

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA
EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN
TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARIA”-
ENERO-DICIEMBRE 2015”**

**Tesis para optar el título profesional de
OBSTETRA**

**ELABORADO POR:
PUJAY ESCOBAL, ANGELA CHENYU**

**DOCENTE ASESOR:
OBST. CASTRO QUIROZ, ALFONSO**

HUÁNUCO-PERÚ

2016

DEDICATORIA

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

A mis padres Zócimo y Hermelinda, por apoyarme cada día y haberme enseñado a trabajar y a trázame metas en la vida y a mis hermanos porque me enseñan siempre a amar y ver lo hermoso que es la vida, me guían y sirven de solución a los percances de mi día a día.

A mi Prima Jessica, por darme un lugar donde estar, así poder llegar al sueño y anhelo tan grande de ser profesional.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Gracias a mi familia por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser excelente ejemplo de vida a seguir.

A Harmon por ser una parte muy importante de mi vida por haberme apoyado en la buenas y malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A la Universidad de Huánuco y a la facultad de ciencia de la salud de obstetricia, a su plana de docentes y demás profesionales que con sus enseñanzas hicieron posible mi formación profesional.

Al Director del Hospital de Tingo María y al Coordinador de Obstetricia quien me ha permitido recolectar datos para mi tesis y así poder culminar una de las etapas de mi formación profesional.

A mi Asesor Obsta. Castro Quiroz, Alfonso por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo del a tesis.

A mis jurados revisores de tesis la Mg.Silvia Bacilio Cruz, la obsta. Zulema Oscategui y la Obsta. Cecilia Suarez León; quienes aportaron y me orientaron con todo su vasto conocimiento durante todo este proceso.

INDICE

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRAC

| | |
|--|--|
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| 1.1. Descripción del problema: | 7 |
| 1.2. Formulación del problema: | 12 |
| 1.3. Justificación de la investigación | 12 |
| 1.4. Limitaciones de la investigación..... | 14 |
| 1.5. Viabilidad de la investigación | 14 |
| 2 OBJETIVOS | ¡Error! Marcador no definido.16 |
| 2.1 Objetivo general..... | ¡Error! Marcador no definido.16 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | ¡Error! Marcador no definido.16 |
| 3. MARCO TEORICO | ¡Error! Marcador no definido.17 |
| 3.1. Antecedentes de la investigación..... | ¡Error! Marcador no definido.17 |
| 3.1.1. a nivel internacional..... | 17 |
| 3.1.2. a nivel nacional..... | 24 |
| 3.2. Bases teóricas..... | 28 |
| 3.3. Definición de terminos..... | 28 |

| | |
|---|--|
| 4. HIPÓTESIS Y VARIABLES | ¡Error! Marcador no definido.46 |
| 4.1. Hipótesis..... | 46 |
| 4.2. Variables..... | 46 |
| 4.2.1 Variable dependiente | 46 |
| 4.2.2. Variable independiente | 46 |
| 5. MÉTODOS Y TECNICAS | 48 |
| 5.1. Poblacion y muestra | 49 |
| 5.2. Tipo de investigacion..... | 50 |
| 5.3. Tecnica de recoleccion de datos | 52 |
| 5.4. Tecnica de procesamiento de la informacion | 52 |
| VI. RESULTADOS | 54 |
| VII. CONCLUSIONES | 75 |
| VIII. RECOMENDACIONES..... | .77 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | .78 |
| X. ANEXOS | ¡Error! Marcador no definido.85 |

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo ser, que tiene múltiple componentes, la madre con sus fenómeno del parto, un canal por donde pasa el feto hacia el exterior, este canal integrado por sus partes blandas y óseas, que deben ser preparadas durante todo el proceso del embarazo, este fenómeno estas sometido a diferentes riesgos, hacen que el canal del parto, específicamente las partes blandas sean sometidos a fenómenos de distención por las fuerzas expulsivas, que en muchos casos se verán sometidos desgarros de diferente grado que comprometen a los órganos vecinos del canal del parto, esto se pudo disminuir con la aplicación de ciertas técnicas invasivas como la episiotomía, con la finalidad de ampliar el canal del parto, en la que se incidía muchos tejidos y músculos que conforman el piso pélvico, pero esta práctica quirúrgica que debería producir beneficios en la madre y al recién nacido, al ser aplicado en forma rutinaria o sistemática y sin una buena evaluación de los tejidos vulvoperineales, puede generar alteraciones o complicaciones, como hemorragias durante el parto, desgarros de diferente amplitud o prolongación de la episiotomía, esfínter de recto, hematomas, edemas y mala cicatrización, o posteriormente puede ser causa de dispareunia en la madre. La preocupación del presente trabajo de investigación se centra principalmente en determinar las complicaciones inmediatas y tardías en las gestantes nulíparas en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Tingo María, recordando que la OMS en uno de sus informes ha manifestado que este tipo de intervención quirúrgica es muy controversial, es más dolorosa y tarda más en cicatrizar que un desgarro natural.

En la realidad nacional, la episiotomía sistemática que se aplica en los hospitales o centros de salud u otras instituciones prestadoras de salud arrojan porcentajes de hasta el 92,3%. Los resultados porcentuales de este estudio de investigación de la práctica quirúrgica sistemática de la episiotomía en el hospital de Tingo María es de 94,5%, lo que indica que está dentro de los porcentajes nacionales.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, analítico de corte transversal. Se elaboró un instrumento, en la que se recolectó 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. **RESULTADOS:** - Existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un (62,59%), estado civil, conviviente con un (68,75%), grado de instrucción secundaria con un (56%), y procedencia rural con un (56,25%), los que mostraron estar relacionados muy significativamente a complicaciones del uso sistemático de la episiotomía en la población en estudio. En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%), el (93,75%) de los partos tuvieron atención pre natal, el peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos, con un (43,75%), valoración del Apgar de 7 a 10 al minuto 14 casos y 2 casos de puntaje 4 a 6; recuperándose a los 5 minutos los 16 casos con valores de 7 a 10. 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 presentó 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 da 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.**CONCLUSIONES:** a más del 90% a las pacientes nulíparas se le aplica la episiotomía de manera sistemática y el 3,4% presentó complicaciones en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015.

PALABRAS CLAVES: aplicación sistemática de la episiotomía, complicaciones.

ABSTRACT

To determine the complications in the systematic application of episiotomy in nulliparous pregnant women at labor in Tingo Maria Hospital, January to December 2015. MATERIALS AND METHODS: study with a quantitative approach, descriptive observational, analytical cross section. an instrument, in which I was collected information in relation to the complications of the systematic application of episiotomy in nulliparous pregnant women at labor was developed; the sample consisted of 16 pregnant women who had complications. RESULTS: - There is a predominance of the variables age, from 18 to 29 years with a (62,59%), marital status, living with an (68,75%), grade of secondary instruction with a (56,25%), and rural origin with one (56,25%), which showed very significantly be related to complications of routine use of episiotomy in the study population. In relation to obstetric variables it was observed that the highest percentage of gestational age corresponded to range between 39 and 40 weeks with a (62,50%), the (93,75%) of births were pre natal care, birth weight between 3000-3499 grams, with a (43,75%), Apgar scores of 7 to 10 at minute 14 cases and 2 cases of score 4-6; recovering at 5 minutes 16 cases with values from 7 to 10. The incidence of episiotomies addressed systematically in nulliparous pregnant women was 94.5%, very high figure compared to other countries and studies. In relation to the variable complications of the systematic application of episiotomy, the (3.4%) of total episiotomies performed I present complications, being able to observe that the highest percentage of immediate complications corresponded to first-degree tear (46,15%), followed by second degree tear and bleeding (23,07%) and grade 3 with a tear (7,69%); and between mediate complications with vulvar hematoma (66,66%) and to a lesser extent with vulvar edema (33,33%). We can conclude that the application of statistical hypothesis testing associated with CHI SQUARED gives 1.93, ie less than 5,99 which statistically means that the null hypothesis research, which claims accepted: Systemic application of episiotomy no major complications in nulliparous pregnant women at labor in Tingo Maria Hospital from January to December 2015. CONCLUSIONS: more than 90% to nulliparous patients episiotomy is applied systematically and 3.4% had complications at the Hospital of Tingo Maria, January to December 2015.

KEYWORDS: systematic use of episiotomy, complications.

I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La episiotomía, en sentido estricto, es la incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Sin embargo, la episiotomía se utiliza a menudo como sinónimo de perineotomía. La incisión debe ser amplia; de 3 a 7 cm puede hacerse en la línea media (episiotomía mediana o de la línea media) para dirigirse hacia afuera y abajo (episiotomía medio lateral), en la cual se inciden los músculos bulbo cavernosos, transverso superficial y profundo ¹.

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould,² una enfermera Obstétrica de Dublín, en 1742. Los seguidores de esta práctica quirúrgica de la episiotomía creían que el uso prevenía las complicaciones vulvoperineales, la relajación del piso pélvico y beneficiaba al feto de complicaciones. Un estudio reciente no pudo confirmar evidencias que fundamenten estos beneficios ^{3, 4,5}.

La episiotomía sigue siendo una intervención quirúrgica obstétrica aplicada sistémicamente. Según Sheila Kitzinger, esta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente ⁶. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizara^{4,7}. Su reparación es más fácil, pero no parecen ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es menor y la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarro⁹. Con una episiotomía medio lateral, la probabilidad de una laceración en el recto se reduce pero no se elimina ^{4,8}.

Parece razonable llegar a la conclusión de que no se debe realizarse una episiotomía de rutina¹. El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para indicaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones fetales (distocia de hombros, parto de nalgas), operaciones de fórceps⁹.

En el pasado, las episiotomías eran simplemente un procedimiento estándar que se llevaba a cabo durante el trabajo de parto y el alumbramiento del bebé. No obstante, dicho procedimiento ha sido puesto bajo tela de juicio en los últimos años debido al surgimiento de evidencia de que las episiotomías podrían no ser verdaderamente beneficiosas para una mujer. Numerosos estudios han demostrado que, incluso en los casos de una mujer no se someta a una episiotomía, lo más seguro es que no experimente desgarramiento vaginal⁹.

Si esto llegara a suceder, lo más probable es que el desgarramiento sea mínimo y en la mayor parte de los casos no llegará a ser peor que la incisión realizada para llevar a cabo una episiotomía. No obstante, muchas personas piensan que la cantidad de mujeres que aún se someten a episiotomías sigue siendo realmente alta¹⁰.

Los expertos argumentan que el número de episiotomías realizadas en partos vaginales no debería exceder un 20%, mientras que otros piensan que las episiotomías sólo deberían ser practicadas en no más del 10% de los partos vaginales. En el pasado, se creía que una episiotomía se curaba más pronto que un desgarramiento vaginal y que traía aparejadas menos complicaciones. También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto¹⁰.

Las mujeres que se sometían a una episiotomía frecuentemente perdían mucha más sangre durante el alumbramiento. Las mismas también reportaban períodos de recuperación mucho más extensos y dolorosos luego del parto, y tendían a experimentar más complicaciones; otras eran más propensas a padecer un debilitamiento de los músculos de la zona pélvica luego del parto. Parece razonable llegar a la conclusión de que no se debe realizarse una episiotomía de rutina¹⁰.

De acuerdo a la Organización Mundial de salud “Ginebra, Suiza 2003.**El uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada**”. Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada solo para aliviar el distres materno fetal, o para realizar un adecuado proceso cuando el periné así lo requiere ^{10,11}.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuáles son las complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. A nivel teórico.

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

En el Hospital de Tingo María, esta práctica es rutinaria, siendo también posible identificar algunas complicaciones obstétricas en mujeres nulíparas después de haberseles practicado la episiotomía.

1.3.2. A nivel Práctico.

En cuanto a la perspectiva de la paciente frente al procedimiento en nuestro medio, existe desconocimiento y temor al respecto, asociándose a la inclinación de atenderse el parto fuera de la institución por personas empíricas, lo que se manifiesta en la cifra de atención por otras personas del 16%.

Otro enfoque importante para restringir el uso rutinario de la episiotomía es la prevalencia de la anemia, en nuestra región considerándose que se presenta en más del 50% de ellas, siendo importante en este grupo evitar pérdida innecesaria de sangre durante la episiotomía.

1.3.3. A nivel Metodológico.

Los resultados que se obtendrán serán de utilidad para el los profesionales que laboran en el centro obstétrico, para tomar conciencia sobre cuáles son las principales complicaciones del uso sistemático de la episiotomía deficiencias y tomar esa iniciativa para establecer ciertas estrategias que permitan actitudes de cambio entre los integrantes del equipo de salud; para luego, ser evidenciadas con una mejora en la atención que se brinda al usuario asistente al establecimiento de salud.

Por lo tanto la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo.

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

1.4. Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones del estudio de investigación están relacionadas primeramente por el escaso material bibliográfico del problema.

Como limitación considero la falta de recursos económicos para enfrentar los costos de la misma.

El aspecto administrativo en el área de archivos del Hospital, los que son muy engorrosos y lentos para el acopio de datos que se requieren.

La información de las complicaciones del uso sistémico de la episiotomía en gestantes nulípara, no son adecuadamente informados.

1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN:

En el Hospital existe un porcentaje considerable de partos, atendidas en centro obstétrico, con la que es posible detectar precozmente signos de alarma que puedan complicar la salud, de tal manera que se pueda tomar acciones acertadas a tiempo.

Realizar un estudio respecto a la episiotomía con énfasis en nulíparas, encuentra su justificación en el hecho de tratar un hecho que reviste trascendencia, actualidad, y debate, además de estar directamente relacionado con nuestra área de estudios y formación profesional.

A través del estudio se pretende proporcionar información de primera mano a estudiantes y profesionales; esta información a su vez, será el punto de partida para establecer medidas pertinentes y proponer alternativas encaminadas a prevenir o disminuir la práctica rutinaria de la episiotomía en las nulíparas y mejorar el pronóstico puerperal y estancia en el Hospital.

El estudio es viable porque existen facilidades para el traslado hacia la unidad de salud considerada para el estudio. Asimismo se cuenta con facilidades de acceso a las fuentes de información, lo cual permitirá la elaboración de un marco teórico sólido que sustente las hipótesis y posiciones asumidas.

Se espera contar con todos los registros de todos los casos de episiotomías en nulíparas realizados en las historias clínicas de los pacientes de tal manera que contribuya en la obtención de la información de manera acertada.

Así mismo es de vital importancia el papel de los profesionales de salud en este momento, y dentro de ellos los obstetras, que cumplen un papel trascendental en los procesos de atención para detectar oportunamente cualquier irregularidad que se presente y ocasione riesgos para la salud de la gestante nulípara.

PRESUPUESTAL: Es viable ya que se cuenta con el apoyo del Personal de Salud que está a cargo del servicio, los gastos operativos son responsabilidad de la investigadora.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

➤ Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

➤ Conocer la incidencia y prevalencia de episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015.

➤ Identificar las complicaciones inmediatas en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015.

➤ Conocer la relación entre las complicaciones inmediatas y la técnica de sutura realizada en la población en estudio.

III. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

VARGAS BALDARES, MARÍA 2011 –COSTA RICA Y CENTROAMERICA EN LA REVISTA MEDICA DE EPISIOTOMIA LXVIII 461-466-2011 Concluye que: la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados. Su uso fue justificado como prevención de desgarros perineales graves y complicaciones fetales. Luego de múltiples estudios que han evaluado los beneficios y riesgos de la episiotomía de rutina, se ha observado una menor frecuencia de laceraciones labiales y vaginales, pero muestran un incremento en la incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado con sus consecuentes efectos a largo plazo. Por esto, se ha visto que en Estados Unidos el uso de la episiotomía ha disminuido notablemente utilizando la política selectiva de su uso, de acuerdo con la evaluación de los factores de riesgo de cada paciente y la experiencia que tenga el personal responsable de la atención del parto¹².

SCETTI MARTA Y COL. 2000-2005.ARGENTINA.CORRIENTES-HOSPITAL “J. R. VIDAL” SOBRE EL ESTUDIO “EL USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA”. Concluye: que se analizó los siguientes datos: número de gestaciones, cantidad de episiotomías en primíparas y multíparas. Se relacionó el número de gestación con la realización o no de episiotomías.

De las 17.680 gestantes analizadas desde el 1 de enero de 2000 hasta el 30 de septiembre de 2004, 4 255 fueron primigestas, de éstas a 2 482 gestantes (58,33 %) se le realizó episiotomía; 3 392 fueron segundigestas y a 705 (20,78 %) se le realizó episiotomía; 2, 652 cursaban su tercera gestación y con episiotomía fueron 167 (6,29 %); cursando su cuarta gestación se hallaron 2, 113 de las cuales 62 (2,93%) presentaron episiotomía; con 05 gestaciones se encontraron 1 547 de las cuales a 30 (1,93 %) se le realizó episiotomía; 1,108 pacientes cursaban su sexta gestación y de estas 15 (1,35 %) presentaron episiotomía; 753 cursaban su séptima gestación y a solo 7 (0,92 %)

se le realizó episiotomía; 1, 201 pacientes cursaban su octava gestación de las cuales 10 (0,83 %) presentaron episiotomía.

Los criterios de realización de episiotomía en el Servicio se consideran: Periné poco distensible, desproporción feto pélvica, feto macrosómico, utilización de fórceps, acelerar el parto abreviando el período expulsivo cuando se presentan trastornos fetales o hay agotamiento materno, agrandar el introito y reducir la curva de Carus (eje normal de la salida de la pelvis).

Las complicaciones presentadas por la episiotomía fueron: incide lazadas musculares, mayor pérdida hemática, cierre con mayor dificultad, peor resultado anatómico-estético, cicatrización más difícil y defectuosa, dolor puerperal y dispareunia. En este Hospital, se pudo comprobar que el uso de la episiotomía realmente selectivo, considerando que de los 17.021 partos atendidos en dicho periodo, solo en el 20% se la realizó ¹³.

MENDOZA, ANA. Y COL. 2013-MEXICO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA: IMSS-608-13 SOBRE “PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EPISOTOMIA COMPLICADA” Concluyen que: el uso restrictivo o selectivo de la episiotomía es recomendable para disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un lapso de 7 días. La episiotomía media lateral se asocia a menos lesiones del esfínter anal y rectal. Cuando la episiotomía está indicada, la técnica medio lateral es recomendable, ya que se encuentra menos relacionada a desgarros del esfínter anal y rectal surgiendo que el corte de la episiotomía sea en un ángulo de 45 a 60 respecto a línea media para evitar lesión del esfínter. La episiotomía medio lateral presenta mayor riesgo de sangrado, dificultad en la reparación y molestia en posparto.

Considerado que la episiotomía medio lateral se asocia a mayor sangrado y dificultad en su reparación se debe verificar la hemostasia y la reparación correcta en estas pacientes con fines de identificar su existen no hematoma o sangrado activo¹⁴.

COLÓN LUCACH, ALFREDO Y COL.2009-MÉXICO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: (IMSS-052-08) SOBRE “VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO”.

Plantea que: la episiotomía individual frente a la de rutina (rutinaria) favorece el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso.

La práctica de la episiotomía en forma individualizada tiene beneficios cuando se compara con su uso en forma rutinaria.

No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos benéficos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.

La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.

No debe practicarse episiotomía de rutina en todos los partos espontáneos.

La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.

Es adecuado antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada.

Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados ¹⁵.

SALAS S, EVELYN 2012- COSTA RICA-SAN JOSÉ. DE LA REVISTA ELECTRONICA SOBRE “PERSPECTIVA CRITICA DE LOS ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EPISIOTOMIA”

Concluyen que: la episiotomía debe realizarse antes de las indicaciones ya sean materno y/o fetales; esto bajo criterio profesional.

Los desgarros del perineo pueden ocurrir en presencia o no de una episiotomía, es decir, debido a la no ejecución de esta o por efectuarse de manera tardía.

La consideración histórica de la práctica de episiotomía presenta aspectos relevantes, lo cual lleva a una reflexión continua sobre la normativa vigente para realizar procedimientos médicos, tanto en el ámbito público como privado, acerca de la corporalidad femenina y la cultura.

Se debe establecer claramente de que, aunque se trata de un procedimiento relativamente simple, esto no está exento de complicaciones ¹⁶.

BERNÚES SUAREZ, I. 2004 –ESPAÑA –“UNIVERSIDAD PUBLICA DE NAVARRA EN EL ESTUDIO DE “EFECTOS DE LA EPISIOTOMÍA SOBRE EL SUELO PÉLVICO Y PERINÉ” Concluye que: la episiotomía es una incisión que se realiza en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del parto. Se utiliza para acortar el expulsivo y prevenir posteriores problemas del suelo pélvico -como desgarros y prevenir lesiones fetales como la asfixia intraparto y la hemorragia intracraneal.

Es uno de los procedimientos más frecuentes en el mundo, a pesar de producir elevada proporción de daño perineal tras el parto y de que no exista evidencia de su efectividad ¹⁷.

ROMERO, D Y COL. 1997-1998 COLOMBIA, MEDELLIN –HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN EN SU ARTICULO “EPISIOTOMIA SELECTIVA VERSUS EPISIOTOMIA DE RUTINA EN LA PREVENCIÓN DE DESGARROS PERINEALES” Concluye que: hasta la fecha no hay diferencias en la incidencia de desgarros perineales utilizando episiotomía mediana rutinaria o selectiva .Igualmente no se evidencian diferencias significativas en la incidencia de desgarros leves (I y II) y graves (III y IV) con episiotomía mediana rutinaria o selectiva.

La episiotomía genera relevantes y limitantes efectos secundarios en la mujer, tales como: dolor a corto y largo plazo, dispareunia, pérdida de fuerza musculatura pélvica, posible lesión del nervio pudendo, OASIS (Obstetric and Sphinter Injuries =lesión obstétrica del esfínter anal) y con ello IF (incontinencia fecal), IU (incontinencia urinaria), infección, dehiscencia de la herida, endometriosis, hasta la posible muerte.

No supone la prevención de problemas neonatales, ni actúa frente a bajas puntuaciones de Apgar.

La episiotomía mediolateral parece generar menos problemas que la mediana.

La angulación determina la evolución de OASIS (Obstetric and Sphincter Injuries =lesión obstétricos del esfínter anal); resultando perjudiciales las < de 15° y > de 60°.

Consensuando la incisión óptima entre los 40°- 60°.

El uso del material de sutura sintético reduce el dolor y dispareunia posparto.

Uso rutinario de la episiotomía genera cuantiosa y diversa patología del suelo pélvico y periné.

- Uso rutinario de la episiotomía no produce los beneficios maternos y fetales inicialmente atribuidos.
- Es evidente que hay que optar por el uso restringido de la episiotomía, estableciendo un protocolo con criterios de indicación.
- Necesidad de una mayor investigación para determinar y apoyar firmemente los resultados hasta el momento obtenidos ¹⁸.

BUSTAMANTE, S Y COL. 2007-ARGENTINA.EN SU INFORME DE “LA EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA EN PARTO NORMAL”. Concluyen que: se debe efectuar estudios comparativos entre los siguientes factores:

- Presencia de desgarro perineal y circunferencia craneana de los recién nacidos, en pacientes con y sin episiotomía.
- Puntaje de Apgar a los 5 minutos y episiotomía restrictiva.
- Duración del período expulsivo en primíparas y multíparas, con y sin episiotomía.

La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria.

El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para situaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones fetales y operaciones de fórceps o espátulas de Thierry y en especial en aquellos casos en que a juicio del operador sea obvio que la falta de ejecución de una episiotomía producirá la ruptura perineal.

Siempre debe primar el criterio clínico y el bienestar materno y fetal ¹⁹.

RUBIO J, 2005 –COLOMBIA EN LA REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA VOL. 56 N°2. (116-126).Concluyen que: la aplicación de la política selectiva de episiotomía fue exitosa: disminuyó la frecuencia de episiotomía sin modificar significativamente el riesgo de desgarro perineal de nulíparas, disminuyó el riesgo de desgarros perineales en las multíparas durante el parto vaginal espontáneo y disminuyó la cantidad de suturas perineales posparto ²⁰.

GARCÍA CUESTA, E. 2013-ESPAÑA EN EL ESTUDIO “LA EPISIOTOMÍA EN LA ERA DEL PARTO HUMANIZADO” Concluyen:

- A. Como se ha comprobado, tuvo un origen con escasa consistencia y aún hoy en día no se utiliza con base fundamentada en la mayoría de los casos, ni clínicas, ni demográficos. Como se ha podido ver a lo largo de la revisión, los criterios para su empleo dependen mayoritariamente de la política de la institución en la que se realiza, factores del profesional a cargo del parto (actitudes, creencias) y de su formación. Con esto, ante un mismo proceso de parto con embarazo de evolución normal, dos profesionales distintos podrían actuar de diferente forma; una “cortando” y otro dejando que el expulsivo se desarrolle de una manera fisiológica.
- B. La episiotomía rutinaria no tiene base científica y debería ser eliminada. Carece de beneficios y posee una extensa lista de complicaciones. La tendencia actual está encaminada hacia su uso selectivo, pero aún hay muchas barreras que derribar, especialmente profesionales, para que sea algo más cercano a la realidad que a una utopía.
- C. Las mujeres tienen la ley de su parte (Ley 41/2002, de autonomía del paciente) y saben que tienen derecho a tomar las decisiones de acuerdo con el profesional que les asiste. Este consenso precisa que ellas conozcan los riesgos y beneficios de las opciones disponibles. Sin embargo, no son pocos los casos de hospitales que soslayan protocolos o directrices que no les interesan.

- D. Muchas veces la práctica sistemática de estas intervenciones se debe a la prisa o a intereses de las profesionales, más que de la parturienta. En este sentido, hay que exigir buenas prácticas, paciencia y tiempo para dejar de actuar a las fuerzas naturales del parto. Mantener una actitud expectante y obrar en consecuencia ha demostrado que disminuyen los traumas y se favorece la recuperación adecuada.
- E. La mujer debe ser la protagonista de su parto, el trabajo de los profesionales obstétricos debe encaminarse a la humanización del mismo, intentando de evitar actuaciones intervencionistas en lo posible. Esto requiere de profesionales íntegros y cualificados para saber en qué momento actuar y de qué forma, para aportar un beneficio real a la mujer y al neonato.
- F. Las mujeres es el foco de atención del proceso. La embarazada tiene en su mano un abanico de posibilidades para disminuir el riesgo de sufrir una episiotomía durante el parto. En su mano está ponerlo en práctica antes de dar a luz. Por otro lado, pueden optar por partos alternativos: en el agua, en casa; que favorecen el bienestar materno y familiar²¹.

BROUSSE TISNÉ, LUIS 2006 –ARGENTINA. EN LA REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: RESPECTO AL USO RESTRICTIVO DE EPISIOTOMÍA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL VOL.2 (2): 127-136.

Evaluó los siguientes:

- Cuantificar el número de partos con y sin episiotomía en pacientes multíparas y primíparas.
- Conocer la variación del uso de episiotomía durante el período en estudio en primíparas y multíparas.
- Evaluar la ocurrencia de desgarros vulvo–vaginoperineales en pacientes con y sin episiotomía. Los desgarros perineales se clasificaron en:
 - Grado I: tejido celular subcutáneo y profundidad hasta 2 cm.
 - Grado II: lesión de la musculatura perineal, hasta 3 cm.

- Grado III: incluye lesión del esfínter anal.
- Grado IV: hasta la mucosa del conducto anorrectal.

Se estudia además la relación entre:

- Desgarro vulvo–vagina-perineal y circunferencia craneana de los recién nacidos, en pacientes con y sin episiotomía.
- Puntaje de Apgar a los 5 minutos, con y sin aplicación de episiotomía.
- Variaciones en el período expulsivo, en primíparas y multíparas, con y sin episiotomía²².

3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES:

CASANOVA, MEY Y COL. 2002.PERÚ.LIMA–HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL “ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO SISTEMÁTICO Y EL NO USO DE LA EPISIOTOMÍA EN PACIENTES NULÍPARAS” Concluye que no debe realizarse una episiotomía rutina. El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para indicaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones fetales (distocia de hombros, parto de nalgas), operaciones de fórceps y de extractor al vacío, posiciones occipito posteriores y en casos en que sea obvio que falta de ejecución de una producirá la ruptura perineal .De acuerdo a la organización Mundial de la Salud” el uso sistemático de la episiotomía no es justificado. La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada. Estos hallazgos demuestran que la episiotomía debe ser usada solo para aliviar el distress materno o fetal o para realizar un adecuado progreso cuando es el periné el responsable de esta falta de progreso²³.

ALBINO, FRANK 2009. PERÚ-PIURA. HOSPITAL DE APOYO DE SULLANA EN LA REVISTA SALUD, SEXUALIDAD Y SOCIEDAD SOBRE “EL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS ,EN MUJERES NULIPARAS ATENDIDAS DE PARTO VAGINAL” Concluye que realizó un estudio explicativo, retrospectivo, comparativo y de corte longitudinal con la finalidad de determinar en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana entre los meses de Marzo – Setiembre del 2005.

Para lo cual se aplicó una encuesta y revisión de historias clínicas llegándose a los siguientes resultados. 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.

Este procedimiento no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, sin embargo estos significativamente más graves que en el parto normal, ya que 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.

La episiotomía se relaciona significativamente con una mayor prevalencia de hematomas perineales, dicho procedimiento también se relaciona con una mayor prevalencia de edemas vulvo perineales y agrava el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias²⁴.

RODRIGUEZ GONGORA, E. 2010-PERÚ.SAN MARTIN. EN SU ESTUDIO SOBRE “LA COMPLICACIONES DEL USO RUTINARIO DE LA EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS”. Concluyen que:

1) Las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto, 2010; el promedio de edad fue de 20.74 años; el 81.2 % tienen una unión estable con su pareja; el nivel primario predominó en un 58,12% y el 68,38% procedió de la zona urbana.

2) La incidencia de gestantes a quienes se le realizó la episiotomía en el presente estudio, fue de 90.04%.

3) La edad gestacional y el peso del recién nacido no son indicadores de episiotomía en las gestantes ($p > 0,05$).

4) Las complicaciones a corto plazo del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas fueron: dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales ($p < 0,05$) y laceración en las no episiotomizadas ($p < 0,05$).

5) Las complicaciones a mediano plazo del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas fue la dehiscencia ($p < 0,05$).

6) La dimensión uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas ²⁵.

SALINAS ROJAS Y COL, 2004.PERÚ-PUNO. HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN EN SU ESTUDIO “EPISIOTOMIA RESTRICITVA”. Concluye que se realizó un estudio transversal casi experimental, donde su objetivo fue evaluar los efectos del uso restrictivo de la episiotomía en comparación con su utilización rutinaria durante el parto vaginal.

El tiempo fue de 42.2 minutos y de 30.2 minutos, para pacientes sin episiotomía y con episiotomía respectivamente, el APGAR al minuto sin episiotomía 5.63 y de 9.6 a los 5 minutos; con episiotomía 8.9 y de 9.2 los desgarros de periné anterior primero en las pacientes sin episiotomía y se obtuvo mayor cantidad de pacientes con desgarro de periné posterior con episiotomía.

Pero no solamente se evaluó el rubro de desgarro, sino también si se presentaron laceraciones en las paredes vaginales y epitelio perineal, fuera del área de episiotomía, encontrándose que del total de las mujeres con episiotomía el 19 por ciento presentó laceraciones y del total de parto normal, el 62 por ciento si presentó laceraciones, esto con diferencias alterante significativas. Lo que quiere decir que el parto sin episiotomía se relaciona con un mayor número de laceraciones que el parto con episiotomía ²⁶.

BACILIO CRUZ, S. 2011.PERU-HUANUCO COMPLICACIONES EN EL USO SISTEMATICO Y EL NO USO DE LA EPISIOTOMIA EN PACIENTES NULIPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN DE HUANUCO Concluye que: la episiotomía influyen en la aparición de complicaciones como desgarro, dolor y dehiscencia de las pacientes nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco ²⁷.

3.2 BASE TEÒRICA

EPISIOTOMIA:

Etimològicamente episiotomía significa "cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto. También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretenden facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un acto quirúrgico que requiere de conocimiento y experiencia. Aunque su empleo es frecuente en la asistencia del parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas actualmente en relación a su empleo e indicación. Según datos históricos, habría sido Sir Fielding Ould (1742) en Irlanda, el primero en realizar dicha intervención para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal²⁸. El procedimiento no ganó mayor aceptación entre la comunidad obstétrica de la época debido a la alta morbilidad infecciosa asociada a ella y a la no disponibilidad de anestesia²⁹.

Incisión quirúrgica en el cuerpo perineal que se realiza con la finalidad de facilitar el proceso real del parto o prevenir desgarros y laceraciones³⁰.

La episiotomía es una intervención quirúrgica muy practicada durante el parto a pesar de pocas pruebas de su beneficio. A pesar de realizarse durante casi 250 años, este procedimiento sigue siendo muy controvertido⁵.

Lo definen la episiotomía como un corte quirúrgico del cuerpo perineal que se practica para proteger el esfínter y el recto de laceraciones o desgarros severos durante el parto, como también para disminuir la duración de la segunda etapa del mismo y prevenir la aparición de futuros prolapsos genitales³¹.

La episiotomía es una técnica quirúrgica simple de relajación que consiste en la incisión el anillo vulvoperineal para permitir una salida más fácil del feto. 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 pélvico³².

La episiotomía es una incisión de las partes pudendas. La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común, el término episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía, una práctica que seguimos aquí. La incisión puede hacerse en la línea media para la episiotomía media o pudiese empezar en la línea media pero dirigirse hacia afuera y abajo alejándose del recto, lo que constituye una episiotomía medio lateral³³.

Es una sección perineo vaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el perineo sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño ³⁴

Es el agrandamiento de la abertura vulvar durante el parto; esta puede ser media o medio lateral. La perineotomía media secciona el rafe perineal desde la horquilla vulvar hasta 2 o 3 cm sobre el ano. Es una incisión fácil de realizar que sangra escasamente y que tiene gran ventaja de producir poco dolor en el puerperio³⁵.

Episiotomía medio lateral; parte desde la horquilla vulvar dirigiéndose en forma oblicua hacia el isquion, en una longitud de 4 a 5 cm. Puede ser derecha o izquierda. Secciona algunos haces del músculo elevador del ano³⁵.

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

La episiotomía correcta y oportunamente realizada es una medida de protección para la madre y el feto; acorta en cierta forma el periodo expulsivo al disminuir la resistencia de las partes blandas y actúa profilácticamente para evitar desgarros cuyos trazos y extensión son siempre imprevisibles³⁶.

Es un procedimiento quirúrgico durante en el que se hace una incisión en el perineo de la mujer; para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto.

La mayoría de las veces se lo realiza de forma electiva, para prevenir el desgarro del perineo, acelerar el nacimiento del feto o evitar el estiramiento de los músculos perineales y el tejido conectivo³⁷.

HISTORIA DE LA EPISIOTOMÍA

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

En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede recomendaban la sección del periné en sus partos y en el siglo XX, DeLee y Pomeroy aconsejan tal proceder de forma sistemática. En la actualidad su empleo es frecuente en la asistencia del parto³⁸.

Entre 1920 y 1930, la alta tasa de morbimortalidad perinatal, sumada a la transición de los partos del domicilio a los hospitales, determinó el uso rutinario de la episiotomía a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara su seguridad y beneficios. La episiotomía fue así popularizada por DeLee a partir de sus publicaciones en 1920³⁸.

En las décadas del 70 y 80, con el surgimiento del movimiento naturalista en Estados Unidos, el uso rutinario de la episiotomía comenzó a ser cuestionado. La revisión de la literatura publicada en inglés entre 1960 y 1980 realizada por Thacker y Banta en 1983³⁹, reveló la falta de evidencia científica que sustente los beneficios atribuidos a la episiotomía, particularmente respecto a su uso rutinario.

Por el contrario, encontraron evidencias considerables sobre los riesgos asociados a la episiotomía, en especial la de tipo medio, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia. Los autores concluyeron que la episiotomía debería ser restringida a ciertos casos en los que existan indicaciones estrictas para su uso y desafiaron a la comunidad obstétrica a practicar Medicina Basada en Evidencia y probar los beneficios de la episiotomía en estudios clínicos adecuadamente diseñados. Lamentablemente, este polémico artículo, no logró estimular la discusión en relación al uso de la episiotomía y no tuvo el impacto esperado en la comunidad obstétrica.

Quienes avalan su uso rutinario, especialmente en nulíparas, argumentan que la episiotomía previene el daño perineal y la relajación del piso pélvico, disminuye el trauma neonatal y acorta el período expulsivo⁴⁰.

Según Parvin, desde que Ould propuso por primera vez el uso de la episiotomía en 1742 recomendando su utilización en aquellos partos "extremadamente dificultosos". Su utilización ha sido objeto de múltiples controversias ⁴¹.El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799 ⁴². Según lo reporta Nugent, Primer ⁴³.El profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad mediolateral de episiotomía en Francia después del año 1847. El que le dio el nombre de episiotomía que deriva del griego episeion, vulva, pubis, y tomi o tome, sección, cortar, Carl Brauna mediados del siglo pasado (1857) quien fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibile e innecesaria, desaconsejando su uso. Por entonces, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto.

El "corte" no se popularizó hasta el siglo XIX porque los médicos se negaban explícitamente a aceptar una práctica "nueva" de maternidad que iba contra "la ley natural". Anna Broomall⁴⁴en EEUU y Credé y Colpe⁴⁵, en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl ⁴⁶.Defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración integra del periné. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse.

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

En 1918, Pomeroy⁴⁷, lanza la acusación de “que un expulsivo largo ha destruido innumerables niños” y DeLee escribe en 1920³⁸ que “La perineotomía sin duda preserva la integridad del suelo pélvico y previene un gran número de secuelas.” En Inglaterra, al aceptarse el “manejo activo del parto” en los años 70 se eliminan las barreras psicológicas que consideran el dar a luz como un proceso fisiológico, aceptando la superioridad de la intervención obstétrica. Como resultado, la episiotomía rutinaria, mediana o medio-lateral, se convierte en una parte esencial del parto “moderno”, la operación más común en obstetricia y entre las diez prácticas quirúrgicas más utilizadas.

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

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

- 1) "Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento en el periodo de dilatación y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado"³⁸.
- 2) "Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar".³⁶
- 3) "Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc"³⁸."
- 4) "Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas"³⁸.

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

1. Evitaba el dolor
2. Prevenía desgarros
3. Acortaba el parto y por consiguiente disminuía la morbilidad perinatal.
4. Prevenía el prolapso uterino y sus secuelas³⁵.

Con estos argumentos, y sin datos ni estudios que avalaran estas aseveraciones, la episiotomía rutinaria ganó aceptación en la comunidad médica y su uso se incrementó con relativa poca evidencia

La episiotomía se ha convertido desde entonces en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, especialmente en Latinoamérica donde una reciente investigación⁴⁸ muestra que 9 de cada 10 mujeres que tienen su primer hijo por vía vaginal reciben esta intervención. Este estudio calculó las tasas de episiotomía en 95.833 mujeres primíparas, con partos espontáneos, en 108 hospitales de la región entre 1991 y 1998.

La tasa mediana de episiotomía en los 108 hospitales fue de 92,3%. El 87% de los hospitales tenía tasas mayores al 80% y el 69% mayor a 90%. Estas cifras muestran que la práctica estándar en Latinoamérica es la episiotomía rutinaria. Si una intervención se hace de forma sistemática, como en este caso, es de suponer que ha sido previamente avalada por fuerte evidencia científica.⁴⁸

Según Sheila Kitzinger, esta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizara. Su reparación es más fácil, pero no parecen ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es menor y la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarro⁹. También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto⁴⁹.

HISTORIA DE LA EPISIOTOMÍA: LA CONTROVERSIA

Estudios recientes indican que las episiotomías de rutina debieran reducirse drásticamente, porque incrementan la mortalidad. Hartmann et al (2005), revisando literatura, indican que este procedimiento no ayuda a pacientes rutinarios, salvo en ciertos casos, como el de un canal de parto estrecho y otros problemas. El tener una episiotomía aumenta el riesgo de dolor del perineo durante el puerperio, resultando en dificultad para la defecación y otros trastornos⁵⁰.

La OMS no aconseja la episiotomía rutinaria ⁵¹ y sólo la aconseja en caso de partos difíciles (con fórceps, de nalgas, etc.), sufrimiento fetal, y desgarros de tercer y cuarto grado mal curados.

En el pasado, se creía que una episiotomía se curaba más pronto que un desgarramiento vaginal y que traía aparejadas menos complicaciones. También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto⁵².

Las mujeres que se sometían a una episiotomía frecuentemente perdían mucha más sangre durante el alumbramiento. Las mismas también reportaban períodos de recuperación mucho más extensos y dolorosos luego del parto, y tendían a experimentar más complicaciones. Por otra parte, las mujeres que se sometían a una episiotomía eran más propensas a padecer un debilitamiento de los músculos de la zona pélvica luego del parto. Debido a estos factores, así como también a los numerosos riesgos asociados con este procedimiento; varios grupos que se oponen a las episiotomías se han referido a este procedimiento, llamándolo una mutilación genital⁵³.

VENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA

- Evita la hiperdistension y previene los desgarros perineales, vaginales y del suelo pélvico.
- Disminuye la compresión de la cabeza fetal por el anillo vulvoperineal.
- Acorta la duración del segundo periodo (expulsivo) del trabajo de parto al eliminar la resistencia del suelo pélvico.
- Puede repararse con mayor facilidad que un desgarro³².

DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMIA

Para Woolley, la realización de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto del desgarro espontáneo, y su uso indiscriminado incrementa el daño perineal y, consecuentemente, la morbilidad de la mujer. Aunque la episiotomía reduce el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina. Afirma que no hay evidencia de que la episiotomía reduzca la incontinencia urinaria posparto ni a corto ni a largo plazo, al tiempo que tampoco presenta ninguna protección hacia el suelo pélvico. En su revisión tampoco encontró evidencia que apoyase la afirmación de que la episiotomía protege a los/as niños/as de bajo peso contra la hemorragia intracraneal o la anoxia fetal. De la misma manera no halló una clara evidencia en la reducción del segundo período del parto, y menos aún dio con alguna investigación que apoyara la utilidad de la episiotomía en el sufrimiento fetal o en la distocia de hombros. Por otro lado, observó que se produce un aumento sustancial de pérdida de sangre con la episiotomía y que la morbilidad a largo plazo del daño del esfínter anal provocado por una episiotomía (sobre todo central) es superior al causado por un desgarro espontáneo¹¹.

Una revisión más reciente de Renfrew MJ et al ⁵⁴ (1998) concluye con la importancia del uso restrictivo de la episiotomía. Handav.l y Harri⁵⁵ (1996) en una revisión sobre las conductas obstétricas para prevenir la incontinencia y los prolapsos de los órganos pélvicos, encontraron que el daño del suelo pélvico se puede reducir disminuyendo la cantidad de fórceps y episiotomías. Otra revisión importante es la realizada por HencGoer (Mitos Obstétricos Versus Realidades de la investigación, 1995: concluyó que tanto la posición de litotomía (que aún hoy día se sigue adoptando en la mayoría de los hospitales españoles) como la anestesia epidural incrementaban la necesidad de una episiotomía, además de potenciar la instrumentalización de los partos.

Debido a su implicación en la incontinencia anal, se han llevado a cabo numerosos estudios en los que se ha analizado la relación entre ésta y la episiotomía central. Signorello LB et ⁵² al en un estudio cohorte retrospectivo, llega a la conclusión de que la episiotomía central no protege el periné y/o el esfínter anal, sino que, por el contrario, puede dañarlos; se trata éste de un resultado independiente de edad materna, peso del bebé, partos instrumentales y/o complicaciones del parto. Al mismo tiempo, deduce que las mujeres con desgarros espontáneos tienen menos posibilidades de desarrollar una incontinencia rectal durante el posparto⁵².

EPISIOTOMÍA vs DESGARRO

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

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

- Con los desgarros, el inicio de las relaciones sexuales se produce antes que con una episiotomía.

- La episiotomía lateral está asociada con más problemas de salud a corto y largo plazo que los desgarros.

- La episiotomía no es más fácil de reparar que un desgarro, además de necesitar más material en su sutura.

- No se encontró relación con la dispaurenia.

Estos resultados son independientes de que se realice un uso restrictivo o liberal de la episiotomía¹.

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

- Aumento de la pérdida de sangre,
- Aumento de los desgarros de 3° y 4° grado,
- Mayor molestia para la mujer, mayor morbilidad.
- Mayor posibilidad de desarrollar una incontinencia rectal⁵⁶.

TIPOS DE EPISIOTOMÍA

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

▪ **La episiotomía medial o central**

Se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano, tiene como ventajas que permite una mayor apertura del canal de parto, cicatriza más rápidamente porque este corte se efectúa en una zona de tejido conjuntivo, que no tiene demasiados vasos sanguíneos. Provoca menos hemorragia, técnicamente es más sencilla para suturar y suele provocar menos dolor en el posparto⁵⁷.

Aunque es menos usada porque tiene más riesgos de complicarse con lesiones del esfínter anal si se desgarra en el momento del nacimiento. Este tipo de episiotomía es más utilizada en América del Norte y hasta en un 30% en Francia⁵⁷.

- **La episiotomía medio lateral**

La mayoría de los médicos prefieren la incisión mediolateral, que se mantiene siempre alejada del recto y tiene menor riesgo de desgarro. La tijera secciona siguiendo un ángulo de 45° respecto a la horizontal. Se cortan la piel, algunos centímetros de la vagina y todo el haz puborectal del músculo elevador del ano. Se dirige en línea oblicua hacia la nalga, hacia la derecha o izquierda según quien la practique sea diestro o zurdo. Es la más utilizada en el ámbito europeo⁵⁷.

- **La episiotomía lateral**

Es una variante de la anterior, cuando el ángulo de corte se abre hacia la nalga más de 45°. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Protege el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión, pero no se suele practicar ya que afecta a casi todos los músculos de la zona y provoca una pérdida de sangre más abundante que la producida con el corte central. Además, respecto a los otros tipos de corte, la sutura suele producir con más facilidad dolores en el periné⁵⁷.

Como norma general, existiendo buenas condiciones perineales, la episiotomía media presenta más ventajas que la episiotomía medio-lateral, a excepción de la posibilidad de producción de desgarros complicados (esfínter del ano, pared rectal). Esta incidencia se cifra en el 8%. Otros autores, aportan cifras más elevadas, 9% en multíparas y 20% en primíparas. Es preciso recordar que estos desgarros no están exentos de morbilidad. En casos de primiparidad, expulsivo prolongado, occipito-posterior, aplicación de fórceps, vacuum, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados⁵⁷.

INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

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

- **Coadyuvante de la operatoria obstétrica:** En determinadas intervenciones obstétricas como fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, distocia de hombros y ayuda manual en el parto de nalgas, se produce una amplia y rápida distensión vagino-perineal. Por esta razón, la episiotomía es una técnica coadyuvante, que evita el posible daño tisular del canal blando, al tiempo que facilita la rápida y fácil extracción fetal.

- **Indicaciones fetales:** En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto, resistencia que puede oponerse a la salida fetal es el plano perineal. La episiotomía, al eliminar la resistencia perineal evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran la macrosomía fetal, el expulsivo prolongado, las presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior, la sospecha o confirmación de hipoxia fetal en expulsivo, el feto pre termino y la presentación podálica.

- **Indicaciones maternas:** Las indicaciones maternas pueden agruparse en indicaciones vitales (periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, desgarro perineal inminente, etc.) y preventivas. La práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en sus beneficios, esto es evitar los desgarros perineales y la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión, y por lo tanto el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo.

MOMENTO DE LA EPISIOTOMÍA

Si se realiza una episiotomía temprana de modo innecesario, la hemorragia de la incisión puede ser considerable durante el interin entre la episiotomía y el parto. Si se la realiza demasiado tarde, los músculos del piso perineal ya habrán sufrido un estiramiento excesivo y se anula uno de los objetivos de la intervención. Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza es visible durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm^{1, 8}.

MOMENTO DE REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

La práctica más frecuente es diferir la reparación de la episiotomía hasta el alumbramiento de la placenta; así esta no es interrumpida por la necesidad obvia del alumbramiento placentario^{1, 8}.

Técnica

Para realizar la episiotomía se aplica anestesia local, previa aplicación en la zona donde se hará la incisión de un líquido antimicrobiano para prevenir la infección, y cuando la cabeza del bebé distiende el periné (partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis), durante el período expulsivo, se realiza el corte con tijera o bisturí, desde adentro hacia fuera y de arriba hacia abajo, atravesando la mucosa vaginal, la piel y los músculos de la región perineal. Generalmente se hace durante una contracción uterina, para que la embarazada no se dé cuenta que le están haciendo el corte.

La mano libre del obstetra protege la cabeza del bebé, para evitar lesiones en la misma, y lo hace interponiendo los dedos índice y medio entre los tejidos maternos y la cabeza fetal⁵⁷.

La sutura se comienza desde el ángulo vaginal, cuidando de que no quede ningún vaso sanguíneo sangrando que produzca después un hematoma. Primero se sutura los músculos, en segundo lugar la mucosa vaginal y por último se aproximan los bordes de la piel. El hilo que se usa para este tipo de sutura es de un material reabsorbible, para que los puntos no haya necesidad de sacarlos y se caigan solos, sin que se abra la herida⁵⁷.

El catgut crómico es una sutura comúnmente usada para la episiotomía y que demora 2 a 3 semanas en absorberse. Los errores se pueden cometer haciendo un reparo apresurado o con mala visualización del área que se va ser reparada. Poca luz, sangrado excesivo, o paciente poco colaboradora también pueden dificultar el reparo del área. Si el área no es correctamente afrontada o incluso, si los puntos son estirados luego, los bordes de la herida pueden no cicatrizar correctamente⁵⁸. Algunas mujeres cicatrizan demasiado bien y forman un tejido granulado, que puede crear “spotting” (punteo) y dolor. En otros casos, se forma una especie de punto, usualmente a horas 6 en la parte inferior de la vagina, lo que puede causar dolor extremo a la inserción de un tampón, un dedo o el pene⁵⁸.

COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

COMPLICACIONES INMEDIATAS:

Entre las complicaciones tenemos la pérdida sanguínea excesiva, formación de hematoma, infección o absceso de episiotomía, pérdida del tono de la mucosa rectal y del esfínter del ano y fístulas. También se puede ver afectada la vida sexual, al menos temporalmente^{59,1,5,60,61,8}.

Sheila Kitzinger encontró que la episiotomía dañaba a la mujer tanto física como psicológicamente. Quince por ciento de las mujeres púerperas describieron el periné como doloroso o muy doloroso al final de la primera semana en comparación con 37% del grupo que tuvo episiotomía. Además, las mujeres que tuvieron episiotomía, especialmente aquellas en las que no se tenía el consentimiento para realizar dicha incisión, se sentían violadas⁶.

Asombrosamente, las infecciones de las heridas perineales, incluso las episiotomías y los desgarros separados, son relativamente raras, si se considera el grado de contaminación bacteriana que acompaña al parto normal.

Los bordes yuxtapuestos de la herida se vuelven rojos, marrón oscuro y tumefactos. A menudo las suturas desgarran los tejidos edematizados y permiten la formación de aberturas entre los bordes necróticos de la herida, por donde exuda una materia serosa, serosanguinolenta o francamente purulenta.

En la mayoría de los casos, el deterioro o la dehiscencia de la episiotomía se asocian con infección. Los desgarros vaginales se pueden infectar directamente o por extensión del periné. La mucosa muestra signos de edema e hiperemia, y después se necrotiza y descama. En algunos casos, la extensión parametrial causa linfangitis^{59,1}.

Desgarro: rasgados de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo de la vagina durante el parto. Generalmente se repara mediante una cirugía.

Se clasifica en cuatro grados:

1° Grado: Afecta la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y el músculo

2° Grado: Afecta la fascia y el músculo del periné pero sin comprometer el esfínter anal

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

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

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

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

La piel que cubre un área hiperémica habitualmente esta roja y caliente.

Necrotiza: perteneciente a la muerte tisular como respuesta a una enfermedad o lesión. Que causa la muerte de un tejido u organismo.

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

Apertura, por lo general espontánea, de una estructura o parte de un órgano. / Separación de los bordes de una herida. / Apertura de la sutura.

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

Mediano plazo

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

Infección: Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales³⁷.

Dehiscencia: Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica³⁷.

CUIDADOS POSNATALES PARA PREVENIR COMPLICACIONES

- Mantener el área limpia: Se debe asear los genitales varias veces al día, sobre todo luego de orinar o defecar.

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

- Cambie sus toallas sanitarias constantemente y realice un aseo en cada cambio utilizando soluciones jabonosas antisépticas (con desinfectante), para prevenir infecciones, el área donde está la herida está en contacto directo y constante con sangre que fluye del útero y puede contaminarse con los gérmenes provenientes del intestino (ano).

- Evite el estreñimiento comiendo alimentos con fibra.
- Realice los ejercicios Kegel: contraer los músculos que usa para retener la orina varias veces al día.
- En caso de dolor o incomodidad es recomendable:
- Colocar en el área compresas de agua tibia.
- Colocar en el área compresas con hielo (el hielo dentro de una bolsa plástica y una toallita para cubrirlo)
- Luego de 24 horas del parto se puede tomar baños con agua tibia.
- Las suturas son absorbidas por el cuerpo sin ser necesario retirarlas y podrá realizar sus actividades normales al cabo de una semana, salvo relaciones sexuales que podrán tenerlas luego de un mes³⁷.

3.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS

- ✓ **Parto Eutócico:** Proceso fisiológico por el cual se expulsa del útero al bebe a término y en presentación cefálica de vértice, vía vaginal³⁷.
- ✓ **Laceraciones:** Desgarro o herida desgarrada.³⁷
- ✓ **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.³⁷
- ✓ **Edema:** Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo.³⁷

- ✓ **Infección:** Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.³⁷
- ✓ **Dehiscencia:** Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica.³⁷
- ✓ **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.³⁷
- ✓ **Episiotomía media:** Incisión del rafé medio del periné hasta las cercanías del ano.³⁷
- ✓ **Episiotomía media lateral:** Se cortan la piel, algunos centímetros de la vagina y todo el haz puborectal del músculo elevador del ano.³⁷
- ✓ **Episiotomía lateral:** Cuando el ángulo de corte se abre hacia la nalga más de 45°. ³⁷
- ✓ **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.³⁷
- ✓ **Complicaciones a corto plazo:** Son aquellas que se presentan en el puerperio inmediato como desgarros, laceraciones, hematomas y edemas.³⁷
- ✓ **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 episiorrafías o las infecciones de las mismas.³⁷

IV.HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1 HIPOTESIS

Hi

La aplicación sistemática de la episiotomía presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas en trabajo de parto atendidas en el Hospital Tingo María de Enero a Diciembre del 2015.

Ho

La aplicación sistémica de la episiotomía no presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas atendidas de parto en el Hospital de Tingo María de Enero a Diciembre2015

4.2. VARIABLES:

4.2.1. VARIABLES DEPENDIENTES=Complicaciones de la episiotomía.

4.2.2. VARIABLE INDEPENDIENTE=Gestantes nulíparas atendidas en trabajo en el Hospital de Tingo María.

4.2.3. VARIABLE INTERVINIENTES:

- ✓ Edad
- ✓ Estado Civil
- ✓ Grado de Instrucción
- ✓ Residencia
- ✓ Complicaciones durante la gestación
- ✓ Estado socio-económico
- ✓ Peso del Recién Nacido
- ✓ Edad Gestacional.

4.3 OPERACIONALIZACION DE LAS INDICADORES

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLES | METODOLOGIA | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION |
|--|---|---|--|--|--|--|
| <p>Problema general:</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas con trabajo de parto, Hospital Tingo María, Enero a Diciembre 2015?</p> <p>Problemas específicos</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la prevalencia e incidencia de la población en estudio?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son las complicaciones, inmediatas de la población en estudio?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la relación entre las complicaciones, inmediatas y la técnica de sutura realizada en la población en estudio?</p> | <p>objetivo general:</p> <p>Conocer las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital Tingo María, de Enero a Diciembre 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar la incidencia y prevalencia de episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital Tingo María, de Enero a Diciembre del 2015.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificar las complicaciones inmediatas en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital Tingo María de Enero a Diciembre 2015.</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar la relación entre las complicaciones, inmediatas y la técnica de sutura realizada en la población en estudio.</p> | <p>Hi</p> <p>La aplicación sistemática de la episiotomía presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas en trabajo de parto atendidas en el Hospital Tingo María de enero a Diciembre 2015.</p> <p>Ho</p> <p>La aplicación sistémica de la episiotomía no presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas atendidas de parto en el Hospital de Tingo María de Enero a Diciembre 2015</p> | <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>-Gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Complicaciones de la episiotomía</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <p>-Edad materna</p> <p>- Edad gestacional</p> <p>- Paridad</p> <p>- Gravidez</p> <p>- Apgar</p> <p>- Peso del recién nacido</p> | <p>Tipo de Estudio:</p> <p>El tipo de estudio a usar será descriptivo, longitudinal y según la orientación del proceso será retrospectivo</p> <p>Población:</p> <p>La población está conformada por todas las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Tingo María de Enero a Diciembre 2015.</p> <p>Muestra:</p> <p>La población está conformada por todas las gestantes nulíparas con complicaciones de la episiotomía ,atendidas en el Hospital Tingo María Enero a Diciembre de 2015 cumplan con los criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Técnicas: Análisis documental mediante el estudio de la historia clínica, SIP 2000 ,carnet perinatal de las gestantes en estudio y de la revisión del cuaderno de registro de partos</p> <p>Instrumentos:</p> <p>de recolección de datos se utilizara la lista de cotejo, Los instrumentos que se utilizaran son La ficha de análisis de contenido de la entrevista, tiene como objetivo obtener información que permita identificar una visión de la aplicación sistemática de la episiotomía y las complicaciones en las gestantes nulíparas en trabajo de parto.</p> | <p>Hemorragia</p> <p>Hematoma</p> <p>Si no</p> <p>Desgarro</p> <p>I / II / III / IV</p> <p>Dolor</p> <p>Parcial Total</p> <p>Edema</p> <p>Vulvar</p> <p>Vaginal</p> <p>Labio mayor</p> <p>Labio menor</p> <p>Para uretral</p> <p>Laceración</p> <p>Si no</p> | <p>Escala</p> <p>nominal</p> <p>Escala</p> <p>nominal</p> <p>Escala</p> <p>nominal</p> <p>Escala</p> <p>nominal</p> <p>Escala</p> <p>Nominal</p> |

V. MÉTODOS Y TECNICAS

5.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.1.1. POBLACIÓN:

Todas las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Tingo María de Enero a Diciembre 2015.

Localización geográfica:

- País: Perú
- Departamento: Huánuco
- Distrito: Rupa Rupa
- Cuidad: Tingo María
- Área: Urbana

Criterios de Inclusión:

- ✓ Gestantes nulíparas atendidas en el Hospital de Tingo María entre 12 a 35 años
- ✓ Partos eutócicos
- ✓ Feto único y en presentación cefálica
- ✓ Pelvis ginecoide.
- ✓ Pacientes que tuvieron como mínimo seis atenciones pre-natales en el Hospital Tingo María.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Partos con Distocias del canal de parto.
- ✓ Partos instrumentados
- ✓ Embarazos múltiples
- ✓ Pacientes sin atención pre-natal.
- ✓ Parto con Distocias de presentación.

5.1.2. MUESTRA:

Se hará uso del muestreo por conveniencia, para lo cual se consideran a todas gestantes nulíparas atendidas en el Hospital de Tingo María de Enero a Diciembre del 2015 que cumplen con los criterios de inclusión.

a) **UNIDAD DE ANÁLISIS.**

Nuestra Unidad de Análisis estará conformada por las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital de Tingo María de Enero a Diciembre del 2015

b) **UNIDAD DE MUESTREO.**

Las mismas mujeres de la unidad de análisis.

c) **MARCO MUESTRAL.**

El Marco Muestral estará conformado por las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital de Tingo María de Enero a Diciembre del 2015.

d) **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

El tamaño de muestra se determinó por ser una población pequeña por conveniencia, es decir a todas las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital de Tingo María de Enero a Diciembre 2015.

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Según el nivel de estudio será descriptivo, ya que nos permitirá exponer los hechos o fenómenos tal como se presentan en la realidad se describirán las variables principales a estudiar que influenciaron para la sistematización de la episiotomía en gestantes nulíparas.
- ✓ Según el tiempo del proceso será retrospectivo, ya que el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información será de hechos ya ocurridos.
- ✓ Según el periodo y secuencia del estudio, el tipo de estudio será transversal por lo que se estudiara la variable en un solo periodo de tiempo.

5.2.1. Diseño de Investigación

El presente trabajo de investigación tiene un diseño transeccional descriptivo, enfoque cuantitativo, ya que se indagara la incidencia y los valores en que se manifiestan una variable y proporcionar una visión de la aplicación sistemática de la episiotomía y las complicaciones en las gestantes nulíparas en trabajo de parto atendidas en el Hospital Tingo María de Enero a Diciembre 2015, el cual responde al siguiente diseño:

M —————> O

En donde:

M: Representa a la muestra en estudio

O: Representa a la observación o toma de datos.

5.3. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

TECNICAS

- Entrevista directa con la paciente.
- Aplicación de instrumentos para recolección de datos
- Tabulación de datos

INSTRUMENTOS

- Fichas bibliográficas
- Tablas y gráficos
- Revisión de Historias Clínicas

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

A: Características Socio-demográficos: Consta de 04 ítems: 01 ítem de pregunta abierta y 02 ítems con preguntas cerradas dicotómicas y 01 con alternativas múltiples.

B. Características Obstétricas: Consta de 03 ítems: 03 ítems de preguntas abiertas.

C. Complicaciones: Consta de 6 ítems: 06 preguntas cerradas dicotómicas y 01 pregunta abierta.

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

5.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Los procedimientos seguidos serán los siguientes:

1. Se solicitará el permiso del director del Hospital de Tingo María para la realización del proyecto de investigación.
2. La recolección de datos se realizará de Enero a Diciembre en el Hospital de Tingo María.
3. Los datos acopiados serán tomados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
4. Se aplicará la primera parte del instrumento.
5. Una vez ingresada la paciente a la sala de partos, se realizará el debido seguimiento hasta el momento del expulsivo y se recopilará información de la parte II del cuestionario.

6. Se revisará las historias clínicas de las puérperas que vienen para su control puerperal. Luego se continuará con el seguimiento de la paciente hasta el control puerperio inmediato, recopilando información de la III y IV parte del instrumento.

7. La información recolectada se someterá a una base de datos en Excel 2011 y SPSS.

VI. RESULTADOS

Para el presente trabajo de investigación se tomó gestante nulíparas con complicaciones de la episiotomía, atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María Enero-Diciembre 2015. Con una población de 437 gestantes nulíparas, a las cuales se aplicó los criterios de inclusión y exclusión dándonos una muestra de 16 gestantes nulíparas las que presentaron complicaciones. Arrojando los siguientes resultados:

1. Según edades entre 18 a 29 años con un (62,50%), seguido de las edades entre los 12 y 17 años con un (31,25%) y un (6,25%) en el grupo de edad mayor de 30 años.
2. De acuerdo estado civil conviviente con un (68,75%), seguido de las solteras con un (25%), y un 6,25% fueron casadas.
3. Con respecto al grado de instrucción secundaria con un (56,25%), seguido de instrucción superior con un (37,5%), y un 6,25% fueron con instrucción primaria.
4. En relación a la procedencia se puede observar que el mayor porcentaje correspondió al rural con un (56,25%), y un 43,75% fueron de procedencia urbana.
5. Según la edad gestacional entre las 39 y 40 semanas con un (62,5%), seguido por la edad gestacional entre las 37 y 38 semanas con un (25%), y un 6,25% fueron entre las 35 y 36 semanas y más de 41 semanas.
6. De acuerdo a la atención prenatal el (93,75%) de los partos en nulíparas tuvieron atención pre natal frente a un (6,25%) que no tuvieron atención pre natal.
7. En relación peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos, con un (43,75%), seguido por el peso entre 3500 a 3999 gramos con un (25%), y en menor porcentaje entre los 2000 a 2499 y más de 4000 gramos ambos con un 6,25%.
8. con respecto al valor de la hemoglobina entre 12 a 14 (50%) un (43,75%) con valor de hemoglobina de 9 a 11, y menor de 9 el 6,25%.
9. De acuerdo al valor del Apgar de 7 a 10 al minuto 14 casos y 2 casos de puntaje 4 a 6; recuperándose a los 5 minutos los 16 casos con valores de 7 a 10.
10. Según el (94,5%) de los partos en nulíparas aplican la episiotomía como medida sistemática frente a un (5,5%) que no aplica la episiotomía como medida sistemática en gestantes.

11. Con relación el mayor porcentaje correspondió al tipo de episiotomía medio lateral con un (90,8%), seguido del tipo mediana con un (9,2%), y 0% en el de tipo lateral.
12. se puede 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 de tercer grado con un 7,69%.
13. se observa que el mayor porcentaje de la percepción dolorosa en la aplicación sistemática de la episiotomía en 46,15% fue de un regular grado de percepción dolorosa, el 23,07% alto y el leve y 7,69% ninguna.
14. se determinó que el mayor porcentaje de complicaciones tisulares correspondió al hematoma vulvar con un (66,66%) y en menor porcentaje el edema vulvar con un (33,33%).

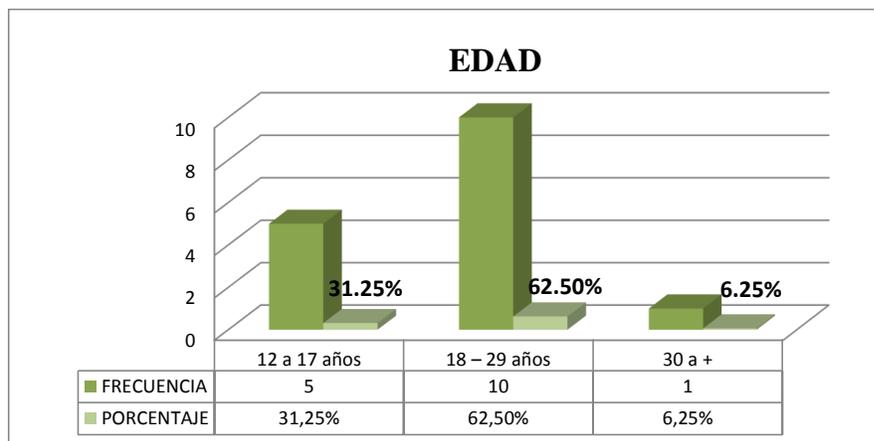
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN EDAD, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 01:

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|--------------|------------|--------------|
| 12 – 17 | 5 | 31,25 % |
| 18 – 29 | 10 | 62,5% |
| 30 a + | 1 | 6,25% |
| TOTAL | 16 | 100 % |

FUENTE: Historias Clínicas

GRAFICO N° 1



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 01 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió a las edades entre 18 a 29 años con un (62,59%), seguido de las edades entre los 12 y 17 años con un (31,25%) y un (6,25%) en el grupo de edad mayor de 30 años.

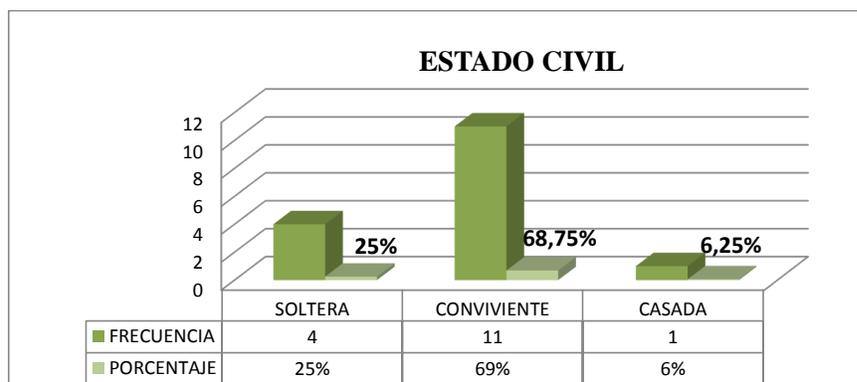
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN ESTADO CIVIL, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 02:

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SOLTERA | 4 | 25 % |
| CONVIVIENTE | 11 | 68,75% |
| CASADA | 1 | 6,25% |
| TOTAL | 16 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N°2



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 02 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió al estado civil conviviente con un (68,75%), seguido de las solteras con un (25%), y un 6,25% fueron casadas.

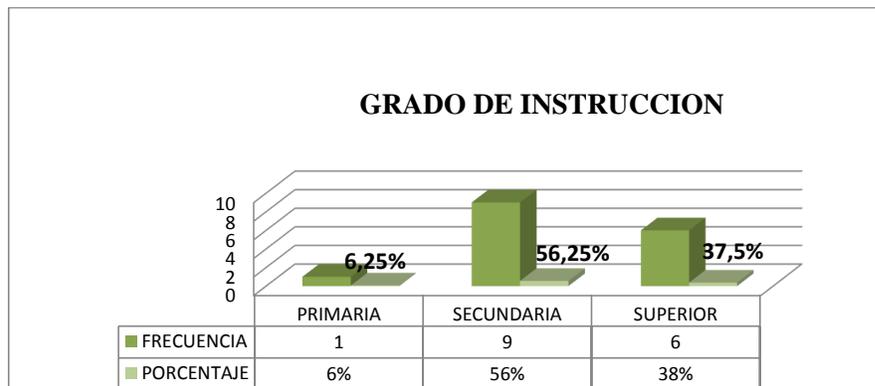
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 03:

| GRADO DE INSTRUCCION | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| PRIMARIA | 1 | 6,25% |
| SECUNDARIA | 9 | 56,25% |
| SUPERIOR | 6 | 37,5% |
| TOTAL | 16 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N°3



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 03 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió al grado de instrucción secundaria con un (56,25%), seguido de instrucción superior con un (37,5%), y un 6,25% fueron con instrucción primaria.

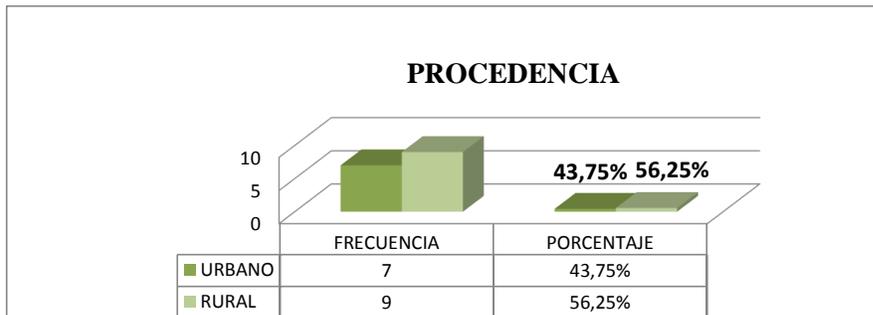
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN PROCEDENCIA, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 04:

| PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| URBANO | 7 | 43.75% |
| RURAL | 9 | 56.25% |
| TOTAL | 16 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N°4



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 04 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió a la procedencia rural con un (56,25%), y un 43,75% fueron de procedencia urbana.

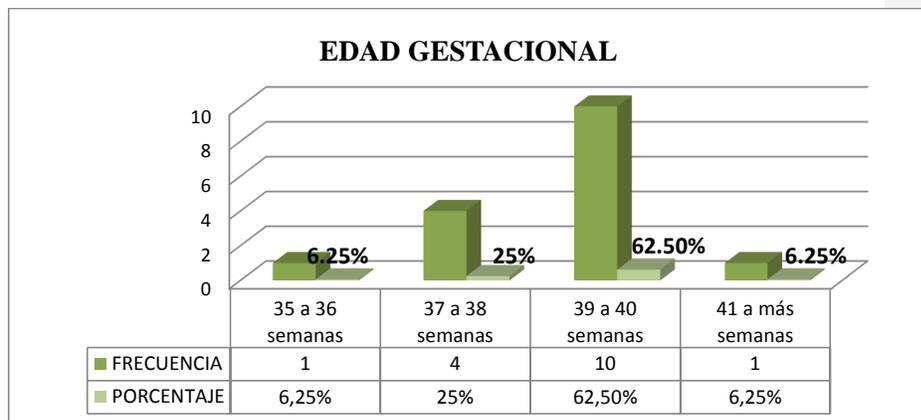
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN EDAD GESTACIONAL, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 05:

| EDAD GESTACIONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|-------------|
| 35 a 36 semanas | 1 | 6,25 % |
| 37 a 38 semanas | 4 | 25% |
| 39 a 40 semanas | 10 | 62,5% |
| 41 a más semanas | 1 | 6,25% |
| TOTAL | 16 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica.

GRAFICO N°5



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 05 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió a la edad gestacional entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%), seguido por la edad gestacional entre las 37 y 38 semanas con un (25%), y un 6,25% fueron entre las 35 y 36 semanas y más de 41 semanas.

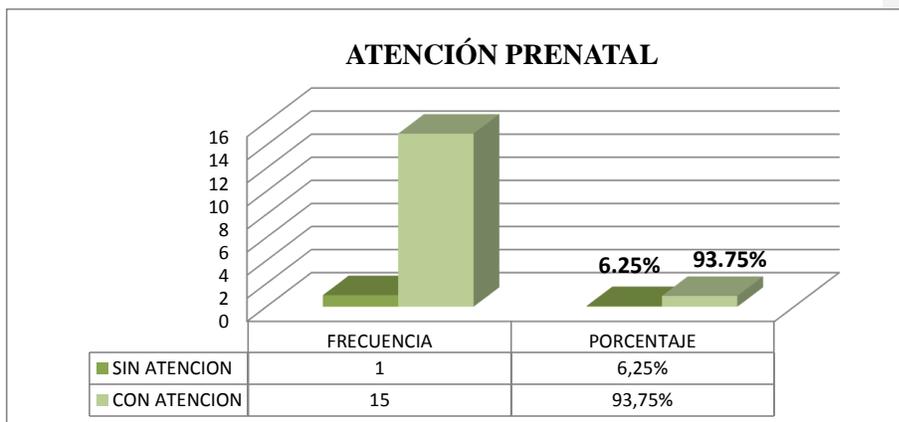
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN ATENCIÓN PRENATAL, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 06:

| ATENCIÓN PRE NATAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|------------|
| SIN ATENCION | 1 | 6,25% |
| CON ATENCION | 15 | 93,75% |
| TOTAL | 16 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N°6



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 06 se puede observar que el (93,75%) de los partos en nulíparas tuvieron atención pre natal frente a un (6,25%) que no tuvieron atención pre natal.

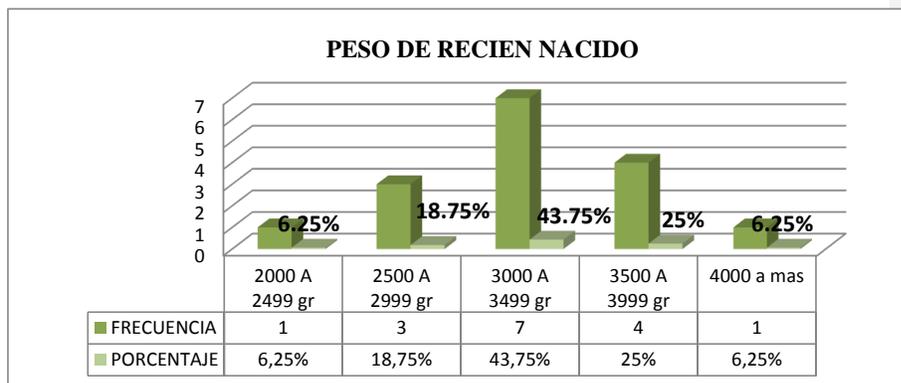
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN PESO DE RECIEN NACIDO, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 07:

| PESO DEL RECIEN NACIDO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| 2000 A 2499 gr | 1 | 6,25% |
| 2500 A 2999 gr | 3 | 18,75% |
| 3000 A 3499 gr | 7 | 43,75% |
| 3500 A 3999 gr | 4 | 25 % |
| 4000 a mas | 1 | 6,25% |
| TOTAL | 16 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N°7



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 07 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió al peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos, con un (43,75%), seguido por el peso entre 3500 a 3999 gramos con un (25%), y en menor porcentaje entre los 2000 a 2499 y más de 4000 gramos ambos con un 6,25%.

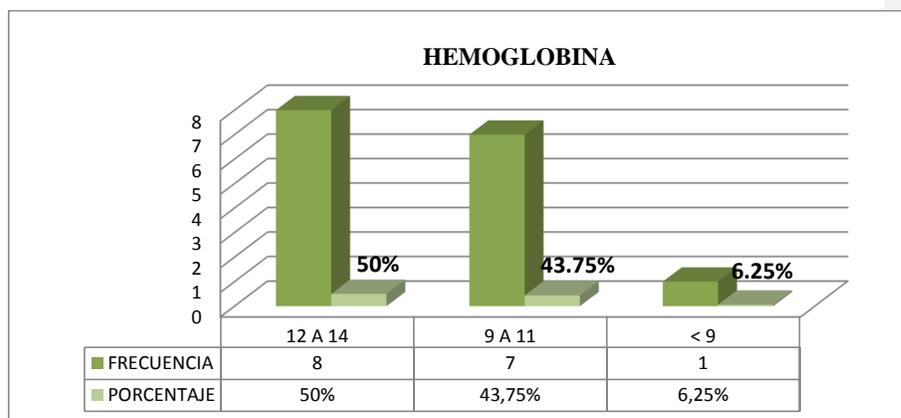
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN HEMOGLOBINA, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 08:

| HEMOGLOBINA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| 12 a 14 | 8 | 50 % |
| 9 a 11 | 7 | 43,75% |
| < 9 | 1 | 6,25% |
| TOTAL | 16 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N°8



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 08 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió al valor de la hemoglobina entre 12 a 14 (50%) un (43,75%) con valor de hemoglobina de 9 a 11, y menor de 9 el 6,25%.

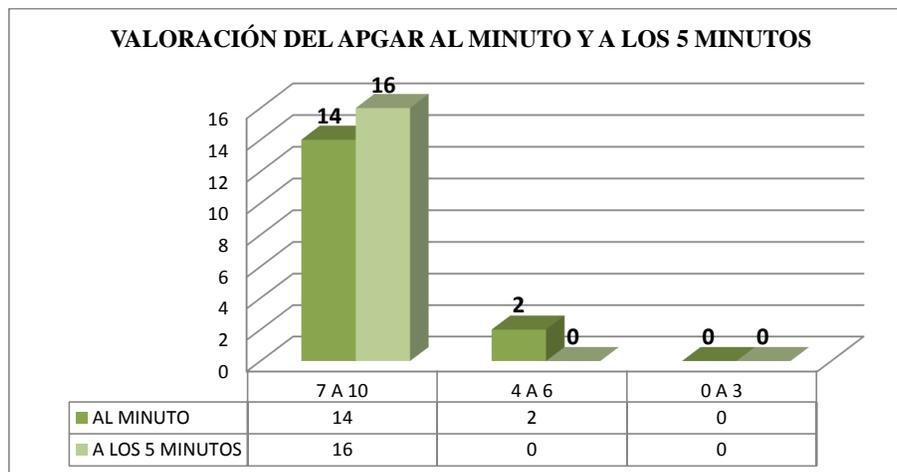
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMÍA SEGÚN VALORACIÓN DE APGAR, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 09:

| VALORACION DEL APGAR | AL MINUTO | A LOS 5 MINUTOS |
|----------------------|-----------|-----------------|
| 7 A 10 | 14 | 16 |
| 4 A 6 | 2 | 0 |
| 0 A 3 | 0 | 0 |
| TOTAL | 16 | 16 |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N°9



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 09 se puede observar que el mayor número correspondió al valor del Apgar de 7 a 10 al minuto 14 casos y 2 casos de puntaje 4 a 6; recuperándose a los 5 minutos los 16 casos con valores de 7 a 10.

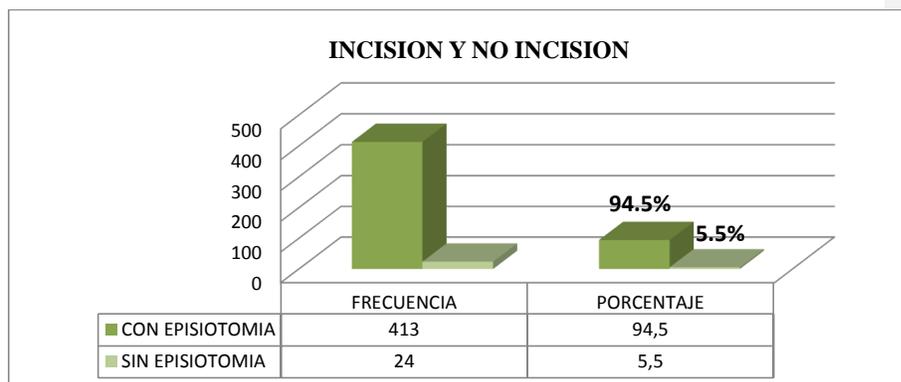
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMIA SEGÚN INCISIÓN Y NO INCISIÓN, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA” ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 10:

| PARTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| CON EPISIOTOMIA | 413 | 94.5% |
| SIN EPISIOTOMIA | 24 | 5.5% |
| TOTAL | 437 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N° 10:



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 10 se puede observar que el (94,5%) de los partos en nulíparas aplican la episiotomía como medida sistemática frente a un (5,5%) que no aplica la episiotomía como medida sistemática en gestantes.

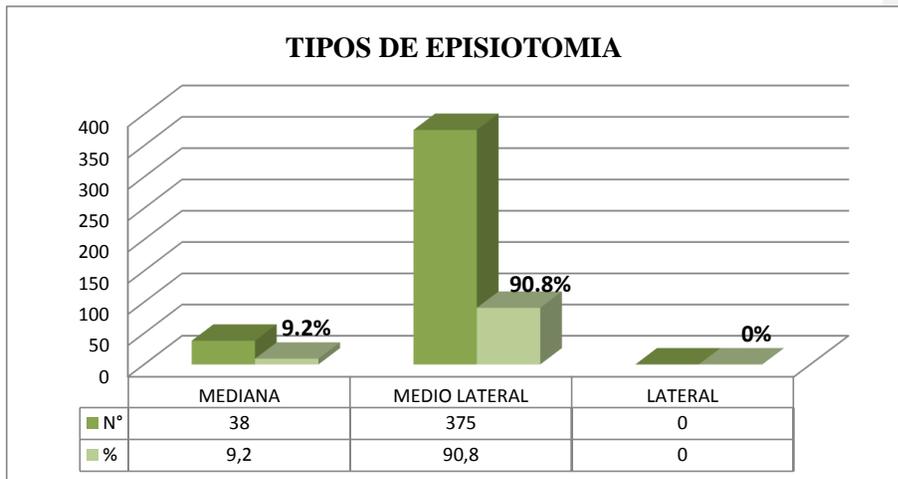
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA SEGÚN TIPOS DE EPISIOTOMIA, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA” ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 11:

| TIPO DE EPISIOTOMIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| MEDIANA | 38 | 9.2% |
| MEDIO LATERAL | 375 | 90.8% |
| LATERAL | 0 | 0% |
| TOTAL | 413 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N° 11



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 11 se puede observar que el mayor porcentaje correspondió al tipo de episiotomía medio lateral con un (90,8%), seguido del tipo mediana con un (9,2%), y 0% en el de tipo lateral.

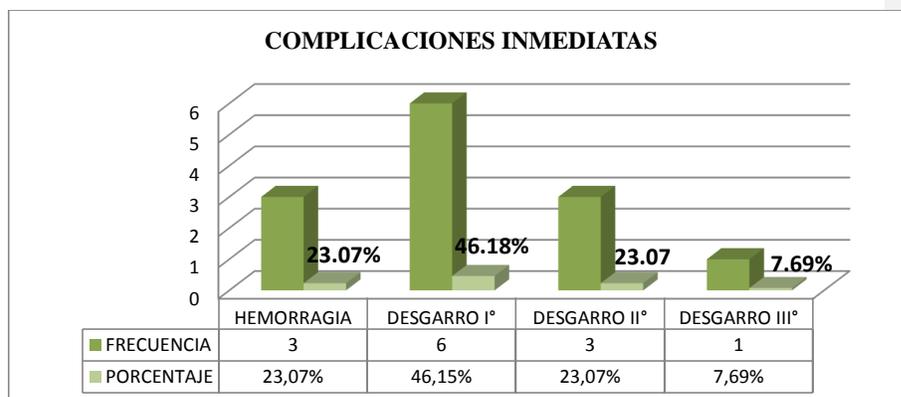
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPIOSIOTOMIA SEGÚN COMPLICACIONES INMEDIATAS, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA”-ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 12:

| COMPLICACIONES INMEDIATAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|-------------|
| HEMORRAGIA | 3 | 23.07% |
| DESGARRO I° | 6 | 46.15% |
| DESGARRO II° | 3 | 23.07% |
| DESGARRO III° | 1 | 7.69% |
| TOTAL | 13 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N° 12



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 12 se puede 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%).

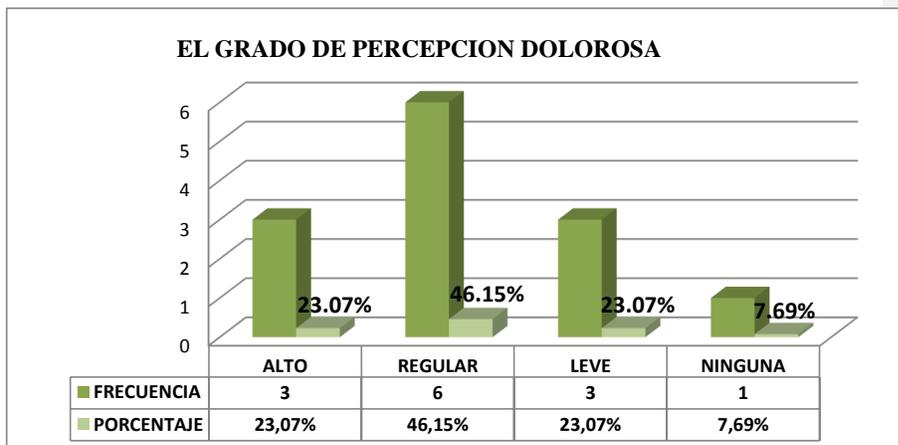
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA SEGÚN EL GRADO DE PERCEPCION DOLOROSA, ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 13:

| DOLOR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|-------------------|-------------------|
| ALTO | 3 | 23,07% |
| REGULAR | 6 | 46,15% |
| LEVE | 3 | 23,07% |
| NINGUNA | 1 | 7,69% |
| TOTAL | 13 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

GRAFICO N° 13



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 13 se puede observar que el mayor porcentaje de la percepción dolorosa en la aplicación sistemática de la episiotomía en 46,15% fue de un regular, el 23,07% alto y el leve y 7,69% ninguna.

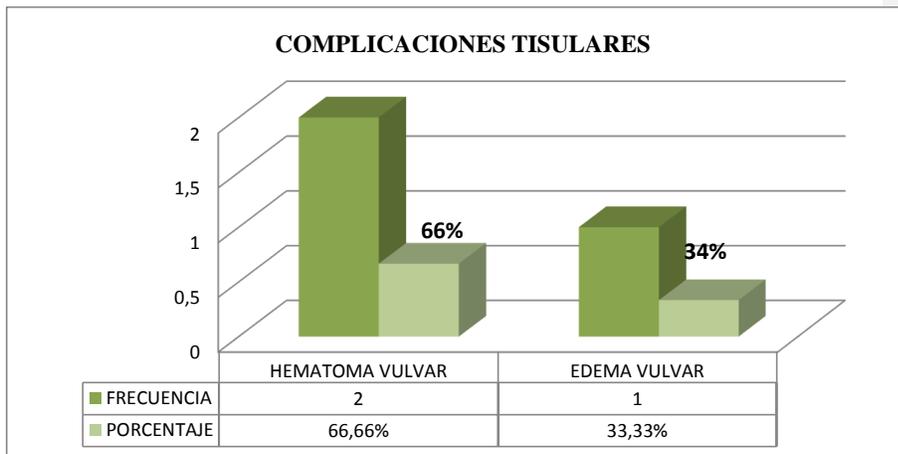
COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EPISIOTOMIA SEGÚN COMPLICACIONES TISULARES ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL “HOSPITAL DE TINGO MARÍA” ENERO-DICIEMBRE 2015.

CUADRO N° 14:

| COMPLICACIONES TISULARES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| HEMATOMA VULVAR | 2 | 66,6% |
| EDEMA VULVAR | 1 | 33,3% |
| TOTAL | 3 | 100% |

FUENTE: Historia Clínica

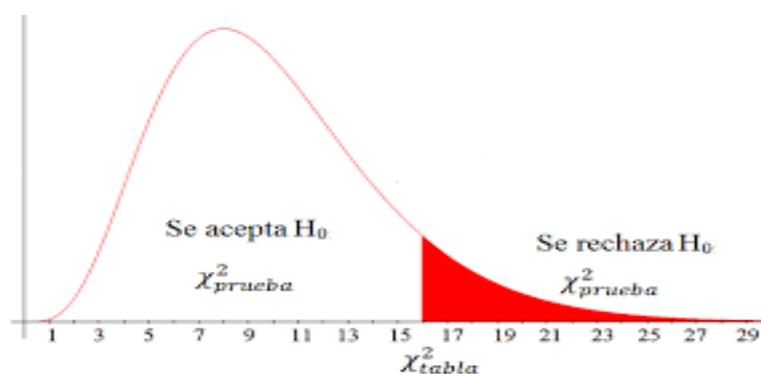
GRAFICO N° 14



INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 14 se puede observar que el mayor porcentaje de complicaciones Mediatas correspondió al hematoma vulvar con un (66,66%) y en menor porcentaje el edema vulvar con un (33,33%).

COMPROBACION DE LA PRUEBA DE HIPOTESIS

| TIPO DE EPISIOTOMIA | EPISIOTOMIA | | TOTAL |
|---------------------|--------------------|--------------------|-------|
| | CON COMPLICACIONES | SIN COMPLICACIONES | |
| MEDIANA | 3 | 35 | 38 |
| MEDIO LATERAL | 13 | 362 | 375 |
| TOTAL | 16 | 397 | 413 |



$$P: 5,99 > 1,93 \Rightarrow H_0$$

Calculando la chi cuadrada se obtiene 1,93, Por lo tanto, la $P: \alpha = 0,05 = 5,99 > a 1,93$ entonces 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.

VI. DISCUSIÓN

Desde mucho tiempo a tras se viene realizando estudios con la finalidad de determinar si la aplicación sistemática de la episiotomía presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas en trabajo de parto en los diversos establecimientos de salud, hoy más que nunca esto toma énfasis en relación a que en los últimos tiempos esta práctica genera controversias si se debe aplicar o no una episiotomía a una pacientes nulípara, de manera rutinaria en trabajo de parto.

En relación a las variables edad, estado civil, grado de instrucción y procedencia de las gestantes en estudio, se observó que el mayor porcentaje correspondió a las edades entre 18 a 29 años con un (62,50%), estado civil conviviente con un (68,75%), instrucción secundaria con un (56,25%), procedencia rural con un (56,25%), y un 43,75% fueron de procedencia urbana; no encontrándose diferencias significativas en relaciona otros estudios, ya que **Rodríguez Góngora**¹⁵ en su estudio Concluyen que: 1) Las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto, 2010; el promedio de edad fue de 20.74 años; el 81.2 % tienen una unión estable con su pareja; el nivel de grado de instrucción de primaria predominó en un 58,12% y el 68,38% procedió de la zona urbana.

En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje edad gestacional entre las 39 y 40 semanas con un (63%), y que el (94%) de los partos tuvieron atención pre natal, peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos, con un (44%), seguido por el peso entre 3500 a 3999 gramos con un (25%), y en menor porcentaje entre los 2000 a 2499 y más de 4000 gramos ambos con un 6%, Apgar de 7 a 10 al minuto 14 casos y 2 casos de puntaje 4 a 6; recuperándose a los 5 minutos los 16 casos con valores de 7 a 10, no encontrándose diferencias significativas en relación a otros estudios, ya que **Rodríguez Góngora**¹⁵ en su estudio concluye que la edad gestacional y el peso del recién nacido no son indicadores de episiotomía en las gestantes. **Salinas Rojas**¹⁶ en su estudio concluye que el apgar al minuto sin episiotomía 5,63 y de 9,6 a los 5 minutos; con episiotomía 8,9 y de 9,2.

En relación a la variable aplicación sistemática de la episiotomía se pudo observar que existe una incidencia de 94,5% de episiotomías en gestantes nulíparas en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Tingo María, estos datos coinciden con lo reportado por **Rodríguez**¹⁵ en donde la incidencia fue de 90.04%, otros estudios como el de **Scetti Marta**⁸ en Corrientes Argentina, reportan una incidencia de (58,33 %) más bajas que en estudios de nuestro país, otros estudios como el de **Vargas Baldares en Costa Rica**⁷ concluye que el uso de la episiotomía ha disminuido notablemente utilizando la política selectiva de su uso, de acuerdo con la evaluación de los factores de riesgo de cada paciente y la experiencia que tenga el personal responsable de la atención del parto.

Del mismo modo **García Cuesta**¹³ concluye que los criterios para su empleo dependen mayoritariamente de la política de la institución en la que se realiza, factores del profesional a cargo del parto (actitudes, creencias) y de su formación. Con esto, ante un mismo proceso de parto con embarazo de evolución normal, dos profesionales distintos podrían actuar de diferente forma; una “cortando” y otro dejando que el expulsivo se desarrolle de una manera fisiológica.

En relación a la variable complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía, se pudo 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 las complicaciones Mediatas correspondió al hematoma vulvar con un (66,66%) y en menor porcentaje el edema vulvar con un (33,33%). Al respecto **Juste-Pina**¹⁰ concluye que la incidencia de desgarros posteriores de I y II grado fue superior en el grupo experimental (30%), frente al grupo control (13,4%), pero no se presentó ningún caso de desgarros de III y IV grado, del mismo modo **Vargas Baldares**⁷ concluye que las episiotomías muestran una menor frecuencia de laceraciones labiales y vaginales, pero muestran un incremento en la incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado con sus consecuentes efectos a largo plazo, **Scetti Marta**⁸, concluye que las complicaciones presentadas por la episiotomía fueron: incide lazadas musculares, mayor pérdida hemática, cierre con mayor dificultad, peor resultado anatómico-estético, cicatrización más difícil y defectuosa, dolor puerperal y dispareunia.

Albino ,Frank¹⁴ concluye que este procedimiento no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, sin embargo estos significativamente más graves que en el parto normal, ya que 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. 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 ocasionando mayor número de dehiscencias.

Salinas Rojas¹⁶ en su estudio concluye que del total de las mujeres con episiotomía el 19 por ciento presentó laceraciones y del total de parto normal, el 62 por ciento si presentó laceraciones, esto con diferencias alterante significativas.

Lo que quiere decir que el parto sin episiotomía se relaciona con un mayor número de laceraciones que el parto con episiotomía.

VII. CONCLUSIONES:

El estudio ha llegado a las siguientes conclusiones:

Dando respuesta a la hipótesis del estudio de investigación “Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo parto en el “Hospital de Tingo María”– Enero-Diciembre 2015” se comprueba las complicaciones durante el trabajo de parto de las nulíparas guarda una relación directa.

- Existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un (62,50%), estado civil, conviviente con un (68,75%), grado de instrucción secundaria con un (56,25%), y procedencia rural con un (56,25%), los que mostraron estar relacionados muy significativamente a complicaciones del uso sistemático de la episiotomía en la población en estudio.
- En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,5%), el (93,75%) de los partos tuvieron atención pre natal, el peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos, con un (43,75%), valoración del Apgar de 7 a 10 al minuto 14 casos y 2 casos de puntaje 4 a 6; recuperándose a los 5 minutos los 16 casos con valores de 7 a 10.
- 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%).

VIII. RECOMENDACIONES:

- ❖ A los profesionales de la salud en Obstetricia mejorar el conocimiento, en temas relacionados a la atención de parto humanizado con metodologías de enseñanza aprendizaje, pasantías, etc, impartidas por profesionales de la salud con conocimientos del tema.
- ❖ A las autoridades del hospital, coordinar con los docentes y jefes de departamento de ginecoobstetricia, para elaborar protocolos o guías de atención de parto humanizado a fin de sistematizar el uso de la episiotomía en casos que amerite.
- ❖ A los estudiantes diseñar estudios de mayor nivel para asegurar una mejor medición del uso sistemático de la episiotomía que conlleven a complicaciones inmediatas y mediatas.
- ❖ Realizar actividades periódicas de seguimiento a las pacientes con episiorrafias en su domicilio, con el fin de verificar los cuidados de la herida y sus posibles complicaciones, ya que las últimas estadísticas reportadas por el Ministerio de Salud, indican que la mayor población con episiorrafia presenta algún grado de dolor al reinicio de su actividad sexual.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Cunningham G, Mac Donald P. Williams Obstetricia. Vigésima Edición. Edictorial Médica Panamericana. España 1998.
2. Sir Fielding Ould, "Tratado de obstetricia en tres partes "1742.
3. Bansal, Raj. Tan Winona. ¿Hay un beneficio para la episiotomía al parto vaginal espontáneo? Un experimento American Journal of Obstetrics and Gynecology, Estados Unidos 1996. Vol 175, N° 4, Parte I.
4. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Revisión En: La Cochrane Library, Número 2, 2005. Oxford, Update Software. Una modificación significativa revisión sistemática se hizo en el pasado 4 de Mayo de 1999. Las revisiones Cochrane se revisan regularmente y si fecha necesaria.
5. Dildy G, Clinicas de Ginecologia y Obstetricia Temas Actuales. Volumen II Editorial McGraw Hill Interamericana .Estados Unidos 1999.
6. Kitzinger S. Episiotomía y la segunda etapa del parto. Seattle, Wa: Pennypress 1999;1.
7. Cunningham, Haut; Obstetricia de Williams Edición: 22°, Editorial: Mcgraw hill, México 2006.
8. Schawarz R, Duverges C, Diaz G, Fescina R. Obstetricia. Quinta Edición. Edictorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina 1995.
9. Pregnancy-info.net, España: .información sobre el embarazo [actualizado el 2009; citado en octubre 2011]. Disponible en: <http://espanol.pregnancy-info.net/episiotomia.html>.
10. Harper B, Gentle Birth Choices. Rochester 1994; 75.

11. Woolley RJ. Beneficios y riesgos de la episiotomía: Una revisión de la literatura en idioma Inglés desde 1980. *Obstetricia y Ginecología Encuesta* vol. 50. Estados Unidos 1995.
12. Vargas Baldares, María 2011 –Costa Rica y Centro America en la *Revista Médica de Episiotomía* lxxviii 461-466-2011.
13. Scetti, Griselda Soledad Serracani, Hospital “J.R. Vidal “Argentina Corrientes – 2005; “USO SELECTIVO DE LA EPISIOTOMIA” en el Hospital “J.R. Vidal” de la Ciudad de Corrientes, en el Servicio de Obstetricia durante el período 1 de enero 2010 - 30 de septiembre 2011.
14. Mendoza, Ana. y Col. 2013-Mexico de la Guía de Práctica: imss-608-13 sobre “Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada.
15. Colón Lucach, Alfredo y col. 2009-Mexico de la guía de práctica clínica: (imss-052-08) sobre “Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto”.
16. Salas Sánchez, Evelyn 2012 Costa Rica- San José de la Revista electrónica sobre “Perspectiva crítica de los antecedentes Históricos de la Episiotomía”.
17. Bernúes Suarez, I. 2004 –España –“Universidad Pública de Navarra en el Estudio de “Efectos de la Episiotomía sobre el Suelo Pélvico y Periné”.
18. Romero, Dy Col. 1997 -1998 Colombia –Medellin –Hospital General de Medellin en su artículo “Episiotomía Selectiva versus Episiotomía de Rutina en la Prevención de desgarros Perineales”.
19. Bustamante, S y Col. 2007-Argentina en su informe de la episiotomía restrictiva en parto normal.

20. Rubio, J. 2005 –Colombia en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología vol. 56 n°2. (116-126).
21. García Cuesta, E. 2013-España en el Estudio “La episiotomía en la era del parto humanizado”.
22. BrousseTisné, Luis 2006 –Argentina en la Revista de Obstetricia y Ginecología: respecto al uso restrictivo de episiotomía en la atención del parto normal vol.2 (2): 127-136.
23. Casanova Chang, MeyLin. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas. Complicaciones; Lima; UNMSM, 2002.
24. Albino, Frank 2009 Piura-Perú Hospital de Apoyo de Sullana en la revista Salud, Sexualidad y Sociedad sobre “el Uso rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas, en mujeres Nulíparas atendidas de parto vaginal”.
25. Rodríguez Góngora, E. 2010- San Martín –Perú en su estudio sobre “La Complicaciones del Uso Rutinario de la Episiotomía en Gestantes Nulíparas”.
26. Salinas Rojas y asociados. Episiotomía restrictiva. Experiencia en el Hospital Regional Manuel Niñez Butrón; Puno 2004.
27. Bacilio Cruz, S. 2011.Huanuco –Perú “Complicaciones en el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco”.
28. WILLIAMS JW. Obstetricia: Un libro de texto para el uso de estudiantes y especialistas, 6 ed. Nueva York: D. Appleton-Century Co, Inc, 1930:20-5.

Comentado [A1]:

29. MYERS-HELFGOTT MG, HELFGOTT AW Controversias en la gestión de la mano de obra. El uso rutinario de la episiotomía en obstetricia moderna: En caso de que se lleva a cabo? Obstetricia Ginecolia Clin 1999; 2: 305-25
30. Jonh A Rock, Te Linde. Ginecología Quirúrgica 8va edición editorial panamericana p.889.
31. Rockner G, Wahlberg V, Olund A. Episiotomía y el trauma perineal durante el parto. J Adv Nurs 1989; 14: 264-265.
32. Coacalla A, Cotacallapa E, Perla de Obstetricia 2007.
33. Williams JW.obstetricia vigésima segunda edición.
34. Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwacz; Ricardo fescina y carlos duverges. 6° ed. Buenos aires. El ateneo 2005.
35. Pérez Sánchez. Obstetricia .tercera edición. 1999 .A. Pérez Sánchez – e Donoso Siña.
36. Andrés Mongrut Steane- TRATADO DE OBSTETRICIA NORMAL Y PATOLOGICA- IV EDICION.2000.
37. DICCIONARIO MOSBY POCKET, de medicina, enfermería y ciencias de la salud...4° edición.
38. DELEE J. La operación de fórceps profiláctico. Am J Obstet Gynecol 1920; 1:34-44.

39. THACKER SB, BANTA HD. Beneficios y riesgos o episiotomía: Una revisión de la literatura interpretativa idioma Inglés, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 36: 322-38.
40. BANSAL RK, TAN WM, ECKER JL, BISHOP JT, KILPATRICK SJ. Transacciones de la XVI Reunión Anual de la Sociedad de Obstetricia perinatales. ¿Hay un beneficio para la episiotomía en el parto vaginal espontáneo? Un experimento natural. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 897-901.
41. . PARVIN T. Cuidado del perineo. *Trans Am Gynecol Soc* 1882;7:145-54, Discussion 154-7.
42. DAVID M. Wererfand den Dammschnitt? Zur Geschichte der Episiotomie ¿Quién inventó la episiotomía? Sobre la historia de la episiotomía]. *Zentralbi Gynakol* 1993;115:188-93.
43. NUGENT F. El perineo primíparas después del parto con fórceps. *Am J Obstet Gynecol* 1835; 30: 249-56.
44. BroomalA. La operación de la episiotomía la prevención de rupturas perineales Durante labor. *Am J Obstet Dis Mujeres Niños* 1878: 11: 517-525; 605-7
45. CREDÉ C, COLPE E. Ueber die Zweckmässigkeit der einseitigenseitlichen incision beimDannschutzverfahren. *Arch Gynaekol* 1884;24:148-68.
46. Stahl F. En cuanto a los principios y la práctica de la episiotomía. Por qué el centro preferibles a lateral. *La angina de Pediatría* 1895; 8: 674-7.
47. POMEROY RH. Vamos a cortar y reconstruir el perineo para cada primípara? *Am J Obstet Dis qué las mujeres Niños* 1918; 78: 211-220; Discusión 295-7.

48. ALTHABE F, BELIZÁN JM, BERGEL E. Las tasas de episiotomía en mujeres primíparas de América Latina: estudio descriptivo realizado en un hospital. *BMJ*. En prensa.
49. Espinoza J, Ligarda J. *Manual de Obstetricia Tomo III*. Lima Perú, UNMSM, 2005.
50. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN (2005). «Los resultados de la episiotomía de rutina: una revisión sistemática». *JAMA* 293 (17): pp. 2141–8. doi:10.1001/jama.293.17.2141. PMID 15870418.
51. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.
52. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2000). «Episiotomía mediana y la incontinencia anal: estudio de cohortes retrospectivo». *BMJ* 320 (7227): pp 86-90.. PMID 10625261.
53. Mathai, Matthews; Sanghvi, Harshad; Guidotti, Richard J. (2000). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. pp. 98, 354.
54. Renfrew, M.; Hannah, W.; Albers, L. y Floyd, E.: Prácticas que minimicen el trauma del tracto genital en el parto: una revisión sistemática de la literatura. *Nacimiento* 1998; 25 (3): 143-60.
55. Handa, V.L.; Harris, T.A. y Ostergard, D.R.: La protección del suelo pélvico: manejo obstétrico para prevenir la incontinencia y el prolapso de órganos pélvicos. *Obstetricia y Ginecología* 1996; 88 (3): 470- 478.
56. Pel, M.; Heres, M.H.B. y Obint: Un estudio de intervención obstétrica. Tesis, Universidad de Amsterdam, 2005.

57. Wagner, M.: Episiotomía: una forma de mutilación genital. La Lanceta, 1999; 353:1977-1978.
58. Archivo del ginecólogo. La episiotomía contra el uso rutinario .E.E.U.U 1997.
59. Carroli G.,BelizanJ, StampG. La episiotomía en partos vaginales. La Cochrane Library, Número 2.Oxford: Actualización de software de 1998.
60. LedeR, Belizan J.Is el uso rutinario de la episiotomía justificado? American Journal of Obstetrics and Gynecology. Argetina 1996; 174(5):1399-1402.
61. Perez Sanchez A. Obstetricia .Segunda Ediccion .Editorial Mediterraneo.Chile 1997.

X. ANEXOS

ANEXOS N° 1

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“COMPLICACIONES DE LA APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA
EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DE TINGO MARIA-ENERO A DICIEMBRE DEL 2015”**

Fecha:..... HCL:.....

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE:

1. Edad de las gestantes:

- a) 12-17 años de edad ()
- b) 18-29 años de edad ()
- c) 30 a más de edad ()

2. Estado Civil:

- a) Soltera ()
- b) Conviviente ()
- c) Casada ()

3. Grado de instrucción:

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Superior ()

4. Lugar de Procedencia de la madre:

- a) Urbana ()
- b) Rural ()
- c) Urbano-marginal ()

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

5. Edad Gestacional:

- a) 35 a 36 semanas ()
- b) 37 a 38 semanas ()
- c) 39 a 40 semanas ()
- d) 41 semanas a mas ()

6. Tipo de Episiotomía:

- a) Medio lateral ()
- b) Mediana ()
- c) Lateral ()

7. Peso del Recién Nacido:

- a) 2,000-2,499grs. ()
- b) 2,500-2,999grs. ()
- c) 3,500-3,999grs. ()
- d) 4,000grs. a más. ()

III. COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LA EPISIOTOMÍA

8. Laceraciones Si () No ()

9. Control de Hemoglobina. Porcentaje

- a) 12-14 g/dL ()
- b) 9-11 g/dL ()
- c) <9 g/dL ()

10. Nivel de percepción dolorosa

- a) Muy alto ()
- b) Alto ()
- c) Regular ()
- d) Escaso ()
- e) Ninguna ()

11. Hematoma Si () No ()

12. Edema Si () No ()

13 Grado de desgarro:

- a) Grado I° ()
- b) Grado II° ()
- c) Grado III° ()
- d) Grado IV° ()