noche, así que empieza a hacerlos periódicamente en vez de preocuparte por programar un horario.



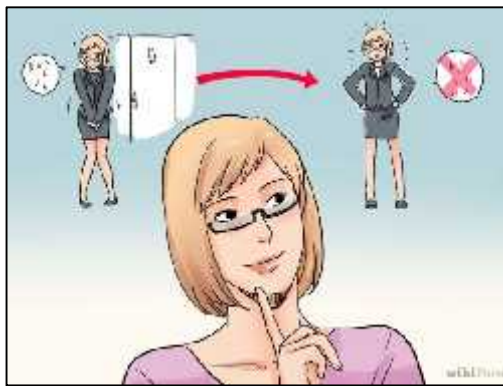
B) Incluye los ejercicios de Kegel en tu rutina ocupada.

La mejor parte de los ejercicios de Kegel es que puedes hacerlos sin que nadie lo sepa. Puedes hacerlos mientras estás sentada en tu oficina, almorzando con tus amigos o simplemente mientras te relajas en el sofá luego de un día extenuante de trabajo. Aunque mientras estás empezando es importante que te acuestes, aíslas los músculos y te concentres bastante, una vez que aprendas a aislar dichos músculos podrás hacer los ejercicios de Kegel en casi cualquier lugar y cuando lo desees.



C) Si haces los ejercicios regularmente, puedes esperar los resultados en algunos meses.

En algunas mujeres los resultados son radicales, mientras que en otras los ejercicios previenen problemas adicionales en el tracto urinario. Algunas mujeres se sienten frustradas porque hacen los ejercicios desde hace algunas semanas, pero no sienten ninguna diferencia. Sigue con tu rutina de ejercicios por el tiempo suficiente para que sientas los cambios en tu cuerpo. De acuerdo a los Institutos Nacionales de la Salud, es posible que sientas los resultados dentro de 4 o 6 semanas.



D) Pide ayuda si crees que no estás haciendo los ejercicios de Kegel apropiadamente.

Un profesional puede ayudarte a identificar y aislar los músculos correctos para hacer el ejercicio. Si sientes que has estado haciendo los ejercicios de Kegel por un tiempo prolongado y aún no ves los resultados, entonces debes pedirle ayuda a un profesional.



E) Sigue haciendo tus ejercicios de Kegel si quieres prevenir la incontinencia.

Si quieres evitar la incontinencia y hacer que tus músculos de Kegel permanezcan fuertes, entonces tienes que seguir haciendo tus ejercicios.



ANEXO 03

TÉCNICA DE PROTECCIÓN DEL PERINÉ

I. PROTECCIÓN DEL PERINE.

Técnica utilizada en la segunda etapa del parto (periodo expulsivo), periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior.

Esta técnica, se utiliza en un parto por vía vaginal, en pacientes primigestas que, tiene como finalidad de proteger el periné, cuando el nacimiento del feto es por vía vaginal y en presentación cefálica, para evitar los desgarros perineales, ya que las nulíparas tienen mayor probabilidad de trauma perineal, más aun, en el caso de un aumento del diámetro de la cabeza del peso fetal, (macrostomia fetal) y con una variedad de posición defectuosa.

Cuando existe un estado patológico que aumenta la resistencia del periné, como: las primíparas añosas, o presencia de una cicatriz gruesa consecutiva a una plastia perineal, el tránsito de la cabeza del producto es detenido o retrasado, además los tejidos perineales edematosos, hacen que el perineo pierda su elasticidad, se pone rígido y al no poder distenderse al paso de la cabeza aumenta el dolor y las posibilidades de romperse. Por lo consiguiente, se debe realizar una episiotomía, para evitar desgarros y complicaciones pos parto.

II. PARTO ESPONTANEO CON PROTECCIÓN DEL PERINE.

Para realizar la detención controlada de la cabeza fetal es importante:

1. Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección, tratarlas con máximo respeto, establecer una relación empática con las gestantes, preguntarle por sus necesidades y expectativas para poder apoyarlas y orientarlas, empleando un tono de voz adecuado y actitud para brindarle cuidados.
2. La posición de la gestante, tanto para la fase de dilatación como para el expulsivo, se dejará que opte o elija la posición que esté a gusto, sea laterales o verticales con un apoyo familiar o profesional.
3. La respiración durante el trabajo de parto, lo cual posee una conexión con la vagina, necesita concentración en el parto, realizando respiraciones profundas, tratando de abrir y relajar la garganta, ingresando oxígeno en las células de las paredes vaginales, nutriéndose de oxígeno, para hacerlas más elásticas y favorecer su dilatación.
4. Con un control de los pujos durante el periodo expulsivo, deben ser sustituido por exhalaciones.

5. Pasos para la protección del periné:

- **Abertura.**

Cuando completa la dilatación el cuello uterino, la gestante de una manera espontánea siente ganas de pujar, de una manera continua y sostenida, debido a que, la cabeza fetal sobresale a través del cérvix dilatado y presiona sobre el recto.

- **Elasticidad.**

Cuando la cabeza asome por la vulva, se distiende la vulva y el periné, lo suficiente para abrir el introito vaginal, hasta un diámetro de 5 cm o más denominado la cabeza fetal esta coronando o momento de la coronación. (Cuando sale la cabeza).

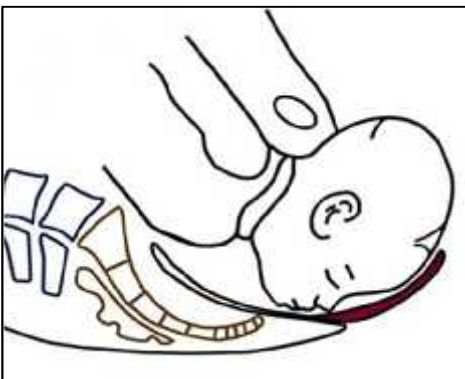
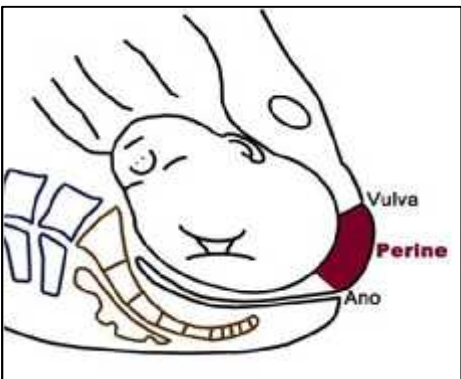
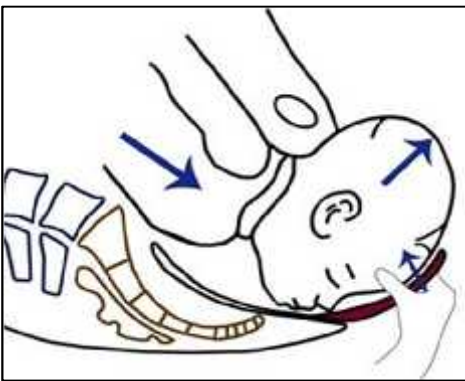
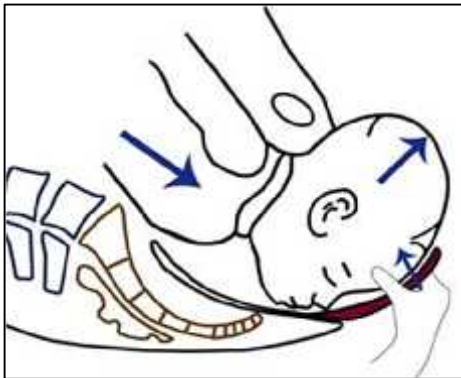
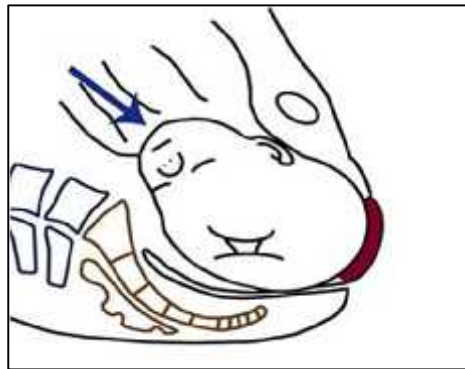
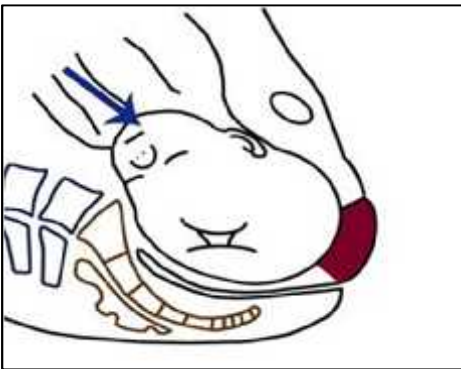
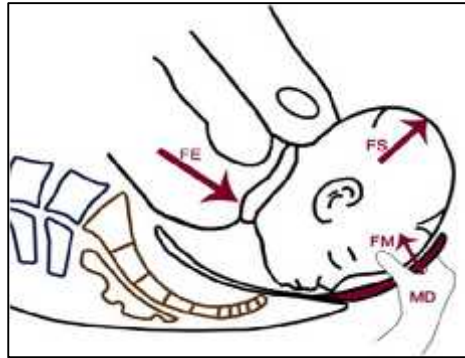
- **Ablandamiento.**

Colocar la palma de la mano derecha con un apósito, sobre el periné y presionar, la detención se ejercitará a nivel de la horquilla entre los dedos índice y pulgar.

La presión sobre el perineo es con el objetivo de frenar la salida rápida y brusca del feto y lesione el perineo.

- **Estiramiento.**

Con la mano izquierda, conducir el occipital hacia la vulva y realizar la flexión de la cabeza para mantener el diámetro y es el momento en que el profesional indique a la paciente que no empuje enérgicamente, sino un débil jadeo. (Respiración jadeante), para que de esta manera se maniobre con esta mano el desprendimiento de los parietales y permitir la extensión de la cabeza y con la mano que se protege el periné, se realiza el deslizamiento lento y delicado del periné para liberar la cara fetal del introito vaginal.



Técnica de soporte manual: mantener la flexión de la cabeza fetal durante su salida, ejerciendo presión sobre el occipucio en dirección descendente, hacia el periné, evitando la extensión de la cabeza hasta la coronación, y la protección del periné situando la otra mano sobre esta estructura sujetándola. Esta técnica permite frenar la salida de la cabeza permitiendo la extensión del periné para reducir trauma.

Técnica expectante: Manos fuera. Con actitud expectante, para ejercer una leve presión o soporte de la cabeza, en caso de que ésta salga de manera demasiado rápida.

ANEXO 04

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO:

Mujer gestante:

Yo, _____ he recibido información que me ha proporcionado el (la) investigador(a) _____, he comprendido las explicaciones y he tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente a participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, sin que afecte de ninguna forma mi condición de estudiante.

En _____ a los _____ de _____ del _____

Firma del investigador

Firma del sujeto de investigación

ANEXO 05

VALIDACIÓN POR JUECES

Hoja de instrucciones para la evaluación

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada

FICHA CLÍNICA

Nombre del experto: _____

Especialidad: _____

DIMENSIÓN	ÍTEM	Relevancia	Coherencia	Suficiencia	Claridad
Características obstétricas	Edad gestacional al momento del parto.				
	Si le realizaron episiotomía.				
	Tipo de episiotomía				
Datos sobre la preparación del periné	Recibió preparación perineal.				
	Número de veces que recibió preparación perineal				
Datos sobre la recuperación post parto	Número de días en que empezó a deambular después del parto.				
	Número de días que sintió dolor después del parto.				
	Número de veces que le aplicaron analgésico a causa del dolor.				
Complicaciones a corto plazo	Sufrió desgarro				
	Grado de desgarro				
	Dolor en zona de episiotomía				
	Necesitó analgésico a causa del dolor.				
	Presentó laceraciones				
	Zona de laceración				
	Presentó hematoma				
	Presentó hiperemia				
	Presentó edemas				
	Zona de edema				
Presentó dehiscencia					
Presentó fístula					
Complicaciones a mediano plazo	Presentó infección asociada a los puntos de la episiotomía.				
	Presentó algún tipo de incontinencia.				
	Tipo de incontinencia que presentó				
	Presenta incontinencia en diversas actividades: reír, toser, etc				

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí,
¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Firma y sello

ANEXO 06

ESTADÍSTICO DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH


Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,858	24

N°	ITEMS	
1	Edad gestacional al momento del parto.	0.862
2	Si le realizaron episiotomía.	0.864
3	Tipo de episiotomía	0.862
4	Recibió preparación	0.863
5	Número de veces que recibió preparación	0.865
6	Número de días en que empezó a deambular después del parto	0.866
7	Número de días que sintió dolor después del parto.	0.864
8	Número de veces que le aplicaron analgésico a causa del dolor.	0.865
9	Sufrió desgarro	0.863
10	Grado de desgarro	0.862
11	Dolor en zona de episiotomía	0.865
12	Necesitó analgésico a causa del dolor.	0.828
13	Presentó laceraciones	0.808
14	Zona de laceración	0.852
15	Presentó hematoma	0.823
16	Presentó hiperemia	0.865
17	Presentó edemas	0.866
18	Zona de edema	0.864
19	Presentó dehiscencia	0.849
20	Presentó fístula	0.813
21	Presentó infección asociada a los puntos de la episiotomía.	0.832
22	Presentó algún tipo de incontinencia.	0.865
23	Tipo de incontinencia que presentó	0.861
24	Presenta incontinencia en diversas actividades: reír, toser, etc	0.842

Fuente: Ficha clínica (Anexo 01)

ANEXO 07

Autorización para realizar la investigación

 "Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año del Fortalecimiento del Mar de Grau"

Huánuco, 11 de Julio de 2016

CARTA N° 028-2016-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.

Señora
Obst. Silvia Lina BACILIO CRUZ
Alumno de la Escuela de Post – Grado de la Universidad de Huánuco.
Presente.-

ATENCIÓN: Proveído N° 039-2016-JOSO/TFT-HRHVM-HCO.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente e informarle sobre la solicitud de autorización para realizar trabajo de Investigación, al respecto contando con el Informe con Opinión Favorable, resuelto por la Jefatura del Servicio de Obstetricia, del Departamento del Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, por lo que esta Dirección **UTORIZA** la realización del trabajo de investigación titulado: **"PREPARACIÓN DEL PERINEO VERSUS USO SISTEMÁTICO DE LA EPISIOTOMÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POST PARTO EN NULÍPARAS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO"**, para cuyo objetivo deberá coordinar con la Jefatura del Servicio de Obstetricia, para que le brinden las facilidades del caso.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso del trabajo de investigación desarrollado, la información y los resultados obtenidos deberá ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académica, a responsabilidad única de la investigadora.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano


Méd. Ped. Edg. Y. Anderson Murta
C.R. 2001 198 2147
DIRECTOR EJECUTIVO

EVAM/NW/C/hgc.
Hco. 13.05.2016
C.z. Foto. de G.O.
Archivo

www.hospitalvaldizan.hco.gob.pe

Jr. Hermilio Valdizán N° 950
Huánuco - Perú
T(06251) 3370
Telefax (06251) 3370