



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

EPISIOTOMÍA SELECTIVA RELACIONADA A COMPLICACIONES
INMEDIATAS POST PARTO EN EL CANAL VAGINAL, EN
PUÉRPERAS. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL
PORVENIR, 2014

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORA:
BRICEÑO OTINIANO, DAYANA LILETH

ASESORES:

Dr. ÁLVAREZ BAGLIETTO CARLOS
Dr. CORREA ARANGOITIA ALEJANDRO EDUARDO

LINEA DE INVESTIGACIÓN:
MATERNO PERINATAL

TRUJILLO – PERÚ

2016

PÁGINA DEL JURADO



DR. ROBERT PETER ÁNGELES REYES
PRESIDENTE



DR. DAVID RODRIGUEZ DIAZ
SECRETARIO



DR. CARLOS ALVAREZ BAGLIETTO
VOCAL

FECHA DE SUSTENTACIÓN Y APROBACIÓN:

16 / 12 / 16

DEDICATORIA

A MI MADRE

Por ser verdadero ejemplo a seguir e impulsar en mí la búsqueda del éxito. Por apoyarme en todo momento cuando la necesité y decir siempre las palabras exactas para seguir adelante y

A MIS DOCENTES

Quienes han guiado mi camino para conseguir mis objetivos como estudiante y han impulsado mi formación profesional como futuro

A MIS COMPAÑEROS DE ESCUELA

Por ser parte importante en mi formación personal al crecer juntos compartiendo los conocimientos y experiencia

DAYANA LILETH BRICEÑO OTINIANO

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por ser un gran amigo que durante mi vida siempre ha estado a mi lado, cobijándome con su infinito amor, guiando mis pasos y regalarme cada maravilloso día para cumplir cada una de mis metas.

A LA UNIVERSIDAD

Por abrirme las puertas y darme la oportunidad para alcanzar mis metas y prepararme para el mundo competitivo.

AL HOSPITAL SANTA ISABEL – EL PORVENIR

Por facilitarme los medios para la realización del presente informe

A MIS ASESORES

Por compartir sus conocimientos, brindando valiosa información para poder culminar mi trabajo de tesis y que con sus valiosas aportaciones me ayudaron a crecer como persona y profesional

DAYANA LILETH BRICEÑO OTINIANO

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, DAYANA LILETH BRICEÑO OTINIANO con DNI N° 72445583 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Marzo del 2016.

DAYANA LILETH BRICEÑO OTINIANO

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: EPISIOTOMÍA SELECTIVA RELACIONADA A COMPLICACIONES INMEDIATAS POST PARTO EN EL CANAL VAGINAL, EN PUÉRPERAS. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR, 2014”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

DAYANA LILETH BRICEÑO OTINIANO

INDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.4. Problema de Investigación	17
1.5. Justificación	18
1.6. Objetivos	18
1.6.1. General	18
1.6.2. Específicos	18
1.7. Hipótesis	19
II. MÉTODO	19
2.1. Diseño de Investigación	19
2.2. Operacionalización de Variables	20
2.3. Población, Muestra y Muestreo	21
Criterios de selección.....	21
2.4. Técnicas y procedimiento de Recolección de Datos	21
2.5. Métodos de Análisis de Datos	22
2.6. Aspectos Éticos	22
III. RESULTADOS	23
Frecuencia de episiotomía selectiva según paridad en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir 2014.	23
Relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en las puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir 2014.	24
IV. DISCUSIÓN.....	25
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	30

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
VIII. ANEXOS	34
FICHA DE AUTORIZACION PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.....	34
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EPISIOTOMIA SELECTIVA Y COMPLICACIONES INMEDIATAS POST PARTO.	35

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, en el año 2014. El método fue correlacional y retrospectivo, aplicado en 562 puérperas de vía vaginal. Se halló que al 51% de las puérperas se les realizó la episiotomía selectiva, predominando en las primíparas con 29,5%, seguidas por multíparas con 19,6% y finalmente gran multíparas con 2,1%. El 4,3% de las puérperas con episiotomía selectiva presentaron desgarro, los hematomas tuvieron una frecuencia de 0,5% y la hemorragia 0,0%. La episiotomía selectiva se relacionó débilmente de forma inversa con los desgarros del canal vaginal ($r = -0.241$; $p = 0.000$), interpretándose que al incrementarse la frecuencia de episiotomía selectiva, disminuye la frecuencia de desgarros. En cuanto a la episiotomía selectiva no se correlaciona con la presencia de hematoma ($r = 0.072$; $p = 0.089$). Tampoco existió relación entre la episiotomía selectiva y la hemorragia ($r = -0.043$; $p = 0.307$). Se concluyó que: La episiotomía selectiva fue más frecuente en las primíparas, mientras que el desgarro fue la complicación inmediata post parto en el canal vaginal más frecuente. Por otro lado el aumento de la frecuencia de episiotomía selectiva se relaciona con la disminución de la frecuencia de desgarro. No halló relación entre la episiotomía selectiva con la presencia de hematomas y hemorragias.

Palabras clave: Episiotomía selectiva, complicaciones inmediatas post parto.

ABSTRACT

The Aim of the study was to determine the relationship between selective episiotomy and immediate complications post-partum on the vaginal canal in postpartum women served in the Hospital District El Porvenir, in 2014. The method was correlational and retrospective, in 562 of vaginal childbirth. Among the results it was found that 51% of postpartum women was carried out selective episiotomy, predominating in Primiparous with 29, 5%, multiparous with 19, 6% and finally Grand multiparous with 2, 1%. 4, 3% of postpartum women with selective episiotomy showed tear. The bruises had a frequency of 0, 5% and hemorrhage 0, 0%. Selective episiotomy related weakly in reverse order with the tears of the vaginal canal ($r = - 0.241$; $p = 0.000$), interpreted that to increase the frequency of selective episiotomy, it decreases the frequency of tears. In regard to selective episiotomy does not correlate with the presence of hematoma ($r = 0.072$; $p = 0.089$). There was also no relationship between selective episiotomy and hemorrhage ($r = - 0.043$; $p = 0.307$). It was concluded that: selective episiotomy was more frequent in Primiparous, while the tear was the immediate complications post-partum at the most frequent vaginal canal. On the other hand the increase of frequency selective episiotomy is related to the decrease of the frequency of tear. Found no relationship between selective episiotomy with the presence of bruises and bleeding.

Key words: selective episiotomy, immediate post-partum complications.

I. INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una incisión perineal para agrandar la apertura vaginal y facilitar el parto, principalmente usada en primigestas. En Europa, las cifras parecen del 30%, a excepción de Dinamarca donde alcanza el 56%. En Finlandia, la episiotomía fue más frecuente en nulíparas con 55%. En Estados Unidos, se estima en 62,5% de los partos, mientras que en América Latina, su práctica es más común. En Colombia, se realiza en el 65% de partos y en 90% de partos de primíparas. La episiotomía de línea media es más utilizada en el Norte de América, mientras que la media lateral, en Europa y América Latina, estableciéndose la política selectiva de evitarla, a menos que exista sufrimiento fetal.^{1, 2,3}

En un estudio en Piura, el 33 % de mujeres con episiotomía presentaron desgarros, mientras que éste fue del 25% en las procedentes de parto normal.⁴ Una revisión sistemática (2013) de ensayos aleatorios comparó el uso restringido de la episiotomía para uso rutinario, hallándose que éste disminuye el traumatismo perineal y las complicaciones, sin diferencias en la incidencia de desgarros graves, dispareunia, incontinencia urinaria e intenso dolor, con lo cual no hay evidencia de la eficacia de su uso habitual.^{3, 4.}

Hernández J, et al ⁵ (España, 2014) determinaron los factores que intervienen en el uso de episiotomía selectiva en 568 nulíparas, identificando como factores: el peso del feto ($p = 0,000$), y el criterio del profesional. La episiotomía se realizó en 62% de las mujeres, y el desgarro no se produjo en 68%, aunque el 32% mostraron desgarro de primer grado. Los residentes ginecólogos, usaron la episiotomía en 74,4%, y los residentes obstetras en 60. En el caso de los ginecólogos, la tasa de episiotomías fue 50%, sin diferencias estadísticas ($p=0.06$) Concluyeron que la no realización de episiotomía, incrementa los desgarros perineales de primer grado, y en menos los de segundo grado.

Trinh A et al ⁶ (Australia, 2013) describieron el uso de episiotomía en mujeres de origen vietnamita, mediante cohorte retrospectivo, que incluyó una serie de 100,910 mujeres con episiotomía. La tasa de episiotomía en australianas fue, de 15,1%, y de las vietnamitas, 29,9%. Sólo el 3,3% de vietnamitas, tuvieron productos con 4000 g o más, con una tasa de hemorragia posparto y desgarros perineales de 3er y 4to grado, de 8,4% y 4,1%. La hemorragia posparto fue mayor en episiotomizadas. En las múltiparas, la episiotomía se asoció con desgarros perineales de 3er o 4to grado, en 3,2%; en primíparas con episiotomía, el 6,1% tuvieron desgarro perineal severo, comparado con el 9,0% de quienes no la tuvieron.

Parveen B, et al ⁷ (Pakistán, 2012) compararon la morbilidad materna de episiotomía de rutina con la episiotomía selectiva, en primigrávidas, mediante estudio en 50 mujeres con episiotomía rutinaria y 50 con episiotomía selectiva. El desgarro de 3er grado y la magnitud de dolor perineal fue significativamente mayor en el grupo con episiotomía rutinaria (92% y 48%). El dolor perineal, hematomas y dehiscencia e infecciones de herida, fueron menos frecuentes en el grupo con episiotomía selectiva. La incidencia de hematomas perineales fue de 0,07% - 0,3%.

Alnakash A et al ⁸ (Iraq, 2012) valoraron el beneficio de episiotomía selectiva en la prevención de daño del esfínter anal en 300 primíparas a término divididas en 3 grupos. El primer grupo, se sometieron a episiotomía medio lateral rutinaria, el segundo grupo sin episiotomía y el tercer grupo a episiotomía medio lateral selectiva. La incidencia de lesiones del esfínter fue para aquellos con: episiotomía selectiva, de 2%, episiotomía rutinaria, de 8% y sin episiotomía, de 7%, con diferencias significativas. Se concluyó que la episiotomía selectiva es más útil que la rutinaria en la protección del esfínter anal, en primíparas.

Amodeo M et al ⁹ (España, 2011) realizó un estudio con el objetivo de evaluar los desgarros perineales de III y IV grado. Cohorte retrospectivo en 9120 partos vaginales, la prevalencia de desgarros de III y IV grado fue 3,7%, 67% de madres tenían edades entre 25 y 35 años, 15,5% eran

menores o iguales de 25 años y 17,6% mayores o iguales de 35 años. El 81% eran primíparas, 17,3% secundíparas y 1,8% múltiparas. Concluyendo que los desgarros de III grado fueron mayores que los de IV grado, observándose una disución del número de partos eutócicos.

García M et al ¹⁰ (España, 2011) evaluaron el uso de episiotomía selectiva en partos eutócicos en el hospital de Alcañiz, donde el 34,6% de los partos eutócicos tuvo el procedimiento, mientras que el 68,4% que no la tuvo, presentaron desgarros en un 61,8%. Todas las primigestas tuvieron episiotomía selectiva, mientras que en las múltiparas solo fue en un 21,6%.

Landy H, et al ¹¹ (U.S.A. 2011) identificaron los factores de riesgo modificables de laceraciones perineales de 3er y 4to grado y cervicales, en una muestra de 228.668 partos. Las primeras ocurrieron en 5,8% de nulíparas y 0,6% de múltiparas, mientras que las laceraciones cervicales en el 1,1% de nulíparas y 0,5% de múltiparas. Los factores de riesgo de laceraciones vaginales son nuliparidad, mayor peso al nacer, episiotomía, trabajo de parto prolongado y edad mayor de 25 años y los factores de riesgo de laceraciones cervicales son, menor edad materna, parto vaginal, y empleo de oxitócicos.

Zamora L.¹² (Ecuador, 2011) comparó el uso o no de episiotomía en 123 nulíparas con parto eutócico, encontrando que en aquellas sin episiotomía, el desgarro tipo I ocurrió en 23%, y en el tipo II en el 5%; mientras que en aquellas con episiotomía, el 10% presentó desgarro tipo II, 2.5% tipo III y 1.5% tipo IV. Concluyendo que los desgarros son las complicaciones más frecuente y que no dependen de la episiotomía.

Carroli G, et al ¹³ (EEUU, 2009) apreciaron el empleo selectivo de episiotomía vs la rutinaria en el parto. Con episiotomía rutinaria, la tasa fue 72,7%, y en el grupo selectivo, fue de 27,6%. La episiotomía selectiva vs rutinaria se asocia con riesgo reducido de traumatismo, necesidad de sutura y menos complicaciones. No hubo diferencias en riesgo de trauma vaginal o perineal severo, dispareunia, incontinencia urinaria. Los

resultados del uso selectivo de episiotomía medio lateral rutinaria vs la mediana fueron similares.

Rodríguez E, et al ¹⁴ (Perú, 2012) identificaron las complicaciones del empleo rutinario de la episiotomía en nulíparas con parto vaginal, en 773 gestantes nulíparas. El 90% tuvo episiotomía. El 49,6% de episiotomizadas tuvieron dolor de moderado a intenso, mientras que en el grupo sin episiotomía, solo el 3,9% mostraron dolor, con diferencias significativas. El 13,7% de episiotomizadas presentaron hemorragias, y ninguna de las mujeres sin episiotomía. Las laceraciones durante el parto, el edema y desgarró de 1er y 2do grado fueron mayores, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Albino F.⁴ (Perú, 2009), evaluó el uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas en nulíparas, en una muestra de 510 partos, donde el 62% de episiotomizadas y el 3% de no episiotomizadas presentaron hematomas, sin diferencias estadísticas significativas. Además, el 33% de mujeres con episiotomía presentaron desgarró, el 25% sin episiotomía, no lo presentaron. De las episiotomizadas, el 13% tuvo desgarró de 2do grado, 14 % de 3er grado y 6% de 4to grado, mientras que las mujeres sin episiotomía tuvieron sobretodo desgarró de I grado y II grado.

Episiotomía se define como aquella incisión quirúrgica perineal al culminar la segunda fase del parto, cuya reparación se le menciona como episiorrafia. La razón para la episiotomía, es impedir los desgarró del piso pélvico y vulvo-vagino-perineales, reduciendo la duración del expulsivo, y disminuyendo la compresión de la cabeza del feto. Al igual que en todo método, deberán cumplirse necesidades esenciales: cirujano cómodo, asepsia y antisepsia, instrumentos adecuados, anestesia, habilidades y competencias sobre la cirugía, sutura apropiada por planos, previa hemostasia.^{15, 16}

Existen diversas episiotomías, siendo las más comunes, la medio-lateral y la mediana. La medio-lateral, empieza a nivel de la horquilla vulvar posterior, hacia el lugar del corte, en ángulo de 45° considerando en rafe medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una trazo que pasa por el reborde anterior musculo cutáneo anal. La incisión mediana se inicia en la zona de la vulva en la parte posterior de la horquilla y en orientación medial que corte del rafe medio, ampliándose hasta las fibras más externas del esfínter anal. Para ambas, el vértice se extiende 3 o 4 cm por detrás del himen.^{16, 17}

La episiotomía sin referencia precisa a la paridad, pues si bien es cierto que existen nulíparas que no la ameritan, paradójicamente, en algunas múltiparas es preciso realizarla.¹¹ Además el uso de dicho procedimiento permite reducir el expulsivo e intensidad de los esfuerzos para pujo y se realiza principalmente ante características como macrosomía fetal, prematuridad, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, presentación cefálica con deflexión, presentación cefálica en variedad posterior. Está contraindicada en relajación y flaccidez del piso pélvico, condilomatosis florida con compromiso vulvoperineal, fístulas recto-perineales, antecedentes de perineoplastia y cáncer ano-rectal.^{18, 19.}

La episiotomía se ejecuta con prontitud, para evitar hemorragia moderada, sobre todo en caso de incisión medio lateral y por el contrario, si se realiza “tardíamente”, la distensión de los músculos perineales puede ser tal que no puede evitarse el desgarramiento. Se exhorta la incisión un poco antes de la contracción subsiguiente; además si la incisión es realizada durante la contracción, llegaría a ser prolongada por la presión de la presentación. La posición materna en el expulsivo afecta la realización de episiotomía. La litotomía incrementa la posibilidad de episiotomía selectiva, en contraposición con otras posiciones, donde su realización es inexistente.^{19, 20}

Se recomienda la anestesia local infiltrativa, con lidocaína al 1% o 2%, hasta de 10 cc, que se aplican momentos previos a la incisión, infiltrando el

trayecto del futuro corte a ambos lados del mismo y en su porción vaginal. La episiotomía mediana corre el riesgo de que al prolongarse lesione el esfínter externo anal, originándose un corte vertical con sangrado escaso, cuya reparación es más fácil, utilizando menor cantidad de sutura, con mejores resultados estéticos-funcionales, menos fibrosis y dolor postquirúrgico- postcoital.^{21, 22}

La episiorrafia debe realizarse luego del alumbramiento, verificando la hemostasia. Se debe usar catgut crómico 2/0 para el plano de la mucosa, submucosa y muscular intermedio. El catgut crómico 0, para el esfínter y la fascia; el crómico 3/0, para mucosa rectal. Se debe verificar los desgarros, y suturarlos. La sutura se inicia por detrás del vértice vaginal, de forma continua y cruzada hasta detrás de las carúnculas, incluyendo a la submucosa y el musculo transverso. Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de atrás hacia delante, fijándola con una puntada de mucosa a mucosa. Iniciar la reparación en la cuña perineal, con Catgut crómico 2/0, hasta el vértice perineal inferior sin interrumpir piel y tejido celular subcutáneo, finalizando en la fosa navicular.^{23, 24}

Es importante señalar la diferencia entre la episiotomía de rutina, cuando esta se realiza en primigestas, de la indicada en múltiparas. Se reporta que la episiotomía tradicionalmente se practica en casi el 90% de gestantes, en ocasión del primer parto, ya que de no hacerlo, se incrementa el riesgo de desgarros. Se debe tener en cuenta que, existen también los desgarros por extensión de una episiotomía, generalmente mediana, y que resultan dolorosas comparadas con desgarros espontáneos, llegando a afectar el ano recto, o las medio laterales que pueden comprometer el elevador del ano. Otro de los motivos por el cual se sigue realizando, es por costumbre o decisión de las personas. Así en España, entre el 40%- 64% de matronas y 72%-87% de obstetras lo practican.^{25, 26}

Las complicaciones que resultan del parto, son inmediatas, mediatas y tardías. Las complicaciones inmediatas son el agravamiento de una

enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente e inmediatamente^{28, 29}, entre ellas incluyen a desgarros, sangrado, hematoma y dolor. Los desgarros perineales se clasifican por grados. Grado I: compromiso de piel y/o mucosa vaginal; Grado II: compromiso de piel, mucosa o músculos perineales superficiales, respetando el esfínter externo. Frecuentemente se observa el compromiso de las paredes de la vagina, el grado III, que compromete el esfínter externo del ano y el grado IV compromete mucosa anal.^{26 27}

La hemorragia es una complicación poco común, que ocurre en los tipos de episiotomía medio lateral que se practica precozmente y/o que se prolongan. Los hematomas se presentan cuando se lesionan pequeños vasos sanguíneos y vierten su contenido en el tejido blando por debajo de la mucosa de la piel del periné o vagina, casi siempre se asocian a las incisiones medio laterales. Su aparición es temprana y son característicos a dolor perineal intenso y una masa subyacente de crecimiento rápido.^{24, 27}

La infección aparece 48 a 72 horas posterior al desgarro, como celulitis, y/o abscesos que ameritan drenaje y cierre por segunda intención. La dehiscencia se vincula a infección de herida, siendo necesario el cierre ulterior. Los granulomas suceden con frecuencia en el extremo vaginal. Tardíamente se encuentran bridas o adherencias vaginales, quiste de glándula de Bartholin, fibrosis y fístulas. La fibrosis es más frecuente en episiorrafias medio laterales, cuando se prolonga y/o se emplea excesivamente la sutura. Las fístulas ocurren asociadas a episiotomía mediana prolongada hacia el recto, en un momento inadvertida o por reparación inadecuada, o infección secundaria.²⁷

1.4. Problema de Investigación

¿Existe relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en púerperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel durante el año 2014?

1.5. Justificación

La episiotomía es uno de los métodos quirúrgicos más comunes efectuados a nivel mundial, que busca prevenir desgarros perineales graves, y reducir la incontinencia fecal y urinaria, así como complicaciones fetales, entre las cuales se encuentra la hipoxia y distocia de hombros. Los resultados de estudios multicéntricos e investigaciones que han evaluado riesgos y beneficios de la episiotomía de rutina indican paradójicamente, que en lugar de tener un papel protector, el procedimiento incrementa el riesgo de complicaciones. Ello, y la falta de estudios recientes realizados en nuestro medio que analicen las complicaciones postparto vinculadas a la episiotomía, como tampoco su asociación con uno de los procedimientos más frecuentes realizados en la atención obstétrica, nos motivó a realizar la presente investigación, con la finalidad de averiguar la frecuencia y su relación con las complicaciones tras la episiotomía selectiva, buscando a partir de los resultados, fortalecer estrategias que permitan la disminución de la práctica rutinaria de la episiotomía y por ende, la ocurrencia de dificultades tras su realización.

1.6. Objetivos

1.6.1. General

Determinar la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal, en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, en el año 2014.

1.6.2. Específicos

1. Establecer la frecuencia de episiotomía selectiva según paridad en puérperas.
2. Valorar la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en puérperas.

1.7. Hipótesis

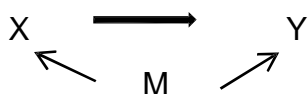
Hi.- La Episiotomía selectiva se relaciona con las complicaciones post parto en el canal vaginal en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, en el año 2014.

Ho.- La Episiotomía selectiva no se relaciona con las complicaciones post parto en el canal vaginal en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, en el año 2014.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de Investigación

Estudio transversal, retrospectivo y correlacional unidireccional



X= Episiotomía selectiva

Y= Complicaciones inmediatas

M= Población

2.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
INDEPENDIENTE: EPISIOTOMIA SELECTIVA	Acto de cirugía menor que se caracteriza por aplicar una incisión con bisturí o tijera en la región perineal, que puede ser practicada ante alguna complicación del parto. ^{18, 19}	Procedimiento que fue realizado por criterio del médico u obstetriz que realizó la episiotomía según características maternas y antropométricas del feto y se encuentra descrito en la historia clínica.	1. Si 2. No	Cualitativo nominal
DEPENDIENTE: COMPLICACIONES INMEDIATAS POST PARTO EN EL CANAL VAGINAL	Agravamiento o alteración de la fase del postparto que afecta la zona del canal vaginal formado por el orificio cervical, continuando con la vagina hasta el introito ^{18, 19}	Desgarros	1. Ninguno 2. I grado 3. II grado 4. III grado 5. IV grado	Cualitativo ordinal
		Hemorragia post parto ocasionado por lesión del canal vaginal o desgarros perineal	1. Si 2. No	Cualitativo nominal
		Hematoma presente en el canal vaginal como consecuencia del parto	1. Si 2. No	Cualitativo nominal

2.3. Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo compuesta por 562 puérperas, con parto vía vaginal atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir, periodo comprendido entre Enero y Diciembre del 2014. Debido a que se aplicó el estudio a toda la población, no fue necesario tomar un tamaño de muestra.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión

- Puérperas mayores de 15 años de edad

Criterios de exclusión

- Puérperas cuya historia clínica perinatal base no tenga los datos necesarios para el presente estudio

2.4. Técnicas y procedimiento de Recolección de Datos

En primer lugar se tramitó la autorización correspondiente para realizar el estudio en el hospital, enviándose una solicitud al director de autorización para el desarrollo de la investigación. (Anexo 1) Por ser un estudio retrospectivo se hizo uso del registro de partos del cual se extrajo fuentes secundarias (historias clínicas perinatales) de pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez ubicadas las unidades de muestreo, se procedió a transcribir la información a la ficha de recolección de datos, la cual consta de tres partes. La primera recolecta los datos generales con el fin de clasificar a la unidad de análisis, la segunda indica si se realizó o no la episiotomía selectiva y la tercera, recoge detalles de las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal. (Anexo 2)

El instrumento fue validado por dos médicos ginecólogo-obstetras y un médico epidemiólogo, expertos, quienes verificaron la pertinencia de ítems o reactivos a aplicar. Elaborado el instrumento, se procedió a evaluar la confiabilidad para aplicar una prueba piloto a un grupo de 10 fichas que no formaron parte de la muestra, por pertenecer a un periodo anterior.

Se aplicó la técnica de equivalencia en la cual dos personas realizaron la encuesta, utilizando el mismo instrumento para recolectar datos, con el cual midieron las mismas variables de estudio. Se comprobó la misma técnica para recolectar datos entre las dos personas, quienes llenaron las respuestas independientemente, para después constatar la similitud de los resultados obtenidos en sus respectivas fichas, observándose que en el 100% de fichas no había discordancia entre los resultados.

2.5. Métodos de Análisis de Datos

Los datos colectados fueron procesados en el programa SPSS. Primero se calculó el Ji cuadrado y luego el Riesgo Relativo, con un intervalo de confianza del 95%. Si el RR es mayor de 1 se consideró como factor asociado. Los resultados se presentan en tablas.

2.6. Aspectos Éticos

Para la realización del proyecto se siguió las recomendaciones internacionales dispuestas en la Declaración de Helsinki II, tomando en cuenta la preservación de la veracidad, manteniendo el anonimato de los pacientes investigados, considerando, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. Además, debido a la naturaleza del presente estudio no se puso en peligro la integridad física del paciente, la salud mental.

III. RESULTADOS

TABLA 1

Frecuencia de episiotomía selectiva según paridad en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir 2014.

PARIDAD	EPISIOTOMIA			
	SI		TOTAL	
	N	%	N	%
PRIMIPARA	165	29.4%	186	33.1%
MULTIPARA	110	19.6%	284	50.5%
GRAN MULTIPARA	12	2.1%	92	16.4%
TOTAL	287	51.1%	562	100.0%

Fuente. Historia Clínica materna Hospital Santa Isabel

De 562 puérperas atendidas se realizó episiotomía selectiva en el 51,1%. El 29,4% fueron primíparas, el 19,6% múltiparas y el 2,1% gran múltiparas. A las restantes (48,9%) no se les realizó episiotomía selectiva.

TABLA 2

Relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en las puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir 2014.

EPISIOTOMIA							
		SI		NO		p	V de Cramer
COMPLICACION		N=287	%	N=275	%		
DESGARRO	SI	24	4.3%	73	13.0%	p=0.000	r= - 0.241
	NO	263	46.8%	202	35.9%		
HEMATOMA	SI	3	0.5%	0	0.0%	p=0.089	r= 0.072
	NO	284	50.5%	275	48.9%		
HEMORRAGIA	SI	0	0.0%	1	0.2%	p=0.307	r=-0.043
	NO	287	51.1%	274	48.8%		

Fuente. Historia Clínica materna Hospital Santa Isabel

La episiotomía se relacionó débilmente de forma inversa con desgarros perineales, con un $r = -0.241$ y una $p = 0.000$, es decir que al incrementarse la frecuencia de episiotomía, disminuye la frecuencia de los desgarros. No se halló relación entre hematoma y episiotomía ($p = 0.089$), y entre la hemorragia y la episiotomía ($p = 0.307$).

IV. DISCUSIÓN

La episiotomía es un procedimiento utilizado especialmente en primíparas. En la tabla 1, se analiza la frecuencia de episiotomía “selectiva” según paridad. En ella se aprecia que al 51% se les realizó la episiotomía “selectiva”, predominando las primíparas con 29,5%, luego las multíparas con 19,6% y finalmente las gran multíparas con 2,1%. En cambio el grupo sin episiotomía “selectiva”, alcanzó el 48,9%.

En cuanto a la episiotomía “selectiva”, nuestros resultados son cercanos a los reportados por Vargas M¹, y Rodríguez A, et al² porque refirieron que en nuestro continente el 62,5% de parturientas tuvieron episiotomía, y Rubio J.³ quién reportó que en Colombia, la episiotomía se realiza en el 65% de los partos, según los estudios realizados y los resultados obtenidos la episiotomía selectiva es el procedimiento más usado en la mayoría de los partos. Sin embargo existen estudios con cifras menores como reportó Trinh A et al⁶ en Australia, quienes informaron que la tasa de episiotomía fue 15,1%, en comparación con el 29,9% en una población vietnamita residente, y en España, García M et al¹⁰, indicaron que el 34,6% de partos tuvieron episiotomía selectiva; mientras que en Norteamérica, Carroli G, et al¹³ en EEUU, informan que su empleo selectivo ocurre en 27,6%.

La razón por la cual se realiza episiotomía “selectiva” en el Hospital Santa Isabel, depende de la decisión y experiencia del profesional que atiende el parto, y no del uso de protocolos de episiotomía selectiva que se aplica en otros hospitales, donde se aprecia un bajo porcentaje de episiotomías.⁵ Otros motivos por el cual se tomó la decisión de realizarlo con mayor frecuencia es evitar complicaciones, tal como se han publicado en otras investigaciones, como impedir desgarros del piso pélvico, vulva, vagina y periné, abreviando la duración del parto y dependiendo si es primípara o multípara ^{11,25, 66}

Uno de los estudios que describieron que la experiencia o especialidad de quien atiende el parto, incide en la decisión de realizar o no la episiotomía, fue el realizado por Hernández J, et al⁵ (España, 2014), al comprobar que los

residentes de ginecología usaron con más frecuencia la episiotomía 74,4%, las residentes obstetras 60%, en cambio los residentes ginecólogos fue menor al 50%. Otra investigación como el de García E.²⁶ (España, 2015), hallaron que entre el 40 y 64% de matronas, el 72 y 87% de practicantes de medicina y obstetricia lo practican. Encontrándose diferencias porcentuales marcadas entre profesionales, internos y practicantes.

En el caso del Hospital Santa Isabel de El Porvenir, los partos vaginales son realizados por internos de medicina u obstetricia, bajo la supervisión de la obstetra o médico ginecólogo obstetra o médico familiar, lo que conllevaría probablemente a incrementar el número de episiotomías, por motivos académicos. En Latinoamérica, la episiotomía es realizada con frecuencia por estudiantes de medicina u obstetricia del último año de formación. En países Europeos o desarrollados los procedimientos son realizados en su gran mayoría por profesionales y de allí su bajo porcentaje. En España el sistema hospitalario aplica las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que considera inadecuado el uso rutinario de la episiotomía, no debiendo superar el 30% de los partos vaginales.³⁰

Referente a la frecuencia porcentual de episiotomía selectiva en primíparas y/o en multíparas, nuestro estudio reporta que es porcentualmente mayor su empleo en primíparas, mostrando que de 186 a 165 se les realizó la episiotomía. Estudios como el de Rodríguez E, et al ¹³ (Perú, 2012), y Rubio J³ reportaron episiotomía en primíparas en 90%. Estos resultados demuestran que la episiotomía “selectiva” no está siendo aplicada en la gran mayoría de mujeres primíparas. Tal vez, por las razones mencionadas en párrafos anteriores. Debiéndose llegar a porcentajes menores como el descrito por Rodríguez A, et al² quien refirió que en Finlandia, la episiotomía en nulíparas fue de 55%.

Por consiguiente, se infiere que los motivos por el cual el porcentaje de episiotomía selectiva en primíparas es elevada en el Hospital Santa Isabel, se deben al temor de quien atiende el parto, causar probables desgarros, sin considerar el cumplimiento de las guías de atención del parto que incluye la

realización de episiotomía selectiva aplicadas en el ámbito nacional y normadas por el Ministerio de Salud, señalando que ésta práctica es beneficiosa cuando se le compara con la episiotomía rutinaria, debido a que este último tiene resultados perjudiciales.

También en algunas multíparas existe indicación de episiotomía selectiva, como se halló en la presente investigación, 110 de un total de 284, aunque son cifras menores a la episiotomía en primíparas, son indicados por la OMS. Al respecto, García M et al ¹⁰ en España, reportó que el 21,6% de multíparas tuvo episiotomía selectiva, y Rodríguez A, et al² en Finlandia, en un estudio multicéntrico informó que la episiotomía en nulíparas fue de 55% y en multíparas 12%. Como ya se explicó, el uso de episiotomía en ambas va a depender del criterio de quien atiende el parto, y de la presencia de factores maternos (desgarro perineal inminente, trauma pélvico mínimo), como fetales (macrosomía fetal, distocia de hombros), que el mismo profesional considera relevante, (posición de litotomía), que incrementa la posibilidad de episiotomía selectiva.^{18, 19}

Las razones del porque las episiotomías rutinarias no se restringen, es porque las guía de atención sobre episiotomía propuestas en el Hospital Santa Isabel no han oficializado su aplicación mediante la resolución respectiva, como ocurre en otras instituciones hospitalarias del país, por tanto no se aplica en la atención de parto vaginal, dejándolo a la decisión del profesional.

En cuanto a las complicaciones inmediatas, la mayoría de autores señalan a los desgarros, dato que coincide con nuestros hallazgos, donde cerca del 18% de partos presentaron desgarros. Albino F.⁴ en Piura, reporta desgarro perineal en 25 % de partos vaginales, mientras que Alnakash A et al ⁷ (Iraq), los describe en 9%. Zamora L.¹² (Ecuador, 2011), reportaron que en no episiotomizadas el desgarro tipo de 1er grado, ocurrió en 23%, de 2do grado en 5%, mientras que en las que se les practicó la episiotomía, el desgarro de 2do grado ocurrió en el 10%, el de 3er grado en el 2,5% y el 4to grado en 1,5%, mientras que el hematoma estuvo presente en 5,7%, concluyéndose que las

características maternas y la antropometría del feto no influyen en la decisión de usar la episiotomía.

Los desgarros independientemente del uso de episiotomía, fluctúan en un 25%. Hernández J, et al ⁵ (España, 2014), reporta que a pesar de haber realizado la episiotomía en un 62% de las mujeres, un 32% tuvieron desgarros de 1er grado. Es decir que toda mujer está en riesgo de presentar algún tipo de desgarro, por cuyo motivo se recomienda revisar los protocolos de episiotomía, particularmente de la “selectiva”, para reducir su tasa y estandarizar los porcentajes entre los profesionales, teniendo en cuenta que la episiotomía incrementa los desgarros perineales de 1er grado, y los de segundo. También influye en la complicación, la posición del parto (litotomía incrementa su frecuencia), la calidad del trabajo del profesional para realizar la episiotomía. Situación similar que viene ocurriendo en el Hospital Santa Isabel, donde la atención es realizada principalmente por los internos de obstetricia y medicina, así como el uso de la posición de litotomía.^{19, 20}

La Tabla 2, establece la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en puérperas, con los siguientes resultados: la episiotomía se relacionó débilmente de forma inversa o negativa con los desgarros perineales, obteniéndose un $r = - 0.241$ y una $p=0.000$, interpretándose que al incrementarse la frecuencia de episiotomía, disminuye la frecuencia de los desgarros.

A conclusiones similares arribó Alnakash A et al ⁷ (Iraq), al referir que la episiotomía selectiva es la intervención más útil para evitar desgarros perineales, incluido lesiones del esfínter anal, y Carroli G, et al¹¹ (EEUU), concluyó que la episiotomía selectiva se asocia con riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, frecuencia en la necesidad de suturar, y menos complicaciones durante la cicatrización. Sin embargo, a nivel nacional existen estudios que señalan un escaso beneficio de la episiotomía selectiva, tal como lo mencionó Albino F.⁴ quien encontró desgarro perineal en 33% de mujeres con episiotomía, y 25% sin episiotomía, sin diferencias estadísticamente significativas.

La discrepancia de si la episiotomía “selectiva” es o no es útil para disminuir los desgarros perineales, va a depender del profesional que atiende el parto, y de la política de la institución de salud respecto a la episiotomía selectiva. Cuanto mayor es el uso de episiotomía selectiva con criterio técnico o protocolar, mayor es la posibilidad de disminuir los desgarros, especialmente de 2do y 3er grado, en comparación con las no episiotomizadas, tal como lo describió Zamora L. (Ecuador, 2011), y por lo tanto, su empleo va a depender de la decisión que tome exclusivamente el profesional que atiende el parto y no necesariamente de la existencia de ciertas características maternas y antropométricas del feto.¹²

Respecto a la correspondencia entre episiotomía y hematoma, no se demostró correlación, luego de aplicar la V de Cramer y encontrar una $r=0.072$ y una $p=0.089$, al igual que entre episiotomía y hemorragia, tras obtener un $r=-0.043$ y una $p=0.307$. Según Parveen B, et al ⁷ (Pakistán, 2012), su frecuencia es baja, entre 0,07 a 0,3%, situación parecida a la de nuestro estudio y donde la episiotomía no está asociada a esta complicación. Estos resultados podrán explicarse a partir del tamaño de la muestra, siendo necesario aumentarla, para lograr establecer si existe relación.

Las investigaciones realizadas por Rodríguez E, et al ¹³ y Albino F⁴ (Perú) señalan también, que no existe relación entre la episiotomía selectiva y presencia de hemorragia y hematoma, por consiguiente el uso del procedimiento no disminuiría las complicaciones, considerando que la hemorragia es la complicación que sucede con poca frecuencia, que ocurre generalmente cuando la episiotomía se extiende más allá de lo requerido en primera instancia, de la misma manera en que se producen los hematomas.^{24,}
27

Debido a la poca frecuencia, establecer su relación estadística es difícil, sin embargo estos resultados coinciden con lo esperado, donde aparentemente quien realice la episiotomía sea un interno de medicina u obstetricia, no implicaría un mayor riesgo de que ocurra.

V. CONCLUSIONES

1. La episiotomía selectiva fue más frecuente en las primíparas.
2. La episiotomía selectiva se relaciona con el desgarro disminuyendo su frecuencia, mientras que la episiotomía selectiva no guarda relación con la presencia de hematomas y hemorragias.

VI. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios para evaluar y analizar los factores por los cuales más de la tercera parte de las múltiparas tuvieron episiotomía selectiva, de manera que se conozca las circunstancias por la que se realizó dicho procedimiento.
2. Identificar las características fetales y maternas más frecuentes relacionadas con la presencia de desgarro a pesar de tener episiotomía selectiva.
3. Difundir los resultados del presente estudio en el personal responsable de la atención de parto, de manera que ayude a la toma de decisión correcta para la realización de la episiotomía selectiva.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vargas MJ. Episiotomía. Rev méd Costa Rica y Centroamérica 2011. LXVIII (599) 461-466. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art13.pdf>
2. Rodríguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2009; 198: 285.e1-285.e410.
3. Rubio J. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. Rev Colom Obst Ginecol 2009; 56(2):116-126.
4. Albino F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nuliparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 2009; 1(4), Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
5. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado R, Val B, Mérida Á, Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Rev enfermería global 2014; 35(7):398-406.
6. Trinh A, Khambalia A, Ampt A, Morris J, Roberts C. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2013; 91(5): 350-356.
7. Parveen B, Haq G, Sheikh A. Routine versus selective episiotomy in primigravidae Pak J Surg 2012; 28(4): 285-290.
8. Alnakash A, Jafar S, Abdul-Raheem Y. Whether Selective or Routine Episiotomy is More Useful to Protect Anal Sphincter in Primiparous Women. The Iraqi Postgraduate Medical Journal 2012; 11(1):26-32.
9. Amodeo M, Rodríguez B, De La Hoz F, Oña R, Garrido R. Desgarros perineales de III Y IV grado y tipo de terminación del parto por vía vaginal. Trabajo publicado en 31 congreso español de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de España. 2011. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/96548994/Hoja1---Sego>
10. García M, Barrabes M, Balfagon M, Guillén M, Sebastián A. Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio

- Aragón de Salud, 2010, Implantación de la episiotomía selectiva (no rutinaria) en los partos eutócicos, en el Hospital de Alcañiz. 2011. Disponible <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Areas/03.pdf>
11. Landy H, Laughon K, Bailit J, Kominiarek M, Gonzalez V, Ramirez M, et al. Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2011 Mar; 117(3): 627–635.
 12. Zamora L. La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra 2010. Tesis Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Escuela de medicina. Riobamba, Ecuador 2011, Disponible en: <http://dspace.esoch.edu.ec/bitstream/123456789/3443/1/94T00106.pdf>
 13. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2009, Issue 4. Disponible en. <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081.pdf>
 14. Rodríguez E, Sánchez J. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II – 2, MINSA Tarapoto. Periodo 2010. Tesis. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. 2011. disponible en http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_106_Binder1.pdf
 15. Rubio J. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un Hospital Universitario *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; 56(2):116-126.
 16. Cabero L Saldivar D, *Obstetricia y medicina materno-fetal.* España. Edit Med Panam. S.A. 2007
 17. Baston H, *Post parto.* España Elsevier Health Sciences, 2011
 18. Cunninghamm. *Williams Obstetricia.* 23ra e México D. F.: Edit Mac Graw Hill. 2011
 19. Baggish M, Karram M, *Atlas de Anatomía de la Pelvis y Cirugía Ginecológica.* 2da edición. España. Editorial Med Panam. S.A. 2009
 20. Lombardía J, Fernández M. *Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida.* 2da edición. España. Edit Med Panam. S.A. 2007

21. Reece A, Hobbins J. Obstetricia clínica. 3ra edición. Argentina. Edit Med Panam. S.A. 2007.
22. Kotcher J, Instrumentación quirúrgica: teoría, técnicas y procedimientos. 4ta edición. México. Edit Med Panam. S.A. 2008
23. Bonilla F, Pellicer A. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. Argentina Edit Med Panam. S.A. 2007.
24. Hale, R y Ling, F. Episiotomía. Los procedimientos y las Técnicas de Reparación. Washington D.C.: The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2008
25. Baston H, Post parto. España Elsevier Health Sciences, 2011
26. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. Universidad de Cantabria. España. 2015. Disponible en: repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf
27. Cunninghamm. Williams Obstetricia. 23ra e México D. F.: Edit Mac Graw Hill. 2011
28. Diccionario Mosby Pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 4º edición. España: Edit Elsevier, 2011
29. Dorlan Diccionario Médico ilustrado de bolsillo 26º ed. España: Mc Graw Hill 20012
30. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera”. NURE Inv. 2013 mar-abr; 10(63): Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomia.pdf
31. Ministerio de Salud. Hospital Santa Rosa. Departamento de Gineco-Obstetricia. Guías de práctica clínica médicos quirúrgicos. Lima. MINSA. 2008. Disponible en:
http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA_CLINICA_GINECO_2008.pdf

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE AUTORIZACION PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Solicita: Autorización para desarrollar investigación con carácter académico.

Señor: Director Hospital Santa Isabel del Porvenir del distrito del porvenir.

Yo,..... Con DNI N°....., estudiante de Medicina de la Universidad Privada Cesar Vallejo, ante Ud. me presento y expongo lo siguiente:

Que, en cumplimiento de los objetivos de mi formación profesional y siendo necesario desarrollar una investigación referente a, es que solicito se me permita desarrollar dicha investigación y poder así cumplir con dichos objetivos.

Es justicia que espero alcanzar.

Trujillo.....de.....2014

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EPISIOTOMIA SELECTIVA Y COMPLICACIONES INMEDIATAS POST PARTO.

I.- DATOS GENERALES

A. Edad..... años cumplidos

B. Semanas Gestacional maternas:.....

C. Paridad Primípara () Multípara () Gran multípara ()

II. EPISIOTOMIA

Si () No ()

III. COMPLICACIONES INMEDIATAS

A.- GRADO DEL DESGARRO

1. Ninguno ()
2. I grado ()
3. II grado ()
4. III grado ()
5. IV grado ()

B. HEMORRAGIA

1. Si ()
2. No ()

C. HEMATOMA

1. Si ()
2. No ()