

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADOS EN OBSTETRICIA**

**COMPLICACIONES CLINICAS DE LA EPISIOTOMÍA EN PUERPERAS
PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL TUMBES II – 2,
ENERO ABRIL DEL 2018**

AUTORES

BR. OBST. Correa Silva Analisia
BR. OBST. Canales Noblecilla Cesar

TUMBES - PERÚ
2018

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Bach. Obs. Correa Silva Analisia; Bach. Obs. Canales Noblecilla Cesar; declaramos ser autores del trabajo de investigación y que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo, declaramos que hasta donde conocemos, no contiene material previamente publicado o escrito por otras personas, excepto donde se reconoce como tal, a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero, es de nuestra autoría.

Los autores



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley N° 24894 - 11 de Octubre de 1988
Ciudad Universitaria - Barrio Pampa Grande
Av. Tumbes N° 863
Tumbes - Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS EN OBSTETRICIA A LOS BACHILLERES: CANALES NOBLECILLA, CÉSAR ESTHUARD Y CORREA SILVA, ANALISIA ALEJANDRA

En los ambientes de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes, ubicada en la Ciudad Universitaria-Pampa Grande-Tumbes siendo las 19:00 horas del día martes 19 de junio del 2018, se reunieron los miembros de jurado calificador: **Mg. Gladys Farfán García** (Presidenta), **Mg. Grevilli García Godos Castillo** (Secretaria) **Dr. César Noblecilla Rivas** (Vocal) y **Mg. Lilia Huertas Ymán** (Asesora), **Mg. Jhon Ypanaque Ancajima** (Co-Asesor) con el propósito de evaluar y calificar la sustentación de Tesis titulada: **Complicaciones clínicas de la episiotomía en puerperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2 de Tumbes, enero- marzo 2018.** Presentado por los Bachilleres en Obstetricia: **Canales Noblecilla, César Estuard y Correa Silva, Analisia Alejandra**

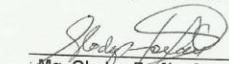
Luego de la exposición de las Bachilleres, los miembros de jurado procedieron a las preguntas pertinentes.

- Siendo las 19:20 horas del mismo día, se dio por concluida la exposición, invitando a los Bachilleres a retirarse del recinto en espera de su calificativo.
- Después de las deliberaciones y realizada la votación se obtuvo el siguiente calificativo:

NOMBRE	CALIFICATIVO.
CANALES NOBLECILLA, CESAR ESTHUARD	BUENO
CORREA SILVA, ANALISIA ALEJANDRA	BUENO

De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.

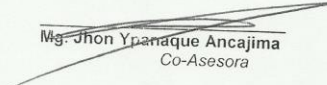
- Siendo las 20:00 horas se dio por concluido el acto.
- Para mayor constancia firmamos la presente acta.


Mg. Gladys Farfán García
Presidenta


Mg. Grevilli García Godos Castillo
Secretaria


Dr. César Noblecilla Rivas
Vocal.


Mg. Lilia Huertas Ymán
Asesora


Mg. Jhon Ypanaque Ancajima
Co-Asesora

RESPONSABLES

Br. OBST. CORREA SILVA ANALISIA



EJECUTOR 1

BR. OBST. CANALES NOBLECILLA CESAR



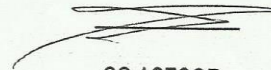
EJECUTOR 2

MG. LILIA HUERTAS YMAN



ASESORA

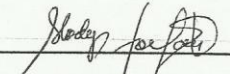
MG. JHON YPANAQUE ANCAJIMA



CO ASESOR

JURADO DICTAMINADOR

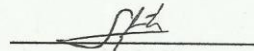
Mg. Gladys Farfán García


PRESIDENTA

Mg. Grevilli García Godos


SECRETARIA

Mg. Cesar Noblecilla Rivas


VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por brindarnos la sabiduría, fortaleza, y sobre todo la paciencia para poder cumplir nuestros propósitos.

A los Profesionales de Obstetricia del Hospital Regional por el apoyo incondicional que nos brindaron para la realización de nuestro proyecto.

Dedicado a nuestros padres por el inmenso esfuerzo que realizan cada día, ayudándonos para que cada una de nosotras alcance sus metas.

A la Universidad Nacional de Tumbes en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia por brindarnos una educación de alta calidad.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, por iluminarnos en el camino de la vida, darnos sabiduría, salud, fortaleza para poder cumplir a cabalidad con este estudio, y permitirnos superar los obstáculos que se presentaron durante nuestra preparación académica.

A la Plana Docente de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes, por sus valiosas enseñanzas y experiencias brindadas durante nuestra formación profesional.

De manera especial a nuestra asesora Mg. Lilia Huertas Yman por sus orientaciones, asesoría y valioso aporte profesional en la realización del presente proyecto.

Al director del Hospital Regional Tumbes II – 2, y a todos los trabajadores del servicio de Gineco Obstetricia por las facilidades brindadas y por su apoyo en la ejecución de esta investigación.

A las pacientes por contribuir en el presente estudio de manera desinteresada, pues sin su participación no hubiese sido posible obtener la información necesaria para nuestra investigación.

RESUMEN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa – descriptiva simple en el que fueron encuestadas 60 puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional Tumbes II – 2, enero abril del 2018 y a quienes se les realizó la episiotomía. Para ello se utilizó un cuestionario que permitió identificar las complicaciones clínicas de la episiotomía. Los resultados describen que las complicaciones inmediatas de la episiotomía de las puérperas primíparas del Hospital Regional Tumbes II – 2, son poco frecuentes. En relación a la sensación del dolor el 90% no expreso esa sensación y solo el 10% expreso dolor, así mismo se encontró que el 88.33% no observo signos de flogosis “eliminación de pus”, solo el 11.67 % observó algún proceso inflamatorio, además el 90% no presento fiebre, solo el 10% refirió esta molestia; finalmente el 93.33% no presento sangrado con mal olor, siendo 6.67 % no refirió molestia alguna. Además las complicaciones tardías de la episiotomía de las puérperas primíparas del Hospital Regional Tumbes II – 2, son poco frecuentes. En relación a la dehiscencia el 91.7 % no refiere apertura de la episiorrafia y el 8.3 % no refirió esta complicación, así mismo el 88.33% no refiere dispareunia y el 11.67 % no manifestó esta complicación, finalmente solo las molestias al miccionar con un 85% fue la complicación tardía más relevante. Finalmente, del 100% de puérperas primíparas con episiotomía tuvieron un control de hematocrito y los resultados fueron que el 100% de las puérperas presentaron algún grado de anemia, leve el 63.33%, moderado el 21.65% y severo el 15%.

Palabras claves: Complicaciones de la episiotomía, puérperas.

ABSTRACT

This study corresponded to an investigation of quantitative type - descriptive single, in which were surveyed 60 postpartum Primiparous Women attended at the Regional Hospital Tumbes II - 2, January April of 2018 and to those who performed them episiotomy. For it was used a questionnaire that I allow to identify clinical complications of episiotomy. Findings described that the immediate complications of postpartum women Regional Hospital Primiparous episiotomy Tumbes II - 2, are rare compared to the 90% do not express that feeling pain sensation, the 88.33% do not see any in the episiorrafia, the 93.33% I do not note removal of pus, 90% no present fever and the 93.33% does not present any bleeding with bad smell, characteristic of an infectious episode and late complications are rare in relation to dehiscence the 91.7% not means opening of the episiorrafia, the 88.33% not concern dyspareunia, the 93.33% express eating all kinds of food, only discomfort at the urinated with 85% was the most significant late complication. Finally, 100% of postpartum women with episiotomy Primiparous had a hematocrit control and the results were that 100% of postpartum women showed some degree of anemia, mild the 63.33%, moderate the 21.65% and severe 15%.

Key words: Complications of the episiotomy, postpartum women.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN.	viii
ABSTRACT.	ix
I. INTRODUCCIÓN.	11
II. ANTECEDENTES.	14
III. MARCO TEÓRICO	19
IV. MATERIAL Y MÉTODO.	36
V. RESULTADOS.	43
VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN.	53
VII. CONCLUSIONES.	56
VIII. RECOMENDACIONES.	57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	58
X. ANEXOS.	64

I. INTRODUCCIÓN.

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que nos va a permitir ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase de expulsión fetal en el parto¹.

Así mismo en España, según datos hasta 2005, existe una amplia variabilidad sobre el porcentaje de episiotomías, desde un 33% hasta un 73%, según Comunidades Autónomas². En el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, la tasa se encuentra en torno al 50% del total de partos. Esta cifra se aleja de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que establece un máximo de un 15%³.

En Europa, las cifras parecen del 30%, a excepción de Dinamarca donde alcanza el 56%. En Finlandia, la episiotomía fue más frecuente en nulíparas con 55%. En Estados Unidos, se estima en 62,5% de los partos, mientras que en América Latina, su práctica es más común. En Colombia, se realiza en el 65% de partos y en 90% de partos de primíparas^{4,5}.

En un estudio en Piura, el 33 % de mujeres con episiotomía presentaron desgarros, mientras que éste fue del 25% en las procedentes de parto normal⁶.

Sin embargo, existen controversias sobre el uso de dicho procedimiento quirúrgico de cirugía menor (episiotomía) presenta mayores complicaciones que pueden surgir en la paciente con respecto al proceso.

No obstante, dicho procedimiento ha sido criticado en los últimos años debido al surgimiento de evidencias de que las episiotomías podrían no ser verdaderamente beneficiosas para una mujer debido a las complicaciones clínicas inmediatas y tardías que se presentan. Una de las causas son las fallas en las técnicas procedimentales de los profesionales, otra es la mayor pérdida sanguínea durante el alumbramiento, también se reportan periodos de recuperación muchos más extensos y dolorosos luego del parto y tienden a experimentar más complicaciones.

Tumbes no es ajeno a esta realidad, en el Hospital Regional II-2 siendo una institución pública descentralizada del Ministerio de Salud, que brinda a la población de la Región de Tumbes una atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de problemas de salud de la población. Se presentan dichas complicaciones debido a la realización de la episiotomía de manera rutinaria. Se observó en nuestras prácticas pre-profesionales que en el consultorio retornan con frecuencia las pacientes presentando complicaciones en la herida perineal, estos datos se comprobaron a través de la oficina de informática, donde el 35% de las pacientes con episiotomía acuden nuevamente al Hospital Regional por alguna complicación clínica, situación de interés que ha motivado a los investigadores a aplicar el método científico.

Frente a la realidad citada anteriormente se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las complicaciones clínicas de la episiotomía en puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional Tumbes II – 2, enero abril del 2018?

Para dar respuesta a esta interrogante se estableció como objetivo general: Determinar las complicaciones clínicas de la episiotomía de las puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018, y como objetivos específicos:

Establecer las complicaciones clínicas inmediatas de la episiotomía en las puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018

Determinar las complicaciones clínicas tardías de la episiotomía en las puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018

El desarrollo de esta investigación marca una relevancia práctica que radica en que los resultados de la investigación permitan la elaboración de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de atención de las usuarias de los hospitales de Tumbes.

II. ANTECEDENTES

Con el propósito de sustentar el presente estudio, se realizó una revisión de trabajos de investigación acerca de las complicaciones clínicas de la episiotomía en puérperas.

Contexto Internacional

Pérez en el 2011, realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo con el objetivo de describir la incidencia de episiotomía en partos vaginales eutócicos; encontrando que en las que no se les realizó episiotomía, el 27.4% desarrollaron desgarro de primer grado, el 24.5% desgarro de segundo grado y el 0.3% desgarro de tercer grado y cuarto grado. Por el contrario, aquellas mujeres a las que sí se les ha practicado, un 2.3% desarrollaron desgarro de primer grado, un 1.1% desgarro de segundo grado y un 1.1% desgarro de tercer grado. Concluyen diciendo Cuando no se emplea la práctica de episiotomía incrementan las lesiones perineales espontáneas leves manifestándose en forma de desgarro de primer y segundo grado ⁷.

Así en el Contexto Nacional

Röckner en el 2001 y sus colaboradores realizaron un estudio titulado “Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas, Con una población de 1341 mujeres gestantes a término, donde el resultado de este estudio fue que la dehiscencia parcial de episiorrafia 25 % y 17.6% , dehiscencia total 0.4%, dando como total un 43% de dehiscencias en las pacientes en las que se realizó episiotomía, en comparación con 2.5% en las que no hubo episiotomía pero tuvieron dehiscencia de sutura. Concluyen que al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones post parto,

pero de menor severidad, que cuando ésta se realiza de manera sistemática ⁸.

Albino S. en el 2015, realizó un estudio en gestantes nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. El universo muestral estuvo constituido por 510 partos de mujeres con una muestra final es 63 pacientes con Episiotomía y 63 sin episiotomía. Los resultados muestran que las mujeres con episiotomía presentaron dolor en el 83% de los casos, mientras que las mujeres con parto sin episiotomía presentaron dolor solamente en el 27 %, esto muestra diferencias estadísticamente significativas. Concluye que La episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal y hematomas perineales ⁸

Rodríguez E. Y Sánchez I. en el 2010, realizaron una investigación cuantitativa, explicativa, retro-prospectiva, de corte transversal. Con el objetivo de determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas. La muestra estuvo conformada por 194 gestantes de la cual 177 conformaron el grupo en estudio y 77 el grupo control a quienes se le aplicó un cuestionario. Como resultado muestran que la incidencia de gestantes episiotomizadas fue de 90.04%, las complicaciones a corto plazo del uso rutinario de la episiotomía presentado en gestantes nulíparas fue complicaciones a mediano plazo fue la dehiscencia ($p < 0,05$). Concluyen en su investigación que el uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas ⁹.

Chang L y Safra P. En el año 2001, realizaron en Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, un estudio analítico, prospectivo de corte transversal, con el objetivo de comparar entre el uso sistemático y no de la episiotomía en pacientes nulíparas. La muestra estuvo conformada por 494 gestantes a término a quienes se le aplicó un cuestionario; como resultado obtuvo que los desgarros de primer y segundo grado se produjeron con mayor frecuencia en el grupo de no episiotomía y en el otro grupo las complicaciones más frecuentes fueron la dehiscencias, hematomas e infección; y concluyeron que al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones post parto, pero de menor severidad, que cuando esta se realiza de manera sistemática ¹⁰.

En la región tumbes, no se encontró disponible investigaciones sobre este tema.

III. MARCO TEÓRICO

El parto es un proceso fisiológico a través del cual será expulsado el producto de la concepción maduro o casi maduro de forma normal o eutócica o de forma anormal o distócica. El parto se caracteriza por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hace que el feto descienda por el conducto del parto. Mucho antes de esto existe una preparación extensa tanto del útero como del cuello uterino. Entre las 36 y 38 semanas del embarazo el miometrio se encuentra en estado preparatorio, pero todavía sin respuesta. Al mismo tiempo el cuello uterino comienza en primera etapa de remodelación denominada ablandamiento, aunque mantiene su integridad estructural. Está claro que parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino ¹¹.

Durante el parto pueden ocurrir desgarros vaginales, con mayor frecuencia durante la abertura vaginal cuando pasa la cabeza del recién nacido, especialmente si el recién nacido desciende rápidamente. Los desgarros pueden incluir la piel perineal o extenderse a los músculos y el esfínter anal y el ano. El obstetra puede decidir hacer un corte quirúrgico simple de relajación que consiste en la incisión del anillo vulvoperineal para permitir una salida fácil del feto. Se realiza con carácter profiláctico, para ensanchar el introito vaginal y así evitar desprendimiento de la presentación fetal provoque una hiperdistension y posterior desgarro del periné, vagina y especialmente de los músculos y aponeurosis del suelo pélvico¹².

Luego de la salida del feto y la placenta y anexos, hay que reparar sin demora de la episiotomía o los desgarros perineales, como la mujer en posición de litotomía, estricta asepsia y buena eliminación. Esto debe hacerse con cuidado, porque un mal resultado puede dar origen a Dispareunia subsiguiente. Se inspecciona completamente la vagina en

busca de cualquier desgarro que pueda haber producido, incluso en presencia de una episiotomía oportunamente practicada. Si se encuentra debe suturar.

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould, una enfermera obstétrica de Dublín, en 1742. Los proponentes de la episiotomía argumentaron que su uso prevenía el daño perineal, prevenía la relajación del piso pélvico y protegía al feto de injurias. Una revisión reciente no pudo encontrar evidencia para fundamentar estos beneficios propuestos. Etimológicamente, la palabra episiotomía tiene su origen en los términos griegos “episeion” cuyo significado es región púbica y “Temno” que significa yo corto, de lo que se deriva su traducción: cortar el pubis^{13, 14,15}.

Técnicamente la episiotomía consiste en una incisión quirúrgica en el periné femenino, para ensanchar el introito vaginal evitando así el desgarro del periné, vagina, músculos y aponeurosis del suelo pélvico de la presentación fetal. Se realiza durante el trabajo de parto (normalmente en el segundo periodo del mismo); se lleva a cabo mediante bisturí o tijera, afectando la piel, mucosa vaginal y plano muscular, precisando posteriormente reparación por medio de sutura denominada episiorrafia, se considera una cirugía menor ¹⁶.

Dentro de los Tipos de episiotomía encontramos a la medial y el medio lateral. A su vez, el medio lateral puede ser realizada hacia la derecha o hacia la izquierda. Una última variante de episiotomía, aunque escasamente practicada, es la lateral; referente a la episiotomía medial o central se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano, tiene como ventajas que permite una mayor apertura del canal de parto, cicatriza más rápidamente porque este corte se efectúa en una

zona de tejido conjuntivo, que no tiene demasiados vasos sanguíneos. Provoca menos hemorragia, técnicamente es más sencilla para suturar y suele provocar menos dolor en el posparto pero es menos usada porque tiene más riesgos de complicarse con lesiones del esfínter anal si se desgarran en el momento del nacimiento. Este tipo de episiotomía es más utilizada en América del Norte y hasta en un 30% en Francia. La episiotomía medio lateral es otro tipo de episiotomía que la mayoría de los médicos prefieren, consiste en realizar una incisión medio lateral, que se mantiene siempre alejada del recto y tiene menor riesgo de desgarro¹⁷.

La tijera secciona siguiendo un ángulo de 45° respecto a la horizontal. Se cortan la piel, algunos centímetros de la vagina y todo el haz puborectal del músculo elevador del ano. Se dirige en línea oblicua hacia la nalga, hacia la derecha o izquierda según quien la practique sea diestro o zurdo. Es la más utilizada en el ámbito europeo¹⁸.

La episiotomía lateral es una variante de la anterior, cuando el ángulo de corte se abre hacia la nalga más de 45°. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Protege el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión, pero no se suele practicar ya que afecta a casi todos los músculos de la zona y provoca una pérdida de sangre más abundante que la producida con el corte central. Además, respecto a los otros tipos de corte, la sutura suele producir con más facilidad dolores en el periné¹⁹.

Como norma general, existiendo buenas condiciones perineales, la episiotomía media presenta más ventajas que la episiotomía medio-lateral, a excepción de la posibilidad de producción de desgarros complicados (esfínter del ano, pared rectal). Esta incidencia se cifra en

el 8%. Otros autores, aportan cifras más elevadas, 9% en multíparas y 20% en primíparas. Es preciso recordar que estos desgarros no están exentos de morbilidad. En casos de primiparidad, expulsivo prolongado, occipito-posterior, aplicación de fórceps, vacuum, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados²⁰.

Durante su recuperación en la etapa del Puerperio la cual incluye las primeras semanas que sigue el parto es comprensible que su duración se imprecisa, pero la mayoría de estos especialistas consideran un lapso de cuatro a seis semanas. Aunque se trata de un periodo relativamente simple en comparación con el embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológico. Algunos de ellos pueden representar solo molestias menores para la nueva madre, pero también es posible que sufra complicaciones graves ²¹.

Entre las ventajas de la episiotomía tenemos las siguientes: salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período dilatante y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado, Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar, salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada, la incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc.²².

Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum vésico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas, en conclusión, y según De Lee la episiotomía practicada en forma rutinaria: evitaba el dolor, prevenía

desgarros, a cortaba el parto y por ende disminuía la morbilidad perinatal, prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas ²³. Entre las desventajas más reportadas se encuentran las siguientes: Incide lazadas musculares, mayor pérdida hemática, dolor puerperal, Dispareunia, peor resultado anatómico-estético y cicatrización más difícil. Existen diversas controversias sobre la realización de la episiotomía y la OMS no aconseja la episiotomía rutinaria y sólo la aconseja en caso de partos difíciles (con fórceps, de nalgas, etc.), sufrimiento fetal, y desgarros de tercer y cuarto grado mal curados²⁴.

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

Las mujeres que se sometían a una episiotomía frecuentemente perdían mucha más sangre durante el alumbramiento. Las mismas también reportaban períodos de recuperación mucho más extensos y dolorosos luego del parto, y tendían a experimentar más complicaciones. Por otra parte, las mujeres que se sometían a una episiotomía eran más propensas a padecer un debilitamiento de los músculos de la zona pélvica luego del parto. Debido a estos factores, así como también a los numerosos riesgos asociados con este procedimiento; varios grupos que se oponen a las episiotomías se han referido a este procedimiento, llamándolo una mutilación genital ²⁵.

Las complicaciones inmediatas de una episiotomía comprenden desde las 12 horas hasta las 72 horas postepisiotomía y estas son:

Hemorragia, desgarros, hematoma, edema y dehiscencia (1).en cuanto a Hemorragia se define como la salida de sangre desde el aparato circulatorio, provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares. Es una lesión que desencadena una pérdida de sangre, de carácter interno o externo, y dependiendo de su volumen puede originar diversas complicaciones (anemia, choque hipovolémico, etc.). 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 niño²⁶.

Otra complicación sería el desgarro que se reconoce como el incremento de la prolongación del corte tanto en extremos como en profundidad del mismo pero continuando la misma dirección de la línea de la episiotomía y están relacionados con la realización de la episiotomía mediana, el Hematoma mayoritariamente relacionados con el desgarro de las episiotomías medio laterales. Suelen aparecer tempranamente y se acompañan de dolor intenso en el periné y una masa subyacente que crece a gran velocidad. Si el hematoma pone en riesgo la sutura, debe drenarse lo antes posible. En relación con las complicaciones anteriores ya mencionadas encontramos al edema que vendría a ser la hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Suele ocurrir en los pies, los tobillos y las piernas, pero puede afectar todo el cuerpo¹⁰.

La dehiscencia, se define como la abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica. Normalmente ocurre por excesiva tensión interna o tras la infección y precisa reparar de nuevo la episiotomía. Las complicaciones tardías de la episiotomía comprenden desde las 72 horas postepisiotomía a más y estas son: Dolor perineal con o sin vida sexual (Dispareunia), procesos adherenciales o vaginales

o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor, fistulas recto vaginales, incontinencia urinaria ¹².

La Dispareunia consiste en la presencia de dolor en los genitales constante, antes, durante o después de las relaciones sexuales. Esto causa disminución en la calidad de vida de las mujeres puesto que las imposibilita gozar de una vida sexual plena. Se han descrito causas orgánicas que pueden producirla: las secuelas posparto y las deficiencias en los músculos circunvaginales²⁷.

Infección: se define como la invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales, suele aparecer a las 48 – 72 horas siguientes. Normalmente comienza con una celulitis con mucha sintomatología que hace a la paciente acudir al médico. Puntualmente avanza hacia la formación de abscesos, que precisan drenaje y cierre por segunda intención ²⁸.

Procesos adherenciales o vaginales o bridas: se conoce como brida o adherencia a una banda de tejido fibroso que produce adherencias entre dos o más estructuras que normalmente no están adheridas entre sí. Pueden generarse posterior a una cirugía (en este caso puede ser como consecuencia de la cicatrización de la episiotomía) como resultado de cicatrización anómala por procesos inflamatorios y pueden provocar obstrucción, requiriendo una intervención para liberar las bridas. Las bridas pueden estar presentes por años sin producir sintomatología. Dependiendo de la extensión²¹.

En el caso de que haya molestias por la estrechez vaginal, sobre todo, al tener relaciones, puede hacerse una cirugía reparadora, que es algo

sencillo y consiste en la incisión de la brida y el despeje de la zona adherida. Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía: su incidencia es anecdótica (0,03%) pero cuando ocurre obliga a intervenir quirúrgicamente la cicatriz de la episiorrafia y volver a repararla. Provoca molestias a la mujer en su vida cotidiana; dolor al sentarse, en las relaciones sexuales. Normalmente se debe a que el tejido del endometrio queda atrapado en el corte de la episiotomía tras revisar que la placenta haya salido por completo. Si no se realiza bien el lavado de la herida antes de cerrarla, estas células se pueden implantar provocando este trastorno¹⁰.

Quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor: Es una acumulación de pus que forma una protuberancia (hinchazón) en una de las glándulas de Bartolino, las cuales están localizadas a cada lado de la abertura vaginal. Un absceso de Bartolino se forma cuando se presenta una obstrucción de la pequeña abertura (conducto) de la glándula. El líquido se acumula en la glándula y puede infectarse. El líquido puede acumularse durante muchos años antes de que se presente un absceso. Con frecuencia, el absceso aparece rápidamente durante algunos días. El área se torna muy caliente e inflamada. La actividad que ejerza presión sobre la vulva, al igual que caminar y sentarse, puede causar un dolor intenso¹³.

Fistulas recto vaginales: tiene lugar en el 0,1% de los partos complicados. Son más habituales en las pacientes a las que se les ha realizado una episiotomía que en las que no han sido intervenidas (1.1% vs 0.053%) esto viene a ser una de cada 96 sufren de un desgarro severo durante el parto. Para su reparación es preciso dejar un tiempo de recuperación de unos 3 meses, para que disminuya la inflamación²². Hay que hacer una adecuada preparación del intestino y tratamiento

antibiótico en el momento de la reparación quirúrgica, que debe ser preferiblemente con materiales de absorción lenta (ácido poliglicólico-poliglactina)²⁹.

Los indicadores de la episiotomía pueden clasificarse en tres grandes grupos, entre ellos tenemos. Coadyuvante de la operatoria obstétrica: en determinadas intervenciones obstétricas como fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, distocia de hombros y ayuda manual en el parto de nalgas, se produce una amplia y rápida distensión vaginoperineal. Por esta razón, la episiotomía es una técnica coadyuvante, que evite el posible daño tisular del canal blando, al tiempo que facilita la rápida y fácil extracción fetal²⁰.

3.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Episiotomía. Es una técnica quirúrgica simple de relajación que consiste en la incisión del anillo vulvo-perineal para permitir una salida más fácil del feto ^{10,11}.

Episiorrafia.- Es la reparación sin demora de la episiotomía o los desgarros perineales, con la mujer en posición de litotomía, estricta asepsia y buena iluminación. ^{12,13}

IV. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Es una investigación cuantitativa, descriptiva, en la que se identificó las complicaciones clínicas de la episiotomía de las puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional De Tumbes II -2, es transversal ya

que durante el estudio se obtuvieron resultados de una misma muestra en un mismo momento. Correspondiéndole el siguiente esquema:

$$M \rightarrow OXi$$

Donde

M : Muestra

Oxi : Observaciones de las complicaciones clínicas de la episiotomía

4.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

Población: La constituyeron las 329 puérperas primíparas de parto vaginal en las que se les realizó episiotomía en el Hospital Regional Tumbes 2018.

Muestra: para la obtención de las unidades muestrales se aplicó la formulación siguiente:

Donde;

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = representa el total de la población:

$Z_{\alpha}^2 = 1.962$ (con la seguridad del 95%)

p = Proporción esperada (en este caso se estimó el 5% = 0.05)

q = 1 – p (Corresponde en este caso a: 1-0.05 = 0.95)

d = Precisión (en este caso se desea un 3%).

Reemplazando valores se obtuvo como muestra la siguiente cifra:

60 unidades muestrales

Muestreo: Para la recolección de datos, se utilizó el muestreo por conveniencia dada la disposición y las facilidades brindadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Tumbes, durante la ejecución de la investigación

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Para los fines del estudio se consideró a las puérperas primíparas de parto eutócico y que deseen participar del estudio voluntariamente.

Fueron excluidas todas las puérperas de parto cesárea y que no desearon participar del estudio.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnica: La encuesta, que fue aplicada a las puérperas.

Instrumento: se utilizó un cuestionario diseñado en función a los objetivos de la investigación, fue de carácter privado dirigido a las participantes, y se estructuró en dos segmentos: el primero para registrar información general, el segundo, para registrar datos relacionados con las complicaciones clínicas de la episiotomía contando con 5 ítems.

Validez y confiabilidad:

Para la validez del instrumento se entrevistaron a 03 jueces, luego se obtendrá el índice de validez de contenido, que debe superior al 0.8

La confiabilidad del Cuestionario, fue sometida al análisis de consistencia interna con un alfa de crombach aceptable de 0.89.

4.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección General del Hospital, para la aplicación de las encuestas al grupo objetivo, donde se entrevistó a 60 puérperas mediatas en su control de puerperio, a quienes se les aplico el instrumento de recojo de información cumplimiento con las consideraciones éticas descritas en el proyecto.

4.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenidos los datos se sometieron a un proceso de crítica y codificación a través de una base elaborada en la hoja del cálculo del programa SPSS statistic 23. Después se organizaron y se presentaron en cuadros y gráficos estadísticos, de acuerdo a la escala de medición de la variable. El análisis de datos se realizó mediante los procedimientos y métodos de la estadística descriptiva.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro de cualquier tipo de investigación que implica la participación de seres humanos es fundamental considerar criterios éticos ya que estos tienen como finalidad asegurar la calidad, objetividad y integridad del trabajo de investigación, por ende en el desarrollo del estudio se tuvo

en práctica los principios éticos planteados por Belmont tales como la autonomía, la justicia, beneficencia y no maleficencia, principio de respeto a la dignidad humana mediante la confiabilidad y confidencialidad.

El Principio de Autonomía: Se aplicó este principio mediante el consentimiento informado dando a conocer a las puérperas, a través del cual se respetó la libre decisión de participar o no; en esta investigación, así como también una vez aceptada la participación tuvieron la opción de retractarse para no continuar si ellos lo deseaban.

El principio de justicia: Ya que todos los puérperas de la población muestral que cursaban el quinto año de secundaria tuvieron la posibilidad de participar y ser evaluadas de la misma manera.

El principio de beneficencia y no maleficencia: Debido a que en el presente estudio sólo se recolectará información de la población en forma directa a través de un cuestionario, asegurando que la información que se obtenga no será utilizada en contra de los adolescentes así mismo se evitará generar algún tipo de daño en la población de estudio.

Confidencialidad: Se asumió el compromiso de conservar en el anonimato la identificación de la población en estudio y que la información que se obtenga será mantenida en la más estricta reserva otorgándose así la protección al participante en todo momento ya que se utilizará sólo para fines de la investigación.

Confiabilidad: Se revelo la objetividad e imparcialidad de la información obtenida en la investigación solo para fines que se quiere alcanzar en el estudio dejando de lado los prejuicios del equipo investigador de modo que sean fácilmente demostrables.

V. RESULTADOS

Cuadro N°1

Complicaciones clínicas inmediatas de la episiotomía en las puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018

¿Presento dolor en la herida de episiotomía?		
	N	%
Si	6	10.00
No	54	90.00
Total	60	100.00
¿Observo un color rojizo?		
	N	%
Si	7	11.67
No	53	88.33
Total	60	100.00
¿Observo eliminación de pus?		
	N	%
Si	4	6.67
No	56	93.33
Total	60	100.00
¿Presento fiebre?		
	N	%
Si	6	10.00
No	54	90.00
Total	60	100.00
¿Observo signos de infección?		
	N	%
Si	5	8.33
No	55	91.67
Total	60	100.00
¿Su sangrado tuvo mal olor?		
	N	%
Si	4	6.67
No	56	93.33
Total	60	100.00

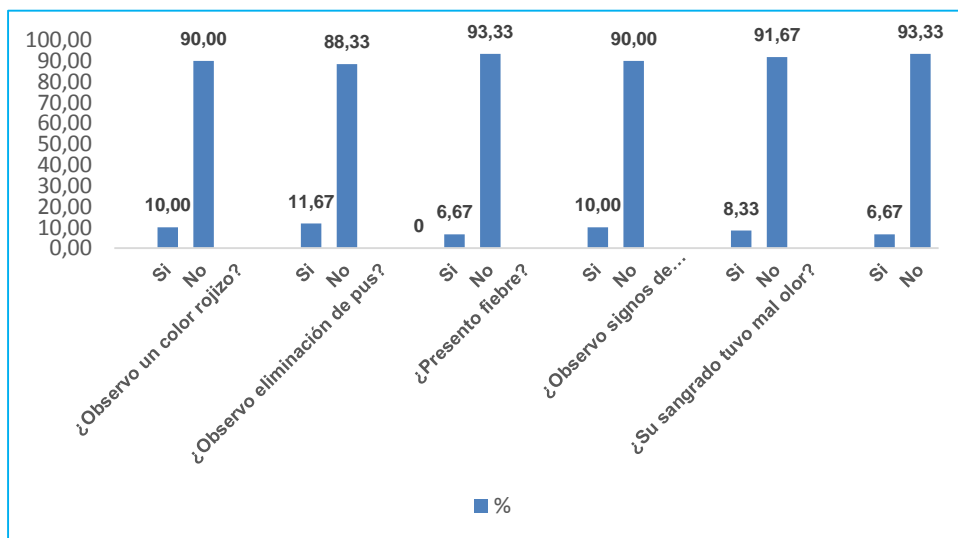
Fuente: Encuesta aplicada a las puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes

2018, Enero – Abril 2018

Interpretación: Los resultados muestran que las complicaciones inmediatas de la episiotomía son poco frecuentes en relación a la sensación del dolor el 90% no expreso esa sensación, el 88.33% no sintió dolor en la episiorrafia, el 93.33% no observo eliminación de pus, el 90% no presento fiebre y el 93.33% no presento algún sangrado con mal olor, característico de algún episodio infeccioso.

Gráfico N°1

Representación de las complicaciones clínicas inmediatas de la episiotomía en las púerperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018



Fuente: Cuadro N°1

TABLA N° 02

Complicaciones clínicas tardías de la episiotomía en las púerperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018

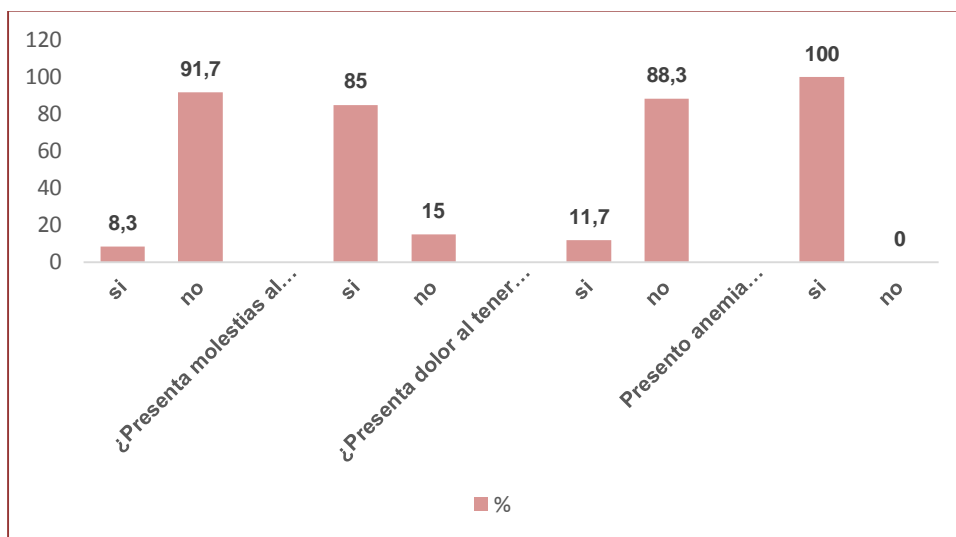
¿Detecto que su herida se abrió?	n	%
si	5	8.3
no	55	91.7
Total	60	100.0
¿Presenta molestias al miccionar?	n	%
si	51	85.0
no	9	15.0
Total	60	100.0
¿Presenta dolor al tener relaciones sexuales?	n	%
si	7	11.7
no	53	88.3
Total	60	100.0
Presento anemia postparto	n	%
si	60	100.0
no	0	0.0
Total	60	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las púerperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018

Interpretación: Los resultados muestran que las complicaciones tardías de la episiotomía son poco frecuentes en relación a la dehiscencia el 91.7 % no refiere apertura de la episiorrafia, el 88.33% no refiere dispareunia, el 100% presento anemia en el post parto, solo las molestias al miccionar con un 85% fue la complicación tardía más relevante.

Gráfico N°2

Representación de las complicaciones clínicas tardías de la episiotomía en las puérperas primíparas atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes 2018, Enero – Abril 2018



Fuente: Cuadro N°2

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

La episiotomía es un procedimiento que genera controversias aun en la actualidad por lo que requiere revisión de las bases científicas que las sustentan, debido a que no hay consenso sobre el tema entre los profesionales obstetras y ginecólogos. Una preocupación importante entre los profesionales de la ginecología y obstetricia es la ocurrencia de complicaciones asociadas a la episiotomía, sin embargo, no se cuentan con datos oficiales o estudios locales que nos indiquen cuan frecuente ocurren dichas complicaciones en los hospitales de nuestro medio.

De ahí radica la importancia de establecer cuáles son las complicaciones de la episiotomía en puérperas primíparas. En el análisis de la investigación desarrollada en la Tabla 1, se describe que las complicaciones inmediatas de la episiotomía de las puérperas primíparas del Hospital Regional Tumbes II – 2, son poco frecuentes. En relación a la sensación del dolor el 90% no expreso esa sensación y solo el 10% expreso dolor, así mismo se encontró que el 88.33% no observo signos de flogosis “eliminación de pus”, solo el 11.67 % observó algún proceso inflamatorio, además el 90% no presento fiebre, solo el 10% refirió esta molestia; finalmente el 93.33% no presento sangrado con mal olor, siendo 6.67 % no refirió molestia alguna.

Datos contrarios fueron registrados por Albino S.F⁸ en su estudio en gestantes nulíparas con episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. Los resultados mostraron que las mujeres con episiotomía presentaron dolor en el 83% de los casos. El estudio concluye que La episiotomía se relaciona a una mayor frecuencia de dolor perineal y hematomas perineales ⁸

Así mismo por Rodríguez y Sánchez⁹ en su estudio obtuvo como resultado que la incidencia de gestantes episiotomizadas fue de 90.04%, las complicaciones a corto plazo del uso rutinario de la episiotomía presentado en gestantes nulíparas fueron complicaciones a mediano plazo como la dehiscencia ($p < 0,05$).

Estos resultados encontrados en la presente investigación refleja el trabajo que viene realizando el profesional de obstetricia, reorientado la atención al parto más humanizado y al uso restrictivo de la episiotomía lo que ha reducido la práctica de este procedimiento, disminuyendo así las complicaciones inmediatas de la episiotomía.

En relación a las complicaciones tardías de la episiotomía de las puérperas primíparas del Hospital Regional Tumbes II – 2, en la Tabla N°2 se muestra que la dehiscencia es una complicación poco frecuente, siendo así que el 91.7 % de las puérperas encuestadas no refirió apertura de la episiorrafia, así mismo el 88.33% no refirió dispareunia, además solo las molestias al miccionar con un 85% fue la complicación tardía más relevante. Esto es similar a lo descrito por Alarcón C³⁰, quien en su estudio encontró que las complicaciones tardías que se manifestaron en un grupo de puérperas primíparas con episiotomía fue las molestias al miccionar urinarias, solo con un 3.75 %, el resto no manifestó dispareunia, incontinencia fecal ni otro tipo de molestias.

VII. CONCLUSIONES

1. Las complicaciones inmediatas de la episiotomía de las puérperas primíparas del Hospital Regional Tumbes II – 2, son poco frecuentes. En relación a la sensación del dolor el 90% no expreso esa sensación y solo el 10% expreso dolor, así mismo se encontró que el 88.33% no observo signos de flogosis “eliminación de pus”, solo el 11.67 % observó algún proceso inflamatorio, además el 90% no presento fiebre, solo el 10% refirió esta molestia; finalmente el 93.33% no presento sangrado con mal olor, siendo 6.67 % no refirió molestia alguna.
2. Las complicaciones tardías de la episiotomía de las puérperas primíparas del Hospital Regional Tumbes II – 2, son poco frecuentes. En relación a la dehiscencia el 91.7 % no refiere apertura de la episiorrafia y el 8.3 % no refirió esta complicación, así mismo el 88.33% no refiere dispareunia y el 11.67 % no manifestó esta complicación, finalmente solo las molestias al miccionar con un 85% fue la complicación tardía más relevante, la cual pudo haberse relacionado con la respuesta que tuvieron las pacientes frente al dolor.
3. Los resultados muestran que el 100% de puérperas primíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Regional II-2, Tumbes, tuvieron control de hematocrito y hemoglobina, así mismo el 100% de las puérperas presentaron algún grado de anemia, leve el 63.33%, moderado el 21.65% y severo el 15%.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Los profesionales Obstetras del Hospital Regional II- 2, debe garantizar el control oportuno del puerperio e incluir el manejo protocolizado de las complicaciones más frecuentes en el puerperio inmediato y tardío.
2. El jefe del servicio de Obstetricia del Hospital Regional II- 2, debe organizar sesiones de interaprendizaje entre los profesionales de salud y los internos de obstetricia, garantizando las competencias necesarias en técnicas más eficientes en el desarrollo de la episiotomía y episiorrafia.
3. La Jefatura del Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional en coordinación con el profesional de obstetricia, debe protocolizar la educación para la salud en las puérperas del Hospital Regional Tumbes con el fin de prevenir las complicaciones post parto.
4. Garantizar la aplicación de estrategias que tengan énfasis en la nutrición durante el embarazo, parto y puerperio con la finalidad de evitar que aumenten los índices de anemia que registra la región Tumbes.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Sánchez MI. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente*. 2012; 97:27- 32.
- 2.- Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez-Perez JC, Ortiz-Albarin MD, Jimenez-Barragan I, Aguilera-Ruiz MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstetr Ginecol*. 2011; 54:101-8.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. Informe técnico del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. [Acceso 13 abril 2018]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
- 4.- Vargas MJ. Episiotomía. *Rev méd Costa Rica y Centroamérica* 2011. LXVIII (599) 461-466. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art13.pdf>
- 5.- Rodríguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 198: 285.e1-285.e410.
- 6.- Albino F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nuliparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2009; 1(4), Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
- 7.- Pérez Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. Biblioteca Digital de UAH: Universidad de Alcalá. Departamento de especialidades Medica 2010.

- 8.- Albino F. Uso Rutinario De La Episiotomía Y Complicaciones Asociadas, En Mujeres Nulíparas Atendidas De Parto Vaginal En El Hospital De Apoyo De Sullana. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 1(4), 2009. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
- 9.- Rodriguez. E, Gongora, M. Sánchez I. 3; Complicaciones del uso rutinario de la Episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Periodo 2010[Tarapoto]: Universidad Nacional de San Martín; 2010. 90 p.
- 10.- Chang L, Safra P. uso sistemático y no de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2010.
- 11.- Zamora L. La episiotomía: Ventajas y desventajas del uso en pacientes de parto normal del hospital José María Velasco Ibarra Tena. [Tesis]. Ecuador: Escuela superior politécnica de Riobamba. Facultad de Salud Pública; 2011.
- 12.- Casanova C.; Mey L.; Luna Z., Sánchez S. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño, San Bartolomé Enero-Agosto 2001.[Tesis doctoral].2001.
- 13.- Sánchez, F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana [en línea]. 2016; [fecha de acceso 03 de Julio del 2016]; URL disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.htm>

14.- Cuesta G.; 2. La episiotomía en la era del parto humanizado [en línea].2016; [fecha de acceso 03 de Julio del 2016]; 40 (19); URL disponible en:

<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuesta E.pdf?sequence=1>

15.- Rodriguez. E, Gongora, M. Sánchez I. 3; Complicaciones del uso rutinario de la Episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Periodo 2010[Tarapoto]: Universidad Nacional de San Martin; 2010. 90 p.

16.- Cunnningham. Williams Obstetricia 23ª. Edición. España; 2011. Pág. 136-646

17.- Somkuti s. Perlas en Ginecología y Obstetricia. México. 2007. Pag.129-131

18.- Wagner, M.: Episiotomy: a form of genital mutilation. The Lancet, 1999; 353:1977-1978

19.- Sesmero, S; Sánchez M. Episiotomía: criterio obstétrico actual.2016 [fecha de acceso 03 de Julio del 2016]. Disponible en: URL. <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/obstetricia/nuevo/cap6a.pdf>

20.- Signorello L, Harlow B, Chekos A, Repke T (2000). «Midline episiotomy and analincontinence: retrospective cohort study». BMJ 320 (7227): pp. 86–90. PMID 10625261

21.- Sistema de información perineal SIP 2000 U2.o. Establecimiento hospitalario de apoyo III Sullana.2005

22.- Cunningham, H. ; Obstetricia de Williams edición: 22ª, editorial: Mcgraw hill, mexico 2006. Pag. 230-234.

- 23.- Shiono P, klebanoff M, carey J. Midline episiotomies: more harm than good. *Obstet Gynecol* 1990; 75:765-70
- 24.- Shwarcz R. , Duverges C. , Gonzales A. , Fescina R. *Obstetricia.5ª.ed* ;Buenos Aires : "El Ateneo";1995 (Pag. 368)
- 25.- Somkuti S. *Perlas en Ginecología y Obstetricia*; México; 2007.(Pag.129)
- 26.- Bansal,E; Ray,S. ; Winona,T. Is there a benefit to episiotomy al spontaneous vaginal delevry a natural experiment, *America Journal of obstetric and Gynecology*. Estados Unidos 1996 Vol 175 N°4 parte 1.
- 27.- Carroli G, Beliza J, Stamp G. *Práctica de la episiotomía en el parto Vaginal*. The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software 2000.
- 28.- Dildy G, *Clinicas de Ginecologia y Obstetricia Temas actuales. Volumen II*. Editorial Mc Graw Hill interamericana. Estados Unidos 1999.
- 29.- Solana E, Villegas A, Legorreta J, Cárdenas M, Anderson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México .*Rev. Panamá Salud Pública* 2008; 23(1):44-51.
30. Alarcón C. *complicaciones de la episiotomía post parto mediato en pacientes de la maternidad de Carapungo*. Tesis de grado. Nicaragua 2015.

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR COMPLICACIONES EN PUERPERAS PRIMIPARAS INMEDIATAS CON EPISIOTOMÍA

N° _____

Somos bachilleres de la Escuela académico profesional de obstetricia de la Universidad nacional de Tumbes, nos presentamos ante usted para saludarla y solicitar su colaboración para el llenado de la presente encuesta de carácter anónimo, la misma que será utilizada con fines de investigación, cuyo objetivo es determinar las complicaciones de la episiotomía en puérperas mediatas atendidas en el hospital regional de Tumbes. Esperamos su colaboración. GRACIAS

Instrucciones

Escuche atentamente las preguntas que a continuación se le formulan y responda lo que usted considere correcto.

I. DATOS GENERALES

Edad:

Procedencia:

G ___ **P** ___ ___ ___

II. DATOS INHERENTES A LA INVESTIGACION CIENTIFICA

2.1. RELACIONADO CON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

1. ¿Sintió dolor en herida de episiotomía?

SI

NO

Leve Moderado Intenso

2. ¿Presentó hinchazón en la herida de episiotomía?

SI NO

3. ¿Observó un color rojizo en su herida?

SI NO

4. ¿Observo eliminación de pus por su herida?

SI NO

Si la respuesta es SI, ¿En qué cantidad?

Abundante Regular Escaso

5. ¿Presentó fiebre?

SI NO

Si la respuesta es SI, ¿Cuántos grados tuvo? _____

2.2. RELACIONADO CON LAS COMPLICACIONES

6. Observo signos de infección:

SI NO

7. ¿SI el sangrado vaginal tuvo mal olor?

SI NO

Si la respuesta es SI, ¿Dónde acudió?

Posta SAGARO JAMO II-2

Utilizo remedios caseros Ninguno

¿Qué tratamiento recibió?

8. ¿Detecto que su herida se abrió?

SI NO

9. ¿Cuál cree usted que haya sido la causa que originó que se abriera la herida?

Esfuerzo físico ()

Mala higiene del sitio afectado ()

10. ¿Presenta molestias al miccionar?

SI NO

11. ¿Presenta dolor al tener relaciones sexuales?

SI NO

12. ¿durante su hospitalización y después del parto le realizaron un control de hematocrito?

SI NO

¿Cuál fue su resultado de su examen de sangre? _____

9-11 gr/dl

Leve

7-9 gr/dl

moderada

< 7 gr/dl

severa

ANEXO N° 2 Ficha de Consentimiento Informado del Participante

Yo, como sujeto de investigación en pleno uso de mis facultades, libre y voluntario .EXPONGO: que he sido debidamente INFORMADO/A por los responsables de realizar la presente investigación,

COMPLICACIONES CLINICAS DE LA EPISIOTOMÍA EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL TUMBES II – 2, ENERO ABRIL DEL 2018, siendo importante mi participación en una encuesta para contribuir a dicho trabajo de investigación, que he recibido explicaciones, tanto verbal como escrita, sobre la naturaleza y propósito de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo comprendido y estado satisfecho /a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma

tumbes...../...../...

ANEXO N°3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Estadísticas de total de elemento

Items	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
NC1	58.4000	49.378	0.000	0.843
NC2	56.4000	49.378	0.000	0.843
NC3	57.0000	40.667	0.631	0.677
NC4	56.6000	39.600	0.670	0.604
NC5	57.5000	43.389	0.453	0.731
NC6	58.3000	47.122	0.496	0.755
NC7	57.0000	40.667	0.631	0.677
NC8	56.6000	39.600	0.670	0.604
NC9	57.5000	43.389	0.453	0.731
NC10	57.0000	40.667	0.631	0.677
NC11	57.5000	42.676	0.678	0.865
NC12	58.3000	47.122	0.496	0.755

Para el análisis de la confiabilidad, se aplicó una prueba piloto de 10 encuestas en un establecimiento de salud de similares características, luego se sometió a la prueba estadística de alfa de cronbach, obteniendo como resultado:

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.869	0.741	10

Se obtuvo un 86.9% de confiabilidad del instrumento, siendo este adecuado para su aplicación.