

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Complicaciones de la episiotomía selectiva en gestantes
nulíparas. Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote,
2017**

**Tesis para obtener el Título de Especialista en Obstetricia:
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS**

Autora:

Arellano Moreno, Deiser Fany

Asesor:

Dr. Tello Cabrera, Celestino

Chimbote-Perú

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia.
por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, por
inspirarme a seguir adelante cada día con esfuerzo y dedicación. Gracias a Dios

AGRADECIMIENTOS

A los Directivos del Centro de Salud Yugoslavia,
por su predisposición y apoyo para la realización
de la presente investigación.

A todas aquellas personas que de alguna manera
contribuyeron en el desarrollo del presente
estudio.

DERECHOS DE AUTORÍA Y DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, Deiser Fany Arellano Moreno, con Documento de Identidad N° 32981647, autora de la tesis titulada “Complicaciones de la episiotomía selectiva en gestantes nulíparas. Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote, 2017” y a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría. Por lo cual otorgo a la Universidad San Pedro la facultad de comunicar, divulgar, publicar y reproducir parcial o totalmente la tesis en soportes analógicos o digitales, debiendo indicar que la autoría o creación de la tesis corresponde a mi persona.
2. He respetado las normas internacionales de cita y referencias para las fuentes consultadas, establecidas por la Universidad San Pedro, respetando de esa manera los derechos de autor.
3. La presente tesis no ha sido publicada ni presentada con anterioridad para obtener grado académico título profesional alguno.
4. Los datos presentados en los resultados son reales; no fueron falseados, duplicados ni copiados; por tanto, los resultados que se exponen en la presente tesis se constituirán en aportes teóricos y prácticos a la realidad investigada.
5. En tal sentido de identificarse fraude plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo la responsabilidad y las consecuencias que de mi accionar deviene, sometiéndome a las disposiciones contenidas en las normas académicas de la Universidad San Pedro.

Chimbote, diciembre 22 del 2018.

ÍNDICE

Tema	Página
Carátula	i
Acta de sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Derechos de autoría y declaración de autenticidad	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
Palabras clave	ix
Resumen	x
Abstract	xi
INTRODUCCIÓN	
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
2. Justificación de la investigación	16
3. Problema	17
4. Conceptuación y operacionalización de las variables	17
5. Hipótesis	17
6. Objetivos	17
METODOLOGÍA	
1. Tipo y diseño de investigación	19
2. Población y muestra	19
3. Técnicas e instrumentos de investigación	20
4. Procesamiento y análisis de la información	20
RESULTADOS	22
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS Y APÉNDICES	36
Instrumento	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Número de gestantes nulíparas atendidas con episiotomía selectiva en el Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote, 2017.	22
Tabla 2	Datos Sociodemográficos de las gestantes nulíparas con episiotomía selectiva atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote, 2017.	23
Tabla 3	Distribución de gestantes nulíparas según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	24
Tabla 4	Distribución de gestantes nulíparas según complicaciones inmediatas de la episiotomía selectiva. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	25
Tabla 5	Distribución de gestantes nulíparas según complicaciones mediatas de la episiotomía selectiva. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	26
Tabla 6	Gestantes nulíparas presentaron desgarro según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	27
Tabla 7	Gestantes nulíparas presentaron hematoma según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	28

Tabla 8	Gestantes nulíparas presentaron dolor según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	29
Tabla 9	Gestantes nulíparas presentaron infección según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	30
Tabla 10	Gestantes nulíparas presentaron dehiscencia según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2017.	31

PALABRAS CLAVE

Episiotomía, nulíparas, complicaciones.

KEYWORDS

Episiotomy, nulliparous, complications.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Ciencias Sociobiomédicas: Salud sexual y reproductiva.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar las complicaciones de la aplicación selectiva de la episiotomía en las gestantes nulíparas cuyos partos fueron atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, durante el año 2017. Investigación básica de nivel relacional con diseño no experimental transeccional. Se revisó 68 historias clínicas de gestantes cuyo primer parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia durante el periodo enero a diciembre del año 2017. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado, utilizándose un nivel de significación de $p < 0.05$. Se halló una frecuencia de episiotomía en nulíparas del 76.5%, entre las complicaciones inmediatas, el 44.2% sufrió la extensión de la misma (desgarro), se presentó un caso de hematoma en la episiotomía y 61.5% de mujeres refirieron dolor de moderada intensidad en la herida. Sobre las complicaciones mediatas el 21.2% presentó infección de la episiotomía y 28.8% dehiscencia de la misma. Se halló relación altamente significativa entre la episiotomía selectiva y el dolor ($p = 0.003$), y relación significativa con la infección ($p = 0.044$) y dehiscencia ($p = 0.015$). No existe relación entre la episiotomía selectiva y los desgarros y hematomas ($p > 0.05$).

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the complications of the selective application of episiotomy in nulliparous pregnant women whose deliveries were attended at the Yugoslavia Health Center of Nuevo Chimbote, during the year 2017. Basic relational level research with non-experimental correlational transectional. We reviewed 68 medical records of pregnant women whose first delivery was attended in the Yugoslavia Health Center during the period January to December of the year 2017. For the statistical analysis the test statistic Chi square was used, using a level of significance of $p < 0.05$. A nulliparous episiotomy frequency of 76.5% was found, among the immediate complications, 44.2% suffered the extension of it (tear), a case of hematoma was presented in the episiotomy and 61.5% of women reported pain of moderate intensity in the wound. Regarding the mediated complications, 21.2% presented episiotomy infection and 28.8% dehiscence. A highly significant relationship was found between systematic episiotomy and pain ($p = 0.003$), and a significant relationship with infection ($p = 0.044$) and dehiscence ($p = 0.015$). There is no relationship between selective episiotomy and tears and bruises ($p > 0.05$).

PLAN DE INVESTIGACION

1. Antecedentes y fundamentación teórica

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo; se efectúa hasta en el 30% de todos los partos vaginales y hasta en el 90% de partos de pacientes primíparas (Dávila y Huaroc, 2017; Mellizos-Gaviria, 2018; Romero y Andrés, 2018). Las investigaciones señalan que, en Estados Unidos se realiza episiotomía al 62,5% de las madres nulíparas, 30% en Europa y 90 a 100% en Latinoamérica y el Caribe (Berzaín y Camacho, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, Cuidados en el parto normal, una Guía práctica, 1996) señala que el número de episiotomías realizadas en partos vaginales no debería ser más del 20% de los partos vaginales. Sin embargo, su aplicación no ha disminuido lo que debería y en Latinoamérica la episiotomía es aplicada en más del 80% de partos. Por ejemplo, en Ecuador se comunica un 47% de uso rutinario de episiotomía en nulíparas (Zamora, 2011), mientras que en Argentina la episiotomía se practica en cerca del 100% de los partos de nulíparas.

En la realidad nacional, los estudios muestran una variabilidad importante durante los últimos 20 años, dependiendo de la región, localidad y tipo de servicio de salud, arrojando hasta un 92,3% a nivel nacional (Pujay, 2016). Así, una investigación hecha en Lima en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz muestra una frecuencia del 65.4% de episiotomía en mujeres primíparas (Ávila, 2017). Por otro lado, en Tarapoto, Hospital II-2 del MINSA, Rodríguez y Sánchez comunican una incidencia de 90.04% (2012) y recientemente en Jauja, el Hospital Domingo Olavegoya comunica una prevalencia del 91% (Dávila y Huaroc, 2017).

La episiotomía se define como una técnica quirúrgica simple de sección del anillo vulvoperineal, que se realiza con carácter profiláctico para ampliar el introito vaginal y así evitar que el desprendimiento de la presentación fetal provoque hiperdistensión y posterior desgarro del periné, vagina y especialmente de los músculo y aponeurosis del piso pélvico (Casanova y Luna, 2002). Esta incisión quirúrgica puede hacerse en la línea media del periné (episiotomía mediana) o hacia afuera y abajo del periné (episiotomía medio lateral), en la cual se inciden los

músculos bulbo cavernoso, transverso superficial y profundo (Cunningham, et al, 2015). Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficiente, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño (Schwarcz, 2016).

Desde su aparición, en 1741, este procedimiento fue usado para prevenir el desgarro perineal y estaba reservado para aquellos casos en los cuales el introito vaginal era tan estrecho que el parto se prolongaba peligrosamente. Sin embargo, en el siglo XX se volvió una práctica habitual en las salas de parto de todo el mundo y aun en la actualidad sigue siendo usada de manera rutinaria, a pesar de la fuerte evidencia científica que no apoya su uso sistemático (Bernués, 2014).

Teóricamente la episiotomía sistemática en nulíparas resulta beneficiosa para la madre ya que reduciría la probabilidad de desgarros de tercer grado y por ser una incisión recta y limpia es más fácil de suturar y cicatriza mejor que un desgarro. Estos dos aspectos, permitirán preservar la relajación muscular del suelo pélvico y el periné, lo que favorece una mejor función sexual y reduce el riesgo de incontinencia fecal o urinaria (Tuesta, 2017; Carroli y Belizan, 2008). Sin embargo, la evidencia empírica señala que la episiotomía genera relevantes y limitantes efectos secundarios en la mujer, tales como: dolor a corto y largo plazo, dispareunia, pérdida de fuerza musculatura pélvica, posible lesión del nervio pudendo, lesiones obstétricas del esfínter anal y con ello incontinencia fecal (bien sea de heces, gases o líquido), incontinencia urinaria, infección, dehiscencia de la herida, endometriosis, hasta la posible muerte (Bernués, 2014).

Cuando se realiza una episiotomía se compromete e interrumpe la continuidad de muchas estructuras que conforman el piso pélvico; desde la piel, la mucosa de la vagina, el tejido conjuntivo subcutáneo, musculatura superficial y profunda, afectando el periné, el músculo elevador del ano y los esfínteres, así como la posible sección de las ramas del nervio pudendo, de ahí que se vincula a la episiotomía con

problemas en el suelo pélvico y periné, como incontinencia urinaria, incontinencia fecal, disfunciones sexuales entre otras. (Bermúdez, 2014)

En lo relacionado con la lesión del piso pélvico existe adecuada evidencia empírica de que el evitar la episiotomía de rutina disminuye significativamente traumatismo perineal (diferencia de riesgo absoluta -0,23; intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,35 a -0,11) lo cual se considera importante debido a que el trauma perineal es un factor causal de dolor posparto y de dispareunia (Robinson, 2016). El uso restrictivo de la episiotomía muestra un menor riesgo de morbilidad clínicamente relevante, incluidos el traumatismo perineal posterior (riesgo relativo [RR]: 0,88; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,84 a 0,92), la necesidad de sutura del traumatismo perineal (RR: 0,74; IC 95%: 0,71 a 0,77) y las complicaciones en la cicatrización en un lapso de siete días (RR: 0,69; IC 95%: 0,56 a 0,85) (Carroli y Belizan, 2008).

El desgarro perineal por extensión constituye una de las principales complicaciones del uso de la episiotomía con el 29% [IC del 95%: 22,9-35,5] (Mellizos-Gaviria, 2018), siendo el grado II el de mayor ocurrencia con 9,8%, seguido del grado III y grado IV con 2,4% y 1,6% (Zamora, 2011), así como la consecuente pérdida sanguínea por encima de los valores aceptados como normales (Rodríguez y Sánchez, 2012). Este riesgo aumenta cuando se practica la episiotomía de la línea media y sin la técnica quirúrgica apropiada, con ángulo $> 40^\circ$ y antes en la segunda etapa o de la coronación (Correa y Passini, 2016). Contrariamente, Casanova y Luna (2002) no hallaron diferencias en cuanto a la presencia de desgarros, los que se presentaron mayormente en el grupo de madres sin episiotomía ($p < 0,001$).

Por otro lado, diversos estudios señalan una mayor proporción de dehiscencia parcial de episiorrafia, hematomas y edemas vulvoperineales en el grupo de madres con episiotomía sistemática e indicada, en comparación con el grupo sin episiotomía, existiendo diferencias y relación significativa ($p < 0,001$), agravando el riesgo de

infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias (Tuesta, 2017; Rodríguez y Sánchez, 2012; Albino, 2009; Casanova y Luna, 2002).

Respecto al dolor, las mujeres que dieron a luz con el periné intacto o tuvieron un desgarro perineal espontáneo tenían menos dolor inmediatamente y tres meses después del parto que las mujeres que se sometieron a la episiotomía, así mismo presentaron a una mayor debilidad de la función de la musculatura perineal a largo plazo. Estos resultados pueden variar dependiendo del momento de la episiotomía, la técnica quirúrgica, y la habilidad del profesional en reparar la episiotomía (Robinson, 2016). Así mismo, estudios anteriores, señalan mayor presencia de dolor en el puerperio, de intensidad leve a moderada, al sentarse, con la deambulaci3n y con demanda de analgésicos (Rodríguez y Sánchez 2012).

Sobre la funci3n sexual femenina, la posibilidad de la disfunci3n sexual parece ser mayor cuando se realiza una episiotomía que cuando se omite; no obstante, este efecto es de una duraci3n limitada (Robinson, 2016).

En cuanto a la incontinencia urinaria se observó un incremento del riesgo asociado con el uso de la episiotomía (RR= 1.91 [IC 95%, 1.03 a 3.56]) (Hartmann, et al, 2005). Mientras que, no se evidencia ninguna diferencia en cuanto a la incidencia de incontinencia urinaria (Carroli & Belizan, 2008).

Es evidente que, el problema con la episiotomía sigue siendo discutido hoy, en primer lugar porque actualmente sigue siendo la una intervenci3n quirúrgica obstétrica aplicada sistémicamente sin el consentimiento de la paciente; y la puesta en duda de sus beneficios en relaci3n al dolor postoperatorio y la cicatrizaci3n, los cuales no son mejores en comparaci3n con un desgarro, además con una episiotomía medio lateral, la probabilidad de una laceraci3n en el recto se reduce pero no se elimina (Pregnancy-info.net, 2017; Carroli y Belizan, 2008). Sin embargo, ante ensayos clínicos que cuestionan su uso existe una tendencia mundial hacia un menor uso de esta intervenci3n, un hecho que es más visible en los países de ingresos altos,

donde las tasas de episiotomía son inferiores al 30%, mientras que pueden ser superiores al 70% en países de bajos ingresos (R Romero y J Andrés, 2018).

De ahí que, la OMS recomienda que el uso sistemático de la episiotomía no es justificado, por el contrario, la protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada, debiéndose practicar en no más del 10% de los partos vaginales. Es decir que, la episiotomía debe ser usada solo para aliviar el distres materno fetal, o para realizar un adecuado proceso cuando el periné así lo requiere.

Sin embargo, en los establecimientos de salud los profesionales de obstetricia siguen aplicando la episiotomía de manera rutinaria a las gestantes nulíparas, inclusive por encima del 20% de los partos vaginales, trayendo como consecuencia a corto plazo desgarros por extensión, mayor pérdida sanguínea post parto, dolor, a mediano plazo dehiscencia e infección y a largo plazo disparéunia (Pujay, 2016).

El Centro de Salud Yugoslavia del primer nivel de atención (categoría I-4) no es la excepción, pues es una institución de salud donde la episiotomía se usa de manera selectiva presentándose complicaciones en muchos de los casos.

2. Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación se justifica desde el punto de vista teórico, toda vez que pretende contribuir en la ampliación del conocimiento sobre las complicaciones del uso selectivo de la episiotomía en mujeres nulíparas, permitiendo así fortalecer el cuerpo teórico de la Obstetricia relacionado a la episiotomía, la cual aún en la actualidad se practica de manera rutinaria en los establecimientos de salud de la localidad.

Por otro lado, a nivel práctico, los resultados serán de utilidad para la implementación de medidas correctivas dirigidas a disminuir su uso selectivo en mujeres nulíparas y evitar así las complicaciones identificadas. Es decir que, de un enfoque de Obstetricia basada en la evidencia, los resultados del estudio permitirán a los profesionales mejorar su práctica clínica y en consecuencia la salud materno-perinatal.

3. Problema

¿Cuáles son las complicaciones asociadas a la episiotomía selectiva en gestantes nulíparas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, durante el año 2017?

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Tipo de escala de medición
Complicaciones (Dependiente)	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. En cuanto a las consecuencias de la episiotomía, puede ser: hemorragia, desgarro, dolor, dehiscencia e infección. (Cunningham, 2015).	Diagnóstico registrado en la historia clínica	Nominal
Episiotomía selectiva (Independiente)	Consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media; para evitar desgarros importantes y así evitar que el desprendimiento de la presentación fetal provoque hiperdistensión y posterior desgarro en cualquier dirección y profundidad en el trayecto ano-recto realizada a criterio del profesional (Schwarcz, 2016).	Registro en la historia clínica	Nominal

5. Hipótesis

El desgarro, hematoma, dolor, infección y dehiscencia son las complicaciones de mayor frecuencia asociadas a la episiotomía selectiva en gestantes nulíparas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, durante el año 2017.

6. Objetivos

Objetivo general

Determinar las complicaciones asociadas a la episiotomía selectiva en gestantes nulíparas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, durante el año 2017.

Objetivos específicos:

1. Identificar la frecuencia de la episiotomía selectiva en gestantes nulíparas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, durante el año 2017.
2. Determinar las complicaciones inmediatas (hemorragia, desgarro y dolor), asociadas a la episiotomía selectiva en las gestantes nulíparas cuyos partos fueron atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote durante el año 2017.
3. Determinar las complicaciones mediatas (dehiscencia e infección) asociadas a la episiotomía selectiva en las gestantes nulíparas cuyos partos fueron atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote durante el año 2017.

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

Investigación básica, porque tuvo como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de un problema estudiado en un nuevo contexto (Gómez, 2003).

Por su enfoque cuantitativo y en concordancia con los objetivos propuestos el trabajo se enmarca en un nivel de investigación relacional, de diseño correlacional causal, transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 154).

2. Población y muestra

El ámbito de la investigación se da en el Centro de Salud Yugoslavia, ubicado en el distrito de Chimbote, provincia Santa y región Ancash - Perú.

La población en estudio estuvo conformada por todas las gestantes cuyo total de partos atendidos fue de 253 durante el año 2017 en el Centro de Salud Yugoslavia. En este estudio se trabajó con la denominada muestra censal, pues todas las unidades de investigación que cumplieron los criterios de inclusión son consideradas como muestra, cuyo total fue de 52 nulíparas con episiotomía selectiva (Gómez, 2003), cumpliendo con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Gestante nulípara a término.
- Paciente con edad entre 18 a 34 años de edad.
- Presentación cefálica de vértex.
- Feto único.
- Gestante con control puerperal en el Centro de Salud Yugoslavia.
- Historia clínica completa.
- Gestantes sin factores de riesgo

Criterios de exclusión

- Mujer con edad < de 18 años y > 34 años.
- Presentación podálica.
- Paciente sin control puerperal.
- Historias clínicas incompletas.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

La recolección de datos se realizó mediante la técnica revisión documental, con ayuda de una ficha de registro se recolectará información personal y obstétrica de la historia clínica de las mujeres seleccionadas. La aplicación de esta técnica será realizada por la autora de la investigación (Anexo 1).

4. Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 23. Se realizó el análisis estadístico descriptivo para establecer las proporciones porcentuales relativas y absolutas. Para determinar la asociación de la episiotomía selectiva y las complicaciones del uso selectivo de la episiotomía se empleó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significación de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Tabla 1.

Número de gestantes nulíparas atendidas con episiotomía selectiva en el Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote, Enero-diciembre 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Total de partos atendidos	253	100,0
Total de nulíparas atendidas	68	26,9
Total de nulíparas con episiotomía selectiva	52	76,5

Durante el año 2017 se atendió un total de 253 partos en el Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote. Del total de gestantes que acudieron para atención de parto vaginal, el 26.9% (n=68) fueron nulíparas, siendo el 76.5% (n=52) de éstas atendidas con episiotomía selectiva durante la atención del parto. A partir de este dato se desarrollarán las tablas subsiguientes consideradas en el presente estudio.

Tabla 2. Datos Sociodemográficos de las gestantes nulíparas con episiotomía selectiva atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote, Enero-diciembre 2017.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad			
(20,68 ± 3,529)	De 18 a 25 años	45	86,5
(Min.18 - Máx.34)	De 26 años a más	7	13,5
Lugar de procedencia	Urbana	17	32,7
	Rural	35	67,3
Estado civil	Soltera	10	19,2
	Casada	5	9,7
	Conviviente	37	71,1
Nivel de instrucción	Sin instrucción	1	2
	Educación básica	41	78,8
	Educación superior	10	19,2
Ocupación	Ama de casa	47	90,3
	Trabajo remunerado	5	9,7
TOTAL		52	100,0

Del total de gestantes nulíparas con episiotomía selectiva atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia - Nuevo Chimbote durante el año 2017, la mayoría de gestantes se encuentra entre 18 a 25 años de edad (86.5%, n=45), y un mínimo porcentaje de población de estudio es de 26 años de edad a mas (13.5%, n=7). La mayoría de gestantes procede de la zona rural (67.3%, n=35), y un menor porcentaje procede de la zona urbana (32.7%, n=17), el 71.1% (n=37) de gestantes son convivientes, seguidas del 19.2% (n=10) de gestantes solteras, y un 9.7% (n=5) de gestantes casadas. Respecto al nivel de instrucción el 78.8% (n=41) de gestantes tienen educación básica, seguidas del 19.2% (n=10) de gestantes con educación superior y un 2% (n=1) sin instrucción. El 90.3% (n=47) de gestantes son amas de casa, y un 9.7% (n=5) de gestantes tienen trabajo remunerado.

Tabla 3. Distribución de gestantes nulíparas según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, Enero- Diciembre 2017.

Episiotomía	Sí	No	Total
Frecuencia	52	16	68
Porcentaje	76.5%	23.5%	100%

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se tiene que el 76.5% (n=52) de las gestantes nulíparas registran episiotomía y el 23.5% (n=16) no presenta, de un total de 68 gestantes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, enero-diciembre 2017.

Tabla 4. Distribución de gestantes nulíparas según complicaciones inmediatas de la episiotomía selectiva. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote Enero - diciembre 2017.

COMPLICACIONES INMEDIATAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESGARRO	Si	23	44.2
	No	29	55.8
	Total	52	100,0
HEMATOMA	Si	1	1.9
	No	51	98.1
	Total	52	100,0
DOLOR	Si	32	61.5
	No	20	38.5
	Total	52	100,0

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se aprecia que el 55.8% de las mujeres no registran desgarro y el 44.2% si presenta. También se registra que 98.1% no registran hematoma y solo un caso si (1.9%). Finalmente, 61.5% indicaron haber tenido dolor y el 38.5% no presentaron dolor.

Tabla 5. Distribución de gestantes nulíparas según complicaciones mediatas de la episiotomía selectiva. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote Enero – Diciembre 2017.

COMPLICACIONES MEDIATAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFECCIÓN	Si	11	21.2
	No	41	78.8
	Total	52	100,0
DEHISCENCIA	Si	15	28.8
	No	37	71.2
	Total	52	100,0

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se muestra que 78.8% de las mujeres no registran infección y el 21.2% si presentaron; mientras que, 71.2% no registran dehiscencia y el 28.8% si presenta.

Tabla 6. Gestantes nulíparas presentaron desgarro según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, enero – diciembre 2017.

Episiotomía	Desgarro				Total		χ^2	<i>p</i>
	Si		No		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Sí	23	44.2	29	55.8	52	100.0	2.446	0.118
Total	23	44.2	29	55.8	52	100.0		

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se puede visualizar que no existe una relación significativa entre la episiotomía y el desgarro ($\chi^2=2.446$; $p=0.118$; $p>0.05$); sin embargo, de forma porcentual de las 52 gestantes con episiotomía selectiva el 44.2% (n=23) presentaron desgarro en comparación con 55.8% de gestantes quienes no presentaron desgarro perineal cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017. De acuerdo a los hallazgos del grado de desgarro perineal se encontró: desgarro de I° (n=16) que asciende a un 70%; desgarro de II° (n=6) que asciende a un 26%; desgarro de III° (n=1) que asciende a un 4%.

Tabla 7. Gestantes nulíparas presentaron hematoma según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, enero - diciembre 2017.

Episiotomía	Hematoma				Total		x^2	p
	Si		No		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Si	1	1.9	51	98.1%	52	100.0	0.081	0.776
Total	1	1.9	51	98.1%	52	100.0		

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se puede visualizar que no existe una relación significativa entre la episiotomía y la presencia de hematoma ($x^2=0.081$; $p=0.776$; $p>0.05$), en las gestantes nulíparas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.

Tabla 8. Gestantes nulíparas presentaron dolor según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, enero – diciembre 2017.

Episiotomía	Dolor				Total		χ^2	p
	Si		No		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Si	32	61.5	20	38.5	52	100,0	8.718	0.003
Total	32	61.5	20	38.5	52	100,0		

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se puede visualizar que existe una relación altamente significativa entre la episiotomía y la presencia de dolor ($\chi^2=8.718$; $p=0.003$; $p<0.05$), en las gestantes nulíparas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017, encontrando que el 61.5% de gestantes con episiotomía presentaron dolor, en relación al 38.5% que no presentaron dolor.

Tabla 9. Gestantes nulíparas presentaron infección según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, enero – diciembre 2017.

Episiotomía	Infección				Total		x^2	p
	Si		No		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Si	11	21.2	41	78.8	52	100.0	4.038	0.044
Total	11	21.2	41	78.8	52	100.0		

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se puede visualizar que existe una relación significativa entre la episiotomía y la presencia de infección ($x^2=4.038$; $p=0.044$; $p<0.05$), en las gestantes nulíparas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017. Se encuentra que el 21.2% de gestantes con episiotomía presentaron infección, y el 78.8% no presentó infección.

Tabla 10. Gestantes nulíparas presentaron dehiscencia según episiotomía. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, enero - diciembre 2017.

Episiotomía	Dehiscencia				Total		x^2	p
	Si		No		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
Si	15	28.8	37	71.2	52	100.0	5.922	0.015
Total	15	28.8	37	71.2	52	100.0		

Fuente: Historias clínicas, Centro de Salud Yugoslavia.

Se puede visualizar que existe una relación significativa entre la episiotomía y la dehiscencia ($x^2=5.922$; $p=0.015$; $p<0.05$), encontrándose presencia de dehiscencia en el 28.8% de gestantes con episiotomía cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el Centro de Salud Yugoslavia, durante el año 2017, se halló una incidencia de episiotomía en gestantes nulíparas del 76.5% (Tabla 1), resultado que ratifica la alta frecuencia comunicada en estudios internacionales (Dávila y Huaroc, 2017; Lutz y Misol, 2007; Mellizos-Gaviria, 2018; Romero y Andrés, 2018). Este resultado se encuentra por debajo del promedio nacional de 92.3% (Pujay, 2016) así como de Hospitales de la Selva (Rodríguez y Sánchez, 2012) y Sierra del país (Dávila y Huaroc, 2017), donde se halló una incidencia entre 90% y 91%. Sin embargo, se encuentra por encima de la frecuencia de Hospital de Lima, 48.2% a 65.4% (Ávila, 2017; Casanova y Luna, 2002). Es decir, la episiotomía sigue siendo un procedimiento quirúrgico utilizado de manera selectivo por quienes atienden el parto, a pesar de la recomendación de la OMS, donde se señala que la episiotomía no debe ser usada en más del 20% de los partos.

El uso selectivo de la episiotomía genera relevantes y limitantes efectos secundarios en la mujer, tales como: dolor a corto y largo plazo, dispareunia, pérdida de fuerza musculatura pélvica, posible lesión del nervio pudendo, lesiones obstétricas del esfínter anal y con ello incontinencia fetal (bien sea de heces, gases o líquido), incontinencia urinaria, infección, dehiscencia de la herida, endometriosis, hasta la posible muerte (Bernués, 2014). Al respecto, en la investigación no se halló relación entre la episiotomía y la presencia de desgarros por extensión ($\chi^2=2.446$; $p=0.118$; $p>0.05$) Tabla 6, resultados que ratifican lo hallado por Casanova y Luna (2002), quienes tampoco hallaron diferencias y relación. Esta situación podría tener explicación en lo expuesto por Correa y Passini, (2016), quien señala que, al realizar la episiotomía con una técnica quirúrgica apropiada, con ángulo $> 40^\circ$ y antes en la segunda etapa o de la coronación la probabilidad de desgarros por extensión disminuye. Así mismo, no se halló relación entre la episiotomía sistemática y la presencia de hematoma ($\chi^2=0.081$; $p=0.776$; $p>0.05$), situación contradictoria a lo hallado por Tuesta (2017), Rodríguez y Sánchez (2012), Albino (2009) y Casanova y

Luna (2002), quienes hallaron relación altamente significativa ($p < 0,001$). Es importante señalar que a pesar de la alta frecuencia de episiotomías y desgarros se presentó un solo caso de hematoma en la herida quirúrgica. Como señalan Correa y Passini, (2016), el profesional que mantienen una adecuada técnica quirúrgica en la episiorrafia logrará disminuir la presencia de hematomas, situación que sería la de los obstetras del Centro de Salud Yugoslavia.

Por otro lado, en el estudio se halló una relación altamente significativa entre la episiotomía y la presencia de dolor ($\chi^2=0.8.718$; $p=0.003$; $p < 0.05$) tabla 8. Resultados que ratifican lo comunicado por Robinson (2016), quien señala una alta presencia de dolor como consecuencia del trauma perineal. Este dolor se puede incrementar durante las primeras 24 horas, pasando de una intensidad leve a moderada, al sentarse y con la deambulaci3n, cosa que no sucedería sin la episiotomía (Rodríguez y Sánchez 2012; Juste-Pina, Luque-Carro, Sabater-Adán, Sanz-De Miguel, Viñerta-Serrano & Cruz-Guerreiro, 2007). Sin embargo, este dolor tiende a ceder con el uso de analgésicos no esteroideos (Carroli y Belizan 2008). Es importante señalar que la presencia del dolor puede variar dependiendo del momento de la episiotomía, la técnica quirúrgica, y la habilidad del profesional en reparar la episiotomía (Robinson, 2016).

Así mismo, se halló relación significativa entre la episiotomía y la presencia de infecci3n ($\chi^2=4.038$; $p=0.044$; $p < 0.05$) y la dehiscencia ($\chi^2=5.922$; $p=0.015$; $p < 0.05$). Tabla 9 y tabla 10. Al respecto diversos estudios señalan una mayor proporci3n de dehiscencia parcial de episiorrafia en el grupo de madres con episiotomía selectiva, en comparaci3n con el grupo sin episiotomía, existiendo diferencias y relaci3n significativa ($p < 0,001$), agravando el riesgo de infecciones de la episiorrafia o perineal ocasionando mayor número de dehiscencias (Tuesta, 2017; Rodríguez y Sánchez, 2012; Albino, 2009; Casanova y Luna, 2002). En ese sentido, lo recomendable es optar por una técnica apropiada para realizar y suturar la episiotomía (Correa y Passini, 2016).

Los resultados hallados en el presente estudio ratifican y amplían la discusión sobre el uso selectivo de la episiotomía, y de lado las competencias de los obstetras para la valoración y protección del periné. En primer lugar, porque actualmente sigue siendo una intervención quirúrgica obstétrica muy usada en los servicios de salud de la localidad y en segundo lugar por la puesta en duda de sus beneficios en relación al dolor postoperatorio y la cicatrización, los cuales no son mejores en comparación con un desgarro (Pregnancy-info.net, 2017; Carroli y Belizan, 2005).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Dentro de las complicaciones de la episiotomía selectiva aplicada a las gestantes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote, durante los meses enero – diciembre 2017, fueron: desgarro, hematoma, dolor, infección y dehiscencia.
2. En el Centro de Salud Yugoslavia se halló una frecuencia de episiotomía en gestantes nulíparas de $n=52$, ascendiendo al 76.5% del total de gestantes atendidas durante los meses enero a diciembre 2017.
3. Dentro de las complicaciones inmediatas de la episiotomía selectiva aplicada a las gestantes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote, durante los meses enero – diciembre 2017, el 44.2% gestantes con episiotomía presentaron desgarro, el 1.9% presentaron hematoma, y el 61.5% presentaron dolor ($p=0.003$), existiendo relación altamente significativa entre la episiotomía y la complicación inmediata dolor.
4. Dentro de las complicaciones mediatas de la episiotomía selectiva aplicada a las gestantes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia en Nuevo Chimbote, durante los meses enero – diciembre 2017, el 21.2% gestantes con episiotomía presentaron infección de la zona de Episiorrafia ($p=0.044$), y el 28.8% presentaron dehiscencia ($p=0.015$), existiendo relación significativa entre la episiotomía y las complicaciones mediatas.

Recomendaciones

1. Se recomienda al Centro de Salud Yugoslavia tomar los resultados del presente estudio para el desarrollo de acciones de capacitación permanente profesional para las obstetras a fin de mejorar las competencias para la atención del parto, con énfasis en el uso restrictivo de la episiotomía, así como de las técnicas para la protección del periné, técnicas quirúrgicas y evaluación integral antes de la atención del parto de la gestante.
2. Se deberían considerar las últimas tendencias de obstetricia basada en evidencias, en donde ya se encuentra en práctica, en algunos establecimientos de salud, la evaluación de las condiciones perineales, y otros factores que intervendrían en la decisión o no de la episiotomía en gestantes nulíparas, así como el masaje perineal preparatorio, ejercicios de Kegel, y profilaxis antes del parto, los cuales sirven para fortalecer los músculos perineales, obteniendo un tono adecuado para a su vez ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. Algunos estudios realizados en los últimos años demuestran que la episiotomía es necesaria en un pequeño porcentaje de casos, para el resto no tiene beneficio; por el contrario, constituye una de las causas más frecuentes de hematomas, infección, desgarros, incontinencias y prolapsos, entre otros.
3. El personal de salud debe fortalecer sus conocimientos en temas de bioseguridad antes, durante y después de la atención del parto, con la finalidad de evitar complicaciones de infección de la episiotomía, para ello se debe contar además con instrumental adecuadamente esterilizado. Por otro lado, se deben fortalecer las técnicas de sutura de episiorrafia con puntos de sutura adecuados, para evitar la dehiscencia de puntos.

Referencias bibliográficas

- Albino, F. (2009). 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).
- Asociación El Parto es Nuestro (5 Octubre 2017). La episiotomía. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-episiotomia>
- Bernués, I. (2014). *Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné*. (Trabajo de fin de grado). Universidad Pública de Navarra, España.
- Berzaín, M. y Camacho, L. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Facultad de Medicina “Dr. Aurelio Melean”, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia. *Rev. Cient Cienc. Med*, 17(2), 53-57.
- Campos, G., Suelem, C., Pereira, L., Ferreira, S., Noronha, A., Amorim, M. et al (2014). Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 60(5), 465-472
- Carroli, G. y Belizán, J. (2008). Episiotomía en el parto vaginal. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Casanova, M. y Luna, T (2002). *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 de licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Corrêa, M.D. y Passini, R. (2016). Episiotomía selectiva: indicaciones, técnica y asociación con laceraciones perineales graves. *Revista Brasileira de Ginecologia y Obstetrícia*, 38 (6), 301-307
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., et al (2015). *Williams. Obstetricia*, 24ed. México: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
- Dávila, E. y Huaroc, P. (2017). *Factores asociados a la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya-Jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. Huancayo, Perú.
- Gómez, S. (2003). *Técnicas de investigación*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R, Gartlehner, G., Thorp, J. & Lohr, KN (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*, 293(17):2141-8.

- Juste-Pina, A., Luque-Carro, R., Sabater-Adán, B., Sanz-De Miguel, E., Viñerta-Serrano, E. y Cruz-Guerreiro, E. (2007). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof.*, 8 (3-4), 5-11.
- Lutz, E. y Misol, S. (2007). *Parto humanizado*. Montevideo: Relacahupan.
- Mellizo-Gaviria, A.M., López-Veloza, L.M., Montoya-Mora, R., Ortiz-Martínez, R.A. y GilWalteros, C.C. (2018). Frecuencia de episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su desempeño. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69 (2), 88-97.
- Pregnancy-info.net. (8 Noviembre 2017). Información sobre el embarazo. Recuperado de <http://espanol.pregnancyinfo.net/episiotomia.html>.
- Pujay, A. (2016). *Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María-Enero-Diciembre 2015*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Huánuco. Huánuco, Perú.
- Robinson, JN. (2016). Approach to episiotomy. Recuperado de: www.uptodate.com
- Rodríguez, E. & Sánchez, M. (2012). *Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Periodo 2010*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Rubio-Romero, J.A. (2018). Episiotomía en mujeres nulíparas: ¿un hábito atrincherado?. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69 (2), 85-87.
- Schwarcz, R. (2016). *Obstetricia*. 7a ed. Buenos Aires: El Ateneo.
- Supo, J. (2012). *Seminarios de investigación científica*. México D.F. Seminarios de Investigación.
- Tuesta, M. (2017). *Complicaciones de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto; enero-marzo 2016*. (Tesis de licenciatura). Universidad Científica del Perú. Iquitos, Perú.

