

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA  
EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CENTRO MATERNO  
INFANTIL JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
MEZA SALAZAR HEPZAY MARTIN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

**ASESOR**  
DRA. LENY BRAVO LUNA

## **AGRADECIMIENTO**

**A los doctores:** por sus conocimientos que me transmitieron en el día a día de mi formación como médico y por su apoyo incondicional.

Agradezco de forma especial: A la **Lic. Elsi Bazán Rodríguez**, por haberme guiado mi tesis.

**A mis amigos** que me permitieron ser parte del grupo que formamos y que siempre estuvieron apoyándome y por lo que seguimos conservando esa gran amistad

Así mismo a mi alma mater **Universidad privada san juan bautista** y en especial a la **Escuela Profesional de Medicina Humana** por permitirme ser parte de la familia.

Y por último al **Centro Materno Infantil Juan Pablo II**, por dejarnos trabajar.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis va dedicada a Dios por darme salud y vida para poder lograr mis objetivos.

A mis queridos padres Tito y Gloria por protegerme, apoyarme y ser de mi un buen profesional. Así mismo a mi hermana y Carolina Arévalo por cuidar de mí y enseñarme a vivir la vida.

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar las características de las complicaciones de la episiotomía en las puérperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú. **Material y métodos:** es un trabajo de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por el total de la población que son las puérperas primíparas con episiotomía que hayan tenido complicaciones en dicha institución y en los años mencionados, con un total de 53 gestantes. Se tomó en consideración las variables sociodemográficas, características gineco-obstétricas y perinatales de los neonatos. Se utilizó el programa estadístico SPSS,  $\sqrt{22}$  y Excel 2010 y Microsoft Word 2010. **Resultados:** el promedio de la edad fue  $20,2 \pm 3,1$  años (rango: 15 a 28 años). La mayoría de las puérperas fueron adolescentes (47,2%), de estado civil soltera (77,4%) y de educación secundaria (84,9%). Las puérperas tuvieron una edad gestacional media de  $39,2 \pm 1,0$  semanas (rango: 37 a 40 semanas). Todas las puérperas dieron parto a término. El tipo de episiotomía más frecuente fue la media lateral (92,5%). Todos los recién nacidos presentaron peso comprendido entre 2500 a 4500g. La media del peso al nacer fue  $3321,2 \pm 394,9$  gramos. El puntaje de Apgar en el primer minuto fue  $8,5 \pm 0,8$  (rango: 5 a 9). La complicación más frecuente fue el hematoma perineal (50,9%) y la segunda complicación más frecuente fue el edema (17,0%). **Conclusiones:** se encontró que la complicación más frecuente es el hematoma y se da en las adolescentes utilizando con mayor frecuencia la episiotomía media lateral. **Palabras claves:** episiotomía, primíparas, complicaciones, hematoma.

## ABSTRACT

**Objective:** to determine the characteristics of episiotomy complications in primiparous puerperae at the Juan Pablo II Maternal and Child Center, 2013-2015, Lima-Peru. **Material and methods:** it is a quantitative, descriptive, retrospective and transversal work. The sample consisted of the total population of primiparous women with episiotomy who had complications in this institution and in the mentioned years, with a total of 53 pregnant women. The sociodemographic variables, gynecologic-obstetric and perinatal characteristics of the neonates were taken into consideration. We used the statistical program SPSS, v22 and Excel 2010 and Microsoft Word 2010. **Results:** the mean age was  $20.2 \pm 3.1$  years (range: 15 to 28 years). The majority of postpartum women were adolescents (47.2%), single marital status (77.4%) and secondary education (84.9%). The mothers had a mean gestational age of  $39.2 \pm 1.0$  weeks (range: 37 to 40 weeks). All postpartum women gave birth at term. The most frequent type of episiotomy was the lateral mean (92.5%). All newborns presented weight between 2500 and 4500g. The mean birth weight was  $3321.2 \pm 394.9$  grams. The Apgar score in the first minute was  $8.5 \pm 0.8$  (range: 5 to 9). The most frequent complication was perineal hematoma (50.9%) and the second most frequent complication was edema (17.0%). **Conclusions:** It was found that the most frequent complication is the hematoma and occurs in the adolescents using more frequently lateral lateral episiotomy.

**Key words:** episiotomy, primiparous, complications, hematoma.

## INTRODUCCIÓN

Por varios años la episiotomía ha sido considerada como una de las intervenciones que tenía por objetivo lograr evitar los desgarros de la región perianal de gravedad, además de evitar el trastorno estético vaginal <sup>24</sup>.

Esta actividad fue descrita por primera vez por Ould, quien que propuso que el uso de este procedimiento sirve para la prevención de la lesión perineal, además según datos bibliográficos fue Ould quien en 1742 en Irlanda lo realizó por primera vez y concluyó que favorece la expulsión fetal. En las décadas del 70 y 80, se hallaron datos que evidencian datos considerables acerca de todos los riesgos que se asocian a este procedimiento, como los de tipo medio, que incluyen al edema, hemorragia, infección, dispareunia y hematoma <sup>24</sup>.

Para cumplir este fin, la estructura de este estudio se ha dividido en cinco partes:

En el **primer capítulo** se comenta el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, delimitación del área de estudio, limitación de la investigación juntamente con sus objetivos y el propósito.

En el **segundo capítulo** se revisan las investigaciones realizadas con anticipación en las que se han utilizado las variables similares de este estudio. Igualmente se hace referencia al marco teórico en el que se han visto conceptos, teorías que ayudan comprender el problema.

En el **tercer capítulo** se presenta la metodología del trabajo: el tipo de estudio, nivel de la investigación, la población, muestra y el instrumento utilizado para recoger la información. se presentan el diseño de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos así mismo respetando los aspectos éticos.

En el **cuarto capítulo** se presentan los resultados y las discusiones de los mismos.

Finalmente, en el **quinto capítulo** se analizan las conclusiones y las recomendaciones que podemos dar para ayudar en el manejo de esta situación.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b> .....	<b>I</b>
<b>ASESOR</b> .....	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>IV</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>VIII</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	<b>X</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>XIII</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	<b>XV</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	<b>1</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 GENERAL.....	2
1.2.2 ESPECÍFICOS.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO .....	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS .....	5
1.6.1 GENERAL.....	5
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	5
1.7 PROPÓSITO .....	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2 BASE TEÓRICA .....	13



2.3 MARCO CONCEPTUAL .....	21
2.4 HIPÓTESIS .....	21
2.5 VARIABLES.....	22
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS .....	22
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>24</b>
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	24
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	25
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	27
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
4.1 RESULTADOS .....	28
4.2 DISCUSIÓN.....	50
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>52</b>
5.1 CONCLUSIONES .....	52
5.2 RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS .....	58

## LISTA DE TABLAS

Pág.

### **TABLA N° 1**

EDAD DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 28

### **TABLA N° 2**

ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.... 29

### **TABLA N° 3**

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 30

### **TABLA N° 4**

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 31

### **TABLA N° 5**

EDAD GESTACIONAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ... 32

### **TABLA N° 6**

TIPO DE EPISIOTOMÍA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ... 33

### **TABLA N° 7**

PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 34

### **TABLA N° 8**

APGAR AL MINUTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015,

	Pág.
LIMA-PERÚ.....	35
<b>TABLA N° 9</b>	
APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	36
<b>TABLA N° 10</b>	
EDEMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	37
<b>TABLA N° 11</b>	
HEMATOMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ...	38
<b>TABLA N° 12</b>	
INFECCIÓN DE HERIDA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	39
<b>TABLA N° 13</b>	
FÍSTULA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	40
<b>TABLA N° 14</b>	
DEHISCENCIA DE SUTURA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	41
<b>TABLA N° 15</b>	
DISPAREUNIA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ...	42
<b>TABLA N° 16</b>	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A HEMATOMA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN	

	Pág.
EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	43
<b>TABLA N° 17</b>	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A EDEMA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	44
<b>TABLA N° 18</b>	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A INFECCIÓN DE HERIDA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ...	45
<b>TABLA N° 19</b>	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A DEHISCENCIA DE SUTURA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ...	46
<b>TABLA N° 20</b>	
COMPARACIÓN DE MEDIAS DE EDADES DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES* EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	47
<b>TABLA N° 21</b>	
COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES* EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	48
<b>TABLA N° 22</b>	
COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL PESO NEONATAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES* EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	49

## LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

### GRÁFICO N° 1

EDAD DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 28

### GRÁFICO N° 2

ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 29

### GRÁFICO N° 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 30

### GRÁFICO N° 4

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 31

### GRÁFICO N° 5

EDAD GESTACIONAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.... 32

### GRÁFICO N° 6

TIPO DE EPISIOTOMÍA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.... 33

### GRÁFICO N° 7

PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ..... 34

	Pág.
<b>GRÁFICO N° 8</b>	
APGAR AL MINUTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	35
<b>GRÁFICO N° 9</b>	
APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	36
<b>GRÁFICO N° 10</b>	
EDEMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	37
<b>GRÁFICO N° 11</b>	
HEMATOMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ...	38
<b>GRÁFICO N° 12</b>	
INFECCIÓN DE HERIDA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	39
<b>GRÁFICO N° 13</b>	
FÍSTULA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	40
<b>GRÁFICO N° 14</b>	
DEHISCENCIA DE SUTURA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.....	41
<b>GRÁFICO N° 15</b>	
DISPAREUNIA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ...	42

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>ANEXO N° 1</b>	
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	59
<b>ANEXO N° 2</b>	
INSTRUMENTO.....	61
<b>ANEXO N° 3</b>	
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS.....	63
<b>ANEXO N° 4</b>	
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	67
<b>ANEXO N° 5</b>	
PERMISO DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO.....	69

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el mundo hay centros Gineco-Obstétricos donde se realiza la incisión de la episiotomía y con mayor frecuencia a las puérperas primíparas. Según la OMS en un informe del año 1996 afirmó que las episiotomías elevan el daño perineal en las mujeres a los 10 días y a los 3 meses y reafirmó que no tienen ningún efecto protector sobre la condición fetal <sup>7</sup>.

En América Latina también se realiza la episiotomía a las puérperas primíparas y por lo tanto hay ciertas complicaciones. Según E. García en el año 2013 en su tesis mencionó que en algunos países de Latinoamérica como la Argentina, donde se llevó a cabo una episiotomía en 9 de cada 10 mujeres que entran por parto eutócico. Además, en esta técnica se lleva a cabo un conjunto de beneficios que al momento de asistirle se en un parto vaginal complicado (como asfixia fetal y otros); permitiendo la ampliación del canal de parto y así facilitar la expulsión del nuevo ser, esto justifica la realización del mismo de forma selecta <sup>14</sup>.

En el Perú, específicamente en Lima, la episiotomía se realiza normalmente en la primíparas, en realidad es común una práctica ya generalizada, teniendo una tasa media en los 108 hospitales mayores de nuestro país, ya por la década de los noventa que fue un 92.3% que se muestran realizando esta técnica y de manera rutinaria en cada sala de parto del país <sup>4</sup>.

En la institución Juan Pablo II se realiza la episiotomía, en general a las gestantes primíparas por lo que están en riesgo de presentar ciertas complicaciones como edema, hematoma, infección, dolor, hemorragia, fistula, dehiscencia y dispareunia que son un problema en salud pública con gran magnitud, y con predominio en los lugares de baja condición económica como es el distrito de Villa el Salvador donde las tasas de fecundidad tienen mayor incremento. También es importante mencionar que la desnutrición baja sus defensas en las puérperas primíparas ocasionado ciertas complicaciones de la episiotomía como las infecciones.



Las causas de las complicaciones de la episiotomía son variadas, una de ellas son las causas médicas como la falta de experiencia para realizar la incisión por parte del profesional de salud, peso del recién nacido (macrosómico), parto complicado como distocia de hombros y parto podálico. Las féminas que han sido sometidos a una episiotomía, han perdido sangre durante el alumbramiento. Esta mismas reportaron que los periodos en los que se recuperaban eran mucho más largos y dolorosos posteriores al parto, y además experimentaban una mayor cantidad de complicaciones y además que están propensas a sufrir de un debilitamiento de aquellos músculos en la zona pelviana posteriores al parto <sup>4</sup>.

Por lo tanto, nosotros como médicos y concedores de dicha incisión y de uso excesivo y no se realiza de manera selectiva además que producen consecuencias, es necesario conocer las características de las complicaciones de la episiotomía que se realiza como es el CMI Juan Pablo II de la localidad villa el salvador.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 GENERAL**

- ¿Cuáles son las Características de las Complicaciones de la Episiotomía en las Puérperas Primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?

### **1.2.2 ESPECÍFICOS**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones por episiotomía en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?
- ¿Cuáles son las características Gineco-Obstétricas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?

- ¿Cuáles son las características perinatales de los neonatos de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?
- ¿Cuál es el tipo de complicaciones de las episiotomías realizadas a las puérperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

- Justificación metodológica.- el estudio se ha creado en base a ficha de recolección de datos donde se llenarán los características sociodemográficos, características gineco-obstétricas, característica perinatal de los neonatos y las complicaciones de la episiotomía.
- Justificación económica.- este estudio muestra la frecuencia y las características de las complicaciones de la episiotomía de las puérperas primíparas y con ello se mostrara evidenciar que afecta a la práctica médica y afecta potencialmente a la salud y el bienestar de la persona y de esa manera se podrá inferir que manejando mejor este problema, el país, el CMI Juan Pablo II y la población podrían mejorar.
- Justificación social.- se verá evidenciado la población que se atienden en el CMI Juan Pablo II, este estudio es un aporte a la sociedad médica en la medida que expresa la cantidad de pacientes con complicaciones de episiotomía y se podrían mejorar dicho problema de salud pública.

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

- Delimitación espacial: el presente trabajo de investigación determina como área de estudio al CMI Juan Pablo II.
- Delimitación temporal: el recojo de información para el estudio se realiza desde el periodo de enero 2013-diciembre 2015.

- Delimitación social: la población del estudio serán Historias Clínicas de las puérperas primíparas que se atendieron en la sala de dicho CMI durante los años 2013-2015.
- Delimitación conceptual: por el servicio de gineco-obstetricia donde se encuentran las puérperas.

### **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

- Una limitación será el recojo de la información de las Historias Clínicas porque solo se podrá recolectar la información en horarios y en presencia del personal encargado de dicho servicio.
- Este estudio es viable porque se contara con la autorización respectiva, aunque se tendrá ciertas limitaciones administrativas para poder obtener el permiso del CMI Juan Pablo II.
- Limitación económica porque solo se contara con los recursos propios del investigador.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 GENERAL**

- Determinar las características de las complicaciones de la episiotomía en las puérperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.

### **1.6.2 ESPECÍFICOS**

- Determinar las características sociodemográficas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones por episiotomía en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.
- Determinar las características Gineco-Obstétricas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.
- Determinar las características perinatales de los neonatos de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.
- Determinar el tipo de complicaciones de las episiotomías realizadas a las puérperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.

## **1.7 PROPÓSITO**

El propósito fundamental de la investigación es evidenciar las complicaciones de la episiotomía, así saber la frecuencia de las complicaciones y permitir diagnosticar a tiempo para poder brindar un tratamiento oportuno antes que se complique más el tipo de complicación de la episiotomía.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La autora Mary C. Berzaín y colaborador (2014) en su artículo titulado, **Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina**, dan a conocer que este procedimiento presenta complicaciones muy graves durante el puerperio de las pacientes por lo que están clasificadas en siete formas, pero solo se usan dos; por incisión mediana y por incisión medio lateral. Y esto es debido a la facilidad en la realización de la técnica y la menor cantidad de complicaciones que presenta en la prolongación de la incisión que conlleva. Al llevarse a cabo las incisiones se compromete la piel, el tejido celular subcutáneo y músculos dentro de los cuales están incluidos el bulbo esponjoso y el perineal transversal. Asimismo, hay probabilidades de producir daño al nervio pudendo, que puede ser causa de una gran dispareunia que sufren las pacientes a quienes se les realiza este procedimiento. Sin embargo, se presentan complicaciones mediatas e inmediatas que como el hematoma (62%) y el edema (32%) en aquellas pacientes con episiotomía, comparado con un 3% y 5% de aquellas pacientes sin episiotomía, respectivamente. Además se realizó un estudio sobre el tipo de desgarramiento perineal en el que existen 4 tipos, y en este corte se clasifico en grado I y II; pero se han observado grados III y IV que son precedidos posteriores al procedimiento, que se evaluó a 568 puérperas que cumplen criterios de inclusión en donde surgieron los siguientes resultados: desgarramiento de I grado (con episiotomía 3,4% sin episiotomía 55,6%); desgarramiento de II grado ( con episiotomía 2,8% sin episiotomía 15,7%); desgarramiento de III grado (con episiotomía 0,3% sin episiotomía 0%). Del mismo estudio (28,7% permaneció con el periné integro) <sup>2</sup>.

El autor Cristian A. Gualán y colaborador (2015) estudiaron la “**Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador.**

**2014”**. Plantea como objetivo determinar la prevalencia de dicha incisión realizada en primigestas y la relación entre los factores como la talla materna, edad materna, peso en el recién nacido y el perímetro cefálico, debido que al momento aún no existen estudios para el establecimiento de una posible disminución de este procedimiento. Además, se realizó un estudio en el que la prevalencia analítica con una población de 3798 parturientas, de estas 580 primíparas conforman la muestra por lo que acudieron a este centro obstétrico, en el que se utilizó un formulario de recolección de datos, para obtener la información necesaria para su posterior análisis en SPSS 21. La episiotomía tiene una prevalencia de 35.5%; los menores de 19 años fue considerado como un factor de riesgo para la realización del procedimiento; igualmente el peso mayor a 3 kilogramos, y el perímetro cefálico mayor a 33 centímetros; sin embargo no se encontró relación estadísticamente significativa con la talla materno menor al 1.45 metros <sup>1</sup>.

El autor Hernández Pérez y colaboradores (2014) estudiaron **“Factores que intervienen en la realización de una episiotomía selectivas en mujeres nulíparas”**. Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Miguel Servet De Zaragoza, donde se aplicó un estudio de tipo descriptivo transversal en este hospital, en el que se obtuvo un muestreo de 568 nulíparas. Aquella se comparó la existencia de la episiotomía posterior al parto con las siguientes variables: nacionalidad, peso fetal, edad materna, sexo fetal, edad gestacional, tipo de anestesia y el profesional que interviene el parto, al igual la presencia de desgarros y por último el pH de la arteria umbilical. Se obtuvo como resultado que la tasa de episiotomía en mujeres nulíparas es de 62%, y entre todos los factores que influyen la realización del procedimiento están considerados el mayor peso ( $p=0.000$ ); así como los criterios de manera individual de cada profesional que asisten a los partos. Además, de otros factores como el tipo de sexo, la edad gestacional, la analgesia epidural, la hora en que nacen no influyen en la realización del

procedimiento. La no realización de la episiotomía aumenta los riesgos de los desgarros en la región perineal del primer grado, y menos cantidad el segundo grado, sin que esto genere un riesgo mayor en cuanto al bienestar del feto. En cuanto al análisis de si la episiotomía influye en la presencia de desgarros perineales, se determinó que el presencia de desgarros de primer y segundo grado se dan cuando no se realizan la episiotomía. Y en cuanto si el procedimiento influye en los neonatos, se observó que el pH de la arteria umbilical obtuvo resultados normales, por lo cual no influencio en el bienestar fetal. Los estudios en los que se presentan disparidad de resultados, es debido a la relación entre la tasa de episiotomía y el aumento de edad, en otros se encuentran elevadas tasas en aquellos grupos más jóvenes o en aquellas que tienen a partir de los 35 años <sup>5</sup>.

María j. Vargas (2011) estudio **“La episiotomía como factor de riesgo o factor protector de desgarrro perianales”**. Con el pasar de los años y la existencia de los diversos estudios que se han realizado, se obtuvieron que el uso rutinario de la episiotomía incrementarían los riesgos de las laceraciones esfínter-anal tanto como tercer grado y cuarto grado, y más cuando se realiza una incisión en la línea media, el cual producirá una lesión esfínter-anal con persistencia de síntomas posteriores. Además el beneficio de que se observó en el procedimiento está en la disminución de las laceraciones en las regiones labiales y vaginales, que son las que no se evidencian efectos a largo plazo. La realización de esta incisión de manera rutinaria trae consecuencias de disminución de la fuerza muscular del piso pélvico, la incontinencia urinaria y fecal, dispareunia y problemas emocionales. Además, no existen pruebas suficientes que evalúen las indicaciones para el uso del procedimiento, como lo es la asistencia. Asimismo, el uso de este procedimiento no debería realizarse de manera rutinaria, debido a que no está prescrito criterios específicos para el uso de esto. Sin embargo, la decisión de la realización de este procedimiento debe

estar basada en el riesgo y todos los efectos que se presentan a largo y corto plazo, en el que se valora los beneficios sobre el riesgo <sup>25</sup>.

La autora María I. Sánchez (2012) estudio **“Episiotomía Versus Desgarro”**, revisión de revistas científicas, tienen como objetivo la examinación de la bibliografía existente, que se basa en evidencia científica que ha sido contrastada, y en el que se buscó conocer las ventajas y las desventajas de los desgarros que se presentan frente al procedimiento en el parto vaginal; además de las indicaciones y limitaciones que este presenta y las estrategias utilizadas para la reducción de su uso continuo. Se analizaron 32 artículos en referencia a las complicaciones de este procedimiento y los desgarros que se producen sobre el parto eutócico, y entre estos se extrajeron pautas para la reducción del uso de la episiotomía. En la revisión se demostró que el uso de esta episiotomía no se debe realizar de manera rutinaria debido a que no presenta beneficios ni para la madre ni para él bebe. Además, en este estudio se refleja que la episiotomía tampoco es una indicación de técnica quirúrgica, sin embargo es utilizado por diversos centros de obstetricia para ayudar a la prevención de los desgarros y otras complicaciones <sup>3</sup>.

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

El autor Edgar Rodríguez y colaborador (2012) estudiaron, **“Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Periodo 2010”**, en su estudio como objetivo es determinar las principales complicaciones que presentan en el uso de rutina en la episiotomía en aquellas gestantes nulíparas de parto eutócico. Su población se conformó de 194 gestantes dentro de estos 177 de casos y 77 de control. La incidencia que se presentó en estas gestantes fue de 90.04%, y en cuanto al promedio etario, de 20.74 años en el grupo de estudio y de 22.92 años en el grupo control; la unión no estable con sus parejas se presentó en 97.44%. El 58.12% tenía como grado de



instrucción el nivel primario, además el 68.38% procedía de zonas urbanas. Las indicaciones de episiotomía en gestantes no están relacionados por la edad gestacional, ni el peso del recién nacido ( $p>0,05$ ). A corto plazo se presentan complicaciones como lo son la pérdida sanguínea y el dolor ( $p<0,05$ ) y laceración en las no episiotomizadas ( $p<0,05$ ). A mediano plazo se presentó dehiscencia ( $p<0,05$ ). El rutinario presenta complicaciones mayores <sup>4</sup>.

La autora Maricela M. Guevara (2014), en su estudio sobre **“Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, Lima 2014”**. Tienen como finalidad la identificación de causas y permitir la prevención de las complicaciones que la episiotomía trae consigo. El trabajo que se llevó es observacional, de casos y controles, en tiempo retrospectivo y transversal. En cuanto a la técnica de recolección de datos se usó en forma documental, es decir que se hizo mediante las historias clínicas. Dentro de los resultados más importantes están que de 500 episiorrafias que se registraron en ese hospital, solo el 7.6% de las puérperas presentaron dehiscencia; considerándose los siguientes factores de riesgo como las variedades de posición derecha (44.7%), la inducción de parto (81.6%), la primiparidad (94.7%), las episiorrafias realizadas por los internos de medicina (57.9%), expulsivo prolongado (42.1%), realización de más de 5 exploraciones vaginales (57.9%), anemia (73.7%), hábito de fumar (10.5%), infección por VPH (8%), infecciones genitales (5.3%) y distocia de hombros (8%). Concluyendo que dentro de los factores personales que se presentan están la anemia frente a la dehiscencia ( $p=0.03$ ). Dentro de los siguientes factores fueron la infección por VPH ( $p=0.011$ ), infecciones genitales ( $p=0.04$ ), primiparidad ( $p=0.003$ ), inducción del trabajo de parto ( $p<0.001$ ) <sup>23</sup>.

El autor Edgar R. Flores (2014), **“Factores de riesgo asociados a dehiscencia por episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013.”** Se buscó demostrar la existencia de los factores de riesgo que tiene la dehiscencia de la episiorrafia en dicho hospital. En el que se realizó con una población de 135 pacientes, por lo que se llevó a cabo un parto eutócico en el que se realizó una episiorrafia, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, además se distribuyeron en dos grupo en los que 9 presentaron dehiscencia y 126 no dehiscencias. Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que la frecuencia de 6.7% en la que se presentó la dehiscencia posterior a la episiorrafia. Y por esta razón el promedio de aquellos pacientes que presentaron anemia e infección fue significativamente mayor que el grupo de aquellos que presentaron dehiscencia. Se concluyó, que la presencia de infección y anemia son factores de riesgo que se asocian a la presencia de dehiscencia de episiorrafia en el Hospital <sup>24</sup>.

Marco C. Ayarza y colaboradores (2012), en su estudio **“Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012”**. Tuvo por objetivo la determinación de las complicaciones más frecuentes durante la atención del parto eutócico. Se trabajó con historias clínicas de 85 pacientes que se atendieron el Instituto materno Perinatal. Se obtuvieron resultados en los que las complicaciones se dieron en el 9% de los casos. Además, en el 40% de los casos se realizó la episiotomía el desgarro vaginal se presentó en 19% de los casos; además, en el 13% de los pacientes presentaron liquido meconio, mientras el 6% tuvo un alumbramiento incompleto que se necesitó la realización de un legrado uterino, la hemorragia se dio en el 5% de los casos. En cuanto al desgarro cervical, el trabajo de parto precipitado y el trabajo de parto prolongado; que se presentaron en el 3% de los casos en cada uno de las complicaciones antes mencionadas. La atonía uterina se presentó en el 2% de los

pacientes. Excluyendo la complicación de la episiotomía, esta presentó una disminución de 89 a 48%; que fueron similares a la atención horizontal; y no se evidenció ningún efecto nocivo en el parto eutócico. Además, recomendaron la realización de estudios de muestras de mayor tamaño con un registro de datos que sean diferenciados para así permitirnos identificar la variable del personal de salud <sup>21</sup>.

Okumura y sus colaboradores (2016), en su estudio sobre **“Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú”**. Buscó conocer el riesgo de las complicaciones perinatales y obstétricas en aquellas gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Para esto se realizó un estudio de tipo cohorte retrospectivo en el que se constituyó de 67 693 gestantes que se atendieron durante los años 2000-2010. Las complicaciones fueron clasificadas en tempranas (menores de 15 años), tardías (entre 15-19 años) y fueron comparadas con las adultas (20-35 años). El Odds Ratio se ajustó según educación, control prenatal, estado civil, paridad, IMC pre gestacional y gestaciones previas. Los resultados obtenidos fueron que las cesáreas tienen mayor riesgo (OR=1,28; IC95%=1,07-1,53) e infección puerperal (OR=1,72; IC95%=1,17-2,53) en aquellas gestantes menores de 15 años, y un mayor riesgo de realizar episiotomía en las adolescentes tardías (OR=1,34; IC95%=1,29-1,40). Además, se encontró que existe un menor riesgo de pre eclampsia (OR=0,90; IC95%=0,85-0,97), ruptura prematura de membranas (OR=0,83; IC95%=0,79-0,87), hemorragia en la segunda mitad del embarazo (OR=0,80; IC95%=0,71-0,92) y desgarro vaginal (OR= 0,86; IC95%=0,79-0,93). En este sentido, el embarazo se considera un factor de riesgo para que desarrollen complicaciones obstétricas en embarazadas adolescentes, en especial las consideradas adolescentes tempranas. Además entre otras causas están la edad materna, que son necesarios equipos más sofisticados y multidisciplinarios para disminuir todas las posibles complicaciones que se puedan dar <sup>22</sup>.

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **DEFINICIÓN: EPISIOTOMÍA**

Según la etimología la palabra episiotomía es "cortar el pubis" (episeiñón = pubis ytemno = yo corto). Además es conocido con una colpoperineotomía que es considerada una técnica quirúrgica que ayuda a que feto sea expulsado de manera más rápida y amplia en canal de parto <sup>6</sup>.

Este procedimiento en si es considerada una incisión quirúrgica en la región perineal que se lleva a cabo con el fin de no causar daño al esfínter y el recto de posibles desgarros también laceraciones durante el proceso de expulsión del trabajo de parto, asimismo ayuda a reducir la probabilidad de futuros prolapsos <sup>7</sup>.

Según la OMS, la episiotomía no es considerada una incisión para evitar desgarros, y es que en realidad no los previene <sup>7</sup>.

### **HISTORIA Y EVOLUCIÓN**

En realidad no se sabe cuándo se originó esta técnica; porque ya en el año 1741 en un informe se menciona que la primera incisión se realizó en el periné con el fin de evitar el desgarro severo; fue sustentado por un comadrón llamado Sir Fieldin Out, quien empezó a recomendar utilizarlo en casos en el que la apertura vaginal externa sea muy estrecha. Mundialmente, en la primera mitad el siglo XX, el uso de esta técnica aumento exponencialmente, junto a la tendencia en aquellos partos que se daban en los hospitales y entre los médicos que reportaban tener partos sin complicación alguna <sup>24</sup>.

Algunos estudios reportaron que una episiotomía rutinaria comparado con la restrictiva tendrá mayor riesgo de las lesiones del esfínter anal y lesiones en el recto. Por esta razón, su efectividad ha sido bastante debatida hasta ahora <sup>9</sup>.

## **TIPOS DE EPISIOTOMÍA**

En la actualidad, existen dos tipos de episiotomía, una medial y otra medio lateral. La segunda se puede realizar hacia cualquier de los dos lados, derecha o izquierda; y existe una tercera que se dejó de usar y es la técnica lateral <sup>4</sup>.

### **La episiotomía medial o central:**

Esta incisión es de manera vertical y longitudinal y va desde la vagina hacia el ano y como ventaja nos permite la mayor apertura del canal y además cicatriza rápidamente debido a que gracias a este tipo de corte está en zona de tejido conjuntivo, que tiene poca irrigación. Debido a esto presenta menos hemorragia, es fácil de suturar y produce menor dolor en el posparto. El problema está en que esta técnica presenta una mayor probabilidad de complicación como las lesiones del esfínter-anal. Por último, fue utilizada principalmente en Norteamérica y en Francia un 30% <sup>4</sup>.

### **La episiotomía medio lateral:**

Esta técnica es la más utilizada, ya que se mantiene una distancia con el recto y presenta menor riesgo. Se lleva a cabo mediante la realización en un ángulo de 45 grados con respecto a la línea horizontal, que es donde se debe de cortar piel, parte de la vagina y toda la región puborectal del músculo elevador del ano. Esta línea oblicua va dirigida a la nalga, en cualquier de los dos lados. Es la más utilizada en Europa por la razón que produce menor riesgo en el momento del corte <sup>4</sup>.

### **La episiotomía lateral:**

Este tipo es parecido a la anterior, sin embargo, el corte se realiza en un ángulo mayor al de 45 grados hacia la nalga. Inclusive, existen ocasiones en las que se puede realizar en ambos lados, con el fin de proteger el recto y además, es poco probable que presente alguna complicación, sin embargo, no se realiza de manera rutinaria debido al hecho que afecta a muchos músculos de la región anal y una mayor hemorragia en comparación con un tipo de corte central. Asimismo, cuando este se sutura genera mayor dolor en el periné <sup>4</sup>.

**La episiotomía mediana modificada:**

La técnica de igual a la antes mencionada, con la pequeña diferencia que se le agrega dos técnicas transversales opuestas que son derecha e izquierda, dando protección al esfínter anal. Además estas no deben medir más de 2 a 3 cm.<sup>2</sup>.

**La episiotomía en forma de j:**

Esta se inicia con una corte medial lateralizada yendo en dirección a la tuberosidad isquiática con el fin de evitar la proximidad al esfínter anal. En esta técnica lo mejor es utilizar tijeras curvas<sup>2</sup>.

**La episiotomía anterior:**

Esta técnica se utiliza en aquellas mujeres que han sufrido algún tipo de mutilación genital, pero en la actualidad no se incluye en la literatura<sup>2</sup>.

**COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA****Edema:**

Está definido como el aumento de la cantidad de líquido dentro de la región intersticial que se manifiesta de manera clínica a la presión de la piel. En un individuo de tamaño promedio, para que el exceso de líquidos genere un edema es necesario aproximadamente entre 2.3 y 4.5 kg o que líquido en el espacio intersticial será mayor al 10% de su peso corporal. Además, cuando la filtración en el capilar es mayor a lo normal se produce un edema; asimismo, en el síndrome nefrótico, la desnutrición, la insuficiencia hepática, la enteropatía con pérdida de proteína, el síndrome de malabsorción y el edema bilateral, generalizado, blando o simétrico; tienen en común la hipoalbuminemia, el cual permite presentar una baja en la presión oncótica y la salida desde la zona intravascular al intersticio, lo cual presenta una disminución del volumen de sangre efectiva; además de estimular el eje renina-angiotensina-aldosterona, y también la vasopresina, que causa retención de agua y sodio<sup>27</sup>.

**Edema agudo** es considerado a aquel edema que aparece antes de las 72 horas. Es un proceso sistémico que afecta varias localizaciones, en el que se

debe de descartar la presencia de algún proceso inflamatorio agudo, como una sobrecarga hidrosalina iatrogénica, insuficiencia cardiaca o alguna insuficiencia renal aguda. Este edema es simétrico y en su mayoría tiende a ser afectado por la gravedad, salvo que se dé por un proceso inflamatorio. En caso el edema sea asimétrico, y afecta solo una extremidad, se tiene que descartar la presencia de algún proceso de trombosis aguda o la presencia de un hematoma que produce retorno venoso <sup>28</sup>.

**Edema crónico** es un edema que afecta a diversos lugares del cuerpo y además se modifica según la gravedad, además se debe de descartar cualquier problema como hipoproteinemia u otro problema tiroideo. Si en caso este no presenta modificaciones por la gravedad, y es de aparición en mujeres, se debe valorar la posibilidad de un edema de tipo cíclico. Pero si en caso se afectan las dos extremidades inferiores y a su vez se ve influenciado por la gravedad, se debería descartar una insuficiencia de tipo renal, hepática o cardiaca. Por el contrario, si el edema está presente en las dos extremidades inferiores sin cambio en la posición, se debe de valorar un problema de retorno venoso o linfático que se relaciona a problemas abdominales o pélvicos, por ocupación o compresión. Sin embargo, si el edema es asimétrico y solo afecta una extremidad, es problema estará relacionado a una trombosis venosa o compresión extrínseca, que genera dificultad en el retorno venoso, y en caso de que sea de origen linfático se debe a la interrupción de esta circulación <sup>28</sup>.

#### **Hematoma:**

Se consideran a los hematomas heridas de tipo cerrado que se ubican en la región subcutánea que son agudas, que se deben a causa de un traumatismo o herida, donde se genera la ruptura de pequeños vasos sanguíneos y su contenido se filtra dentro del tejido celular subcutáneo. <sup>(25)</sup>

**Los hematomas en la región perianal** son producidos por una hemostasia de carácter deficiente que se da durante la incisión de la histerotomía en la cesare o como una complicación que se presenta en la rotura del útero posterior a un parto eutócico. Además, el hematoma puede ser de grado

variable y puede ocasionar problemas tan simples como una disección del ligamento ancho, como también graves como una reserva de varios litros de sangre que además puede afectar al retroperitoneo o inclusive a los ligamentos infundibulopelvicos o el peritoneo parietal <sup>25</sup>.

En el momento de la realización de la episiorrafia o en caso de una reparación de los desgarros en el canal del parto en los que no se realizan de manera adecuada la hemostasia de la zona y se dejan vasos sanguíneos no obturados, genera los hematomas. La incidencia de estos va desde 1/300 a 1/1500 partos; de los cuales los grandes hematomas llegan a complicar a 1 de cada 4000 partos. Y el factor principal que tiene relación con estos hematomas es la episiorrafia, en los que antecedentes bibliográficos refieren presentarse en el 85 al 93% de los casos. Además, existe una relación entre las incisiones media y medio lateral, y la formación de hematomas; aunque las últimas son las que más están asociadas debido a su alta incidencia <sup>25</sup>.

### **Infección:**

Las infecciones en la zona genital femenina se presentan con un conjunto de síntomas que suelen ser comunes como, poliaquiuria, dispareunia, disuria, prurito vulvar y leucorrea. En realidad la distinción entre las infecciones es muy difícil si solo nos basamos en los síntomas, para lo cual es necesario la realización de una exploración y el apoyo microbiológico para poder dar un diagnóstico preciso.

Cuando una mujer presenta síntomas de un infección del tracto urinario inferior se debe proceder a diferenciarse entre las diversas afecciones del tracto urinario como cistitis, uretritis, vaginitis o cervicitis; además que buscar conocer la etiología para así poder instaurar la terapéutica adecuada; excluyendo la existencia de infecciones en tracto superior. En caso de que no se pueda observarse la infección, se debe de establecer si estas molestias son de tipo funcional o psicósomática.

En cuanto a la leucorrea, esta puede deberse a una infección en la vagina o cérvix de tipo mucopurulenta; y para poder establecer un diagnóstico se necesita realizar una exploración muy meticulosa del paciente y el estudio de



un exudado vaginal y cervical que tiene que evaluar el pH, aminas, examen microscópico en fresco, gram, cultivos para Chlamydia y Gonorrea; además de la citología. La infección en la vagina se caracteriza por la presencia de un exudado vaginal, además de irritación y pìcor vulvar; además de que puede manifestarse un olor vaginal.

Dentro de las tres causas con mayor frecuencia de la infección vulvovaginal están la vaginitis por trichomonas, por cándida y la bacteriana; siendo las dos últimas no consideradas como enfermedad de transmisión sexual <sup>29</sup>.

### **Fístula:**

La fístula rectovaginal (FRV) en general se da por sobre la línea dentada y se comporta con una fistula de tipo transesfinteriana, a pesar de que puede localizarse en la región más próxima al recto. La etiología de esta fistula se incluyen a las enfermedades inflamatorias intestinales, cáncer, lesión obstétrica, radiación o fistula criptoglandular. Además es muy importante ubicar la localización de la causa que normalmente es evidente ante una adecuada historia clínica, pero si existe alguna duda siempre se puede solicitar una colonoscopia, el cual nos permite descartar la presencia de algún cáncer o de una enfermedad inflamatoria. Asimismo, más del 80% de estas fistulas son por causa obstétrica ya sea por una lesión del esfínter o por la falla de los desgarros de cuarto grado. Por suerte, la incidencia de las fistulas posteriores a partos eutócicos es baja y bordea el 0.1% <sup>32</sup>.

Las neoplasias en región anorrectal o ginecología tanto primarias como recurrentes suelen ocasionar una erosión circundante, incluyendo al recto y la vagina produciéndose así la fistula <sup>32</sup>.

**Se clasifican:** como simples o complejas y eso varía gracias a su tamaño, localización y etiología subyacente. Dentro de las primeras las fistulas se ubican por debajo de septo rectovaginal o el complejo esfinteriano anorrectal, con un diámetro por debajo de los 2.5 cm, que son de origen tanto obstétrico o infeccioso. En caso de las fistulas complejas, estas se encuentran en las región del tabique rectovaginal que es próxima al esfínter anorrectal; además de presentar un diámetro de 2.5 cm, que se da a causa de radiación,

enfermedad intestinal inflamatoria o una neoplasia. Además, esta clasificación permite a los cirujanos poder aproximarse a la fistula en base a la cantidad de tejido tanto local como global del paciente <sup>32</sup>.

Dentro del término de incontinencia fecal, están los síntomas que los pacientes refieren como gases o heces por vía vaginal; en los que también se refiere que presentan infecciones urinarias o vaginales a repetición, o simplemente flujo, dolor perineal o dispareunia.

En cuanto a la evaluación de las fistulas, estas se deben de localizar para poder determinar la etiología y poder valorar la existencia de una lesión del esfínter asociado o inclusive la calidad de los tejidos involucrados. En la exploración, la realización de un tacto rectal nos permite poder determinar tanto el tono del esfínter como el grosor del perineo, presencia de masas o estenosis tanto del recto como del canal anal <sup>32</sup>.

**Tratamiento de las fístulas rectovaginales:** No existe evidencia que el grado I para el manejo del FRV, la utilización de una técnica depende tanto de los factores del paciente como de la enfermedad. En cuanto a la cirugía, esta se sigue constituyendo uno de los principales tratamientos; y el cirujano es quien planifica el momento y la vía por donde se abordara. Y en este sentido, las cuatro vías de acceso son la vía vaginal, perineal, abdominal o el transanal; y eso se basara también en cuanto a la localización, calidad de tejidos, causa, grado de incontinencia cirugía previa <sup>32</sup>.

#### **Dehiscencia:**

Es la presencia de una abertura en la lesión; es decir, la separación de las capas que conformarían la herida quirúrgica. Principalmente se debe a una tensión excesiva de manera interna o a causa de una infección <sup>35</sup>.

En la actualidad la mayor parte está asociada a la infección de la herida. La mejora de la calidad en las suturas ha mejorado la presencia infrecuente de esta complicación. Sin embargo, se sabe que se presenta entre las 48 y 72 horas posteriores, y es característica la presencia de celulitis sintomática, razón por la cual el paciente acude a consulta inmediatamente. Solo en algunos casos avanza hasta formarse abscesos, y se debe manejar

haciendo uso de un dren y un cierre por segunda intención además de una protección antibiótica contra bacterias <sup>35</sup>.

### **Dispareunia:**

Es la forma que presenta un dolor recurrente en los genitales o que persisten durante la penetración; esta patología esta dado principalmente en féminas, en los que se presentan entre un 8-22% a nivel mundial, según datos de la OMS. Aunque lo más preocupante esta que se presenta en las edades reproductivas que es entre los 20 y 29 años ocupando 13% <sup>36</sup>.

Esta patología se puede clasificar según la localización anatómica del dolor, es así que puede clasificarse en dispareunia superficial y profunda; siendo la primera la que se presenta durante la penetración inicial; y la segunda cuando se da la penetración profunda <sup>36</sup>.

El diagnóstico es clínico a la exploración de ciertos puntos, en la inspección se debe encontrar zonas de enrojecimiento, cambios en la pigmentación, o zonas con sensibilidad especial al tacto. En la cara anterior se debe buscar algún proceso urinario, además si se presenta sensibilidad en el saco Douglas y de los uterosacros son datos altamente sugerentes; es decir, cualquier dolor a la exploración es sugerente de esta patología.

También se debe de asociar a la analítica en sangre, ecografía, orina con urocultivo o laparoscopia; siempre y cuando exista duda o malestar en las pacientes que lo justifiquen. Además, se debe realizar una evaluación psicológica y sexual de la mujer, así como las relaciones con la pareja o el medio familiar. Su tratamiento va depender de la etiología <sup>36</sup>.

### **CUIDADOS POSNATALES**

- Siempre debe estar limpia la zona, como asear los genitales muchas veces al día, y principalmente posterior al orinar o defecar <sup>4</sup>.
- Tratar de mantener los genitales secos durante el día para poder facilitar la cicatrización, además es necesario estar al tanto debido a que la zona es altamente húmeda <sup>4</sup>.

- Se deben de cambiar las toallas de manera constante y se realice un aseo adecuado con cada cambio, además de usar una solución jabonosa antiséptica, esto ayudara a evitar las infecciones que pueden prevenir de la región anal <sup>4</sup>.
- Evite el estreñimiento comiendo alimentos con fibra <sup>4</sup>.
- Colocar en el área compresas con hielo siempre sobre un paño entre la piel <sup>4</sup>.
- Luego de 24 horas del parto puedes bañarte con total normalidad <sup>4</sup>.
- No es necesario retirar las suturas debido a que se usan suturas absorbibles y puede retomar sus actividades de manera normal una semana posterior, y en caso de las relaciones sexuales, las podrá realizar a posterior al mes <sup>4</sup>.
- Realizar la técnica de kegel para el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico <sup>4</sup>.

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Complicaciones de la episiotomía:** la episiotomía debe aplicarse solo por un personal médico calificado y que tenga conocimiento de la técnica porque si no el paciente podría presentar ciertas complicaciones.

**Edad:** tiempo transcurrido de una vida por lo que se expresa en años.

**Tipo de episiotomía:** la episiotomía es una incisión quirúrgica que sirve para agrandar el canal de parto y de acuerdo a los tipos usados se evidencian menor porcentaje de complicaciones.

**Peso del recién nacido:** es de suma importancia ya que se considera como un factor del estado de salud del bebé y también para no ocasionar desgarros a la madre.

## 2.4 HIPÓTESIS

Este estudio por ser descriptivo no es necesario redactar la hipótesis.

## 2.5 VARIABLES

### Variables dependientes

#### **Complicaciones de la episiotomía:**

Edema

Hematoma

Infección

Fístula

Dehiscencia

Dispareunia

### Variables independientes

#### **Características sociodemográficas:**

Edad

Estado civil

Grado de instrucción

Lugar de procedencia

#### **Características Gineco-obstétricas:**

Tipo de episiotomía

Edad gestacional

#### **Características perinatales de los neonatos:**

Peso del recién nacido

Apgar al minuto

Apgar a los cinco minutos

## 2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

**Edema:** Está definido como el aumento de la cantidad de líquido dentro de la región intersticial que se manifiesta de manera clínica a la presión de la piel <sup>4</sup>.

**Hematoma:** Se consideran a los hematomas heridas de tipo cerrado que se ubican en la región subcutánea que son agudas, que se deben a causa de un traumatismo o herida, donde se genera la ruptura de

pequeños vasos sanguíneos y su contenido se filtra dentro del tejido celular subcutáneo <sup>4</sup>.

**Infección:** Invasión y replicación de microorganismos en los tejidos vivos <sup>4</sup>.

**Fístula:** Es una conexión anormal entre un órgano, el intestino y otra estructura generalmente, las fístulas son el producto de lesión o cirugía, pero también pueden resultar de infecciosas <sup>4</sup>.

**Granuloma:** Es un tumor de naturaleza inflamatoria que puede dar en ciertas zonas del organismo (piel, órganos o mucosas) <sup>34</sup>.

**Dehiscencia:** Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica <sup>4</sup>.

**Dispareunia:** Se da durante el coito y muy doloroso tanto en ambos sexos <sup>34</sup>.

**Primípara:** Aquella dama que está embarazada por primera vez <sup>34</sup>.

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo <sup>34</sup>.

**Episiotomía:** Es una técnica quirúrgica simple de relajación ensanchar el introito vaginal y puede evitar que el desprendimiento de la presentación fetal provoque una hiperdistensión y posterior desgarramiento del periné, vagina y especialmente de los músculos y aponeurosis del suelo pélvico <sup>4</sup>.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

**Cuantitativa:** porque se recolectan los datos y se han analizado según su frecuencia en porcentajes e interpretados en tablas estadísticas.

**Por su alcance:** descriptivo porque la información se ha recolectado sin manipular las variables. Se limita a observar y describir los fenómenos.

**Por su corte:** es transversal porque implica la recolección de datos en un corte de tiempo.

**Estudio retrospectivo:** porque el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados.

**Por su naturaleza:** no experimental porque no se manipuló deliberadamente las variables.

#### 3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

### 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.2.1 POBLACIÓN

La población presente del estudio son 53 puérperas primíparas con episiotomía que hayan tenido complicaciones en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, durante el periodo 2013-2015, Lima – Perú.

#### 3.2.2 MUESTRA

Para el presente estudio, se consideró el total de la población que son las puérperas primíparas con episiotomía que hayan tenido complicaciones en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el periodo 2013-2015, Lima – Perú, por lo que no se estimó un tamaño de muestra.

#### **Criterio de inclusión:**

- Puérperas primíparas con episiotomía que hayan tenido complicaciones en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015. Lima Perú.

- Pacientes con Historias Clínicas accesibles, legibles y datos completos.

**Criterios exclusión:**

- Puérperas multíparas.
- Puérperas primíparas que no tienen episiotomía.
- Puérperas primíparas que no tienen complicaciones.
- Puérperas primíparas con Historias Clínicas ilegibles.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se mide mediante una ficha de recolección de datos, validado por expertos. La técnica de recolección de datos es descriptiva, los instrumentos son las fichas técnicas para la información estadística de las puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Esta ficha técnica está estructurada en 04 secciones:

Características Socio-demográficos: Consta de 04 ítems: 02 ítem de preguntas dicotómicas y 02 ítems con preguntas politómicas.

Características Gineco-obstétricas: Consta de 02 ítems: 02 ítem de preguntas politómicas.

Características Perinatales de los neonatos: Consta de 03 ítems: 03 ítems de preguntas politómicas.

Complicaciones de la Episiotomía: Consta de 06 ítems: 06 ítems de preguntas dicotómicas.

La construcción de ítems tuvo como objetivo determinar las características de las complicaciones de la episiotomía en las puérperas primíparas. Por lo tanto para la consignación de los diferentes tipos de complicaciones de la episiotomía en las puérperas primíparas, se construyeron los ítems a partir de antecedentes teóricos.

**Eficacia del Instrumento:**

La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez de contenido, por el método “Juicio de Expertos”, utilizando la opinión de 03 expertos especialistas vinculados con el tema, 02 especialistas (Gineco-obstetra) del Centro Materno Infantil Juan Pablo II y 01 estadístico los que



conformaron un panel de discusión en relación a los ítems de interés. El análisis efectuado por los expertos incluyó la evaluación de los ítems de la ficha de recolección de datos desarrollado por el investigador. Las sugerencias, hallazgos y recomendaciones del comité de expertos, fue tomado en cuenta para realizar los cambios pertinentes del instrumento de investigación.

### **3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó una investigación de carácter cuantitativa, para lo cual se administró una ficha de recolección de datos que se aplicó en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II del distrito de Villa el Salvador.

**Tiempo:** La ficha de recolección de datos se aplicó en los meses de octubre y noviembre del 2016.

**Recursos:** La investigación fue financiada con recursos propios del investigador del estudio.

**Proceso:** Se utilizó una ficha de recolección de datos creado por el investigador y fue validado por consulta de expertos del CMI Juan Pablo II y un estadístico.

**Capacitación:** El investigador del presente estudio recibió entrenamiento para la aplicación de la ficha de recolección de datos.

### **3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El presente estudio contemplo la aplicación de una ficha de recolección de datos llenados de las historias clínicas, por lo que no se observó al paciente y no hubo un riesgo importante para la salud física o mental. La revisión de las historias clínicas fue supervisado por el jefe de área por lo no se manipuló y no se alteró ningún dato de las historias clínicas.

Las variables se analizó con estadísticas descriptivas como la frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar. Y se mostrará los resultados en la tabla de frecuencia y gráficos, con toda la información recolectada que se elaboró una base de datos en SPSS,  $\sqrt{22}$ , Excel 2010 Y

Microsoft Word 2010, con su respectiva tabulación para poder diseñar las tablas y gráficos.

También fueron analizados, tabulados y sometidos a pruebas de validez estadística a través de la prueba de chi-cuadrada y la prueba "t" con un nivel de significancia  $p < 0,05$ , para determinar si las complicaciones tienen alguna relación con las características sociodemográficas, Gineco-obstétricas y perinatales de los neonatos.

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio se realizó con mucho profesionalismo sobre todo la identidad ni cualquier otra información obtenida de la institución no será expuesta y los resultados obtenidos serán de mucho beneficio para conocer y tratar de mejorar la técnica de la episiotomía.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

En los 3 años del estudio se realizaron 2271 partos por vía vaginal y solo 53 (2.3%) puérperas fueron primíparas que hacen complicaciones por episiotomía.

#### TABLA N° 1:

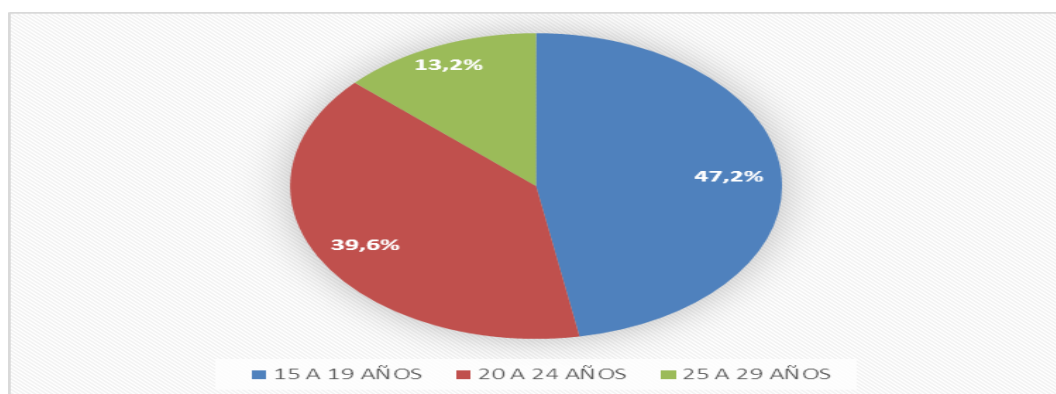
EDAD DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 - 19 años	25	47,2
20 - 24 años	21	39,6
25 - 29 años	7	13,2
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

#### GRÁFICO N° 1:

EDAD DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

INTERPRETACIÓN: según se observa el 47.2% de puérperas primíparas se encuentran entre las edades de 15-19 años, el 39.6% de 20-24 años. Y un 13.2% tuvieron de 25 a 29 años.

**TABLA N° 2:**

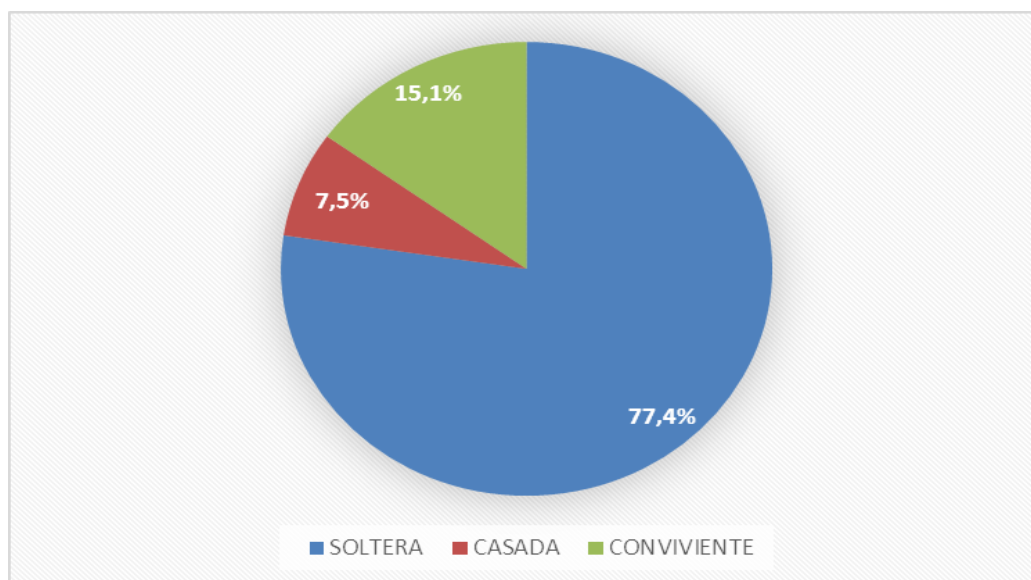
ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	41	77,4
Casada	4	7,5
Conviviente	8	15,1
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 2:**

ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

INTERPRETACIÓN: según se interpreta el 77.4% de las puérperas son solteras, el 15.1% son convivientes. Y un 7.5% son casadas.

**TABLA N° 3:**

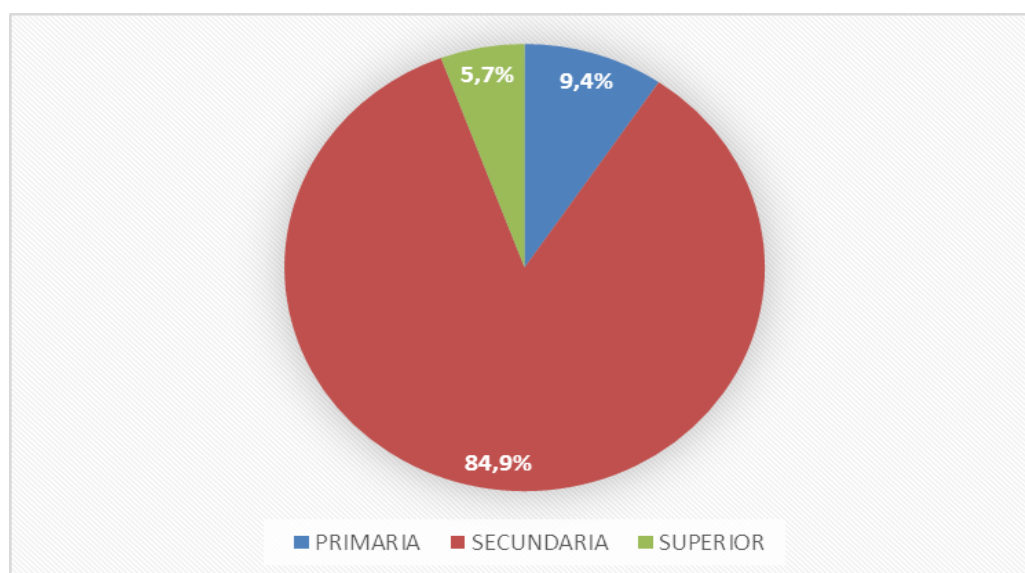
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	5	9,4
Secundaria	45	84,9
Superior	3	5,7
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 3:**

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

INTERPRETACIÓN: según se observa el 84.9% de las madres adolescentes tiene grado de instrucción secundaria, el 9.4% grado de instrucción primaria. Y un 5.7% grado de instrucción superior.

**TABLA N° 4:**

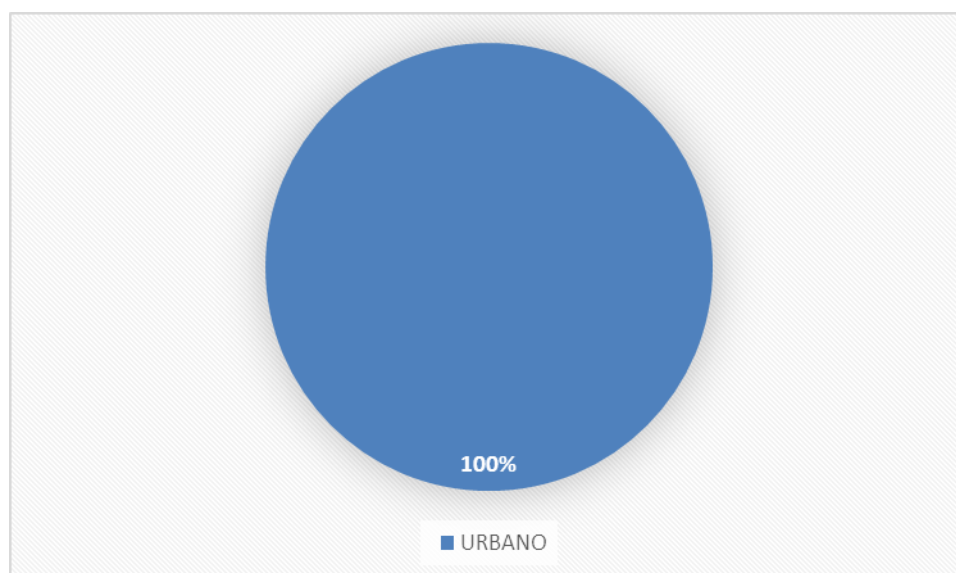
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 4:**

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** El 100% de las puérperas tienen como lugar de residencia la zona urbana.

**TABLA N° 5:**

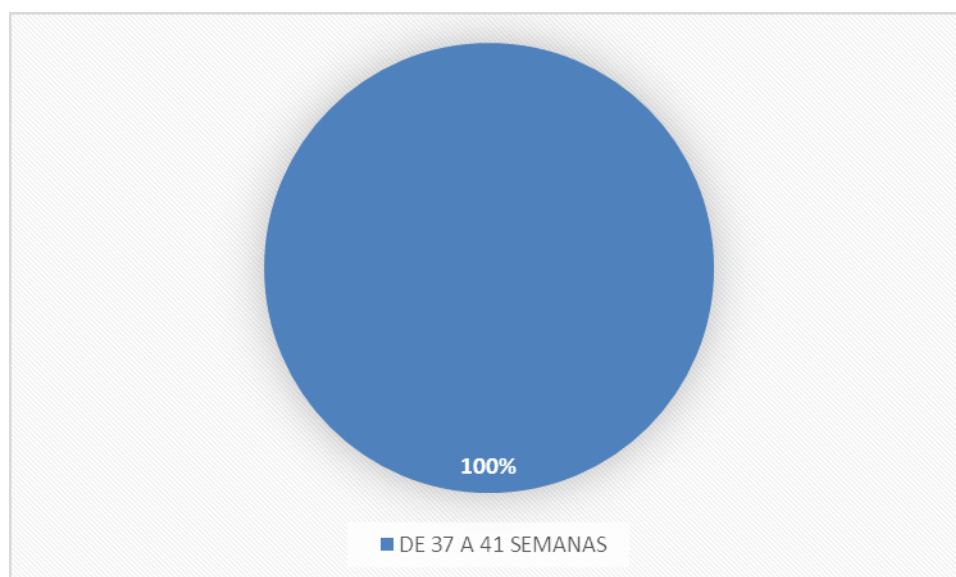
EDAD GESTACIONAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
De 37 - 41 semanas	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 5:**

EDAD GESTACIONAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** según se observa el 100% de las puérperas se encuentran entre las 37 y 41 semanas de gestación.

**TABLA N° 6:**

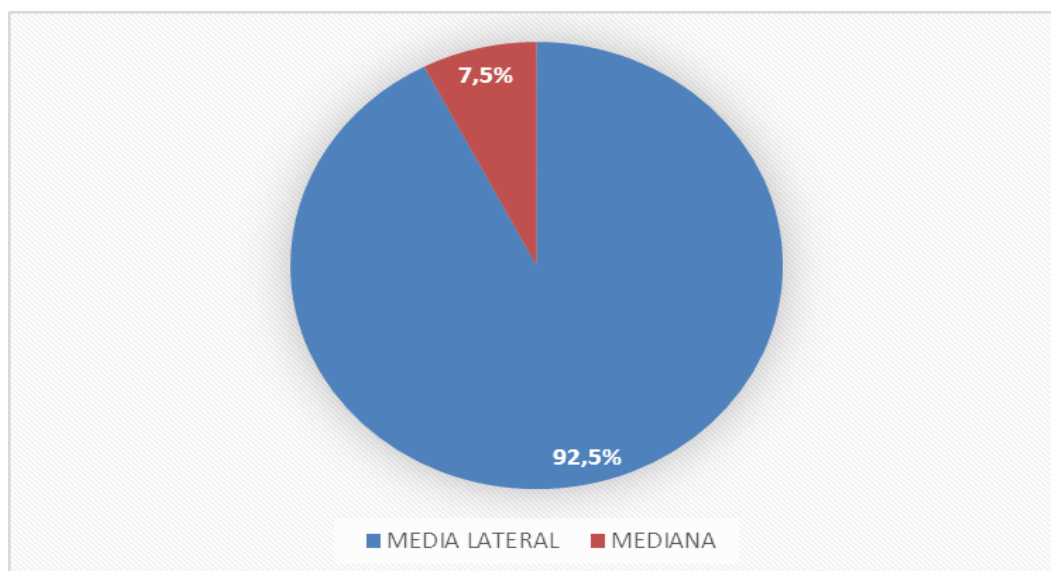
TIPO DE EPISIOTOMÍA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
Media Lateral	49	92,5
Mediana	4	7,5
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 6:**

TIPO DE EPISIOTOMÍA DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** según se interpreta la mayoría de las puérperas presentaron episiotomía media lateral (49, [92,5%]), mientras que solo 4 presentaron episiotomía mediana.



**TABLA N° 7:**

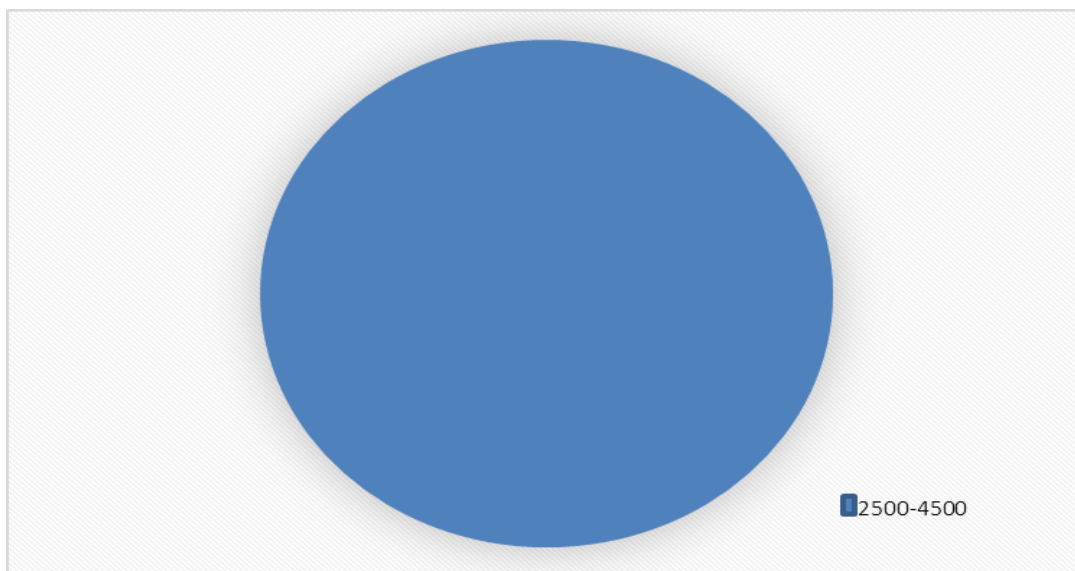
PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Peso	Frecuencia	Porcentaje
2500-4500 gr	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 7:**

PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** según se observa el 100% de los neonatos presentaron peso normal al nacer.

**TABLA N° 8:**

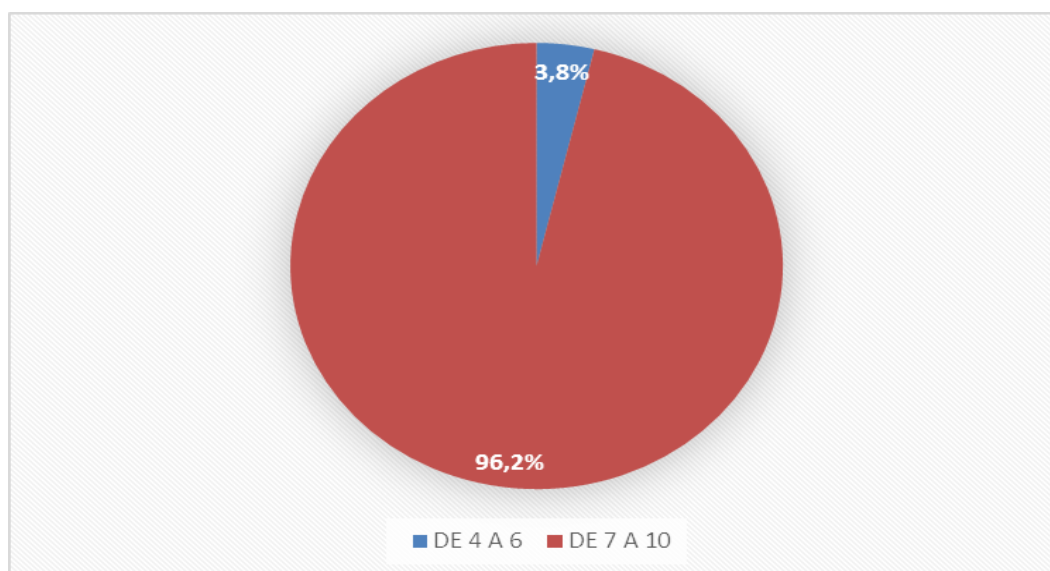
APGAR AL MINUTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Minuto	Frecuencia	Porcentaje
4 - 6	2	3,8
7 - 10	51	96,2
TOTAL	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 8:**

APGAR AL MINUTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** según se observa el apgar al minuto de los recién nacidos se presentó el 96.2% de 7-10 minutos y un 3.8% fue de 4-6 minutos.

**TABLA N° 9:**

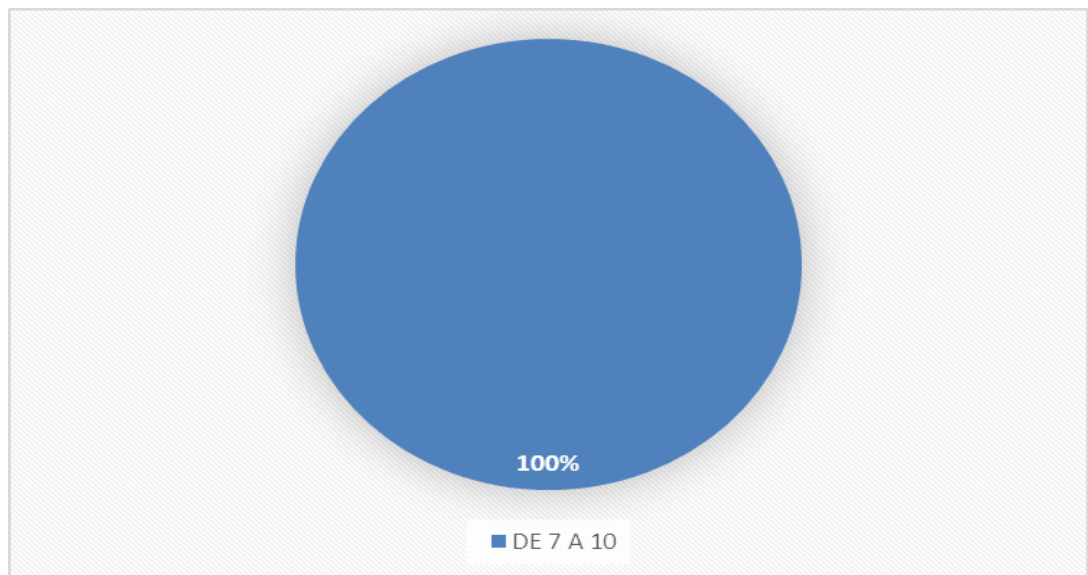
APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Minuto	Frecuencia	Porcentaje
7 - 10	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 9:**

APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** se observa que el apgar de 7-10 minutos de los recién nacidos en puérperas primíparas es del 100%

**TABLA N° 10:**

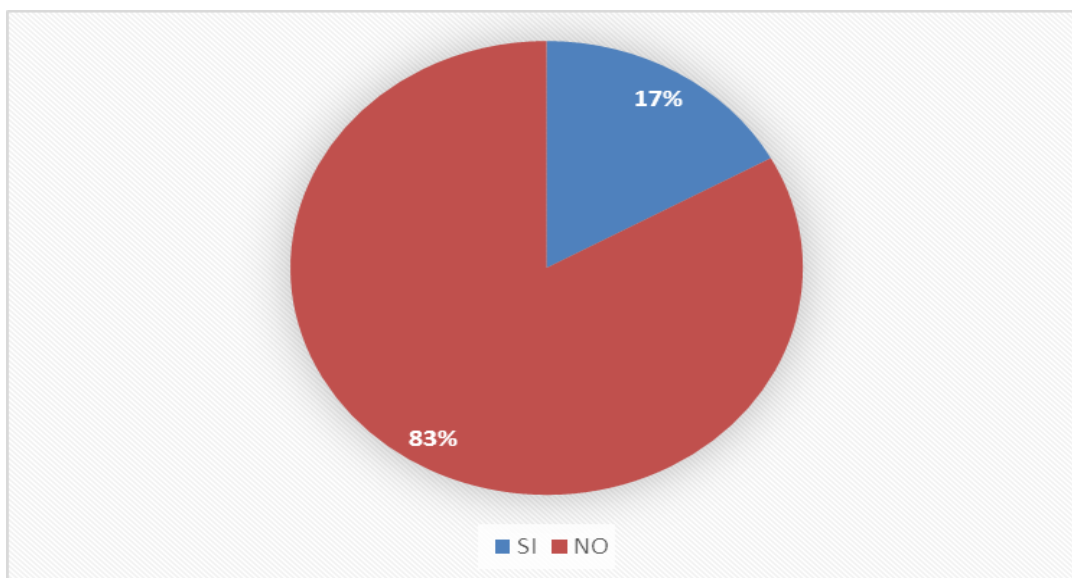
EDEMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Edema	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	17,0
NO	44	83,0
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 10:**

EDEMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

INTERPRETACIÓN: según se observa el (44[83%]) de las puérperas no presentaron edema y (9[17%]) si presentaron.

**TABLA N° 11:**

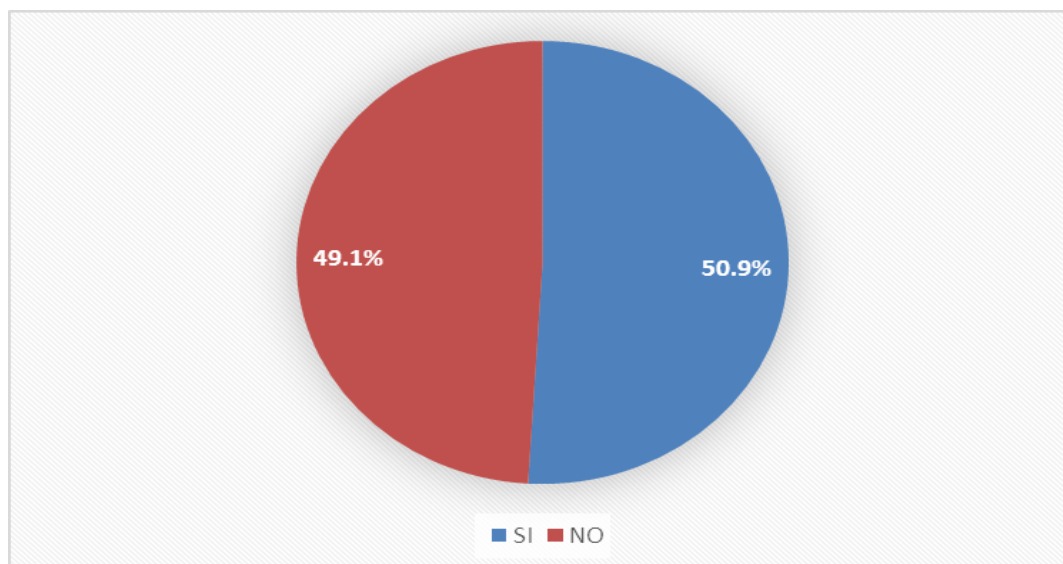
HEMATOMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Hematoma	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	50,9
NO	26	49,1
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 11:**

HEMATOMA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

INTERPRETACIÓN: según se observa el (27[50,9%]) de las gestantes presenta hematoma el 49,1% (26 casos) no presenta hematoma.

**TABLA N° 12:**

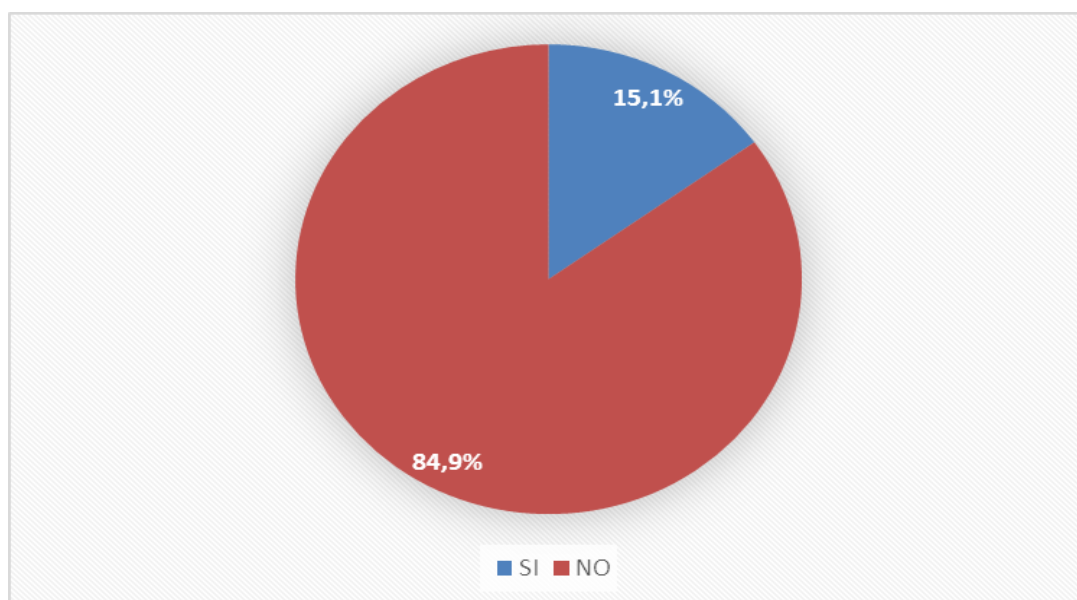
INFECCIÓN DE HERIDA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Infección	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	15,1
NO	45	84,9
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 12:**

INFECCIÓN DE HERIDA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Ficha de recolección de datos del CMI Juan Pablo II

INTERPRETACIÓN: según se interpreta el 84,9% (45 casos) de las gestantes no presenta infección.

**TABLA N° 13:**

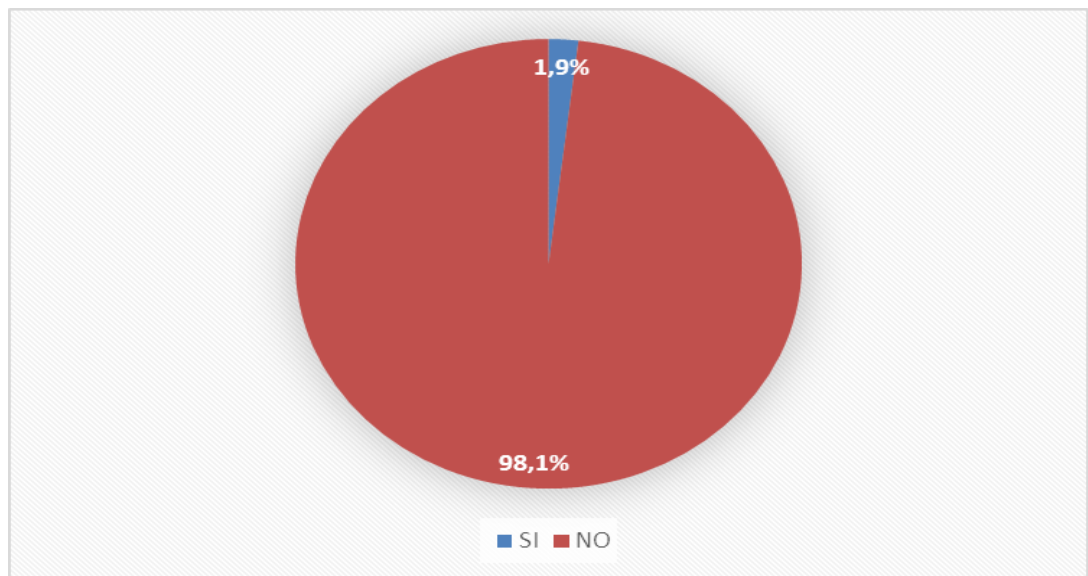
FÍSTULA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Fístula	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	1,9
NO	52	98,1
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 13:**

FÍSTULA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** según se observa el 98,1% (52 casos) de las gestantes no presenta fístula.

**TABLA N° 14:**

DEHISCENCIA DE SUTURA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

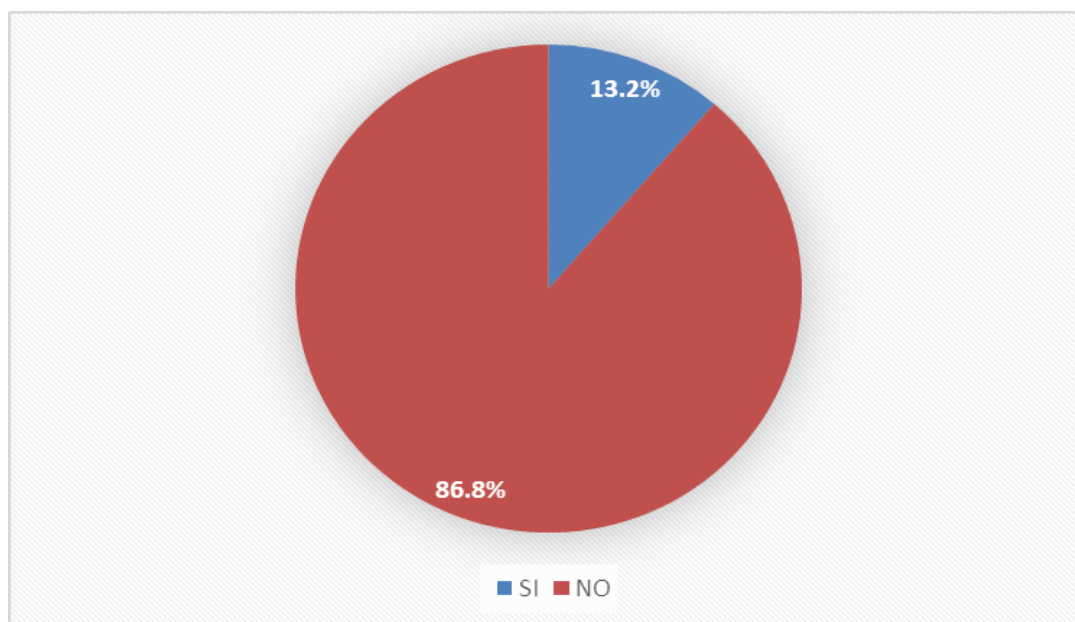
Dehiscencia	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	13,2
NO	46	86,8
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 14:**

DEHISCENCIA DE SUTURA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II



**INTERPRETACIÓN:** según se observa el 86,8% (47 casos) de las gestantes no presenta dehisencia.



**TABLA N° 15:**

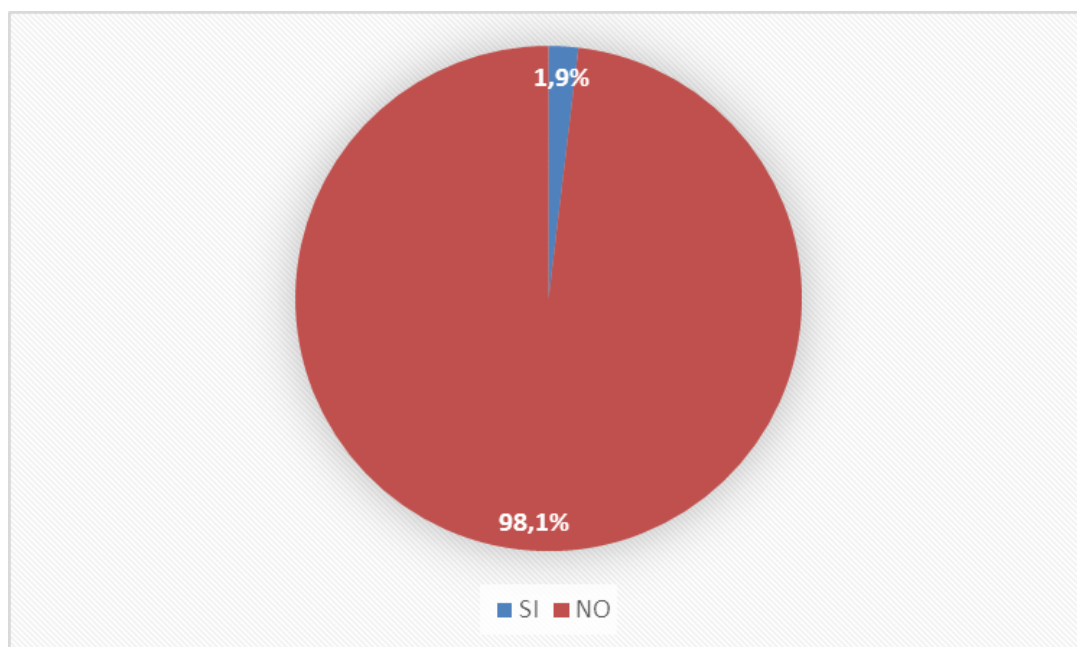
DISPAREUNIA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Disporeunia	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	1,9
NO	52	98,1
Total	53	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**GRÁFICO N° 15:**

DISPAREUNIA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** según se interpreta 98,1% (52 casos) de las puérperas no presenta disporeunia.

**TABLA N° 16:**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A HEMATOMA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

VARIABLES	n°	(%)	X <sup>2</sup>	P
Edad				
15 – 19	15	(55,6%)	2,31	0,31
20 – 24	10	(37,0%)		
25 – 29	2	(3,6%)		
Estado civil				
Soltera	22	(81,5%)	4,70	0,09
Casada	-			
Conviviente	5	(18,5%)		
Grado de instrucción				
Primaria	1	(3,7%)	5,87	0,05
Secundaria	26	(96,3%)		
Superior	-			
Tipo de episiotomía				
Medio lateral	23	(85,2%)	4,16	0,04
Lateral	4	(14,8%)		
Total	27	(100,0%)		

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

INTERPRETACIÓN: según se observa el (55,6%) tuvieron entre las edades de 15-19 años, según su estado civil solteras (81,5%), según grado de estudio (96,3%) son de secundaria, el tipo de episiotomía más frecuente fue de tipo medio lateral (85,2%). Se encontró una relación significativa entre el tipo de episiotomía con la presencia de hematomas ( $X^2=4,16$ ;  $p=0,04$ ). No se encontró relación significativa entre las demás características sociodemográficas y el hematoma.

**TABLA N° 17:**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A EDEMA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

VARIABLES	n°	(%)	X <sup>2</sup>	P
Edad				
15 – 19	5	(55,6%)	0,30	0,85
20 – 24	3	(33,3%)		
25 – 29	1	(11,1%)		
Estado civil				
Soltera	7	(77,8%)	4,73	0,09
Casada	2	(22,2%)		
Conviviente	-			
Grado de instrucción				
Primaria	2	(22,2%)	2,87	0,23
Secundaria	6	(66,7%)		
Superior	1	(11,1%)		
Tipo de episiotomía				
Medio lateral	9	(100,0%)	0,88	0,34
Lateral	-			
Total	9	(100,0%)		

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** Se encontró que nueve puérperas tuvieron como complicación el edema. De este grupo, la mayoría que desarrollan este cuadro son las puérperas adolescentes (55,6%), solteras (77,8%), de educación secundaria (66,7%) y que tuvieron episiotomía medio lateral (100%). No se encontró relación entre las características sociodemográficos ni entre el tipo de episiotomía con el edema.

**TABLA N° 18:**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A INFECCIÓN DE HERIDA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

VARIABLES	n°	(%)	X <sup>2</sup>	P
Edad				
15 – 19	4	(50,0%)	1,51	0,46
20 – 24	2	(25,0%)		
25 – 29	2	(25,0%)		
Estado civil				
Soltera	6	(75,0%)	0,35	0,83
Casada	1	(12,5%)		
Conviviente	1	(12,5%)		
Grado de instrucción				
Primaria	2	(25,0%)	3,75	0,15
Secundaria	5	(62,5%)		
Superior	1	(12,5%)		
Tipo de episiotomía				
Medio lateral	8	(100,0%)	0,76	0,38
Lateral	-			
Total	8	(100,0%)		

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** Se encontró ocho casos de infección de herida operatoria por episiotomía. De este grupo, la mayoría fueron adolescentes (50,0%), solteras (75,0%), de educación secundaria (62,5%) y con episiotomía medio lateral (100,0%). No se encontró relación significativa entre las características sociodemográficas y la infección de herida operatoria, tampoco se encontró relación entre el tipo de episiotomía con la infección de herida operatoria.

**TABLA N° 19:**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADOS A DEHISCENCIA DE SUTURA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

VARIABLES	n°	(%)	X <sup>2</sup>	P
Edad				
15 – 19	1	(14,3%)	3,91	0,14
20 – 24	5	(71,4%)		
25 – 29	1	(14,3%)		
Estado civil				
Soltera	5	(71,4%)	0,52	0,76
Casada	1	(14,3%)		
Conviviente	1	(14,3%)		
Grado de instrucción				
Primaria	-			
Secundaria	6	(85,7%)	1,82	0,40
Superior	1	(14,3%)		
Tipo de episiotomía				
Medio lateral	7	(100,0%)	0,65	0,41
Lateral	-			
Total	7	(100,0%)		

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** según se observa la mayoría fueron mujeres de edad comprendida entre 20 y 24 años (71,4%), solteras (71,4%), de educación secundaria (85,7%) y con episiotomía medio lateral (100,0%). No se encontró relación significativa entre las características sociodemográficas y la dehiscencia de sutura por episiotomía, tampoco se encontró relación entre el tipo de episiotomía con la dehiscencia de sutura por episiotomía.

**TABLA N° 20:**

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE EDADES DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES\* EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Complicación	Edad $\pm$ DS		t	P
	Si	No		
Edema	20,1 $\pm$ 2,6	20,2 $\pm$ 3,2	-0,14	0,89
Hematoma	19,6 $\pm$ 2,7	20,8 $\pm$ 3,4	-1,39	0,17
Infección de herida operatoria	20,6 $\pm$ 3,6	20,1 $\pm$ 3,0	0,37	0,71
Dehiscencia de sutura	21,1 $\pm$ 3,8	20,1 $\pm$ 3,0	0,81	0,41
*No se consideró el caso de fístula ni dispareunia debido a que fueron solo un caso.				

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** Se realizó una prueba T de Student para evaluar diferencia de promedios de las edades entre las puérperas que tuvieron o no complicaciones. No se encontraron diferencias significativas entre los promedios de edad de las puérperas que tuvieron y no tuvieron complicaciones por episiotomía.

**TABLA N° 21:**

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES\* EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Complicación	Edad gestacional $\pm$ DS		T	P
	Si	No		
Edema	39,2 $\pm$ 1,0	39,2 $\pm$ 1,0	-0,14	0,98
Hematoma	39,2 $\pm$ 1,0	39,1 $\pm$ 0,9	0,23	0,81
Infección de herida operatoria	39,7 $\pm$ 0,4	39,1 $\pm$ 1,0	1,61	0,11
Dehiscencia de sutura	38,5 $\pm$ 1,1	39,3 $\pm$ 0,9	-1,88	0,06
*No se consideró el caso de fístula ni dispareunia debido a que fueron solo un caso.				

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** Se realizó una prueba t de Student para evaluar diferencia de promedios de la edad gestacional entre las puérperas que tuvieron o no complicaciones. No se encontraron diferencias significativas entre los promedios de edad gestacional de las puérperas que tuvieron y no tuvieron complicaciones por episiotomía.

**TABLA N° 22:**

COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL PESO NEONATAL DE LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES\* EN EL CMI JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

Complicación	Peso recién nacido $\pm$ DS		t	P
	Si	No		
Edema	3210,4 $\pm$ 231,0	3345,7 $\pm$ 418,3	-0,99	0,32
Hematoma	3396,1 $\pm$ 505,6	3243,5 $\pm$ 214,7	1,42	0,16
Infección de herida operatoria	3379,3 $\pm$ 221,2	3310,9 $\pm$ 419,2	0,44	0,65
Dehiscencia de sutura	3139,1 $\pm$ 154,2	3349,0 $\pm$ 413,6	-1,31	0,19
*No se consideró el caso de fístula ni dispareunia debido a que fueron solo un caso.				

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes del CMI Juan Pablo II

**INTERPRETACIÓN:** Se realizó una prueba t de Student para evaluar diferencia de promedios del peso neonatal entre las puérperas que tuvieron o no complicaciones. No se encontraron diferencias significativas entre los promedios del peso al nacer de los recién nacidos de las puérperas que tuvieron y no tuvieron complicaciones por episiotomía.



## 4.2 DISCUSIÓN

- Según el primer objetivo específico, el promedio de la edad fue  $20,2 \pm 3,1$  años (rango: 15 a 28 años). La mayoría de las puérperas fueron adolescentes (47,2%), de estado civil soltera (77,4%) y de educación secundaria (84,9%). Según un estudio de caso control del autor Edgar Rodríguez y colaborador (Tarapoto 2012) donde estudiaron, “Complicaciones del uso rutinario de la Episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Periodo 2010”, en el promedio de edad hay similitud porque reportaron de 21 años (grupo en estudio) y 23 años (grupo control); y tienen una similitud que 97,44% tienen una unión no estable con su pareja versus a un 98.70% respectivamente, y de acuerdo al grado de instrucción difieren porque el nivel primaria predominó en un 58,12% Vs a un 72,73% respectivamente y por ultimo tienen una similitud porque el 68,38% procedió de la zona urbana Vs a un 89.61%<sup>4</sup>.
- Según el segundo objetivo específico, las puérperas tuvieron una edad gestacional media de  $39,2 \pm 1,0$  semanas (rango: 37 a 40 semanas). Todas las puérperas dieron parto a término. El tipo de episiotomía más frecuente fue la media lateral (92,5%). En su estudio de tipo analítico Edgar Rodríguez y colaborador (Tarapoto 2012) donde estudiaron, “Complicaciones del uso rutinario de la Episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Periodo 2010”, tienen similitud en cuanto a la edad gestacional mostrando que el 93.16% tuvieron parto a término en el grupo en estudio y el 100% en el grupo control. También hay similitud en el tipo de episiotomía que el 90.04% se realizó episiotomía media lateral<sup>4</sup>.
- Según el tercer objetivo, Todos los recién nacidos presentaron peso comprendido entre 2500 a 4500g. La media del peso al nacer fue  $3321,2 \pm 394,9$  gramos. El puntaje de Apgar en el primer minuto fue  $8,5 \pm 0,8$  (rango: 5 a 9) y el apgar a los 5 minutos presentan que el 100% de los

casos se encuentra entre los 7 a 10 minutos. Comparando con el estudio de Cristian A. Gualán y colaborador (2015) estudiaron la “Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador. 2014” no guardan relación porque solo el 55,2% de los recién nacidos tienen un peso mayor a 3001 gramos y no hay relación en con el apgar.

- Según el cuarto objetivo la complicación más frecuente fue el hematoma (50,9%). La segunda complicación más frecuente fue el edema (17,0%) mientras que la infección, la fístula y la dehiscencia de sutura fueron complicaciones menos frecuentes estas frecuencias de las complicaciones tienen una similitud con una investigación titulada por Mary C. Berzaín y colaborador (2014) estudiaron “Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina”, informa que se encontró del total de mujeres con episiotomía el 62% presentaron hematomas, con respecto a la presencia de edemas se encontró, que del total de mujeres con episiotomía el 32% presentaron edema en la zona perineal.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

- El perfil de las pacientes estudiadas tienen un promedio de la edad fue  $20,2 \pm 3,1$  años (rango: 15 a 28 años). La mayoría de las puérperas fueron adolescentes (47,2%), de estado civil soltera (77,4%) y de educación secundaria (84,9%).
- Las puérperas tuvieron una edad gestacional media de  $39,2 \pm 1,0$  semanas (rango: 37 a 40 semanas). Todas las puérperas dieron parto a término. El tipo de episiotomía más frecuente fue la media lateral (92,5%).
- Todos los recién nacidos presentaron peso comprendido entre 2500 a 4500g. La media del peso al nacer fue  $3321,2 \pm 394,9$  gramos. El puntaje de Apgar en el primer minuto fue  $8,5 \pm 0,8$  (rango: 5 a 9), y a los 5 minutos oscilan entre 7-10 minutos.
- La complicación más frecuente fue el hematoma (50,9%). La segunda complicación más frecuente fue el edema (17,0%) mientras que la infección, la fístula y la dehiscencia de sutura fueron complicaciones menos frecuentes.

### **5.2 RECOMENDACIONES**

- Se debe considerar que las principales características tomadas en este estudio ayudara a disminuir las complicaciones de la episiotomía y su incidencia en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.
- Se recomienda observar el seguimiento de las paridas antes de los seis meses y un año post parto para identificar posibles casos de fístula y dispareunia.
- Reforzar programas de educación para la salud y orientación de cuidado e higiene a las futuras madres y con mayor énfasis a las primíparas, de su realización de la episiotomía y sus posibles complicaciones.

- Aconsejar a los centros obstétricos a realizar la técnica de kegel y el masaje perianal en las sesiones de psicoprofilaxis obstétricas.
- Por ultimo al servicio de Gineco-Obstetricia donde el médico debería capacitar y supervisar a las obstetras, internas de obstetricia y alumnos de medicina ya que todos ellos también practican la incisión de la episiotomía en el CMI Juan Pablo II. Todo esto con el fin de realizar posteriormente un trabajo experimental ya que cada personal de salud maneja técnicas diferentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gualán Cartuche C, Guanoluisa Cordero O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados-Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Tesis para el Título de Médico Cirujano, Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca; 2014.
2. Berzaín C, Camacho C. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Cochabamba – Bolivia: Rev Cient Ciencia Médica. 2014; 17(2): 53-57.
3. Sánchez I. Episiotomía versus desgarro. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria-Málaga. 2012; 97: 27-32.
4. Rodríguez Góngora E, Sánchez Inga M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas-Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Tesis para el título de obstetricia, San Martín, Perú. Universidad Nacional de San Martín; 2012.
5. Hernández P, Javier L, Esther R, Eduardo B, Ruth L, Belén D. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas-Hospital Universitario Miguel Servet-Zaragoza. 2014.
6. De Miguel J, Sánchez M. Episiotomía criterio obstétrico actual-Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-España. [Internet]. 2011 [citado el 14 octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/obstetricia/nuevo/cap6a.pdf>.
7. OMS. Salud Reproductiva. [Internet]. 2016 [citado el 05 de octubre]. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/2nd\\_stage/jlcom/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/)

8. Bernués Suárez I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Tesis para el Grado de Fisioterapia, Universidad Pública de Navarra. Campus de Tudela. 2014.
9. Twidale E, Cornell K, Litzow N, Hotchin A. Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy. *The Royal Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013; 53:17-20.
10. Pérez Valero, S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos-Hospital Universitario La Ribera. *Rev Nure investigación*. 2013; 10-63.
11. Moreira C, Torres A. Episiotomía, episiorrafia, desgarros perianales y su reparación. *Guía didáctica utpl*. Ecuador; 2013.
12. Molina c, Huete-morales m, Sánchez j, Ortiz m, Jiménez i, Aguilera m. Implantación de una política de episiotomía selectiva-Hospital de Baza. *Revista Progresos*. 2011, 54: 101-8.
13. González, D. Prevalencia de dispareunia tras un parto normal. *Revista Reduca*. 2011; 3(3): 125-52.
14. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado Universidad de Cantabria. [Internet]. 2013 [citado el 26 de septiembre del 2016]. Disponible en:  
<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>.
15. Albino F. Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones asociadas, en Mujeres Nulíparas atendidas de Parto Vaginal- Hospital de Apoyo de Sullana. Tesis para el título de médico cirujano, Piura, Perú. 2014.
16. Zamora LG. La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal-Hospital José María Velasco Ibarra Tena. Tesis para el título de médico cirujano, Riobamba-Ecuador. Escuela superior politécnica de Chimborazo. Facultad de salud pública de la Escuela de medicina, 2014.

17. Gobierno Federal de México. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada. Guía de referencia rápida, México. [Internet]. 2013 [citado el 15 octubre del 2016]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_608\\_13\\_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf).
18. información sobre el embarazo actualizado. [Internet]. 2011 [citado el 25 de septiembre del 2016]. Disponible en: <http://espanol.pregnancy-info.net/episiotomia.html>
19. guía de episiotomía. Hospital Vicente Corral Moscoso. [Internet]. 2014 [citado el 29 de septiembre del 2016] Disponible en: [http://investigacionsalud.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=100&Itemid=55](http://investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=55)
20. Carrillo K, Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. Universidad de Chile. REV. MED. CLIN. CONDES. 2013; 24(2) 185-189.
21. Marco CA, Alejandra CM, Alejandro CB, Ricardo MS. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno perinatal de Lima, Perú. Horiz Med. 2014; 14 (1): 31-17.
22. Okumura J, Maticoren d, Tejeda J, Mayta T. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 21-sep-2016 21:49:43.
23. Maricela MC. Factores de Riesgo Relacionados a la Dehiscencia de las Episiorrafias En las Puerperas atendidas-Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, Lima 2014.
24. Edgar FA. Factores de Riesgo Asociados a Dehiscencia de Episiorrafia-Hospital Vista Alegre. 2014.
25. María VB. La episiotomía como Factor de Riesgo o Factor Protector de Desgarro Perianales. Revista Médica De Costa Rica y Centroamérica LXVIII. 2011;(599) 461-466.
26. E. Bataller y Colaboradores. Protocolo: Lesiones Perineales de Origen Obstétrico. Hospital Clínica Barcelona. 2014.

27. Braunwald E, Loscalzo J. Principios de medicina interna. 18a ed. México: McGraw-Hill Interamericana. Edema. Harrison, Longo DL, Fauci AS, editores., 2012:290-295.
28. Lavilla R. Protocolo Diagnóstico de los Edemas. Servicio de Nefrología-Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España. Medicine. 2011; 10(79):5379-82.
29. Perea E. Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis. Departamento de Microbiología. Universidad de Sevilla. Medicine. 2010; 10(57):3910-4.
30. Jeovhanni NR, Rosalyn RS, Rosa SR. Manejo del Dolor. Universidad del Turabo Escuela de Educación Continua. 2016.
31. Tito R, Erika Y, Lizet B. Hemorragias. Rev. Act. Clin. Med V.36. La Paz Sep. 2013.
32. Gallardo JM, Ayllón MD. Fístula rectovaginal y rectouretral. Cir. Andal. 2013; 24: 24-28.
33. Emma GG, Laia RL, Carlos MS, Judith LJ, Laia MM, Yolanda CE. Donovanosis genital. Publicado por Elsevier España, S.L. doi:10.1016/j.pog. 2011.02.003.
34. Quiñones corozo m. Incidencia de Fiebre Puerperal, Determinación de sus causas en el Parto Normal-Hospital Enrique C. Sotomayor de Septiembre del 2013.
35. Yuneidy BA. Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. MÉD UIS. 2015; 28(3):267-72.



## **ANEXOS**

**ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

ALUMNO: HEPZAY MARTIN MEZA SALAZAR

AESOR: DRA. LENY BRAVO LUNA

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: **CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA PERÚ.**

VARIABLE INDEPENDIENTE				
INDICADORES		ITÉMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRAFICO	Edad	15-19 años(1), 20-24 años(2), 25-29 años(3)	Intervalo	No distributivo
	Estado Civil	Soltera(1)-Casada(2)-Conviviente(3)	Nominal	
	Grado Instrucción	Primaria(1)-Secundaria(2)-Superior(3)	Ordinal	
	Lugar de Procedencia	Urbana(1)-Rural(2)	Nominal	
CARACTERÍSTICA GINECO-OBSTETRICA	Edad Gestacional	Semanas gestacionales cumplidas	Discreta	No distributivo
	Edad Gestacional	Pre término(1)-A término(2)-Post término(3)	Nominal	
	Episiotomía	Media lateral(1)-Mediana(2)-Lateral(3)	Nominal	
CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LOS NEONATOS	Peso del Recién Nacido	Expresado en gramos	Razón	No distributivo
	Peso del Recién Nacido	>4500 gr(1) 2500- ≤4500 gr(2) <2500 gr(3)	Ordinal	
	Apgar al minuto	1-3(1) 4-6(2) 7-10(3)	Nominal	
	Apgar a los 5 minutos	1-3(1) 4-6(2) 7-10(3)	Nominal	

VARIABLE DEPENDIENTE					
INDICADORES		ÍTEMS		NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA	Edema	Si (1)	No(2)	Nominal	No Distributivo
	Hematoma	Si(1)	No(2)	Nominal	
	Infección	Si(1)	No(2)	Nominal	
	Fistula	S(1)	No(2)	Nominal	
	Dehiscencia	Si(1)	No(2)	Nominal	
	Dispareunia	Si(1)	No(2)	Nominal	

## ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

### CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ.

AUTOR: MEZA SALAZAR HEPZAY MARTIN

H.C:..... FECHA:.....

#### I. Características Sociodemográficas:

01. Edad:.....años

02. Estado Civil: soltera: ( ) casada ( ) conviviente ( )

03. Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

04. Lugar de Procedencia: Urbana ( ) Rural ( )

#### II. Características Gineco-obstétricas:

05. Edad Gestacional:..... sem.

Pre término  $\leq 36$  sem. ( ) A término 37-41 sem. ( )

Post término  $\geq 42$  sem. ( )

06. Episiotomía: Media Lateral ( ) Mediana ( ) Lateral ( )

#### III. Características Perinatales de los neonatos:

07. Peso del recién nacido:..... gr.

Macrosómico  $>4500$ gr. ( ) Normal 2500 -  $\leq 4500$ gr. ( )

Bajo peso  $<2500$ gr. ( )

08. Apgar al minuto:.....

1-3 ( ) 4-6 ( ) 7-10 ( )

09. Apgar a los 5 minutos:.....

1-3 ( ) 4-6 ( ) 7-10 ( )

#### IV. Complicaciones de la Episiotomía

10. Edema Si ( ) No ( )

11. Hematoma Si ( ) No ( )

12. Infección Si ( ) No ( )
13. Fístula Si ( ) No ( )
14. Dehiscencia Si ( ) No ( )
15. Dispareunia Si ( ) No ( )

## ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

### INFORME OPINIÓN DE EXPERTO

#### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Bravo Luna Leny
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Profesora Investigadora
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Meza Salazar Hepzay Martin

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00- 20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características de las complicaciones de la episiotomía en las púerperas primíparas.				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características de las complicaciones de la episiotomía en las púerperas primíparas.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.				80%	

#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

Aplica

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, 04 Feb de 2019

Firma del Experto

D.N.I N°

Teléfono

40906055

894613409

## INFORME OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: BAZÁN RODRÍGUEZ FISI
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto:      Metodólogo       Especialista       Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Meza Salazar Hepzay Martin

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00- 20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características de las complicaciones de la episiotomía en las púerperas primíparas.					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características de las complicaciones de la episiotomía en las púerperas primíparas.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.					85%

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplica ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima 05 Enero de 2011

  
Elsi Bazán Rodríguez  
 COESPE N° 444

\* Firma del Experto  
 D.N.I N° 19209982  
 Teléfono 939414879

## INFORME OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: TULLIO RAMIREZ SALDANA
- 1.2 Cargo e institución donde labora: JEFE DEL SERV. GINECO OBSTRETICIA  
CMI JUAN PABLO II
- 1.3 Tipo de Experto:      Metodólogo       Especialista       Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Meza Salazar Hepzay Martin

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00- 20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95 %
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95 %
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características de las complicaciones de la episiotomía en las púerperas primíparas.					95 %
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95 %
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95 %
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características de las complicaciones de la episiotomía en las púerperas primíparas.					95 %
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95 %
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95 %
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.					95 %

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95 %

Lugar y Fecha: Lima, 25 de Mayo 2019

MINISTERIO DE SALUD  
SERV. GINECO OBSTRETICIA  
CMI JUAN PABLO II

DR. TULLIO RAMIREZ SALDANA  
C.M.P. 11049 - R.N.E. 9671  
JEFE SERV. GINECO OBSTRETICIA

Firma del Experto

D.N.I. N° 10182736

Teléfono 997155013



## INFORME OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: UNTIVEROS LUNA LEONIDAS ALBERTO
- 1.2 Cargo e institución donde labora: GINECÓLOGO DEL CHI SAN PABLO II
- 1.3 Tipo de Experto:      Metodólogo       Especialista       Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Meza Salazar Hepzay Martin

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00- 20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					97.1
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97.1
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características de las complicaciones de la episiotomía en las puérperas primíparas.					97.1
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					97.1
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					97.1
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características de las complicaciones de la episiotomía en las puérperas primíparas.					97.1
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					97.1
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97.1
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.					97.1

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

97.1

Lugar y Fecha: Lima, 26 ENERO de 2019



Firma del Experto  
 D.N.I N°...10470853  
 Teléfono...962265170

## ANEXOS N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: HEPZAY MARTIN MEZA SALAZAR

AESOR: DRA. LENY BRAVO LUNA

LOCAL: CHORRILLOS

**TEMA: CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA PERÚ.**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p><b>General:</b>  <b>PG:</b> ¿Cuáles son las Características de las Complicaciones de la Episiotomía en las Puérperas Primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?  <b>Específicos:</b>  <b>PE1:</b> ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones por episiotomía en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?  <b>PE2:</b> ¿Cuáles son las características Gineco-Obstétricas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?  <b>PE3:</b> ¿Cuáles son las características perinatales de los neonatos de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?  <b>PE4:</b> ¿Cuál es el tipo de complicaciones de las episiotomías realizadas a las puérperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú?</p>	<p><b>General:</b>  <b>OG:</b> Determinar las características de las complicaciones de la episiotomía en las puérperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.  <b>Específicos:</b>  <b>OE1:</b> Determinar las características sociodemográficas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones por episiotomía en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.  <b>OE2:</b> Determinar las características Gineco-Obstétricas de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.  <b>OE3:</b> Determinar las características perinatales de los neonatos de las puérperas primíparas que tuvieron complicaciones Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.  <b>OE4:</b> Determinar el tipo de complicaciones de las episiotomías realizadas a las puérperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2013-2015, Lima-Perú.</p>	<p>Este estudio por ser descriptivo no es necesario redactar la hipótesis.</p>

VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Variable Independiente:</b>  <b>VI1:</b> Características sociodemográficas  <b>VI2:</b> Características gineco-obstétricas  <b>VI3:</b> Características perinatales de los neonatos  <b>Indicadores:</b>  <b>I1:</b> Edad, estado civil, grado de instrucción y lugar de procedencia.  <b>I2:</b> Tipo de episiotomía y edad gestacional.  <b>I3:</b> Peso del recién nacido, apgar al minuto y apgar a los 5 minutos.</p> <p><b>Variable Dependiente:</b>  <b>VD1:</b> Complicaciones de la episiotomía  <b>Indicadores:</b>  <b>I1:</b> Edema, hematoma, infección, fistula, dehiscencia y dispareunia.</p>	<p><b>Nivel:</b>  Descriptivo</p> <p><b>Tipo de investigación:</b>  -Cuantitativa: porque se recolectan los datos y se han analizado según su frecuencia en porcentajes e interpretados en tablas estadísticas.  -Por su alcance: descriptivo porque la información se ha recolectado sin manipular las variables. Se limita a observar y describir los fenómenos.  -Por su corte: es transversal porque implica la recolección de datos en un corte de tiempo.  -Estudio retrospectivo: porque el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados.  -Por su naturaleza: no experimental porque no se manipuló deliberadamente las variables.</p>	<p><b>Población:</b>  Nº: 53</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b>  -Puérperas primíparas con episiotomía que hayan tenido complicaciones en el CMI Juan Pablo II, 2013-2015. Lima Perú.  -Pacientes con Historias Clínicas accesibles, legibles y datos completos.</p> <p><b>Criterios exclusión:</b>  -Puérperas multíparas.  -Puérperas primíparas que no tienen episiotomía.  -Puérperas primíparas que no tienen complicaciones.  -Puérperas primíparas con Historias Clínicas ilegibles.</p> <p><b>Tamaño de la muestra:</b>  Muestreo: se consideró el total de la población que son las puérperas primíparas con episiotomía que hayan tenido complicaciones, por lo que no se estimó un tamaño de muestra.</p>	<p><b>Técnica:</b>  Se mide mediante una ficha de recolección de datos validado por expertos y toda información es obtenida de las historias clínicas del CMI Juan Pablo II.</p> <p><b>Instrumentos:</b>  La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez de contenido, por el método "juicio de expertos" utilizando la opinión de dos ginecólogos y un estadístico.</p>



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ANEXOS N° 5: PERMISO DE LA INSTITUCIÓN DÓNDE SE REALIZARÁ  
EL ESTUDIO**

**SOLICITO:** Permiso para realizar Trabajo de Tesis

**SEÑOR HIGINIO GALINDO PUCHURI**  
**DIRECTOR DRS VES LPP**

Yo, Hepzay Martin Meza Salazar, identificada con DNI N° 47031460. Me presento ante Ud. respetuosamente y expongo: Que a puertas de culminar la carrera profesional de Medicina Humana en la Universidad Privada San Juan Bautista, solicito a Ud. permiso para realizar mi trabajo de tesis en su Institución sobre “CARACTERISTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA EN LAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, 2013-2015, LIMA-PERÚ”, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima, 19 de octubre del 2016.

Atentamente,

---

Hepzay Martin Meza Salazar  
DNI: 47031460

