



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Tesis

Estudio comparativo de las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia

Presentado por:

Autora: Silverio Piñola, Rubi Naysha

Asesora: Mg. Marin Guevara, Leticia Gloria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0491-1755>

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

La presente tesis, le dedicare a mi amada familia, siempre me impulsaron a cumplir mis más anhelados sueños, entre ellos titularme, a mis padres por brindarme amor incondicional, enseñándome ser mejor persona, siempre valorar cada logro alcanzado y como decía mi amado padre Zenón Alcides: “cualquier actividad que hagas en tu vida, culmínalo con éxito, porque si no piensas culminarlo, no lo empieces.”

AGRADECIMIENTO

A mí estimada Mg. Gloria Marín, por su profesionalismo y énfasis en culminar mi tesis, brindándome facilidades para titularme. Mi hermano menor Daniel, quien con sus elocuencias y apoyo incondicional me permite culminar mis estudios universitarios, mi hermana Annie que con mis adoradas sobrinas realizo los tramites de mi bachiller. A mi novio Gian Carlos, por su apoyo incondicional.

ASESORA

Mg. Leticia Gloria, Marin Guevara

JURADOS

PRESIDENTA:

Dra. Sabrina Ynés, Morales Alvarado

SECRETARIA:

Mg. Adriana Josefina, Barbaggelata Huaraca

VOCAL:

Mg. Bertha Nathaly, Reyes Serrano

ÍNDICE

RESUMEN

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivo	12
1.4.1. Objetivo general	12
1.4.2. Objetivos específicos	12
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Terminología básica	32
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	33
3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	36
3.2. Población y muestra	36
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	37
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	38
3.5. Aspectos éticos	41
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	42
4.2. Discusión	46
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	52

5.2. Recomendaciones	53
REFERENCIAS	55
ANEXOS:	
Anexo 1: Tablas	63
Anexo 2: Matriz de consistencia	74
Anexo 3: Instrumento	75
Anexo 4: Validez del instrumento	79
Anexo 5: Formato de consentimiento informado	85
Anexo 6: Carta de presentación de recolección de los datos Universidad Norbert Wiener	86
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.	87
Anexo 8: Resultado de Turnitin	88

RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

Materiales y Método: El estudio fue de tipo observacional prospectivo de corte transversal, de casos y controles, en donde se tuvo una muestra de 216 primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Resultados: El 42,6% de las primíparas tuvieron entre los 20-25 años, el 63,4% de las primíparas fueron de situación sentimental conviviente, el 68.1% de primíparas se dedicaba a su casa, el 53.7% de primíparas tuvieron estudios de secundaria completa, el 58.3% de primíparas fueron procedentes de la costa, el 64.4% de primíparas encuestadas no asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis, el 65.3% de las pacientes tuvieron entre 39 a 40 semanas, el 71.3% de primíparas tuvieron un control prenatal completo, el 48.6% de recién nacidos pesaron entre 3000 a 3999g. El personal que realizó la episiotomía rutinaria fue el interno de medicina con un 23.4% y episiotomía restrictiva el gineco-obstetra con un 27.3%. Las complicaciones de la episiotomía rutinaria fue desgarró perineal de primer grado 39%, hematomas vulvoperineal 0.9%, edema vulvoperineal 19.4%, dehiscencia de sutura de tipo parcial 2% y dolor perineal severo 38%. Las complicaciones de la episiotomía restrictiva fue desgarró perineal de primer grado 29.6%, edema vulvoperineal 13.9% y dolor perineal moderado 30.6%.

Conclusión: El uso de la episiotomía rutinaria presentó mayores complicaciones en relación a la episiotomía restrictiva en las primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Palabras clave: Episiotomía rutinaria, episiotomía restrictiva, primíparas y complicaciones obstétricas.

SUMMARY

Objective: To determine the complications associated with the use of routine episiotomy versus restrictive episiotomy in primiparous women treated at the Hipolito Unanue National Hospital, 2019.

Materials and Method: The study was a cross-sectional prospective observational type and of cases and controls, where there was a sample of 216 primiparous women treated at the Hipolito Unanue National Hospital.

Results: 42.6% of the primiparous women were between 20-25 years old, 63.4% of the primiparous women were living together, 68.1% of the primiparous women were at home, 53.7% of the primiparous women had studies In high school, 58.3% of primiparous women were from the coast, 64.4% of primiparous women surveyed did not attend the psychoprophylaxis sessions, 65.3% of the patients had between 39 and 40 weeks, 71.3% of primiparous women had control Complete prenatal, 48.6% of newborns weighed between 3000 to 3999g. The personnel who performed the routine episiotomy were the intern of medicine with 23.4% and restrictive episiotomy the gynecologist with 27.3%. Complications of routine episiotomy were 39% first-degree perineal tear, 0.9% vulvoperineal hematomas, 19.4% vulvoperineal edema, 2% partial-type suture dehiscence and 38% severe perineal pain. Complications of restrictive episiotomy were first degree perineal tear 29.6%, vulvoperineal edema 13.9% and moderate perineal pain 30.6%.

Conclusion: The use of routine episiotomy presented greater complications in relation to the restrictive episiotomy in the primiparous women treated at the Hipolito Unanue National Hospital.

Keyword: Routine episiotomy, restrictive episiotomy, primiparous and obstetric complications.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

A nivel mundial, la episiotomía es la cirugía más frecuente, tradicionalmente era considerada como una intervención quirúrgica de menor grado que cumplía la función de evitar desgarros perineales graves, disminuye el tiempo de la salida del feto y facilitando las maniobras obstétricas, sin embargo, su uso rutinario aumento las complicaciones obstétricas.⁽³⁾ Estas ventajas que han sido ampliamente discutidas desde los años setenta. Aun así, los profesionales de la obstetricia siguen aplicándola de manera sistemática.⁽¹⁾

En el mundo no se tiene información exacta sobre las cifras del uso de episiotomía rutinaria, pero se estima en los Estados Unidos su uso es aproximadamente el 62% de los nacimientos, mientras que en Europa estas cifras parecen ser alrededor del 30%, a diferencia América Latina el uso de la episiotomía rutinaria llega a los 90%.⁽²⁾

En Madrid se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía, aunque, existen situaciones muy concretas, como el sufrimiento fetal agudo o la sospecha de distocia de hombros, en las que el uso es recomendado. Es por ello, la protección adecuada del periné durante la atención del parto, contribuye a evitar los desgarros y se considera como una alternativa para aquellas mujeres sin indicaciones para una episiotomía.⁽⁴⁾

En un estudio realizado en Bolivia sobre el proceso de cicatrización, determinó que la episiotomía tardaba más tiempo en cicatrizar que la herida resultante de un desgarro. Además, se observó complicaciones inmediatas y mediatas, 62% de las mujeres presentaron hematomas y 32% de las mujeres presento edema en la episiotomía, a diferencia en un 3% y 5% en pacientes sin episiotomía, respectivamente. Las complicaciones mediatas más frecuentes son el dolor en la zona perineal y la dispareunia. Se vieron

índices de dolor más alto en pacientes con episiotomía (83%) que en pacientes sin episiotomía 27%.⁽⁵⁾

Por otro lado, en un estudio realizado en el Hospital de Sullana concluyeron que la episiotomía rutinaria se relaciona con mayor frecuencia con el dolor perineal de intensidad moderado a severo, así mismo, se encontró hematomas perineales y edemas vulvoperineal.⁽⁷⁾

Para finalizar, en el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, con una tasa de 92,35 en 108 hospitales, mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es la episiotomía rutinaria.⁽⁶⁾

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?

1.3. Justificación.

El uso de la episiotomía rutinaria es un tema de gran importancia, porque determina la salud de las púerperas y también de su entorno familiar, ya que, si esta presenta molestias después del parto, no realizaría su vida cotidiana favorablemente, presentando limitaciones que repercute en actividades, también un impacto negativo en la capacidad de la mujer para amamantar y atender las necesidades del recién nacido, interfiriendo en el vínculo madre-hijo, en la experiencia de la maternidad y en su estado emocional.

Además, durante mis prácticas pre profesionales en Hospital María Auxiliadora, se realizaba episiotomía rutinaria a las pacientes primíparas de las cuales en el puerperio inmediato en gran mayoría presentaban edemas

vulvares, dolor y en poca frecuencia hematomas. Así mismo no se le indicaba la realización de este procedimiento, provocando en ellas una angustia y dudas, aumentándola molestia.

Por otro lado, los días de rotaciones en consultorio externo de puerperio las pacientes referían dolor en la episiorrafia, al examen clínico se encontraba dehiscencia vulvoperineal, el cual está afectando la calidad de vida de la paciente.

No obstante, la OMS indica en relación a la episiotomía, que no debería realizarse episiotomía rutinaria, solo de forma selectiva y no superar su uso entre un 15% y 20% siempre y cuando se considere necesaria puesto que aumenta la posibilidad de sangrado, inflamaciones e infecciones. En tal sentido es importante para que se respeten la norma técnica del Ministerio de Salud, así mismo según la ley de promoción y protección del derecho al parto humanizado y de la salud mujer. Además, una de las recomendaciones para un parto humanizado es evitar la episiotomía.

Por tal motivo, los resultados que se proporcionará con el presente estudio contribuirán a concientizar el uso restrictivo de la episiotomía. Porque el uso de la episiotomía rutinaria presenta mayores complicaciones a diferencia de la episiotomía restrictiva. Así el Hospital Nacional Hipólito Unanue cumplirá con las recomendaciones de un parto humanizado.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivos Generales.

- Determinar las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de las primíparas con episiotomía rutinaria o episiotomía restrictiva, atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
2. Describir las características obstétricas de las primíparas con episiotomía rutinaria o episiotomía restrictiva, atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
3. Identificar la frecuencia de complicaciones en primíparas con episiotomía rutinaria.
4. Identificar la frecuencia de complicaciones en primíparas con episiotomía restrictiva.
5. Identificar las complicaciones en primíparas según el personal de salud que realizó la episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva.
6. Identificar las complicaciones del uso de episiotomía rutinaria y restrictiva en primíparas que asistieron o no a psicoprofilaxis obstétrica

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

Antecedentes Nacionales

Salas, C y Ramirez, K en el año 2017 en Huánuco realizó su trabajo de investigación titulado “Uso selectivo y restrictivo de la episiotomía y sus consecuencias en primigestas, hospital regional Hermilio Valdizan Medrano” tenía como objetivo, conocer las consecuencias del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan. Material y método fue relacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; con muestra de 60 mujeres, 46 con episiotomía selectiva y 14 con episiotomía restrictiva. Los resultados fueron: En primíparas entre las edades de 18 - 29 años un 70%, grado de instrucción primaria en 33%, estado civil presentaron unión estable un 62% (casadas 25% y convivientes 37%) y procedentes de la zona urbana un 72%. Resultados: Las complicaciones fueron los desgarros en la episiotomía selectiva 32% y en la restrictiva 23%, infecciones en episiotomía selectiva 25% y en la restrictiva 2%, sangrado en episiotomía selectiva 25% y en la restrictiva 10%, dolor en la episiotomía selectiva muy alto en un 33% y en la restrictiva muy alto y regular un 8%, disparidad anatómica en la episiotomía selectiva 20% y en la restrictiva 18%, dehiscencia en la episiotomía selectiva 21% y en la restrictiva 12% y hematomas en la episiotomía selectiva 23% y en la restrictiva 7%. Concluyeron que no existen consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas. ⁽³²⁾

Huamán, L en el año 2017 en Lima realizó su trabajo de tesis titulado “Estudio comparativo de las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho”. Su objetivo fue de determinar las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2016. Material y método: fue un estudio descriptivo, comparativo, retrospectivo, de corte transversal. Se analizaron las historias clínicas de

60 primíparas, 30 de ellas sometidas a episiotomía y las otras 30 no fueron sometidas a episiotomía. Resultados: La edad promedio de las primíparas fue de 20.9 años, el 63.3% eran de 20 a 34; el 71.7% fueron convivientes, el 80% tenía educación secundaria y todas procedentes de la costa del Perú. La edad gestacional promedio fue de 39.2 ± 1.1 semanas, el 100% presentaron parto a término, el peso promedio del recién nacido fue de 3242 gramos. De las primíparas sometidas a episiotomía, el 30% presentaron desgarro, el 6.7% sufrieron laceraciones y en promedio perdieron 198.7 cc de sangre, por otro lado, de las primíparas que no fueron sometidas a episiotomía, el 60% presentaron desgarro, el 3.3% sufrieron laceraciones y en promedio perdieron 215 cc de sangre. Concluyeron en que, las complicaciones que se presentaron entre aquellas primíparas a quienes se realizó y no realizó episiotomía fueron: laceraciones, y desgarro, siendo el 1 grado el que predominó. ⁽³⁵⁾

Chozo, K en el año 2017, en Lambayeque realizó su trabajo de investigación titulado “Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas”, con la finalidad de, Identificar las complicaciones de la episiotomía rutinaria en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas. Material y método, la investigación es no experimental, de corte transversal, descriptiva, observacional y comparativa; para el estudio se contó con 110 mujeres; 51 con episiotomía rutinaria y 59 con episiotomía restrictiva. Resultados la mayoría de primíparas perteneció a las edades de 15-19 años; el 45,1% se dedicaban a su casa, el 47,5% tuvo secundaria completa; el 72,5% son convivientes y el 64,4% son procedentes de la zona costa, el 45% participaron de las sesiones de psicoprofilaxis. Las complicaciones inmediatas fueron desgarro perineal, con 27,5% en primíparas con episiotomía rutinaria y 28,8% con episiotomía restrictiva; hematomas en 33,3% de primíparas con episiotomía rutinaria y 6,8% con episiotomía restrictiva, y desgarros, en 70,6% de primíparas con episiotomía rutinaria y 20,3% con episiotomía restrictiva. Se concluyó que se presentaron infecciones en primíparas con episiotomía rutinaria en 43,1% y 3,4% con episiotomía restrictiva;

dehiscencia en 27,5% de las primíparas con episiotomía rutinaria y 11,9% en episiotomía restrictiva. Donde concluye la episiotomía restrictiva es más beneficiosa que la episiotomía rutinaria. ⁽¹¹⁾

Ávila, A en el año 2017 en el Lima realizó su trabajo titulado “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales”, con el objetivo de establecer la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales. Material y métodos: Estudio descriptivo simple, retrospectivo y de corte transversal. La muestra fue de 81 primíparas. Resultados: El 65.4% fueron primíparas con episiotomía y el 34.6% sufrieron desgarros, predominando los desgarros de I grado con 23.5%. En primíparas con episiotomía, se encontró el 37.7% con edades de 25 a 29 años, en primíparas con desgarros se encontró el 64.3% con edades de 25 a 29 años. En primíparas con desgarros el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de Psicoprofilaxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min. Donde se determinó que la mayoría de primíparas son sometidas a episiotomías. En cuanto a las primíparas que sufrieron desgarros de primer grado, seguido de los desgarros de segundo grado. ⁽¹²⁾

Briceño, D en el año 2016 en Trujillo en su trabajo de investigación titulado “Episiotomía selectiva relacionada a complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal, en puérperas” con el objetivo, determinar la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en puérperas. Material y Métodos el método fue correlacional y retrospectivo, aplicado en 562 puérperas. Encontrando los siguientes resultados, el 51% de las puérperas se les realizó la episiotomía selectiva, predominando en las primíparas con 29,5%, seguidas por multíparas con 19,6% y finalmente gran multíparas con 2,1%. El 4,3% de las puérperas con episiotomía selectiva presentaron desgarró, los hematomas tuvieron una frecuencia de 0,5%. La episiotomía selectiva se relacionó débilmente de forma inversa con los desgarros del canal vaginal, la frecuencia de episiotomía selectiva, disminuye la frecuencia de desgarros. En cuanto a la episiotomía selectiva no se

correlaciona con la presencia de hematoma y hemorragia. Donde concluye que la episiotomía selectiva fue más frecuente en las primíparas, mientras que el desgarro fue la complicación inmediata post parto. ⁽¹³⁾

Antecedentes Internacionales

Juste, A; Luque, R; Sabater, B en el año 2017 en España realizó su trabajo titulado “Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas” con el objetivo de Identificar las ventajas y desventajas en un grupo de mujeres a las que se ha practicado la episiotomía según un protocolo selectivo, con respecto a las que se les ha practicado episiotomía según un protocolo rutinario. Material y Método, Estudio prospectivo experimental, realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Resultados obtenidos muestran que se realizaron un 83,7% de episiotomías en el grupo rutinario y un 59,0% en el grupo experimental. El tipo de episiotomía fue media lateral. La incidencia de desgarros fue de I grado en ambos grupos. La frecuencia de hematoma vulvar solo se encontró a las pacientes con episiotomía rutinaria. El dolor perineal presente en ambos grupos. Donde concluye que La práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, o periné poco distensible, en mujeres nulíparas a término, es segura. ⁽⁹⁾

Ballesteros, C; Carrillo, C en el año 2016 en España realizó su trabajo de investigación titulado “La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización”, tuvo como objetivo conocer la tasa de episiotomía. Material y método, descriptivo, transversal y analítico, de 12.093 partos en un hospital de tercer nivel. Resultados, la edad promedio fue de 23 años, el 59% fueron solteras, el porcentaje global de episiotomías fue de 50% y el 42% que realizó la episiotomía fue el profesional ginecólogo, el 59% tuvieron edad gestacional de 40 semanas, el 89% tuvieron control prenatal completo, el peso del recién nacido fue <2500g. Donde concluye la episiotomía estuvo condicionada por las intervenciones obstétricas que se realizaron en el desarrollo del parto. ⁽⁸⁾

Ortega, D; en el año 2015 en Nicaragua realizó un trabajo de tesis titulado “Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas”. Con el objetivo, conocer la frecuencia y tipo de complicaciones de la episiotomía en las primigestas atendidas. Material y método, realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el cual se realizó en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense. Resultados: la edad promedio fueron las adolescentes de 14 a 19 años, con un 72.5%, el estado civil conviviente fue el 58.8%, el 47% tuvieron estudios de secundaria completa, la complicación más frecuente se encontró el desgarro en un 21.25%, el 54% tuvieron desgarro perineal de I grado, seguido de las dehiscencias en un 20.25%, hematomas en un 13.75% y el 17% presentaron edema vulvoperineal. Donde concluye que las pacientes del estudio principalmente son adolescentes, la mayoría acompañada. El total de complicaciones fue de 48%. Los tipos de complicación más frecuentes son el desgarro, seguido de la dehiscencia y los hematomas. ⁽¹⁰⁾

Ballesteres, M en el año 2015 en España realizó el trabajo de tesis titulado “Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia”. Con el siguiente objetivo: Conocer el procedimiento de la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal. Material y método: Estudio descriptivo, transversal y analítico, con un enfoque de investigación cuantitativa. Su resultado fue su porcentaje global de episiotomías fue del 50%. Las variables clínicas que presentan una asociación significativa, aumentando la probabilidad de la misma son: primiparidad, edad gestacional > 41 semanas de gestación, inicio del parto estimulado o inducido, uso de analgesia epidural, uso de oxitocina, posición de litotomía durante la etapa de expulsión fetal y parto instrumentado. Por otra parte, edad materna 35 años y peso del RN < 2500gr, se asocian con una menor incidencia de episiotomía. Conclusiones: Sus recomendaciones de la Estrategia no se siguen en su totalidad en el Hospital Universitario, por lo que será

necesario analizar las políticas de reducción de procedimientos desaconsejados por el Ministerio. ⁽³³⁾

Gualan,c y Guanoluisa, O en el año 2015 en Ecuador realizó el trabajo de tesis titulado “Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del hospital vicente corral moscoso”. Su objetivo fue determinar la prevalencia de episiotomía y factores de riesgo asociados, en pacientes primigestas del Hospital Vicente Corral. Material y método fue estudio de prevalencia analítico en un universo que lo constituyeron 3798 parturientas, de los cuales la muestra lo componen 580 primigestas. Su resultado son prevalencia encontrada de episiotomía es del 35,5%. La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística; de igual manera el Peso del Recién Nacido mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; empero, no se encontró significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía. ⁽³⁴⁾

2.2. Base teórica.

2.2.1 Historia

Desde siglo II, causo una preocupación los desgarros perineales que presentaban en esa época, se intentaba buscar soluciones con una adecuada protección del periné, esto reflejado en el libro de “Morbis Mullierium” el primer libro escrito para comadronas, este mencionaba que debían poseer de también conocimiento práctico y no solo teórico, además conocimiento en : prescripciones farmacológica, dietéticas y quirúrgicas, así mismo, se debía proteger el periné para evitar los desgarros, apoyando con una compresa de lino la zona del periné.⁽¹⁴⁾

En la edad media, durante el siglo XI, se escribió en Salerno un tratado de enfermedades obstétricas y ginecológicas, que se conoce con varios títulos: De curismulierum, Trotulamajor o simplemente Trótula, en este tratado se describe la ventaja de la sutura. Durante el siglo XVI, Ambroise Paré un famoso cirujano obstetra, escribió dos tratados obstétricos, en uno de ellos describe la realización de la sutura del periné desgarrado, tratado De la Generation de l’homme (1573), convirtiéndolo en el pionero.⁽¹⁴⁾

Además, en el siglo XVII, y gracias al padre de la asistencia al parto inglesa, William Harvey, la Obstetricia por primera vez adoptó una base científica. Escribió un trabajo sobre atención al parto en 1651, traducido del latín al inglés en 1653. Su idea principal consistía en esperar a que el parto se presente de forma natural e intervenir si es absolutamente necesario. En el siglo XVIII edad moderna las mujeres dejaron de abarcar todo el campo de parto, para permitir acceso a los varones, en Londres esto se hizo popular que auxiliares del género masculino dirigieran los partos. El término comadrón, que se había usado desde 1625, indicaba únicamente el sexo del profesional. Podía ser un boticario, cirujano, médico o profano que decidía dedicarse a la asistencia al parto.⁽¹⁴⁾

Es así que en Irlanda en 1742 el Sir Fielding Ould fue el primero en realizar la episiotomía para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. (Que fue, desde 1759 hasta 1766, Maestro de la Dublin Lying-in Hospital, ahora el hospital de la Rotonda, probablemente el más antiguo Hospital Europeo de Mujeres), indica la técnica a realizar un corte en la vagina, introduciendo un cuchillo entre la cabeza fetal y la vagina de la mujer en dirección al ano. Advierte que “este procedimiento debe realizarse únicamente en caso de apuro, en el que la cabeza fetal permanezca mucho tiempo en constricción en el orificio externo de la vagina”. Asimismo, recomendaba la sutura de la herida cuando “ésta se aproximaba tanto al recto como para debilitar su función”.⁽¹⁵⁾

Por otro lado, Según Parvin, desde que Fielding propuso por primera vez el uso de la episiotomía en 1742, su utilización ha sido objeto de múltiples controversias. El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799. Según lo reporta Nugent, el profesor Dubois fue el primero en indicar el tipo de episiotomía mediolateral en Francia después del año 1847 y diez años más tarde, Carl Braun fue el primero en denominar "episiotomía" a la incisión perineal y el primero en criticarla y considerarla inadmisibile e innecesaria. 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.⁽¹⁶⁾

Epidemiología:

Este procedimiento se realiza en distintos países. Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los Estados Unidos se le realiza al 62,5% de nulíparas, en Europa el 30% primigestas con feto único vivo, excepto Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%, y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán.⁽¹⁷⁾

Estos porcentajes disminuye con el pasar del tiempo, luego de muchos estudios sobre la utilización y desventajas de esta técnica, por ejemplo, en Inglaterra bajo en un 16%.⁽¹⁸⁾

Existen datos, no muy explícitos y congruentes, sobre el uso de la episiotomía respecto a la raza de la madre. Donde se puede concluir que las mujeres de raza asiática suelen tener más necesidad de una episiotomía, al contrario, las mujeres de raza negra durante la segunda fase del parto no tienen necesidad de una episiotomía. ⁽¹⁸⁾

Definición

La episiotomía es una incisión de las partes pudendas, puede ser media o media lateral. La episiotomía es una palabra derivada de los términos griegos “epision” que significa región púbica y “tomé” que significa corte. Es decir, es la incisión del orificio externo de la vulva, siendo la práctica invasiva más utilizada en el parto normal. La reparación de esta se llama episiorrafia y se realiza una vez ya ha sido completado el alumbramiento y comprobada la estabilidad hemodinámica de la madre. ⁽¹⁹⁾

Tipos de episiotomía

A pesar de que los textos estandarizados de obstetricia, por regla general, describan 2 tipos principales de episiotomía (la medial/mediana y el medio lateral), en la literatura se describen hasta 7 tipos de episiotomías realizadas. Todas ellas difieren en la trayectoria y angulación de su incisión: ⁽¹⁹⁾

a) Episiotomía mediana o medial o de la línea media

Este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá. La incisión es vertical iniciando desde la horquilla vulvar posterior y se dirige, al tendón central del cuerpo perineal, hacia el ano, sin llegar a él. ⁽¹⁹⁾

b) Episiotomía mediana modificada

Es similar a la episiotomía de la línea media adicionando una incisión transversal opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda.

Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm. ⁽¹⁹⁾

c) Episiotomía en forma de “J”

En esta episiotomía se utiliza tijeras curvadas e inicia con una incisión realizada en la línea media de la vagina, y se curva lateralmente para esquivar el ano, hasta que la incisión se encuentra a 2,5 cm del ano. Entonces la “J” se realiza por la dirección de la incisión hacia la tuberosidad isquiática lejos del esfínter anal. ⁽¹⁹⁾

d) Episiotomía medio lateral

Es la más frecuente en Europa, en Reino Unido, Perú y otras partes del mundo. La incisión empieza 1 o 2 cm desde la línea media, en el anillo del himen, y se extiende unos 4 cm lateralmente y hacia abajo, en la dirección de la tuberosidad isquiática ipsilateral con una trayectoria diagonal, en un ángulo al menos de 45° respecto a la línea media vertical, alejándose del recto. ⁽²⁰⁾

e) Episiotomía lateral

Ésta comienza en el introito vaginal, 1 ó 2 cm laterales de la línea media y se dirige hacia abajo, hacia la tuberosidad isquiática. Pese a que rara vez se menciona en la literatura y sea menos frecuente, es la elección en muchos casos. Es el método utilizado generalmente en Finlandia. ⁽²⁰⁾

f) Episiotomía lateral radical (incisión de Schuchardt)

Realizada histerotomías o traquelectomía permitiendo el acceso u ocasionalmente, para facilitar el nacimiento del bebé en partos difíciles (cabeza grande, distocia de hombros, parto difícil de nalgas). Ésta, a menudo, no se considera una incisión obstétrica. Se trata de una episiotomía completamente extendida, que llega profundamente al surco vaginal y se curva hacia abajo y hacia el lateral alrededor del recto. ⁽²¹⁾

g) Episiotomía anterior

Es común su procedimiento durante partos para abrir la cicatriz de en mujeres que han tenido infibulación femenina previamente. Se incide en la línea media hasta que el meato uretral externo sea visible. Mientras que los residuos de clítoris no deben ser incididos. Es preferible cualquier otro tipo de episiotomía. ⁽²¹⁾

Clases de episiotomía

a) Episiotomía rutinaria

Es una incisión que secciona el periné, en todas las embarazadas. Sobre todo, a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. Además de ser una práctica invasiva, esta podría tener complicaciones muy serias en el puerperio. A nivel mundial se están realizando estudios sobre nuevas técnicas como el masaje del periné preparto, entre otras. Todo esto para evitar en un futuro la práctica de la episiotomía. ⁽²²⁾

b) Episiotomía restrictiva

Es evitar la episiotomía, que no cumple las indicaciones estandarizadas, donde debe primar el bienestar materno y fetal, para ello el procedimiento debe ser aplicado selectivamente cuando se lo amerite como: indicaciones fetales, indicaciones maternas y uso de fórceps o espátulas de Thierry. Siempre. ⁽²²⁾

2.2.2 Complicaciones de la episiotomía

Es la presencia de complicaciones que se presentan después del uso de la episiotomía, puede ser inmediata, mediata y tardía: ⁽²²⁾

a) Complicaciones inmediatas

Comprende las primeras 24 horas, Estas son: hemorragias, desgarros, edema e infección. ⁽²²⁾

Hemorragia

Se define hemorragia posparto (HPP) usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 mL o más en las primeras 24 horas luego del nacimiento del niño. Algunas personas consideran 600 mL como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre en partos vaginales con feto único es de 600 mL (y casi 1 000 mL para gemelar).²⁵

Factores de riesgo: estos factores son clasificados, por el momento de la ocurrencia dentro de ellas tenemos:

- Trabajo de parto prolongado
- Periodo expulsivo prolongado
- Episiotomía medio lateral
- Desgarros y laceraciones
- Parto asistido con fórceps

Edema vulvo perineal

El edema es una acumulación de líquido en la zona vulvo perineal, El edema en el periné es de causa inflamatoria, producido por una lesión del endotelio capilar, causado por traumatismo mecánico. Se encuentra localizado y conlleva signos inflamatorios, como enrojecimiento, aumento del calor local e hipersensibilidad/dolor. En la mayoría de los casos se acompaña de dolor.⁽²⁵⁾

Infecciones

Es la invasión de microorganismos en la episiotomía con o sin desgarro, los más frecuentes presentes en el tracto genitourinario y es la flora mixta aeróbica y anaeróbica con un predominio de microorganismo Gram negativos como enterococos, los estreptococos del grupo B, los estafilococos, los bacilos gramnegativos y los anaeróbico, *garnerella vaginallis*, *stafilococcus aureus* y bacterias anaeróbicas del cuello uterino que causan morbilidad post parto.⁽²²⁾

Según su profundidad, las infecciones se clasifican en cuatro categorías: Simple, de la fascia superficial sin necrosis, de la fascia superficial con necrosis y mionecrosis. (22)

Diagnóstico: presenta fiebre; examen de la piel de la herida operatoria: eritema, aumento de sensibilidad y secreción, cultivo de pus de la herida operatoria. (23)

Desgarros:

Los desgarros vaginales se producen como consecuencia de una sobre distensión, o resultados de opresiones obstétricas por vía vaginal. Son desgarros muy sangrantes por que la vagina está altamente vascularizada. Los desgarros bajos son los más frecuentes, y los desgarros altos, pueden deberse a prolongación de la zona cervical, estos no son reconocidos a simple vista. Para ello se necesita valvas vaginales. Porque de lo contrario, se presentará un estado shock hipovolémico. Los desgarros obstétricos son parte de la segunda causa de hemorragia posparto. (23)

Clasificación de desgarro:

- **Primer grado:** Estas afectan a la piel perineal, la mucosa vaginal o ambas
- **Segundo grado:** La musculatura perineal está incluida, en la laceración especialmente el musculo bulbo cavernoso, el transverso superficial y algunas fibras del elevador del ano
- **Tercer grado:** La herida afecta parte o todo del esfínter, sin llegar a la mucosa rectal
- **Cuarto grado:** La lesión afecta a la mucosa rectal, el esfínter anal esta desgarrada, o que ocasionalmente puede desgarrarse la mucosa rectal sin afectar el esfínter. (23)

Medidas preventivas

- Lo primero que se debe promover es que el parto sea lento, ya que el feto sigue su mecanismo de parto y permite la adaptación de las capas

de la vagina en sus diferentes porciones. Evitar los esfuerzos del pujo antes que empiecen la dilatación. ⁽²⁴⁾

b) Complicaciones mediatas

Esta va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de dos a cuatro días, estas son: hematomas y dehiscencia. ⁽²⁴⁾

Hematomas

Son acúmulos de vasos sanguíneos de gran calibre, particularmente venas de la pelvis se pueden desgarrar durante el parto, los hematomas han sido encontrados debajo de la piel de la vulva, alrededor y debajo de la vagina y en los ligamentos anchos. Estos pueden crecer, pero si está debajo del elevador del ano y fascia pélvica profunda estos distienden al perineo y desplazan y algunas veces se tornan enormes. ⁽²⁴⁾

Diagnóstico: el dolor intenso en la zona afectada es un signo de la presencia de hematoma, además refieren presión en el recto y la vejiga

Dehiscencia

La dehiscencia se define como la apertura espontánea de una herida quirúrgica, en base a mi investigación, será la apertura de la herida episiotomía se sospecha dehiscencia de episiotomía. ⁽²⁵⁾

Existen factores predisponentes tales como:

- Infección bacteriana de la piel
- Virus de papiloma humano
- Hábitos tabaquismo la hemorragia excesiva o formación de hematomas

c) Complicaciones tardías

Estas son: dispareunia, fibrosis, fistulas recto vaginales y endometriosis en la cicatriz de la episiorrafia

Fibrosis

La fibrosis es la formación excesiva del tejido conectivo fibroso, se presenta con frecuencia, en episiotomía medio lateral, que generalmente se produce cuando ha habido una destrucción tisular muy grande o no se puede regenerar el tejido. Además, cuando las episiotomías sufren prolongaciones y cuando el material de sutura es de mayor cantidad o inadecuado²⁵

Endometriosis en la cicatriz de la episiotomía

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina. Este endometrio presenta capacidad para crecer, infiltrar e incluso diseminarse de manera similar al tejido tumoral; sin embargo, la transformación maligna es muy rara. Es un proceso no infeccioso, pero que presenta componentes similares a la respuesta inflamatoria: fibrosis y formación de adherencias y aumento de macró- fagos y monocitos en líquido peritoneal.²⁶

Las localizaciones más frecuentes de la endometriosis externa son los ovarios, ligamentos úterosacros, fosa ovárica peritoneal, peritoneo del fondo de saco de Douglas y septo recto-vaginal. Con menos frecuencia se halla en cérvix, vagina y vulva.²⁶

Fistulas recto vaginal

La fístula recto vaginal (FRV) o comunicación patológica entre el recto y la vagina, se estima que esta condición representa menos del 5% del total de las fístulas ano rectal y su reparación está fuertemente condicionada por la etiología de la misma, Se define como simple una FRV baja, menor de 2,5 cm y de origen traumático o infeccioso y compleja una FRV alta, mayor de 2,5 cm y de origen neoplásico, actínico o inflamatorio.²⁶

Dispareunia

La dispareunia consiste en la presencia de dolor en los genitales constante, antes, durante y después de las relaciones coitales. Esto causa disminución en la calidad de vida de las mujeres que las limitan a gozar de su vida sexual activa.⁽²⁶⁾

La dispareunia después del parto es un padecimiento frecuente, ocasionado principalmente por problemas obstétricos y ginecológicos, que influye negativamente en la calidad de vida de las mujeres. El parto instrumentado y la extensión del desgarramiento son factores predictivos del dolor perineal después del parto y por lo general afecta a la vida sexual de la mujer. La dehiscencia y la infección de la episiorrafia pueden provocar un mayor riesgo de dispareunia. Al igual que la estrechez del introito vaginal como consecuencia de una mala reparación de la episiorrafia. ⁽²⁶⁾

2.2.3 Indicaciones para la episiotomía

Periné poco distensible

Límite de elasticidad de estructura los músculos formada por el entrecruzamiento de fibras musculares procedentes del músculo elevador del ano (pubococcígeo), el músculo transverso (superficial – profundo), músculo bulbo cavernoso y el esfínter del ano. ⁽²⁷⁾

Complicación del parto vaginal

Presentación Pelviana: es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna pudiendo desencadenar un mecanismo de parto y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Existen algunas variables como: nalgas puras, nalgas completas y nalgas incompletas. ⁽²⁷⁾

Distocia de hombro

La distocia de hombros se define como el fallo en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado. ⁽²⁸⁾

2.3 Terminología Básica

- 1. Complicaciones asociadas:** Son las dificultades que se presentan según la relación a alguna técnica a realizar o patología. ⁽²⁹⁾
- 2. Desgarro vaginal:** Lesión de cualquier zona del piso pélvico. Pueden ser; desgarro de primer grado, segundo grado, tercer grado y cuarto grado. ⁽²⁹⁾
- 3. Dehiscencia:** Es la apertura de la episiorrafia, causada por una infección o por una sutura o episiorrafia inadecuada. ⁽³⁰⁾
- 4. Episiotomía rutinaria:** Es una incisión que secciona el periné, en todas las gestantes que no cumplen los criterios dentro de las indicaciones para el uso de la episiotomía. ⁽³⁰⁾
- 5. Hematoma vulvoperineal:** Es el acumulo de sangre en la zona perineal. ⁽³⁰⁾
- 6. Infección de la episiorrafia:** Es la presencia de microorganismo que alteran la homeostasia del organismo, en la zona de la episiorrafia. ⁽³⁰⁾
- 7. Primípara:** Mujer que ha parido por primera vez. ⁽³⁰⁾

2.4 Hipótesis

H1: Las complicaciones inmediatas están asociadas al uso de episiotomía rutinaria en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

H0: Las complicaciones inmediatas no están asociadas al uso de episiotomía rutinaria en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

H2: Las complicaciones inmediatas están asociadas al uso de episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

H0: Las complicaciones inmediatas no están asociadas al uso de episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.

2.5 Variables e indicadores

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Característica Sociodemográficas	Mixto	Edad	Años	Razón	1. 14 a 19 años 2. 20 a 25 años 3. 26 a 30 años 4. Mayor 30 años
		Estado civil	Tipo de unión Conyugal	Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Divorciada 5. Viuda
		Ocupación	Actividad Laboral	Nominal	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Trabajadora independiente 4. Trabajadora dependiente
		Nivel educativo	Nivel educativo que tiene la Adolescente.	Ordinal	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria completa 4. secundaria incompleta 5. Superior técnica 6. Superior Universitaria
		Lugar de procedencia	Lugar de donde provienen las gestantes	Nominal	1. Costa 2. Sierra 3. Selva 4. Extranjera

Característica clínica	Mixta	Episiotomía	Incisión que se practica en el periné de la mujer durante el parto	Nominal	1. Si 2. No
		Tipo de Episiotomía	Tipo de incisión que se realiza durante el periodo expulsivo	Nominal	1. Medina 2. Media lateral 3. Lateral
		Personal de salud que realizo la episiotomía	Profesional de salud que realiza la incisión	Nominal	1. Gineco-Obstetra 2. Obstetra 3. Interno de medicina 4. Interno de Obstetricia
Características obstétricas	Cualitativa	Peso del recién nacido	Es el primer peso que se toma al recién nacido expresado en gramos	Nominal	1.2,000-2,499g. 2.2,500-2,999g. 3.3,000-34999g. 4.3,500-3,999g. 5.4,000g. a más.
		Psicoprofilaxis Obstétrica	Asistencia a las sesiones educativas	Nominal	1. Si 2. No
		Edad gestacional	Número de semanas de amenorrea hasta finalizar el embarazo	Ordinal	1.35 a 36 semanas 2.37 a 38 semanas 3.39 a 40 semanas 4.41 semanas a más
		Control prenatal	Número de asistencias prenatales	Nominal	1. Completo 2. Incompleto 3. Nunca

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Complicaciones maternas	Cualitativa	Desgarro perineal	Lesión en función a la episiotomía	Nominal	1. Si 2. No
		Tipo de desgarro perineal	Tipo de lesión en función a la episiotomía	Ordinal	1. I grado 2. II grado 3. III grado 4. IV grado
		Hematoma vulvoperineal	Acumulo de sangre en la zona perineal a consecuencia de la episiotomía o parto.	Nominal	3. Si 4. No
		Edema Vulvoperineal	Presencia de acumulación de líquido en la zona perineal.	Nominal	1. Si 2. No
		Dehiscencia	Implicación quirúrgica en el que la herida se separa repentinamente	Nominal	1. Si 2. No
		Tipo de dehiscencia	Tipo de complicación quirúrgica en el que la herida se separa o se abre repentinamente	Nominal	1. Parciales 2. Totales
		Dolor	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser de menos a más.	Ordinal	1. No refiere 2. Leve 3. Moderado 4. severo

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

El estudio fue de tipo observacional prospectivo de corte transversal y de diseño casos y controles.

Observacional son estudios de carácter estadístico y epidemiológico en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

Prospectivo porque el estudio se da en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurridos en un determinado tiempo.

Corte Transversal se recogen los datos en un tiempo determinado.

Casos y controles son estudio en el cual los sujetos se seleccionan en función a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos con en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

3.2. Población y Muestra

Población

La población de estudio estuvo conformada por todas las primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, teniendo para el año 2018, el total de 2161 partos atendidos.

Muestra

El cálculo del tamaño muestra se realizó con el siguiente algoritmo:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n: Muestra Calculada

N: Población

Z: 1,96

p: (0.5)

q: (1-p):

d: (0.05) Máximo error, precisión deseada

$$n = \frac{490 \times 1.962 \times 0.5 \times 0.5}{0.052 \times (490 - 1) + 1.962 \times 0.5 \times 0.5}$$

n = 216

Hallando la muestra para casos y controles:

Se asumirá un nivel de confianza de 95% ($\alpha = 0.05$), tendríamos que ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$). Si tenemos potencia de la prueba de 80% ($\beta = 0.20$), entonces ($Z_{1-\beta} = 0.842$). Una proporción de exposición en los controles, según antecedente, de 30% ($p_2 = 0.30$).

Dónde:

p_1 : es la frecuencia de la exposición entre los casos

p_2 : es la frecuencia de la exposición entre los controles

$p = p_1 + p_2$

$Z_{1-\alpha/2}$: Nivel de confianza

$Z_{1-\beta/2}$: Potencia estadística

n : es el número de casos

m : es el número de controles

$c = m/n$: es el número de controles por cada caso

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)pq} + Z_{1-\beta/2} \sqrt{cp_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Por lo tanto, el tamaño de muestra será de 108 primíparas que se le realizará episiotomía rutinaria (casos) y siguiendo la relación 1 a 1, se tendrá por cada primípara con episiotomía rutinaria habrá una primípara sin episiotomía rutinaria, el tamaño del grupo control será de 108 primípara. En tal sentido el tamaño total de muestra será de 216 primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Criterios de inclusión:

Casos

1. Primípara que se atendió su parto y se realizó la episiotomía rutinaria en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
2. Primípara que aceptó ser parte del estudio.
3. Primípara con edad mayor a 14 años.
4. Primípara que no presentó ninguna complicación durante el parto.

Control

1. Primípara que se atendió su parto y no se realizó la episiotomía rutinaria en el Hospital Nacional Hipólito Unanue
2. Primípara que aceptó ser parte del estudio.
3. Primípara mayor a 14 años
4. Primípara que no presentó ninguna complicación durante el parto.

Criterios de exclusión:

Para los casos y controles

1. Primípara de parto por cesárea en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
2. Primípara que no aceptó participar en el estudio
3. Primípara menor de 14 años.

Unidad de análisis: primípara con episiotomía rutinaria o episiotomía restrictiva atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue la entrevista y el análisis documental. Para realizar la siguiente investigación se realizó los siguientes criterios:

Permisos y autorizaciones

- Se solicitó la autorización al director del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Dr. Luis Miranda Molina para realizar la investigación.
- Se coordinó con el Obstetra encargado del Servicio de Obstetricia para la realización del presente estudio.
- Se realizó la una revisión de historia clínica y también una entrevista a las primíparas que tuvieron parto con o sin episiotomía el tiempo estimado será de 15 minutos por paciente.
- La recolección de los datos se realizó de acuerdo a la disponibilidad de horario del investigador teniendo en cuenta el horario entregado por el coordinador del Servicio de Obstetricia.

Instrumento

El instrumento que se utilizó en el presente estudio fue un cuestionario que consta de cuatro partes (características sociodemográficas, clínicas, obstétricas y las complicaciones). Para la validez del instrumento fue sometida a juicio de expertos.

Parte I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS se tuvieron en cuenta las siguientes preguntas. (Edad, estado civil, ocupación, nivel educativo y lugar).

Parte II: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Se consideró lo siguiente (episiotomía, tipo de episiotomía y personal que realizó la episiotomía)

Parte III: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS se tuvo en cuenta los siguientes ítems (edad gestacional, peso del recién nacido y asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica)

Parte IV: COMPLICACIONES se consideró los siguientes ítems como consecuencia del uso de la episiotomía rutinaria (desgarro perineal, tipo de desgarro perineal, hematoma vulvoperineal, edema vulvoperineal, dehiscencia, tipo de dehiscencia y dolor).

3.4 Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron revisados y codificados e ingresados a una base de datos exclusiva para la investigación creada en el programa SPSS versión 22, y Excel donde se codificó las variables para poder presentar los resultados.

En el estudio se realizó el análisis descriptivo de los datos; para variables cuantitativas, se calculó la medida de tendencia central (media, moda, y mediana), para variables cualitativas, se calculó la distribución porcentual de los datos en frecuencias absolutas y relativas. Para los casos y los

controles se determinó las proporciones de las variables categóricas de estudio y se comparó mediante la prueba de asociación de Chi-cuadrado que evaluó la relación entre estas.

3.5 Aspectos Éticos

Se tuvo en cuenta los aspectos éticos durante el desarrollo de la investigación:

- Se protegió la información obtenida a través de la entrevista realizada a las primíparas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Se solicitó la autorización de participación a las primíparas mediante un consentimiento escrito.
- Se cumplió con el principio de no maleficencia ya que la información obtenida solo fue con fines de estudio para la investigación, así mismo, se garantizó la veracidad de la información mediante la no manipulación de los datos recolectados.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Del 100% (216) de primíparas, el 50%(108) le realizaron episiotomía restrictiva y el otro 50%(108) episiotomía rutinaria. Además, respecto al tipo de episiotomía, la mayor frecuencia fue media lateral con un 92.5% seguido de mediana 4.6% y lateral con un 2.7%. (Tabla N°1)

Respecto a las características sociodemográficas se encontró que el 42,6% de las primíparas tuvieron entre los 20-25 años, siguiéndole las adolescentes con un 30.1%(65), de 26 a 30 años de edad 18.5%(40) y mayores de 30 un 8.8% (19); respecto al estado civil en el estudio se encontró que el 63,4% de las primíparas fueron de situación sentimental conviviente, el 31.5% de las primíparas fueron de situación sentimental solteras, el 4,6% de las primíparas fueron de situación sentimental casadas y el 0.5% de primíparas fueron de situación sentimental divorciadas. Por otro lado, el 68.1% de primíparas se dedicaba a su casa, el 16.7% de primíparas eran estudiante, el 11.6% de primíparas eran trabajadoras dependientes y el 3.7% de primíparas eran trabajadoras independientes. En relación al grado de instrucción se encontró que el 53.7% de primíparas tuvieron estudios de secundaria completa, el 19% de primíparas tuvieron estudios de secundaria incompleta, el 15.7% de primíparas tuvieron estudios de superior técnica y el 11.6% de primíparas tuvieron estudios de superior universitario. Finalmente se encontró que el 58.3% de primíparas fueron procedentes de la costa, el 23.1% de primíparas fueron procedentes de la sierra, el 9.7% de primíparas fueron procedentes del extranjero y el 8.8% de primíparas fueron procedentes de la selva. Del 100% (216) las primíparas atendidas. se observa que la episiotomía rutinaria presento más frecuencia entre las edades de 14 a 19 años con 25.4% (55), le sigue de 20 a 25 años con un 23.1% (50), de 26 a 30 años con un 12.9% (28) y las mayores de 30 años un 2.3% (5); mientras que en la episiotomía restrictiva la mayor frecuencia fue de 20 a 25 años con un 19.5% (42), de 14 a 19 años con 4.7% (10), de 26 a 30 años con un 5.6 % y mayores de 30 años con un 6.5% (19), además, en la episiotomía rutinaria con más proporción se dan en las convivientes con un 37.0% (23), seguido de soltera con un 20.8% (10) y las casadas con un 1.8%(4), mientras

que en la episiotomía restrictiva las convivientes y solteras tiene un porcentaje de 26.4% (57) y un 10.7% (23) respectivamente. Respecto a la ocupación se observó que la episiotomía rutinaria se presentó más en amas de casa con un 41.6%(90), le sigue estudiante 16 %(35), trabajadora dependiente 4.6%(10) y trabajadora independiente 1.3%(3); mientras que la episiotomía restrictiva se da más en amas de casa con un 26.5%(57), le trabajadora dependiente 5.0%(25) y trabajadora independiente 2.4%(5) y estudiante 0.5 %(1). Sobre el grado de instrucción se muestra que la episiotomía rutinaria tiene más frecuencia en las primíparas con secundaria completa con un 23.1%(50), le sigue la secundaria incompleta 15.2%(33), superior técnica 9.2%(20) y superior universitaria con un 2.3%(5), las que presentaron episiotomía restrictiva la mayor frecuencia en las de secundaria completa con un 30.6%(66), le sigue superior universitaria 9.3%(20), superior técnica con un 6.5%(14) y secundaria incompleta 3.8%(8). Finalmente, respecto al lugar de procedencia las costeñas presentaron más episiotomías rutinarias con un 37%(80), le sigue la región sierra con un 14.7%(32), la región selva con un 4.6%(10) y extranjera 8.8%(24). (Tabla N° 2)

Podemos observar las características obstétricas de las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde se encontró que el 64.4% de primíparas no asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, del cual un 9.2% le realizaron episiotomía rutinaria y un 26.4% episiotomía restrictiva, sin embargo, el 35.6% de primíparas si asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, del cual el 40.8% le realizaron episiotomía rutinaria y un 23.6 % episiotomía restrictiva. Con respecto a la edad gestacional, se encontró que el 65.3% de las pacientes tuvieron entre 39 a 40 semanas, el 32.4% de las pacientes tuvieron entre 37 a 38 semanas, el 1.4% de las pacientes tuvieron más de 42 semanas y el 0.9% de las pacientes tuvieron entre 35 a 36 semanas de gestación; del cual la mayor proporción de episiotomía rutinaria fue en las de 39 a 40 semanas y la episiotomía restrictiva también fue de 39 a 40 semanas de gestación con un 28.3%. Referente al control prenatal, se encontró que el 71.3% de gestantes tuvieron un control prenatal completo: el 42.5% le realizaron episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva un 28.8%; mientras que el 28.7% de gestantes tuvieron un control prenatal incompleto, le realizaron episiotomía restrictiva. Finalmente se encontró que el

48.6% de recién nacidos pesaron entre 3000 a 3499g, el 25.1% de recién nacidos pesaron entre 3500 a 3999g, el 20.4% de recién nacidos pesaron entre 2500 a 2999g, el 5.1% de recién nacidos pesaron entre 2000 a 2499g y el 0.9% de recién nacidos pesaron más de 4000, del cual la mayor proporción de episiotomía rutinaria fue a puérperas que sus hijos nacieron con el peso de 3000 a 3999 gramos. (Tabla N° 3)

Podemos inferir que el total de las 206 primíparas, respecto a sus complicaciones presentaron un 57.4%(124) de desgarros vulvoperineales: del cual con mayor frecuencia presentadas en las episiotomías rutinarias con un 31.9%(69) y en la episiotomía restrictiva fue un 25.5%(55). Además, el tipo de desgarro: I grado fue más frecuente respecto, al uso de episiotomía rutinaria con un 18.0%(39), con una ligera diferencia en las que le realizaron episiotomía rutinaria con un 14.8%(32); el II grado presento menor frecuencia en la episiotomía rutinaria con un 10.6%(23) y mayor frecuencia el uso de la episiotomía restrictiva fue un 11.6%(15); el III grado presento menor frecuencia en la episiotomía rutinaria con un 2.9%(7) y mayor proporción en las que le realizaron episiotomía restrictiva con un 3.5%(8) y la menor proporción fue en de IV grado presentes un 0.8 % solo en las primíparas con episiotomía rutinaria. Se presentó 0.5 %(1) de hematoma vulvoperineal, en las primíparas que le realizaron episiotomía rutinaria. La dehiscencia vulvoperineal se identificó sólo en primíparas que le realizaron episiotomía rutinaria un 0.7%(2), del cual el tipo de dehiscencia fue parcial un 1.0 %(2). Respecto a los edemas vulvares las primíparas con episiotomía rutinaria presentaron un 9.6%(21) y con episiotomía restrictiva un 7.0%(15). Para finalizar, el umbral de dolor: más frecuente respecto al uso de episiotomía rutinaria fue el dolor severo con un 18.9%(41) a diferencia del uso de episiotomía restrictiva que más frecuencia fue el dolor leve con un 15.3%(33). (Tabla N° 4)

Se observa que personal que realizo la episiotomía rutinaria en mayor proporción fue los internos de medicina con un 23.4%(50), le sigue las internas de obstetricia con un 22.2 %(48), obstetras con un 2.7%(6) y el gineco-obstetra con un 1.8%(4); respecto a la realización de episiotomía restrictiva el mayor porcentaje con un

27.3%(59) fue el gineco-obstetra, seguido por la obstetra con un 13.8%(30), interno de medicina 5.5%(12) y las internas de obstetricia un 3.2%. (Tabla N° 5).

El personal que provocó indirectamente más complicaciones con episiotomía rutinaria y restrictiva fueron los internos de medicina con un 44.8%(100), le sigue las internas de obstetricia 37.6%(84), el gineco-obstetra con un 12.5%(28) y la obstetra con un 4.9%(11). Se deduce que los desgarró en mayor proporción fue provocado por el interno de medicina con un 21.5%(48), le sigue la interna de obstetricia con un 18.8 %(42), el gineco - obstetra con un 8.0%(18) y la obstetra 2.6%(6); las relaciones son similares respecto a las otras complicaciones. (Tabla N°6)

Se puede deducir que las primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, que asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica presentaron menos complicaciones con un 29%(68), en comparación a las primíparas que no asistieron a su sección de psicoprofilaxis obstétrica presentaron más complicaciones con un 71%(163). Además, las complicaciones más frecuentes en las primíparas que no asistieron a psicoprofilaxis obstétrica fueron: los desgarró perineales con un 40.9%(94), hematomas 0.4(1), edema 11.3%(26), dehiscencia 0.8%(2), dolor severo 17.4%(40); a diferencia de las primíparas que asistieron a psicoprofilaxis obstétrica las complicaciones se presentó en menos frecuencia fueron: los desgarró perineales con un 12.7%(30), hematomas 0, edema 4.2%(10), dehiscencia 0, dolor severo 11.9%(28). (Tabla N° 7)

4.2 Discusión

El uso de la episiotomía rutinaria es uno de los procedimientos obstétricos realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue con la finalidad de prevenir las complicaciones después del parto, pero la medicina basa en la evidencia menciona que su utilización debería ser restringida, en tal caso debería realizarse previa indicación.

A pesar que casi más de tres décadas el tema de episiotomía sobre sus desventajas fueron ya dilucidadas, llegando a la conclusión que su uso debe ser restrictivo, se continúa realizando de forma rutinaria, corroborando con trabajos de investigación ya realizados sobre el tema mencionado

En el estudio el 50% de las primíparas se realizó la episiotomía rutinaria y el otro 50% de primíparas se realizó episiotomía restrictiva. Coincidimos con el estudio de Ballesteros, C; Carrillo, C en donde el 50% tuvieron episiotomía rutinaria, diferimos del estudio de Juste, A; Luque, R; Sabater, B en donde se realizaron un 83,7% de episiotomías en el grupo rutinario y un 59,0% en el grupo restrictivo. En el estudio la episiotomía rutinaria y restrictiva realizada a las primíparas fue de tipo media lateral coincidimos con el estudio de Juste, A; Luque, R; Sabater, B en donde el tipo de episiotomía que se realizó a las pacientes fue media lateral.

En relación a las características sociodemográficas las primíparas con episiotomía rutinaria fue más frecuente entre las edades de 14 a 19 años a diferencia de las primíparas con episiotomía restrictiva la edad estuvo comprendida entre 20-25 años coincidimos con el estudio de Ballesteros, C; Carrillo, C en donde se encontró que la edad promedio fue de 23 años en las mujeres que tuvieron episiotomía restrictiva, diferimos del estudio de Ortega, D en donde la edad estuvo comprendida entre 14 a 19 años, en otro estudio realizado por Chozo, K se encontró que la edad de las primíparas estuvo comprendido entre 15 a 19 años. Demostrando que el embarazo adolescente continua siendo un problema de la salud pública no solo a nivel nacional, sino internacional , según la organización mundial de salud (OMS), 16

millones de adolescente de 15 a 19 años de edad dan a luz cada año, y 10 millones de adolescentes menores de 15 años, además las complicaciones durante el embarazo y parto provocan la segunda causa de muerte en los adolescentes (el riesgo de muerte materna es doble en los adolescentes), así mismo, cuando la madre es más joven, el recién nacido tiende a presentar mayores complicaciones, aumentando la mortalidad neonatal.⁽³⁶⁾

A nivel nacional el instituto nacional de estadística e informática (INEI), indica que el 13,4% de adolescentes en el Perú quedan embarazadas.⁽³⁷⁾ cifras aún alarmantes, además en América Latina, su tasa de fecundidad en el adolescente disminuyen lenta, ocupando en segundo puesto después del continente Africano puesto que la disminución por año no logran cumplir las metas.⁽³⁷⁾

Respecto al estado civil de la muestra la situación sentimental conviviente fue más frecuente en las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva diferimos del estudio de Ballesteros, C; Carrillo, C en donde el estado civil con mayor frecuencia fue soltera, coincidimos con el estudio de Ortega, D en donde se encontró que el 58.8% fueron de estado civil conviviente. Al ser en su mayoría adolescentes, presentan esta situación sentimental, ya que al no poseer de una relación madura y formal, propia de su edad.

Respecto a la ocupación: ama de casa fue más frecuente en las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva coincidimos con el estudio de Chozo, K en donde se encontró que el 45.1% de las primíparas se dedican a su casa. En relación al grado de instrucción las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva tuvieron estudios de secundaria completa coincidimos con el estudio de Ortega, D en donde se encontró que el 47% tuvieron estudios de secundaria completa, para el estudio de Chozo, K las primíparas tuvieron estudio de nivel secundaria completa. La secundaria completa estuvo conformado por las jóvenes, adultas y pocos adolescentes, ya que estos presentaban en su mayoría secundaria incompleta, causada por la deserción escolar en el embarazo adolescente. Finalmente se encontró las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva fueron procedentes de la costa en

comparación con el estudio de Chozo, K se encontró que el 64,4% de las primíparas son procedentes de la costa.

Con respecto a las características obstétricas de las primíparas con episiotomía rutinaria o restrictiva se encontró que el 64.4% de primíparas entrevistadas no asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en comparación con el estudio de Chozo, K se encontró que el 56% de las primíparas participaron de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Además de las 26 extranjeras entrevistadas, 25 de ellas acudieron a sus sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Las compatriotas Venezolanas son en su mayoría empoderadas y responsables en su salud, esto probablemente por la importancia que brinda su país de origen sobre la salud, ya que la política de salud de Venezuela, su presupuesto general el 24% lo destina a la salud pública⁽³⁹⁾, mientras que en Perú del presupuesto general le destina a salud un 16%, además Venezuela fue el primer país en Latinoamérica tipificar la violencia obstétrica, donde las venezolanas salieron a las calles a protestar exigiendo respeto en el parto (prácticas como el tacto realizado por más de una persona, la episiotomía como procedimiento de rutina, el uso de fórceps, la maniobra de Kristeller, el raspaje de útero sin anestesia, la cesárea sin verdadera justificación médica o el suministro de medicación innecesaria) como delito en el año 2007, indicando que se debe respetar la autonomía de la mujer y no al parto deshumanizado.⁽³⁸⁾

Con respecto a la edad gestacional, se encontró que el 65.3% de las pacientes tuvieron entre 39 a 40 semanas coincidimos con el estudio de Ballesteros, C; Carrillo, C en donde se encontró que el 59% tuvieron edad gestacional de 40 semanas. Referente al control prenatal, se encontró que el 71.3% de gestantes tuvieron un control prenatal completo resultados semejantes en comparación con el estudio de Ballesteros, C; Carrillo, C en donde se encontró que el 89% tuvieron control prenatal completo. En el estudio el 48.6% de recién nacidos pesaron entre 3000 a 3999g diferimos del estudio de Ballesteros, C; Carrillo, C en donde se encontró que el peso del recién nacido fue <2500g.

Las complicaciones de las primíparas con o sin episiotomía se encontró que el 63.9% de primíparas que se realizaron episiotomía rutinaria tuvieron desgarro perineal a diferencia de las gestantes que se realizaron episiotomía restrictiva solo el 50.9% de las primíparas tuvieron desgarro perineal en comparación con el estudio de Ortega, D se encontró que la complicación más frecuente fue el desgarro perineal en 21.25%, en comparación con el estudio de Chozo, K se encontró que el 27,5% de primíparas con episiotomía rutinaria y 28,8% con episiotomía restrictiva tuvieron desgarro perineal. Respecto al tipo de desgarro perineal, se encontró que el 36.1% de primíparas con episiotomía rutinaria tuvieron desgarro perineal de I grado mientras que el 29.6% de las primíparas que se realizaron episiotomía restrictiva tuvieron desgarro perineal de I grado en comparación con el estudio de Juste, A; Luque, R; Sabater, B se encontró que la incidencia de desgarros fue de I grado en ambos grupos, para el estudio de Ortega, D, el 54% tuvieron desgarro perineal de primer grado. En relación al hematoma vulvoperineal se encontró que el 0.9% de primíparas que se realizaron episiotomía rutinaria presentaron hematoma vulvoperineal, no se encontró casos de hematoma vulvoperineal en las primíparas con episiotomía restrictiva coincidimos con el estudio de Juste, A; Luque, R; Sabater, B en donde la frecuencia de hematoma vulvar solo se encontró en las pacientes con episiotomía rutinaria, para el estudio de Ortega, D se encontró que el 13.75% presentaron hematomas vulvar, en otro estudio realizado por Chozo, K se encontró que el 33,3% de primíparas con episiotomía rutinaria y 6,8% con episiotomía restrictiva presentaron hematoma vulvar. Referente al edema vulvoperineal, se encontró que el 19.4% de primíparas que se realizaron episiotomía rutinaria presentaron edema vulvoperineal mientras que el 13.9% de primíparas que se realizaron episiotomía restrictiva presentaron edema vulvoperineal coincidimos con el estudio de Ortega, D, en donde se encontró que el 17% presentaron edema vulvoperineal. Acerca de la dehiscencia de sutura, se encontró que el 2% de primíparas que se realizaron episiotomía rutinaria presentaron dehiscencia de sutura, el grupo de primíparas con episiotomía restrictiva no se reportó dehiscencia de sutura en comparación con el estudio de Ortega, D se encontró que el 20.25% tuvieron dehiscencia. Según el tipo de dehiscencia se encontró que el 2% de

las primíparas tuvieron dehiscencia de tipo parcial, no se reportaron tipo de dehiscencia en las primíparas con episiotomía restrictiva en comparación con el estudio de Ortega, D las pacientes que presentaron dehiscencia fueron de tipo parcial. Con respecto al dolor perineal se encontró que el 38% de primíparas que se realizaron episiotomía rutinaria presentaron dolor perineal severo a diferencia del 27.8% de las primíparas que se realizaron episiotomía restrictiva refirieron dolor perineal leve coincidimos con el estudio de Juste, A; Luque, R; Sabater, B en donde se encontró dolor perineal se encontró en ambos grupos.

Para medir la intensidad de dolor se utilizó escala analógica visual (EVA), Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones, izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.⁽⁴⁵⁾ Las primíparas señalaron con un lápiz la ubicación del dolor de escala desde el 0 no dolor que estaba en el extremo izquierdo y extremo derecho 10 dolor severo, para ello lo clasifique por la intensidad de dolor en: no dolor número 0, dolor leve 1 a 3, dolor moderado 4 a 7 y dolor severo 8 a 10.

La práctica de la episiotomía rutinaria en el Hospital Nacional Hipólito Unanue se da con mayor frecuencia complicaciones a diferencia de la episiotomía restrictiva, esta técnica no solo es usado en nuestro medio, sino que tiene impacto a nivel internacional como menciona la Organización Mundial de la Salud que el 90% de los partos en las instituciones de salud realizan la práctica diaria de la episiotomía.⁽²⁰⁾ Por otro lado, la episiotomía restrictiva también es realizada en el Hospital Santa Rosa y va a depender de la decisión y experiencia del profesional responsable de la atención del parto según los estudios revisados su uso disminuirían la frecuencia de complicaciones como son el desgarró perineal, hematoma y edema vulvoperineal, la dehiscencia y el dolor. La presencia de estas complicaciones afectaría la calidad de vida de la mujer.⁽¹³⁾

En el presente estudio las primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, que asistieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica presentaron menos complicaciones con un 29% (68), en comparación a las

primíparas que no asistieron a su sección de psicoprofilaxis obstétrica presentaron más complicaciones con un 71%(163). Es por tal motivo para evitar estas complicaciones, el ministerio de salud (Minsa), recomienda la asistencia de las gestantes a psicoprofilaxis obstétrica por los beneficios que presenta como: fortalecimiento del piso pélvico, menos complicaciones obstétricas, menos partos instrumentados ⁽⁴¹⁾. Además la Dra. Sabrina Morales señala “la psicoprofilaxis obstétrica disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal” ⁽⁴⁰⁾. Para finalizar la guía de recomendación de la OMS para la conducción de parto, indica el masaje perianal en la sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y en el periodo del parto, con la finalidad de evitar desgarros perineales. ⁽⁴²⁾

En el estudio la episiotomía restrictiva fue realizada por el profesional Gineco-Obstetra y la episiotomía rutinaria fue realizada con mayor frecuencia por los internos de medicina y obstetricia no coincidimos con el estudio de Ballesteros, C; Carrillo, C en donde el 42% que realizó la episiotomía fue el profesional ginecólogo. En Hospital Nacional Hipólito Unanue es considerado un Hospital de docencia en tal sentido los partos vaginales muchas veces son atendidos por los internos de medicina y obstetricia bajo la supervisión de los profesionales responsables de la atención, tal es el caso que en el estudio la mayor frecuencia de complicaciones por episiotomía ya sea rutinaria y restrictiva fue por responsabilidad de los internos. Por otro lado, esto conllevaría a incrementar el número de episiotomías rutinarias con fines académicos. Pero se debe limitar el uso de la episiotomía rutinaria, no sólo porque la OMS, lo restringe, sino que el Ministerio de salud señala que se debe respetar los derechos del paciente, en su reglamento de la ley n° 29414, nos indica que debemos respetar la autonomía de la paciente, informarles sobre la realización de la episiotomía y explicares el porqué de ello, limitando cualquier complicación después del parto, es así que se debe respetar el derecho de la paciente ⁽⁴⁴⁾, además todo profesional de salud debería poseer de ética profesional, velando por la salud de la paciente , antes de sus propios intereses, se busca brindar un una atención integral y humanizada; Actuar éticamente es pensar

en el otro, anticipar su necesidad, percibir de que existe y responder a sus solicitudes.⁽⁴³⁾ Para finalizar, nuestras pacientes en su mayoría no conocen sus derechos y nosotros estamos en la obligación de mencionarlos a ellos, ya que este es su derecho, y así permitir el empoderamiento de nuestra población.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Las complicaciones inmediatas están asociadas en mayor frecuencia al uso de episiotomía rutinaria en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
2. La edad de las primíparas se encuentra entre 14 a 25 años, fueron de situación sentimental conviviente, de ocupación ama de casa, con estudios de secundaria completa; y fueron procedentes de la costa.
3. Las características obstétricas de las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue fueron poca participación de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, la edad gestacional estuvo comprendida entre 39 a 40 semanas, tuvieron control prenatal completa y el peso del recién nacido fue de 3000 a 3499 gramos.
4. Las complicaciones de la episiotomía rutinaria en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue fueron desgarró perineal de primer grado, hematomas vulvoperineal, edema vulvoperineal, dehiscencia de sutura de tipo parcial y dolor perineal severo.
5. Las complicaciones de la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue fueron desgarró perineal de primer grado, edema vulvoperineal y dolor perineal moderado.
6. Los internos de medicina y obstetricia realizaron con mayor frecuencia la episiotomía rutinaria, presentando en gran proporción las complicaciones inmediatas en las primíparas.

7. Las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, que asistieron a las secciones de psicoprofilaxis obstétrica, presentaron menos complicaciones inmediatas.

5.2. Recomendaciones

1. Es recomendable la no realización de la episiotomía rutinaria en los partos eutócicos, y se debe respetar la ley de autonomía del paciente.
2. Plan de acción multisectorial, para empoderar a nuestras mujeres, orientar sobre la planificación familiar y los psicólogos brindar orientación vocacional, realizar un seguimiento a nuestra población adolescente.
3. Se recomienda a los profesionales responsables de la atención a la gestante motivar e indicarles que acudan a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y realizar charlas sobre su importancia y beneficios.
4. La episiotomía rutinaria no tiene base científica sobre sus beneficios y debería ser eliminada, para eliminar esta barrera los profesionales de salud deben cumplir con las recomendaciones del parto humanizado.
5. Socializar los resultados encontrados en el presente estudio con el personal responsable de la atención de la gestante durante el embarazo parto y puerperio con la finalidad de concientizar el uso restrictivo de la episiotomía en la atención del parto.
6. Capacitar a los internos de medicina y obstetricia al inicio de su internando, sobre los beneficios de la episiotomía restrictiva, la adecuada protección del periné, el parto humanizado y correcta realización de la episiotomía cuando se requiera y episiorrafia.

7. Socializar las estadísticas entre los profesionales de salud, para que se continúen capacitando sobre psicoprofilaxis obstétrica, además incorporar los masajes perineales en los ejercicios aplicados a la gestante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Previatti, F. Souza, V. Episiotomía: focalizando la visión de las mujeres. Revista Brasileira Enfermagem. Fecha de consulta [1 de abril del 2018] Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a12v60n2.pdf>.
2. Vargas M. Episiotomía. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014; 59: 461-466.
3. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Fecha de consulta: [1 de abril del 2018] [4]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/
4. Pregnancy-info.net, [Internet]. España. 2018. [2 de mayo del 2018] Información sobre el embarazo. [5]. Disponible en: <http://espanol.pregnancy-info.net/episiotomia.html>
5. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2014 [citado 2018 mayo 03]; 17(2): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011&lng=es.
6. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 MINSA. [Tesis para obtener el título profesional de Obstetra] Repositorio de la Universidad Nacional de San Martín. Perú. 2014
7. Reduca Enfermería, Fisioterapia y Podología. [Internet]. España. 2016 [8 de mayo del 2018] Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. [6].

Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/123>

8. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, Canteras M, Martínez E. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev. Latino-Am. Enfermagem. España. 2016 24: e2793
9. Juste, A; Luque, R; Sabater, B. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Revista Matronas Profesión. España. 2017 8: 5-11
10. Ortega, D. Complicaciones inmediato de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2014. [Tesis para el título de especialidad]. Repositorio virtual de la Universidad Nacional Autónoma. Nicaragua. 2015
11. Chozo, K. Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas. Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2016. [Tesis de Licenciada en Obstetricia]. Repositorio virtual de la Universidad del Centro. Perú. 2017
12. Ávila, A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. enero – junio 2015. [Tesis para optar el título de Especialista]. Repositorio de la Universidad San Martín de Porres. Perú. 2017
13. Briceño, D. Episiotomía selectivo relacionado a complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal, en puérperas. Hospital distrital Santa Isabel. El Porvenir, 2014. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. Perú. 2016
14. Academia navarra. [Internet]. España. 2016. [Revisado el 9 mayo del 2018]. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. [6]. Disponible en:

<http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11903/TFGItziazBernues.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Calle A, Barrera M y Guerrero A. [Internet]. Perú. 2015. [09 de mayo del 2018] Episiotomía: Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Disponible:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf.
16. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. [Tesis para obtener el título de enfermería]. Repositorio de la Universidad de Cantabria. España. 2014 Disponible en <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>
17. Flores, E. Factores de riesgo asociado a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013. [Tesis para obtener el título de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego. Perú 2014
18. Berzaín R, Camach A. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Scielo. Bolivia. 2014 2: 53-57
19. Gary F, Kenneth J y Stev I. Williams's obstetrician. 23 ed. México. Editorial Medical Panamericana. 2010 pág. 280-290
20. Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". Revista Nure Investigación. España. 2013 63: 26-36
21. López, R, Rosas V. Complicaciones maternas asociada al uso versus no uso de episiotomía en paciente primíparas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia]. Repositorio de la Universidad Wiener. Perú. 2014

22. Gobierno Federal. [Internet]. México. 2015 [Revisado el 12 de abril del 2018] Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la episiotomía complicada. [6]. Disponible en. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf
23. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Episiotomía: Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Revista Brasileira Enfermagem*. Brasil. 2015 36: 25-36
24. Marino, E. Complicaciones asociadas al uso de la episiotomía rutinaria de la episiotomía de las gestantes nulíparas atendidas en el hospital II Minsa Tarapoto. [Tesis para obtener el título de licenciada en Obstetricia]. Repositorio digital de la Universidad Nacional de San Martín. Perú. 2014
25. Gualan, C; Guanolisa, O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia]. Repositorio digital de la Universidad Nacional de Cuenca. Ecuador. 2015
26. Silva, N; Vascondellos, S. Dispareunia, dolor perineal y la cicatrización después de la episiotomía. [Tesis para obtener el título de médico cirujano]. Repositorio digital de la Universidad de Sao Paulo. Brasil. 2014
27. Casanova, L. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. [Tesis para obtener el título de licenciada en Obstetricia]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014
28. Gualán C. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. [Tesis para

- obtener el título de médico]. Repositorio digital de la Universidad de Cuenca. Ecuador 2015
29. Guevara, M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafia en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". [Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014
30. Moreira C, Torres A. Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación. Revista de Ginecología y Obstetricia. Ecuador: 2014 29: 159-172.
31. Chozo, K. Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas. hospital provincial docente belén. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia]. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. 2017
32. Salas, c y Ramirez, K. Uso selectivo y restrictivo de la episiotomia y sus consecuencias en primigestas, hospital regional Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia]. Repositorio de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Perú. 2017
33. Ballasteros, k. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia. [Tesis para obtener el título de Licenciada en la enfermería]. Repositorio de la Universidad de Murcia. España. 2015.
34. Gualan, c y Guanoluisa, O Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del hospital vicente corral

- Moscoso . [Tesis para obtener el título de Médico]. Repositorio de la Universidad de Cuenca. Ecuador. 2015.
35. Huamán, L. Estudio comparativo de las complicaciones entre el uso y no uso de la episiotomía en primíparas en el Hospital San Juan de Lurigancho [Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia]. Repositorio de la Universidad Alas Peruanas. Lima. 2018.
36. Organización de las naciones unidas. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Estados Unidos de América: UNICEF; 2016. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1.
37. Ministerio de salud. Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País”. Lima: UNICEF; 2018. Disponible en https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf.
38. Suárez, B. Violencia obstétricos. Venezuela: Colección de memorias; 2007 [consultado 10 de noviembre del 2019]. Disponible en: http://catalogo.mp.gob.ve/minpublico/bases/marc/texto/Eventos/E_2012_p.77-83.pdf.
39. Vanuatu. Gasto público salud. Venezuela. [consultado 10 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/venezuela>.
40. Morales, S; García, Y; Agurto, M; Benavente, A. La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú

Horizonte Médico, vol. 14, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 42-48
Universidad de San Martín de Porres La Molina, Perú.

41. Ministerio de salud. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Lima: MINSA; 2012. [consultado 6 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>.
42. Organización mundial de salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo del parto. Suiza: Departamento de salud reproductiva e investigación; 2019. [consultado 5 de diciembre del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
43. Sussalud. Derechos y deberes en salud. Lima: Minsa; 2016 [consultado 6 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://portal.susalud.gob.pe/jusarequipa/wpcontent/uploads/jus/arequipa/deberesderechos/Gu%C3%ADame%20a%20mis%20Derechos.pdf>.
44. El peruano. Normas legales. Lima: Minsa; 2009 [consultado 6 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>.
45. Herrero, M. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. 2018 [consultado 6 de noviembre del 2019]; 25(4): 228-236

ANEXOS

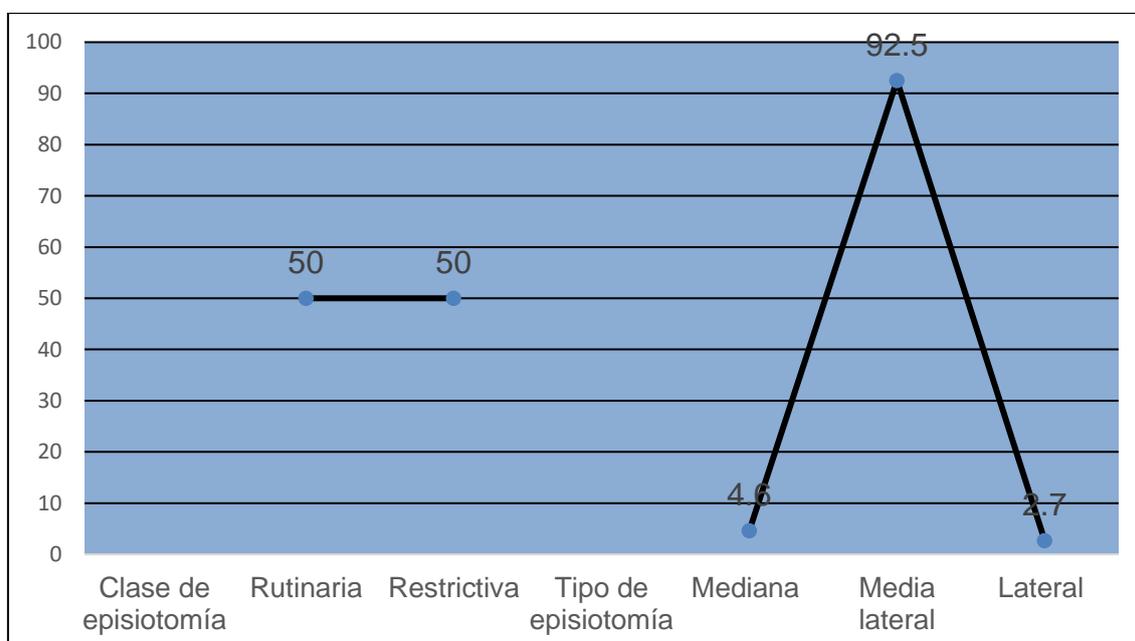
ANEXO 1: TABLAS

Tabla N° 01 Características clínicas de las primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Características clínicas	Total	
	N°	%
Clase de episiotomía		
Rutinaria	108	50
Restringida	108	50
Tipo de episiotomía		
Mediana	10	4.6
Media lateral	200	92.5
Lateral	6	2.7
Total	216	100%

Fuente: HC/HNHU

Gráfico N° 01 Características clínicas de las primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue



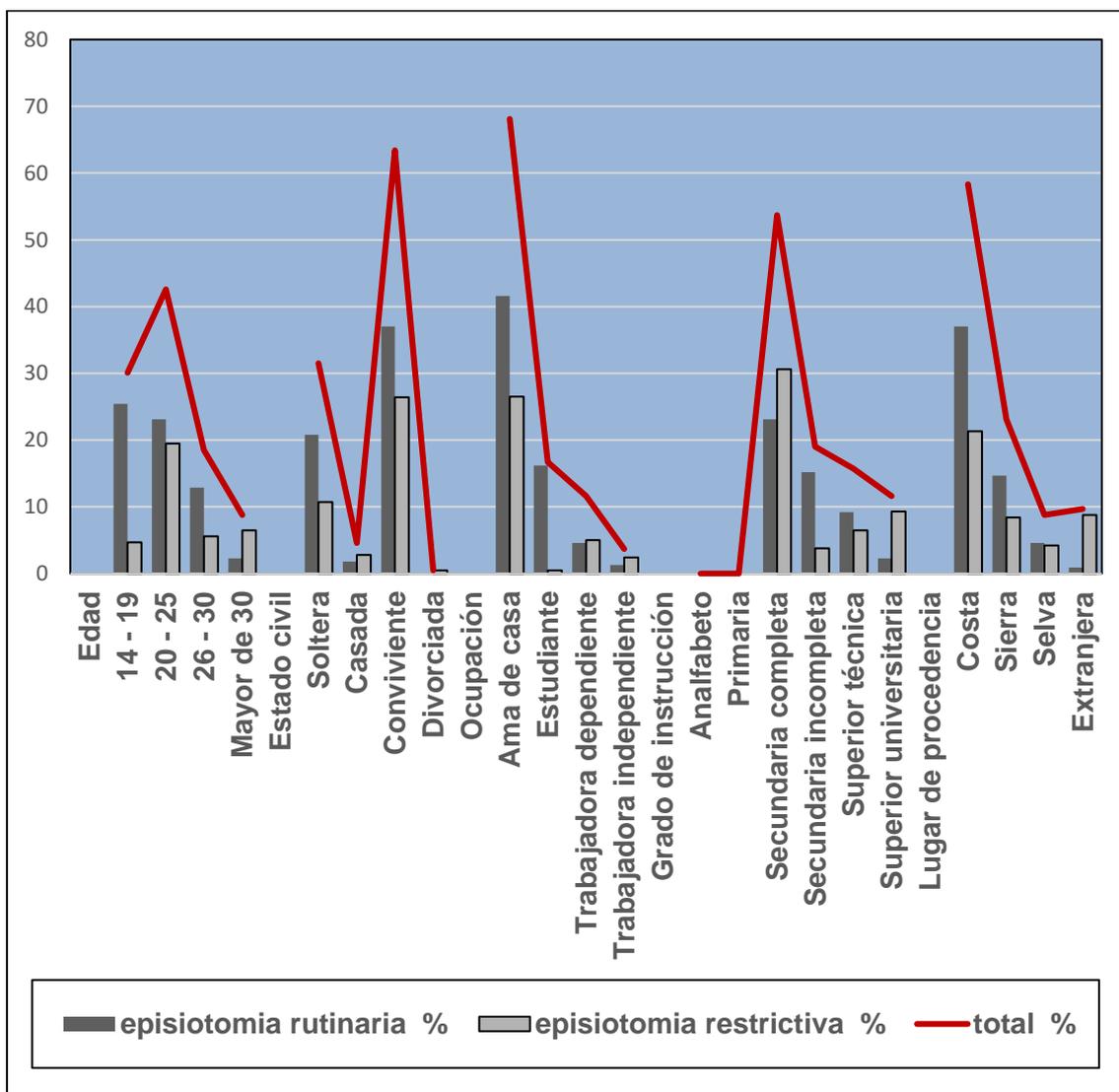
Fuente: HC/HNHU

Tabla N° 2: Características sociodemográficas de las primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Características sociodemográficas	Episiotomía Rutinaria		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
14 – 19	55	25.4	10	4.7	65	30.1
20 – 25	50	23.1	42	19.5	92	42.6
26 – 30	28	12.9	12	5.6	40	18.5
Mayor de 30	5	2.3	14	6.5	19	8.8
Estado civil						
Soltera	45	20.8	23	10.7	68	31.5
Casada	4	1.8	6	2.8	10	4.6
Conviviente	80	37.0	57	26.4	137	63.4
Divorciada	0	0	1	0.5	1	0.5
Ocupación						
Ama de casa	90	41.6	57	26.5	147	68.1
Estudiante	35	16.2	1	0.5	36	16.7
Trabajadora dependiente	10	4.6	15	5.0	25	11.6
Trabajadora independiente	3	1.3	5	2.4	8	3.7
Grado de instrucción						
Analfabeto	0	0	0	0	0	0
Primaria	0	0	0	0	0	0
Secundaria completa	50	23.1	66	30.6	116	53.7
Secundaria incompleta	33	15.2	8	3.8	41	19.0
Superior técnica	20	9.2	14	6.5	34	15.7
Superior universitaria	5	2.3	20	9.3	25	11.6
Lugar de procedencia						
Costa	80	37	46	21.3	126	58.3
Sierra	32	14.7	18	8.4	50	23.1

Selva	10	4.6	9	4.2	19	8.8
Extranjera	2	0.9	24	8.8	26	9.7
Total	108	50%	108	50%	216	100%

Gráfico N° 2: Características sociodemográficas de las primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue



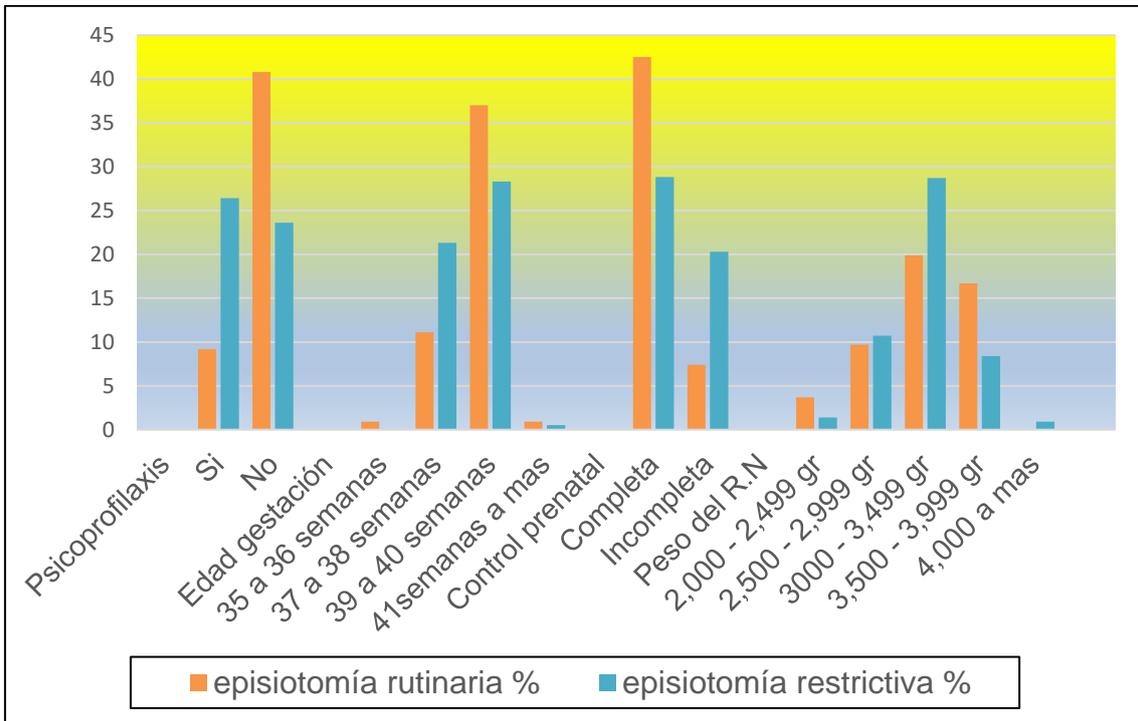
Fuente: HC/HNHU

Tabla N° 3 Características obstétricas de las primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Características obstétricas	Episiotomía				Total	
	Rutinaria		Restrictiva		N°	%
	N°	%	N°	%		
Psicoprofilaxis						
Si	20	9.2	57	26.4	77	35.6
No	88	40.8	51	23.6	139	64.4
Edad gestación						
35 a 36 semanas	2	0.9	0	0	2	0.9
37 a 38 semanas	24	11.1	46	21.3	70	32.4
39 a 40 semanas	80	37.0	61	28.3	141	65.3
41semanas a mas	2	0.9	1	0.5	3	1.4
Control prenatal						
Completa	92	42.5	62	28.8	154	71.3
Incompleta	16	7.4	44	20.3	62	28.7
Peso del R.N						
2,000 - 2,499 gr	8	3.7	3	1.4	11	5.1
2,500 - 2,999 gr	21	9.7	23	10.7	44	20.4
3000 - 3,499 gr	43	19.9	62	28.7	105	48.6
3,500 - 3,999 gr	36	16.7	18	8.4	54	25.1
4,000 a mas	0	0	2	0.9	2	0.9
Total	108	50%	108	50%	216	100%

Fuente: HC/HNHU

Gráfico N° 3 Características obstétricas de las primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue



Fuente: HC/HNHU

Tabla N°4: Frecuencia de las complicaciones en primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Complicaciones	Episiotomía					
	Rutinaria		Restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desgarro perineal						
Si	69	31.9	55	25.5	124	57.4
No	39	18.1	53	24.5	92	42.6
Tipo de desgarro						
No aplica	39	18.0	53	24.5	92	42.5
I grado	39	18.0	32	14.8	71	32.8
II grado	23	10.6	15	11.6	48	22.2
III grado	7	2.9	8	3.5	13	6.4
IV grado	2	0.8	0	0	2	1.2
Hematoma vulvoperineal						
Si	1	0.5	0	0	1	0.5
No	107	49.5	108	50.0	215	99.5
Edema vulvoperineal						
Si	21	9.6	15	7.0	36	16.6
No	87	40.4	93	43.0	180	83.4
Dehiscencia						
Si	2	0.7	0	0	2	2.0
No	106	49.3	108	39.7	214	99.0
Tipo de dehiscencia						
No aplica	106	49.0	108	50.0	214	99.0
Parciales	2	1.0	0	0	2	2.0
Totales	0	0	0	0	0	0
Umbral de dolor						
Leve	24	11.1	30	13.9	54	25
Moderado	37	17.1	33	15.3	70	32.4
Severo	41	18.9	27	12.5	68	31.4

No refiere	6	2.7	18	8.4	24	11.1
Total	108	50%	108	50%	206	100%

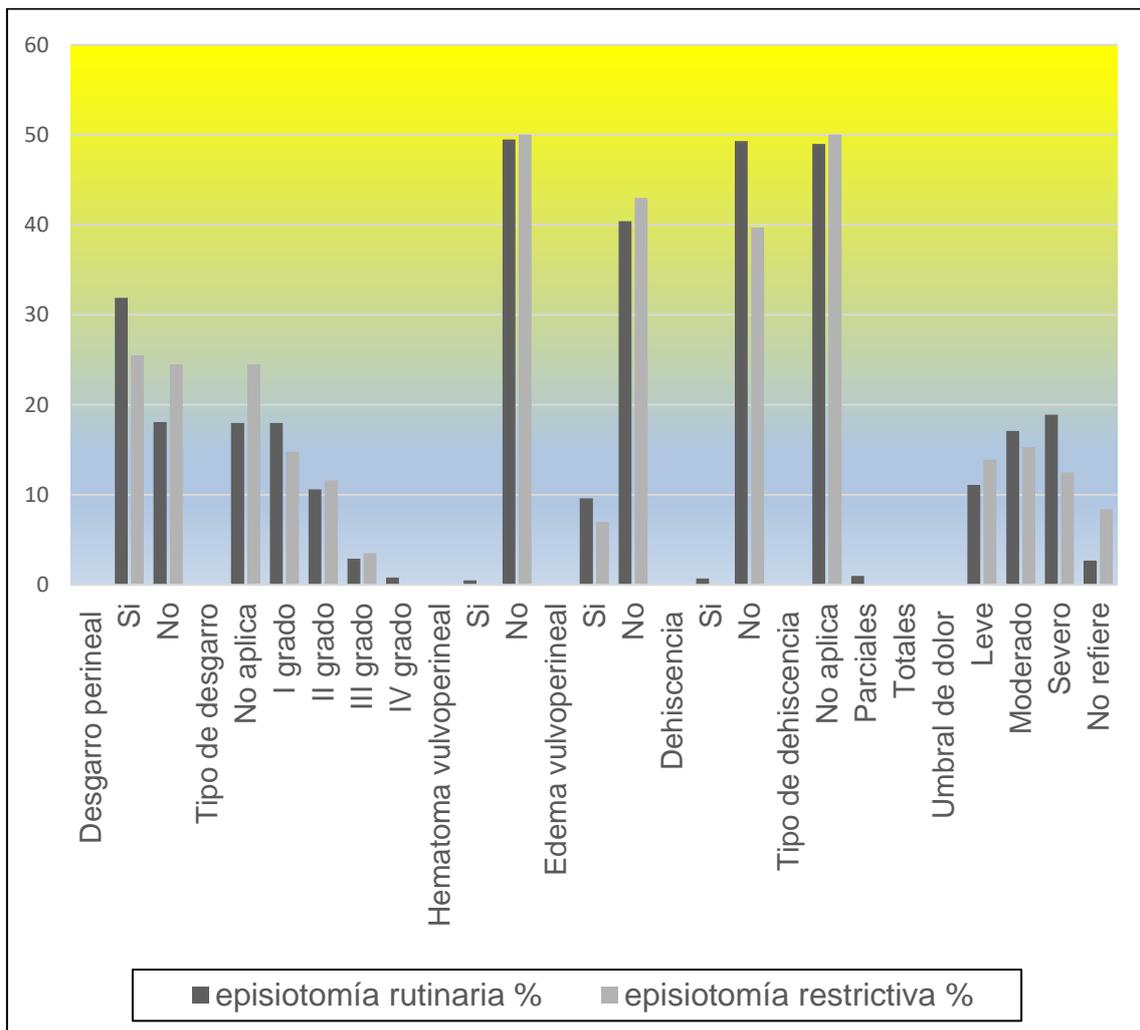
Fuente: HC/HNHU

Complicaciones	Episiotomía				Chi ²
	Rutinaria		Restrictiva		
	N°	%	N°	%	
Desgarro perineal					
Si	69	31.9	55	25.5	0.032
No	39	18.1	53	24.5	
Tipo de desgarro					
No aplica	39	18.0	53	24.5	0.002
I grado	39	18.0	32	14.8	
II grado	23	10.6	15	11.6	
III grado	7	2.9	8	3.5	
IV grado	2	0.8	0	0	
Hematoma vulvoperineal					
Si	1	0.5	0	0	0.008
No	107	49.5	108	50.0	
Edema vulvoperineal					
Si	21	9.6	15	7.0	0.045
No	87	40.4	93	43.0	
Dehiscencia					
Si	2	0.7	0	0	0.012
No	106	49.3	108	39.7	
Tipo de dehiscencia					
No aplica	106	49.0	108	50.0	0.001
Parciales	2	1.0	0	0	
Totales	0	0	0	0	
Umbral de dolor					
Leve	24	11.1	30	13.9	0.038
Moderado	37	17.1	33	15.3	

Severo	41	18.9	27	12.5		
No refiere	6	2.7	18	8.4		
Total	108	50%	108	50%	206	100%

Fuente: HC/HNHU

Gráfico N°4: Frecuencia de las complicaciones en primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue



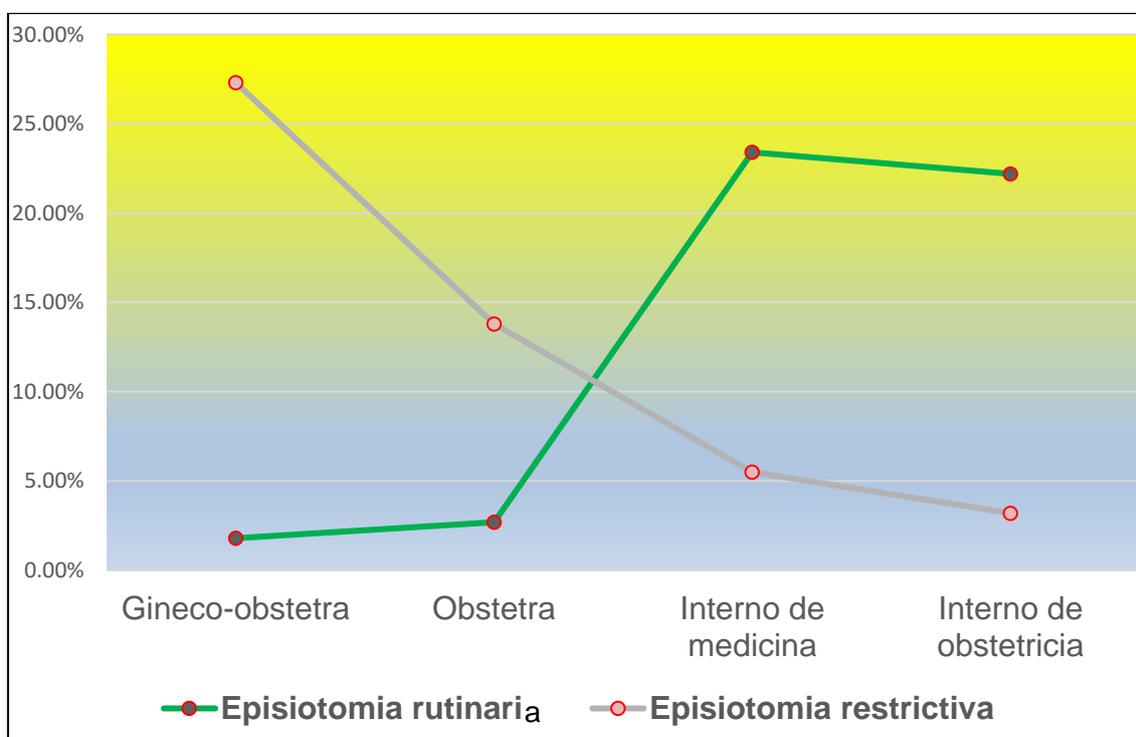
Fuente: HC/HNHU

Tabla N°5: Personal de salud que realizó la episiotomía rutinaria y episiotomía restrictivas a primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Personal de salud que realizó la episiotomía	Episiotomía					
	Rutinaria		Restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Gineco-obstetra	4	1.8	59	27.3	63	29.1
Obstetra	6	2.7	30	13.8	36	16.6
Interno de medicina	50	23.4	12	5.5	62	28.7
Interno de obstetricia	48	22.2	7	3.2	55	24.6
Total	108	50 %	108	50 %	216	100 %

Fuente: HC/HNHU

Gráfico N°5: Personal de salud que realizó la episiotomía rutinaria y episiotomía restrictivas en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue



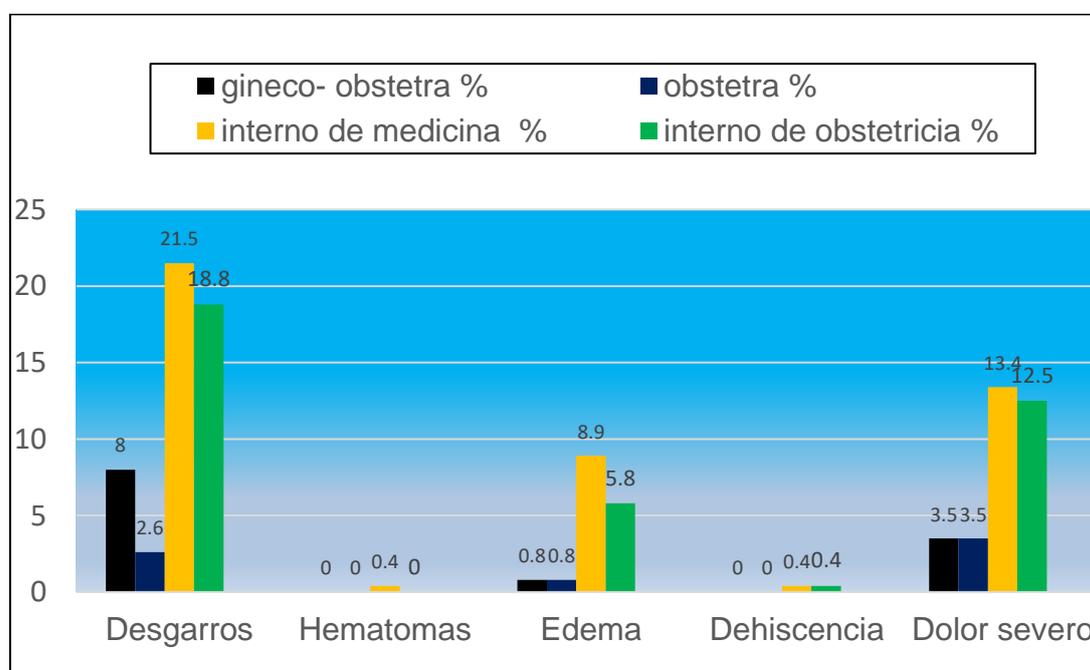
Fuente: HC/HNHU

Tabla N°6: Personal que realizó la episiotomía rutinaria y episiotomía restrictivas en relación a las complicaciones de las primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Complicaciones	Personal que realizó la episiotomía							
	Gineco – obstetra		Obstetra		Interno de medicina		Interna de obstetricia	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desgarros	18	8.0	6	2.6	48	21.5	42	18.8
Hematomas	0	0	0	0	1	0.4	0	0
Edema	2	0.8	1	0.8	20	8.9	13	5.8
Dehiscencia	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4
Dolor severo	8	3.5	4	3.5	30	13.4	28	12.5
Total	28	12.5%	11	4.9%	100	44.8%	84	37.6%

Fuente: HC/HNHU

Gráfico N°6: Personal que realizó la episiotomía rutinaria y episiotomía restrictivas en relación a las complicaciones de las primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue



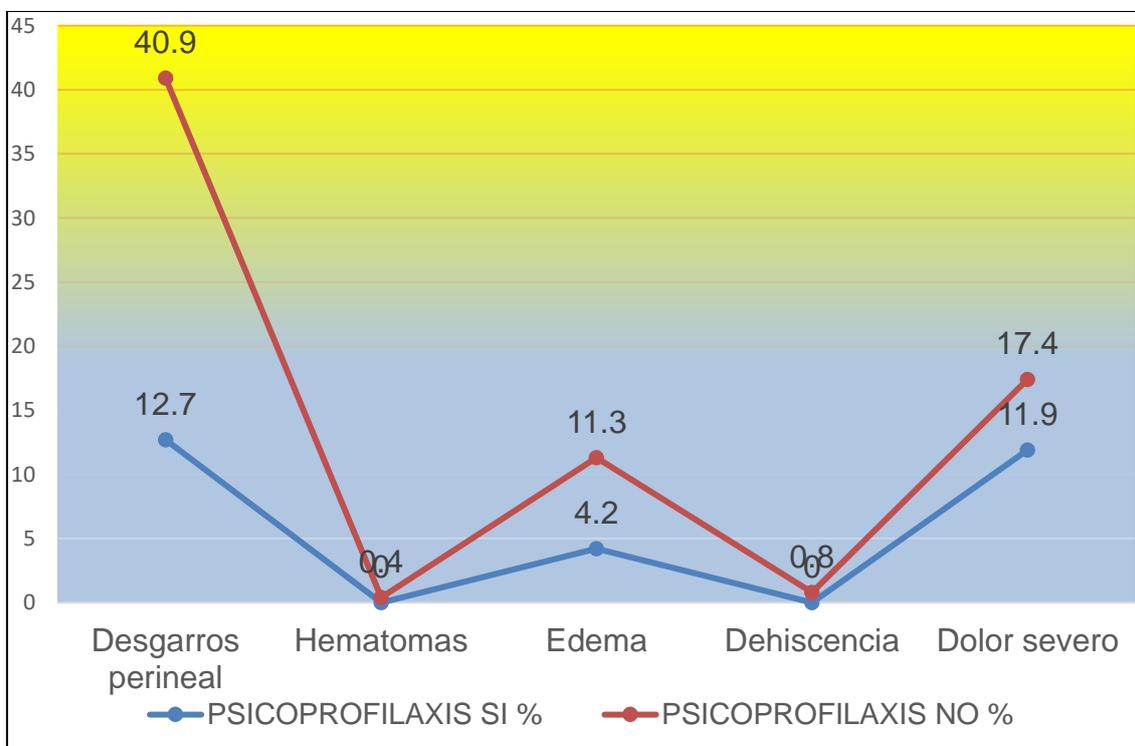
Fuente: HC/HNHU

Tabla 7: Complicaciones inmediatas de las primíparas con uso de episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva en relación a las asistencias a psicoprofilaxis obstétrica

Complicaciones	Psicoprofilaxis obstétrica			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Desgarros perineal	30	12.7	94	40.9
Hematomas	0	0	1	0.4
Edema	10	4.2	26	11.3
Dehiscencia	0	0	2	0.8
Dolor severo	28	11.9	40	17.4
Total	68	29%	163	71%

Fuente: HC/HNHU

Gráfico 7: Complicaciones del uso de episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva en primíparas en relación a las asistencias a psicoprofilaxis obstétrica.



Fuente: HC/HNHU

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VERSUS LA EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA EN PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2019

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
¿Cuáles son las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019?	<p>Objetivo General Determinar las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.</p> <p>Específicos -Describir las características sociodemográficas de las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. -Describir las características obstétricas de las primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. -Identificar la frecuencia de complicaciones en primíparas con episiotomía rutinaria. -Identificar la frecuencia de complicaciones en primíparas con episiotomía restrictiva. -Identificar frecuencia de las complicaciones inmediatas en primíparas con uso de episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva en relación a las asistencias a psicoprofilaxis. -Identificar frecuencia de las complicaciones en primíparas con uso de episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva en relación a las asistencias a psicoprofilaxis.</p>	<p>Variable Independiente Episiotomía rutinaria y restrictiva</p> <p>Variable Dependiente Desgarro perineal Hematoma Edema vulvoperineal Dehiscencia Dolor</p>	<p>1. Enfoque: Investigación cuantitativa.</p> <p>2.Tipo: Observacional</p> <p>3.Diseño Casos y controles</p>	<p>Población: Estuvo conformada por todas las pacientes de parto vaginal teniendo para el año 2018, el total de 2161 partos de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>Muestra: El tamaño de muestra fue de 108 primíparas que se le realizó episiotomía rutinaria (casos) y siguiendo la relación 1 a 1, se tendrá por cada primípara con episiotomía rutinaria hubo una primípara sin episiotomía rutinaria, el tamaño del grupo control será de 108 primípara. El tamaño total de muestra fue de 216 primíparas.</p>	<p>Técnica Entrevista y análisis documental</p> <p>Instrumento Cuestionario</p>

ANEXO 3: INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VERSUS LA EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA EN PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2019

Para I Características Sociodemográficas

1. Edad

1. 14 a 19 años
2. 20 a 25 años
3. 26 a 30 años
4. Mayor 30 años

2. Estado Civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente
4. Divorciada
5. viuda

3. Ocupación:

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Trabajadora dependiente
4. Trabajadora independiente

4. Grado de instrucción

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria completa
4. Secundaria incompleta

11. Control prenatal

1. Completa mayor o igual a seis controles prenatales
2. Incompleta menor a seis controles prenatales

12. Peso del recién nacido

1. 2,000-2,499g.
2. 2,500-2,999g.
3. 3000-3499g.
4. 3,500-3,999g.
5. 4,000g.a más.

Parte II: Complicaciones**13. Desgarro perineal**

1. Si
2. No

14. Tipo de desgarro perineal

1. I grado
2. II grado
3. III grado
4. IV grado
5. No aplica

15. Hematoma vulvoperineal

1. Si
2. No

16. Edema vulvoperineal

1. Si
2. No

17. Dehiscencia de sutura

1. Si
2. No

18. Tipo de dehiscencia

1. Parciales
2. Totales

19. Dolor

1. Leve
2. Moderado
3. Severo
4. No refiere

ANEXO 4: VALIDEZ DE INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

Datos de calificación:

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuada.
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
TOTAL	7	7	6	7	7	34

$$\frac{34}{34 + 2} \times 100 = 0.9428$$

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....



 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....




 SONIA E. ALBORNOZ TORRES
 C.D.P. 2009 A.M.E. 1401-E 01

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

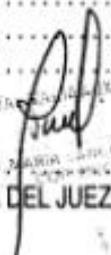
.....

.....

.....

.....

.....


 HOSPITAL GENERAL DE CALI
 OBJETIVO MARCA PARA CALZ. CRT
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO(A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

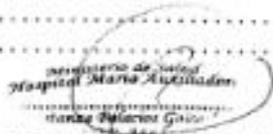
.....

.....

.....

.....

.....


 Presidente de la Junta
 Municipal María Auxiliadora
 María Auxiliadora, Guayas

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO(A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO(A)

ANEXO 5: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la bachiller Silverio Piñola, Rubi Naysha estudiante de la Universidad Wiener. Determinar las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a las preguntas de un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. No se ha previsto compensación económica por su participación en el estudio.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento, sin que esto perjudique en forma alguna su relación con el investigador o con la Institución. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Silverio Piñola, Rubi Naysha. He sido informada de que la meta de este estudio es: Determinar las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019

Me han indicado también que tendré que responder a preguntas de una encuesta en cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos. Reconozco que la información de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al número 987903919 del investigador.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Huella

ANEXO 6: CARTA DE PRESENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS UNIVERSIDAD NORBERT WIENER



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 17 de mayo 2019

CARTA N° 13-05-371-2019DFCS/UPNW

*Dr. Luis Wilfredo Miranda Molina
Director del Hospital Hipólito Unánue*

Presente.

De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Usted el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que la Bachiller Silverio Piñola Rubi Naysha, pueda realizar la revisión de las Historias clínicas en el departamento de Gineco-obstetricia del hospital que Usted dirige, con la finalidad de desarrollar su tesis "Estudio comparativo de las complicaciones asociadas al uso de episiotomía rutinaria versus la episiotomía restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, 2019".

Cabe resaltar que el proyecto ha sido aprobado.

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,


Enrique Leon Soria
Cursante
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Norbert Wiener

ANEXO 7: CARTA DE APROBACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

	PERU	Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
---	-------------	---------------------	--	------------------------------------

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, accede a la solicitud y otorga:

La autorización a la señorita RUBI NAYSHA SILVERIO PIÑOLA con DNI N° 46693696 de la Universidad Privada Norbert Wiener, para realizar entrevista y revisión de historias clínicas a pacientes del Departamento de Gineco-Obstetricia para el desarrollo de su tesis: "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EPISIOTOMÍA RUTINARIA VERSUS EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA EN PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2019".

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sin otro particular, me despido de usted.

Lima, 03 de setiembre 2019.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
M.C. GERARDO PANIAGUA FERNANDEZ
C.R.P. N° 14877 B.N.E. 5482
JEFE DEL D.T.O. GINECO-OBSTETRICIA



RFF/vsd
c.c. Archivo

ANEXO 8: RESULTADO DE TURNITIN

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE EPISIOTOMÍA

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	14%	0%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	academica-e.unavarra.es Fuente de Internet	4%
2	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	www.tdx.cat Fuente de Internet	2%
5	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Activo