

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE
EPISIOTOMIAS EN PRIMIGESTAS. HOSPITAL DE
APOYO DE HUANTA. JULIO – SETIEMBRE 2019”**

Presentado por:

**Bach. CORZO AYME, Edith Tania
Bach. CUADROS PALOMINO, Miriam**

ASESOR:

Mg. Obst. ROALDO PINO ANAYA

AYACUCHO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por habernos dado la vida y permitirnos el haber llegado a este momento tan importante de nuestra formación profesional. A nuestras madres, por ser el pilar más importante y demostrarnos siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

AGRADECIMIENTO

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo. Sin embargo, merecen reconocimiento especial a nuestras Madres y familiares que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar nuestra carrera universitaria y nos dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	4
1.- EL PROBLEMA	8
1.1. Planteamiento del Problema	8
1.2. Formulación del Problema.	8
1.3. Objetivos de la Investigación.	9
1.3.1 Objetivo General:	9
1.3.2 Objetivos Específicos:.....	9
CAPITULO II	10
2.- MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes del Estudio	10
2.2. Base Teórica científica.....	15
2.2.1. Episiotomía.	15
2.2.2. Historia de la Episiotomía.....	16
2.2.3. Anatomía del Piso Pélvico.....	18
2.2.4. Clasificación de la Episiotomía:.....	22
2.2.5. Indicaciones de la Episiotomía.....	23
2.2.6. Factores Asociados a la Episiotomía.	25
2.3. Definición de Términos Operativos	29
2.4. Formulación de la Hipótesis.....	31

2.5. Variables e Indicadores	32
2.6. Operacionalización de las Variables	33
CAPITULO III.....	¡Error! Marcador no definido.
3.- MATERIALES Y MÉTODO	34
3.1. Tipo de Investigación	34
3.2. Nivel de Investigación	34
3.3. Diseño de Investigación	34
3.4. Método de Estudio	34
3.5. Población y Muestra	34
3.6. Técnicas e Instrumentos de Recoleccion de Datos	36
3.7. Procedimiento de la Investigación	36
3.8. Plan de Procesamiento y Análisis de Datos.....	36
3.9. Ética de Investigación	37
CAPITULO IV	38
Resultados y Discusión.....	38
Conclusiones	53
Recomendaciones:	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	56
ANEXO.....	62
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	63

RESUMEN

Objetivo: conocer los factores asociados a la prevalencia de episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta. Durante los meses de julio – setiembre 2019.

Método: Aplicada, descriptiva, cuantitativa, no experimental, transversal, y prospectivo.

Procedimiento: Se creó una base de datos con los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente fueron introducidos al software estadístico SPSS-IBM 24.00 (Statistical Package for Social Science) con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia de tamaño $m \times n$, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado, para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

Resultados: La prevalencia de episiotomías en primigestas es de 80,6% en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de julio a setiembre del 2019. El 54,4% fueron adolescentes primigestas con episiotomía y el 57,9% sin episiotomía, pero con edades entre 20 a 35 años. El 87,3% y 84,2% fueron primigestas con gestación a término, con y sin episiotomía respectivamente. El 98,7% fueron primigestas con episiotomía y tiempo del periodo expulsivo normal. Asimismo, el 100% fueron primigestas sin episiotomía y periodo expulsivo normal. El 87,3% fueron primigestas con episiotomía y parto eutócico. Por otro lado, el 57,9% fueron primigestas sin episiotomía y parto distócico. El 87,3% y 100,0% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente, con recién nacidos de peso normal.

El 75,9% y 94,7% fueron primigestas con y sin episiotomía tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 33 a 35 cm.

Conclusiones: análisis de la prueba estadística de Chi Cuadrado, se halló significancia estadística ($p < 0.05$); lo cual nos indica que los factores como el tiempo del periodo expulsivo y el tipo de parto tienen relación estadísticas significativa con la prevalencia de episiotomías en primigestas atendidas en el hospital de apoyo de Huanta.

Palabra clave: factores asociados a la Prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de Apoyo de Huanta.

SUMMARY

Objective: to know the factors associated with the prevalence of episiotomy in primigests treated at the Huanta Support Hospital. During the months of July - September 2019.

Method: Applied, descriptive, quantitative, non-experimental, transversal, and prospective.

Procedure: A database was created with the data collection instruments in the Excel spreadsheet, then they were introduced to the statistical software SPSS-IBM 24.00 (Statistical Package for Social Science) with which the size contingency tables were constructed mxn, to which the chi-square statistical test of independence was applied, to determine the dependence of the main study variables.

Results: The prevalence of episiotomies in primigestas is 80.6% in the Support Hospital of Huanta during the months of July to September of 2019. 54.4% were adolescents with episiotomy and 57.9% without episiotomy, but with ages between 20 to 35 years. 87.3% and 84.2% were primigests with full-term gestation, with and without episiotomy respectively. 98.7% were primigests with episiotomy and time of the normal expulsion period. Likewise, 100% were primigests without episiotomy and normal expulsion period. 87.3% were primigestas with episiotomy and eutocic delivery. On the other hand, 57.9% were primigests without episiotomy and dystrophic delivery. 87.3% and 100.0% were primigests with and without episiotomy respectively, with infants of normal weight.

75.9% and 94.7% were primigests with and without episiotomy respectively, who had newborns with a head circumference between 33 and 35 cm.

Conclusions: analysis of the chi-square statistical test, statistical significance was found ($p < 0.05$); This indicates that factors such as the time of the expulsion period and the type of delivery have a significant statistical relationship with the prevalence of episiotomies in primigests treated at the Huanta support hospital.

Keyword: factors associated with the prevalence of episiotomies in primigests. Huanta Support Hospital.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné para ampliar la apertura vaginal. El objetivo fundamental de la episiotomía es impedir los desgarros del piso pélvico y vulvovaginoperineales. Su reparación se denomina episiorrafia.¹

Sus indicaciones son muy precisas. Se clasifican en Maternas: Inminencia de desgarro Vulvovaginoperineales, disminuir el tiempo del periodo expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de Valsalva forzada), parto vaginal instrumentado. Fetales: Macrostomia, distocias de presentación.²

La episiotomía sigue siendo un procedimiento muy común en obstetricia, es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente, sustituye por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizara este procedimiento. Por lo tanto, se puede decir que la reparación de la episiotomía es más fácil.³

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media. Esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto.⁴

El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que experimentan un parto vaginal por primera vez.⁵

Una episiotomía, es una ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión en el periné que tiene como objetivo ampliar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné durante la última parte del periodo expulsivo”⁶

En la actualidad el uso rutinario del procedimiento conocido como episiotomía en la atención de partos es conocido y practicado en ocasiones de manera extensa; recomendada inicialmente para partos difíciles posteriormente se incluyó dentro de las actividades rutinarias en la atención del parto, sin embargo su uso rutinario debe ser evaluado en nuestros centros de atención de partos y siendo el Hospital de Apoyo de Huanta un establecimiento donde se atiende partos principalmente vaginales en su gran mayoría, es importante evaluar la prevalencia de este procedimiento de cirugía menor en nuestra población.

El propósito del presente estudio fue determinar los factores asociados a la prevalencia de episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta, durante los meses de julio a setiembre del 2019, a través de una investigación aplicada, descriptiva, prospectiva y transversal, con una muestra de 98 primigestas, hallando los siguientes resultados: La prevalencia de episiotomías en primigestas es de 80,6% en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de julio a setiembre del 2019. El 54,4% fueron adolescentes primigestas con episiotomía y el 57.9% de primigestas sin episiotomía con edades de 20 a 35 años. El 87,3% y 84,2% fueron primigestas con gestación a término, con y sin episiotomía respectivamente. El 98.7 y 100% fueron primigestas con y sin episiotomía y tiempo del periodo expulsivo normal. El 87,3% fueron primigestas con episiotomía y parto eutócico y 57.9% fueron primigestas sin episiotomía con parto distócico respectivamente. El 87.3% y 100% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente que tuvieron recién nacidos con peso normal. El 75,9% y 94,7% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente, que tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 33 a 35 cm. El tipo de parto y el tiempo de periodo expulsivo son factores que se asocian a la episiotomía en las primigestas, con significancia estadística ($p < 0,05$).

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La episiotomía Etimológicamente representa "cortar el pubis" "episeion=pubis y temno=yo corto pubis. Esta intervención quirúrgica también se la ha denominado colpoperineotomía o perineotomía, el cual se realiza a través de una incisión vulvoperineal, con el objetivo de ampliar el canal del parto durante el periodo expulsivo. Es un procedimiento quirúrgico simple de cirugía menor, pero no por ello es un acto menor. Aunque su empleo es muy frecuente en la asistencia al parto, puede considerarse como una de las operaciones obstétricas más controvertidas en relación a su empleo e indicación.

Según la Organización Mundial de la Salud expone que "el uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura; es decir la episiotomía debería realizarse siempre y cuando sea necesario y no a todas las primigestas como

anteriormente estaba indicado. No existe diferencia en cuanto al riesgo de traumatismo vaginal o perineal severos, dolor, dispareunia o incontinencia urinaria.⁸

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould, proponiendo que el uso de esta es prevenir el desgarro perineal, Según datos históricos, habría sido Sir Fielding Ould (1742) en Irlanda, el primero en realizar dicha intervención para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. El procedimiento no ganó mayor aceptación entre la comunidad obstétrica de la época debido a la alta morbilidad infecciosa asociada a ella y a la no disponibilidad de anestesia.⁹

En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede recomendaban la sección del periné en sus partos y en el siglo XX, DeLee y Pomeroy aconsejan tal proceder de forma sistemática. Entre 1920 y 1930, la alta tasa de morbimortalidad perinatal, sumada a la transición de los partos domiciliarios a los hospitales, determinó el uso rutinario de la episiotomía a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara su seguridad y beneficios. La episiotomía fue así popularizada por DeLee a partir de sus publicaciones en 1920.¹⁰

El uso de la episiotomía en EE.UU se estima en un 62.5% aproximadamente, a nivel de Europa éste parece estar en el 30% fuera de Dinamarca por una tasa de 56%, se estima un uso mayor en América Latina, en Ecuador el uso de la misma es muy frecuente, la mayoría de las maternidades y centros hospitalarios realizan esta técnica de manera rutinaria en mujeres que experimentan por primera vez un parto por vía

Vaginal en un porcentaje de 98-99%.¹¹

Althabe & Balizans, indican en un estudio llevado a cabo en base a datos Hospitalarios de todos los países de América Latina, en 416,852 partos; en este estudio se especifica, que “en 91 hospitales analizados el (87%) de los hospitales las tasas de episiotomía fueron superiores al 80% y en 69 hospitales (66%), al 90%. Podemos observar claramente que la tasa de episiotomía en todos los hospitales es realmente alta y preocupante.

Este estudio además provee datos por país, así en México se estudiaron 2 hospitales y la tasa de episiotomía fue de 69,5%; Panamá 81,8%; Argentina 85,7%; Colombia 86,2%; Nicaragua 86,3%; Bolivia 90,8%; Paraguay 91,5%; Honduras 92%; Brasil 94,2%; Perú 94,4%; Uruguay 95,1% y Ecuador 96,2%¹²

Romero y Prado mencionan que “no está justificado el uso rutinario de la episiotomía, ya que no se demuestra el factor protector que se le atribuye frente a los desgarros de III y IV grados y, sin embargo, tiene una influencia negativa en los demás factores. También se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de investigación en nuestro medio para conocer la realidad cotidiana y poder establecer comparaciones con la existente en otros países”.¹³

Por otro lado, Rodríguez refiere que “la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental. Pero curiosamente también de los más cuestionados en la actualidad. Los motivos por los cuales se justificaba la episiotomía han sido desmontados

por la ciencia. La evidencia científica recomienda disminuir la tasa de episiotomías”¹⁴

Existen muchos factores de riesgo para que una primigesta tenga desgarro en el periodo expulsivo del parto, tales como el peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc.

Durante los meses de enero a diciembre del 2018 en el Hospital de Apoyo de Huanta se ha reportado un total de 285 casos de partos con episiotomías en primigestas de manera rutinaria.

Sin embargo, a pesar del cambio de actitud de muchas profesionales de obstetricia de dicho nosocomio, aún existen quienes continúan con el uso rutinario de la episiotomía en primigestas; no obstante que al control de puerperio, acuden varias pacientes, a quienes se le realizaron la episiotomía , con infección de la herida o manifestando molestias; es por ello que se realizó la presente investigación con el objetivo de identificar los factores asociados a la episiotomía en primigestas en el Hospital de Apoyo de Huanta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta, durante los meses de julio - setiembre del 2019?

Problemas Específicos o Secundarios

- ¿Cuál es la prevalencia de episiotomías en primigestas atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta?
- ¿Cuál es la relación entre edad materna, edad gestacional, duración del periodo expulsivo, tipo de parto, peso del recién nacido y perímetro cefálico, que se asocian a la episiotomía en primigestas en el Hospital de Apoyo de Huanta?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Conocer los factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta, durante los meses de julio - setiembre del 2019

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de episiotomías en las primigestas atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta.
- Relacionar la edad materna, edad gestacional, duración del periodo expulsivo, tipo de parto, peso del recién nacido y perímetro cefálico como factores que se asocian con la episiotomía que se realizan a las primigestas en el Hospital de Apoyo de Huanta.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Gualan C, Christian y Guanoluisa C, Oscar.¹⁵ (Ecuador; 2015) En su tesis “Prevalencia de Episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014” **Objetivo:** Determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetro cefálico del recién nacido, ya que al momento no existen estudios para establecer si existe disminución de esta acción obstétrica, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía.

Metodología: Se realizó un estudio de prevalencia analítico en un universo que lo constituyeron 3798 parturientas, de los cuales la muestra lo componen 580 primigestas. Se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información; los datos obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 21 y se presentaron los resultados en tablas

simples y de doble entrada. **Resultados:** La prevalencia encontrada de episiotomía fue del 35,5%. La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística; de igual manera el Peso del Recién Nacido mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; sin embargo, no se encontró significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía. **Conclusiones:** la edad materna y el peso del recién nacido son factores de riesgo para la realización de una episiotomía.

Samaniego Edwar y Huarocc Pamela²⁴ (Huancayo; 2017) En su tesis “Factores asociados a la indicación de episiotomía en primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja. Octubre 2016 a marzo 2017”.

Objetivo: Determinar la relación que guardan los factores asociados y la indicación de episiotomías, en pacientes primíparas. **Método y Materiales:** El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, transeccional y descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se elaboró un instrumento, en la que se recolecto información en relación a los factores asociados a la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, factores como: talla materna, primiparidad, ponderado fetal y sufrimiento fetal; el presente estudio estuvo constituido por una población de 212 pacientes y una muestra de 55 primíparas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** No existe relación entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas. Existe moderada relación entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente

primíparas. No existe relación entre los factores del parto y la indicación de episiotomía en paciente primíparas. Finalmente observamos que no existe relación entre los factores maternos, intraparto, fetales, neonatales y la indicación de episiotomías, salvo los factores obstétricos.

Conclusiones: Respecto a los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales, neonatales se observó que no existe relación con la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, correspondiente a los factores maternos como edad ($P = .132$), peso ($P = .116$), talla ($P = .353$), grado de instrucción ($P = .201$), se observa que no existe correlación significativa con la indicación de episiotomía en pacientes primíparas. Los factores obstétricos como edad gestacional ($P = .355$), altura uterina ($P = .445$), posición fetal ($P = .609$), y primiparidad ($P = .942$), tienen predominio y correlación con la indicación de episiotomía, entre estos la posición fetal tuvo moderada correlación y la primiparidad, demostró tener ampliamente mayor correlación que el resto de factores con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.942 y una prevalencia del 91%.

Chozo Celis Kiara²⁵ (Cajamarca; 2017) En su tesis “Uso de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas. Hospital provincial Docente Belén de Lambayeque. 2016”. El uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía rutinaria, se asocia a menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. **Objetivo:** Identificar las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas. Hospital

Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016. **Metodología:** la investigación es no experimental, de corte transversal, descriptiva, observacional y comparativa; se realizó en 110 mujeres; 51 con episiotomía rutinaria y 59 con episiotomía restrictiva. **Resultados:** la mayoría de primíparas perteneció a las edades de 15-19 años (51,0% y 40,7%); la mayoría tuvo secundaria completa (45,1% y 47,5%); convivientes (72,5%) y procedentes de la zona urbana (64,4%). Las complicaciones inmediatas fueron laceraciones del canal del parto, con 27,5% y 28,8% en primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva respectivamente; hematomas en 33,3% y 6,8% de primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, y desgarros, en 70,6% y 20,3% de primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, verificando que las complicaciones se presentaron en menor porcentaje en mujeres con episiotomía restrictiva, con excepción de laceraciones que fueron más frecuentes en éste último grupo. Como complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) se determinó que se presentaron infecciones en 43,1% y 3,4% en primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva; dehiscencia en 27,5% y 11,9% en primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva. **Conclusión:** Se llegó a determinar que la episiotomía restrictiva es más beneficiosa que la episiotomía rutinaria.

Ávila Fabián, Adela Cecilia¹⁷ (Lima; 2015) en su tesis “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-junio 2015”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales. **Metodología:** Estudio descriptivo simple,

retrospectivo y de corte transversal. La muestra representativa fue de 81 primíparas que culminaron su parto por vía vaginal. **Resultados:** Las primíparas con episiotomía representaron el 65.4% y las que sufrieron desgarros representaron el 34.6%, predominando los desgarros de I grado (23.5%). En primíparas con episiotomía, se encontró el 37.7% con edades de 25 a 29 años, el 50.6% presentaron anemia, el 96.2% tuvieron control prenatal completo, el 75.5% asistieron a las sesiones completas de psicoprofilaxis, el 67.9% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos, el 69.8% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. con perímetro cefálico mayor a 33 cm (54.7%). En el grupo primíparas con desgarros se encontró el 64.3% con edades de 25 a 29 años, el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de Psicoprofilaxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min. El 35.8% tuvieron recién nacidos macrosómicos y recién nacidos de 3500 a 3999 gr. con perímetro cefálico mayor a 33cm (78.6%). **Conclusiones:** La mayoría de primíparas son sometidas a episiotomías. En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado, seguido de los desgarros de segundo grado. No se presentaron desgarros de tercer y cuarto grado

2.2. BASE TEORICA CIENTIFICA

2.2.1. EPISIOTOMIA

Episiotomía su origen proviene del griego episeión: pubis y temno: yo cortar pubis, en otras palabras, se conoce también como colpoperinetomia, la cual fue descrita por primera vez por el científico irlandés Sir Fielding Ould en el año de 1742, quien fue que dio a conocer la técnica de episiotomía al mundo.¹¹

La episiotomía es una intervención quirúrgica muy utilizada durante el parto que a pesar de realizarse durante casi 250 años existen pocas pruebas de su beneficio, este procedimiento sigue siendo de mucha controversia. Se establece como definición de episiotomía al corte que se realiza en la zona perineo-vaginal frecuentemente en sentido medio lateral o en la línea media. La episiotomía consiste en una incisión quirúrgica que tiene como objetivo ampliar el canal de parto.¹¹

El periné o perineo es la zona que se extiende desde el introito vaginal hasta el ano, dentro de la cual encontramos los órganos genitales externos y el propio ano. Está formado por un entramado de tejido blando (músculos y ligamentos) que es lo que conocemos cómo suelo pélvico, y que tapizan el interior de la pelvis limitándola en su parte inferior. Tiene forma similar a un rombo, el cual se puede dividir en dos triángulos: el anterior dónde se encuentran los genitales externos y la uretra (en mujeres) y el posterior donde está el ano.¹⁷

Esta incisión se realiza en nuestro país como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como

imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto.

El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que experimentarán un parto vaginal por primera vez.

Es por esto que se analiza la verdadera utilidad de este procedimiento y si existen criterios para su realización.

2.2.2. HISTORIA DE LA EPISIOTOMIA

Según datos históricos la episiotomía es una de las intervenciones quirúrgicas medicas introducida en la asistencia sin una base científica, el irlandés Sir Fielding en el año de 1742 fue el primero en realizar la episiotomía con la finalidad de vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión del feto. Parvin dice, que desde que Ould sugirió el uso de la episiotomía por primera vez en 1742, recomendando su práctica solo en aquellos partos "extremadamente dificultosos." Su uso ha difundido diversas controversias. El primer informe de la realización de una incisión perineal fue desarrollado en Habsburgo, Alemania en 1799. Según lo comenta Nugent, el Catedrático Dubois en Francia en 1847 fue el primero en promover la episiotomía medio-lateral. El que le dio el nombre de episiotomía que deriva del griego episeion, vulva, pubis, y tomi o tome, sección, cortar, Carl Braun a mediados del siglo pasado (1857) quien fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibile e innecesaria, desaconsejando su uso.

Las únicas indicaciones que justificaban el uso de la episiotomía eran el parto dificultoso y el tratar de salvar la vida del producto fetal.

A nivel del siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede recomendaban la sección del Periné en sus partos. Ya en el siglo XX, De Lee y Pomero y aconsejan tal proceder de forma sistemática durante el parto. En la actualidad su empleo es prácticamente sistemático en la asistencia al parto. En Inglaterra, al adoptarse el “manejo activo del parto” en los años 70 se eliminan las barreras psicológicas que consideran el dar a luz como un proceso fisiológico, aceptando la superioridad de la intervención obstétrica. Como resultado, la episiotomía rutinaria, mediana o medio.

Por lo que pasa del uso terapéutico y restrictivo de la episiotomía, que sólo es realizada frente a ciertas complicaciones del parto, al uso profiláctico y rutinario, exclusivo en pacientes que por primera vez estaban embarazadas que nunca habían experimentado parto. Los argumentos que se establecieron a favor de la episiotomía sistémica son los siguientes.

- 1) Previene a la mujer de los efectos del sufrimiento del período de dilatación y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado.
- 2) Evidentemente conserva la integridad del suelo pélvico y del introito vulvar.
- 3) Evita daños en el cerebro del niño y de los efectos inmediatos y tardíos de a compresión prolongada. La colpoperineotomía no solamente nos permite acortar el Período expulsivo, también disminuye la presión sobre el cerebro del feto y reducirá complicaciones que se puedan presentar en el neonato.

4) Reduce el riesgo de prolapso uterino, la ruptura del septum vésico - vaginal y su consecutiva larga cadena de secuelas.¹¹

2.2.3. ANATOMIA DEL PISO PÉLVICO

La pelvis es un espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano). Estas estructuras se apoyan y se anclan en el piso pélvico, una estructura de músculos y tejido conectivo.

Su principal componente es el músculo elevador del ano (MEA), un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos y que su forma de “U” o “V” abierta hacia adelante permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo. Además, existen otras estructuras de tejido conectivo fibroso que sirven de soporte y suspensión para estas estructuras, como ligamentos, arcos tendinosos, etc.¹⁹

MÚSCULOS DEL PERINEO

a). - Bulbo Cavernoso: Se origina en el tendón central delante del esfínter externo del ano, a cada lado de la línea media y de allí se dirigen hacia delante y hacia arriba, describiendo una curva de concavidad interna, rodeando la vagina, por debajo de los labios mayores y cubriendo las glándulas de Bartholino, cada uno oponiendo sus fibras a la del otro. En el otro extremo, se unen al cuerpo cavernoso y ligamento suspensorio del clítoris. Si bien desde el punto anatómico se reconocen dos músculos,

desde el punto de vista funcional se reconoce solo uno al que se le conoce como "constrictor de la vagina", refiriéndose a su acción más importante cual es la de estrechar el introito vaginal que cuando es muy acentuada se denomina "vaginismo". Otras acciones son las de comprimir la glándula de Bartholino y exprimir su contenido al conducto excretor y de allí al introito, además, actúa sobre el clítoris comprimiendo la vena dorsal de este órgano favoreciendo su erección, al tiempo que lo tracciona hacia abajo aplicando el extremo libre de éste sobre el pene durante la copula. Los vasos sanguíneos provienen de la pudenda interna por la perineal profunda, que continua anteriormente hasta terminar en la arteria dorsal del clítoris. El drenaje venoso sigue al plexo pudendo. La inervación proviene del nervio perineal que penetra bien por su cara profunda bien por su cara superficial²⁰.

b). - Isquio cavernoso

Se origina en la tuberosidad isquiática dirigiéndose hacia arriba insertándose en la cara anterior de la sínfisis púbica, en la base del clítoris y rodeando el cuerpo cavernoso del mismo; también, envía fibras decusantes a la región de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando la mayor parte del esfínter externo de la misma. Así como en el hombre cumple una función de erección y eyaculación, en la mujer comprime el cuerpo cavernoso del clítoris contribuyendo a su erección al tiempo que durante el coito baja al clítoris aplicando su glande sobre el pene. Su vascularización es la misma que la del bulbo cavernoso. La inervación proviene de la rama Isquio cavernosa del nervio perineal²⁰

c). - Transverso superficial del perineo.

Se inicia en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose horizontalmente “en busca de la otra”, insertándose en el tendón central. A diferencia de su función muy definida en el hombre, obrando en la micción y sobre todo en la eyaculación; en la mujer, está mucho menos desarrollado y al parecer solo actúa secundariamente en la defecación cuando al ser rechazado hacia delante por un voluminoso bolo fecal, puede obrar sobre el recto para que recobre su lugar. Las arterias provienen de la perineal profunda y de la pudenda interna. Su nervio lo alcanza en su parte media y posterior, proveniente del ramo perineal del pudendo interno²⁰

d). - Esfínter externo del ano

Formado por diez a doce fascículos concéntricos que se disponen alrededor del segmento inferior del recto; en la mujer un poco más desarrollado que en el hombre, alcanza a medir entre 2 a 2.2 cm de altura y entre 1 a 1.5 de espesor.

Cuando el ano se dilata, como por ejemplo al paso del feto, este se aplana lateralmente haciéndose más extenso en el sentido anteroposterior que en el transverso²⁰.

e). - Transverso profundo del perineo

Es un músculo profundo, aplanado y transversal que se extiende de las ramas isquio púbicas al rafe ano vaginal. Actualmente se considera uno solo; antiguamente se le reconocía una porción vaginal, que originándose en las ramas isquio pubianas se dirigía a la cara anterior de la vagina, y una porción uretral que del mismo origen llegaba a la porción anterior de la

uretra (músculo de Guthrie y músculo de Wilson). Su irrigación e inervación depende de los mismos vasos y nervios que los del bulbo cavernoso²⁰.

e). - Diafragma pélvico: Elevador del ano

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. El haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo.¹⁹

El haz puborrectal es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión ano rectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U”. El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la sínfisis del pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) y hacia posterior se inserta en el ligamento ano coccígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. La disposición de las fibras adopta una dirección hacia inferior y medial en dirección al conducto anal, formando un “embudo” con forma de V o de “alas de paloma” al observar cortes coronales a esta altura.

El control de este músculo está dado por inervación proveniente del nervio para el músculo del elevador del ano proveniente del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior¹⁹.

2.2.4. CLASIFICACIÓN DE LA EPISIOTOMIA

Se clasifica los tipos de episiotomía en los siguientes grupos:

2.2.4.1 Media o central: (MICHAELIS): Esta incisión se ejecuta en forma vertical a nivel del rafe medio del periné hasta la proximidad del ano, el corte se hace sobre el rafe fibroso ano-vulvar, conservando los músculos elevadores. Esta incisión disminuye de forma simétrica la tensión perineal y la pérdida sanguínea es mínima. Con respecto a su reparación, su sutura es sencilla, causa pocas molestias postquirúrgicas, en conclusión, la reconstrucción es excelente a nivel estético y funcional. El índice de desgarros, su extensión, el nivel de complicación y las consecuencias de incontinencia anal son mayores que con otras incisiones.

2.2.4.2 Medio-lateral: incisión (TARNIER) La incisión se ejecuta de manera oblicua siguiendo un Angulo de 45°, la tijera secciona desde la desde la horquilla vulvar, cortando piel, pequeña parte de la vagina y toda la fascia pubo-rectal del musculo elevador del ano. Este tipo de episiotomía toma una dirección oblicua ya sea hacia la derecha o izquierda respetando a la horizontal. La pérdida hemática es mayor que con el tipo de episiotomía media, pero el porcentaje de desgarros de III y IV grado es menor, sin embargo, pueden quedar algunas complicaciones como retracciones y dispareunia durante varios meses.

2.2.4.3 Episiotomía lateral. - Es una variante de la anterior, cuando el ángulo de corte se abre hacia la nalga más de 45°. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Protege el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión, pero no se suele practicar ya que afecta a

casi todos los músculos de la zona y provoca una pérdida de sangre más abundante que la producida con el corte central. Además, respecto a los otros tipos de corte, la sutura suele producir con más facilidad dolores en el periné.¹¹

2.2.5. INDICACIONES DE LA EPISIOTOMIA

Para la realización de la episiotomía es de gran importancia el conocimiento de sus indicaciones entre las cuales tenemos:

2.2.5.1 Coadyuvante de la operatoria obstétrica: En determinadas intervenciones obstétricas como fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, distocia de hombros y ayuda manual en el parto de nalgas, se produce una amplia y rápida distensión vagino-perineal. Es una técnica coadyuvante, que evita el posible daño del canal blando, al tiempo que facilita la rápida y fácil extracción fetal.¹¹

2.2.5.2 Indicaciones fetales: En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar: una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto, resistencia que puede oponerse a la salida fetal es el plano perineal. La episiotomía, al eliminar la resistencia perineal evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran:

- La macrosomía fetal.
- El expulsivo prolongado.
- Las presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior.
- La sospecha o confirmación de hipoxia fetal en expulsivo.

2.2.5.3 Indicaciones maternas: Pueden agruparse en indicaciones esenciales como: periné cicatrizal, periné resistente, periné corto, parto precipitado, diligencia materna, desgarro inminente del periné, etc.) y preventivas. La práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en sus beneficios, esto es evitar los desgarros perineales y la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión, y por lo tanto el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo.¹¹

A) Para prevenir traumas vulvoperineales.

- Hipoplasia vulvovaginal.
- Estrechez vulvovaginal.
- Escasa elasticidad vaginovulvoperineal.
- Por exceso de volumen fetal.
- Afecciones locales predisponente (edema, condilomas, o cicatrices).
- Primígestas.
- En perineo alto y excesivamente musculoso.

B) Para prevenir trauma obstétrico y apresurar el expulsivo:

- Presentación pelviana.
- Sufrimiento fetal.
- Periodo expulsivo prolongado.

C) Para aplicaciones instrumentales sobre el polo cefálico.

D) Para evitar el prolapso genital.

2.2.6. FACTORES ASOCIADOS A EPISIOTOMIA.

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso se ha visto influenciado además por la edad materna y con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal²¹. Cravchik y colaboradores en un estudio en Argentina encontró claramente que el peso al nacer, la presentación y la terminación del parto fueron los únicos estadísticamente significativos; y colocan estas 3 situaciones como unas variables a considerar al momento de considerar episiotomía.

Varios autores analizaron los factores de riesgo que predisponían a una mujer a que se le realizase episiotomía. Hueston analizó 6500 partos en cinco centros norteamericanos y comprobó que tenían más probabilidades de recibir episiotomía las siguientes mujeres: nulíparas, partos instrumentales, fetos macrosómicos, analgesia epidural, que la paciente disponga de un seguro médico privado y parto atendido por un médico.¹⁵

La dificultad a la hora de estudiar la utilidad real de la episiotomía se encuentra en el elevado número de factores que influyen. Se relaciona estrechamente con la paridad, las presentaciones anómalas, el tiempo del periodo expulsivo, el peso y el perímetro craneal del recién nacido, así como con otras intervenciones específicas como los fórceps o la anestesia epidural¹³

Figueira y colaboradores en un estudio en pacientes nulíparas encontraron que al comparar la episiotomía selectiva con la rutinaria en 100 pacientes (50 cada grupo) que ambos grupos fueron comparables en relación a las variables maternas que afectan el pronóstico como edad, peso y antecedente de ejercicios prenatales. Igualmente, no hubo diferencias estadísticamente significativas con relación a la altura uterina, variedad de posición durante el período expulsivo, peso del recién nacido y duración del período expulsivo. La variedad de posición fue occípito-púbica en la mayoría de los casos en ambos grupos (98% en el grupo de episiotomía selectiva y 94% el grupo de episiotomía rutinaria). No hubo ningún caso de variedad occípito-sacra en el grupo selectivo mientras que se presentaron 2 casos (4%) en el rutinario. En un caso (2%) del grupo selectivo se presentó un desprendimiento del producto en variedad occípito-ílica izquierda posterior y en un caso (2%) del grupo rutinario la variedad fue occípito-ílica izquierda anterior. Con relación a la edad de gestación, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (39,15 en el grupo selectivo versus 39,69 en el grupo rutinario, $p = 0,016$).²²

Molina y colaboradores encontraron que la edad materna en el intervalo de edad de primíparas menores de 20 años la proporción de mujeres a las que no se les ha realizado episiotomía es mayor que el de primíparas a las que sí se les ha realizado. Dicha proporción se invierte en los siguientes intervalos de edad, siendo el porcentaje de primíparas con episiotomía cada vez mayor conforme se va incrementando la edad materna; la influencia entre ambas variables. Dentro del grupo de madres múltiparas,

un 71,8% no requirieron episiotomía frente a un 42,4% de las nulíparas. Por lo que se le realizó episiotomía al 28.2% de las multíparas frente al 57.6% de nulíparas en el periodo de tiempo estudiado, aunque en relación con el último trimestre del 2007, se realizó episiotomía al 12.24% de las multíparas frente al 44% de nulíparas.²³

GRAVIDA – GESTA:

Toda mujer que está embarazada:

A) PRIMIGESTA: Se considera primigesta a toda mujer Grávida por primera vez.

El principal factor determinante para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontaneo es la nuliparidad.

B) CLASIFICACIÓN:

- **Primigesta añosa:** se considera primigesta aquella mujer que supera de 35 a 39 años de edad.
- **Primigesta muy añosa:** se considera primigesta muy añosa aquella mujer que supera la edad de 40 a más años.
- **Primigesta joven:** Se considera primigesta joven aquella mujer entre las edades de 15-19 años.
- **Primigesta muy joven:** Se considera primigesta muy joven aquella mujer que son menores de 15 años de edad.

C) INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA EN PRIMIGESTAS:

- Rutinaria.
- Periné resistente(es menos flexible, ya que nunca se ha sometido a distensión.)

- Feto grande.
- Parto pretermino.
- Trabajo de parto prolongado.

D) VENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA EN PRIMIGESTAS:

La episiotomía restrictiva para tener un cierto número de beneficios en comparación de la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal, menos necesidad de sutura y menos complicaciones.

La episiotomía cicatriza en una semana.

E) DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA EN PRIMIGESTAS:

El uso sistemático de la episiotomía, aparte de ocasionar un gasto sanitario importante, afecta la salud de la mujer, tanto física y psicológico.

Perdida hemática hasta que se termine la reparación.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

- **Prevalencia:** Es la proporción de personas o individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo determinado.
- **Factores asociados:** Es estímulo interno o externo que puede aumentar las probabilidades de una persona de desarrollar o desencadenar una enfermedad.
- **Factor de riesgo:** Causas obstétricas, que incrementan el riesgo la vulnerabilidad de padecer alguna complicación en el embarazo, parto o puerperio.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de enfermar o morir, como medida epidemiológica de asociación mide la probabilidad de exposición a un evento mórbido.
- **Episiotomía:** Es la incisión quirúrgica en la zona del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando".
- **Paridad:** Es el número total de hijos que ha concebido la madre y ha culminado en aborto o parto ya sea por vía vaginal o cesárea. Se cataloga de la siguiente manera:
 - Nulípara = Ningún hijo o ningún parto
 - Primípara = primer parto
 - Multípara = De 02 a 05 hijos
- **Edad Materna:** Tiempo de existencia de la madre desde el nacimiento

hasta la actualidad.

- **Edad gestacional:** Según la OMS, define como el tiempo de vida a nivel uterino del producto de la concepción. Sus indicadores son: Pretérmino, a término y postérmino.
- **Peso de recién nacido:** El peso de su bebé al nacer es el peso que le toman inmediatamente después de haber nacido.
- **Periodo expulsivo:** Es el momento en que culmina la dilatación hasta que se produce la salida del producto de la concepción.
- **Tipo de parto:** Se denomina de acuerdo a la evolución del trabajo de parto desde el inicio hasta la culminación de la misma. Se clasifica en parto eutócico y distócico.
- **Perímetro cefálico:** Es la medida del contorno de la cabeza del recién nacido en su parte más ancha, por encima de las orejas y cejas.
- **Parto eutócico o normal:** El parto eutócico se produce con la salida del bebé y la placenta mediante los pujos maternos por vía vaginal. La OMS define el parto normal como el parto de bajo riesgo en el que el bebé nace de manera espontánea con el esfuerzo materno en posición cefálica (con la cabeza fetal hacia abajo).
- **Parto distócico:** La distocia se refiere siempre a un problema que impide que se produzca el parto normal o eutócico. Los partos distócicos pueden ser a su vez partos instrumentales (vacuo o ventosa, fórceps o espátulas) o quirúrgicos (cesárea). Dependiendo de la situación del parto se utilizará un instrumento u otro si se produce el parto vaginal o un parto por cesárea cuando no hay posibilidad de un parto vaginal.

2.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Los factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas son:
La edad materna, edad gestacional, duración del periodo expulsivo, tipo de parto, peso del recién nacido y el perímetro cefálico que se atienden en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de Julio a Setiembre del 2019.

2.5. VARIABLES E INDICADORES

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados:

- Edad materna
- Edad gestacional
- Tipo de parto
- Duración del periodo expulsivo
- Peso del recién nacido
- Perímetro cefálico

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Prevalencia de episiotomías en primigestas

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE				
Factores Asociados				
Edad materna	Es el tiempo de vida cronológica de una persona desde el nacimiento.	Adolescente Adulta Añosa	10 – 19 años 20 – 35 años 36 a mas	Cuestionario
Edad gestacional	Es el tiempo de vida a nivel uterino del producto de la concepción.	<ul style="list-style-type: none"> • Pretérmino • A término • Postérmino 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 37 sem. • 37-41 sem. • Mayor a 41 sem. 	Cuestionario
Duración del periodo expulsivo	Es el tiempo que dura desde la culminación de la dilatación hasta que se produce la salida del feto.	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas • Mayor a 2 horas. 	Cuestionario
Tipo de parto	Se denomina de acuerdo a la evolución del trabajo de parto desde el inicio hasta la culminación de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> • Eutócico • Distócico 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Patológico 	Cuestionario
Peso del recién nacido	Es la valoración en gramos del recién nacido que se realiza en la atención inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Macrosómico • Peso normal • Bajo peso 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 000 g • 2 500 a 3 999 g • 2 500 y >1 500 g • 	Cuestionario
Perímetro Cefálico	Es la medida del contorno de la cabeza del recién nacido en su parte más ancha, por encima de las orejas y cejas.	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Disminuido • Incrementado 	<ul style="list-style-type: none"> • 34-35 cm • 32-33 cm • 36-38cm 	Cuestionario
DEPENDIENTE				
Prevalencia de episiotomías en primigestas.	Número de casos de una enfermedad en una población y en un tiempo determinado. Es la incisión quirúrgica en la zona del periné que se realiza al final del segundo. Periodo del parto, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando".	Dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Con episiotomía • Sin episiotomía 	Cuestionario

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo - Cuantitativa

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental - comparativo

3.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo y transversal

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. UNIVERSO O POBLACIÓN

Constituida por todas las gestantes que acudieron al servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta en el periodo comprendido entre julio a setiembre del 2019 para la atención de su parto

3.5.2. MUESTRA

Constituida por 98 primigestas con y sin episiotomía en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de julio a setiembre del 2019

TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{4 \times N \times p \times q}{E^2(N-1) + 4 \times p \times q}$$
$$n = \frac{4 \times 98 \times 50 \times 50}{5^2(98-1) + 4 \times 50 \times 50}$$
$$n = \frac{980000}{12425}$$
$$n = 97,87 \approx \quad n \geq 98$$

n = Tamaño de muestra.

N = Población de primigestas con episiotomía (marzo-mayo 2018)

p = 50.0% primígestas con episiotomía

q = 50.0% primígestas sin episiotomía

E = 5% error permitido, 95% nivel de confianza.

4 = Constante

3.5.2.1 Tipo de Muestreo

No probabilístico intencional por conveniencia.

3.5.3 CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Primigestas con episiotomía.
- Gestantes cuyo parto se realice en el Hospital de Apoyo de Huanta
- Primígestas sin episiotomía.

3.5.4. CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Multíparas con episiotomía
- Usuarias que no deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

TÉCNICA:

- Revisión de Historias Clínicas.
- Aplicación de la ficha de entrevista estructurada

3.6.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Ficha de entrevista estructurada
- Historias clínicas

3.7. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

- A través del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó permiso a la Dirección del Hospital de Apoyo de Huanta la autorización correspondiente para la recolección de los datos.
- Se procedió a identificar a las púerperas con episiotomía de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, en la sala de puerperio para posteriormente aplicarles los instrumentos respectivos.
- Finalizada esta etapa se codificó cada instrumento de recolección de datos para su posterior procesamiento.

3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se creó una base de datos con los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente fueron introducidos al software estadístico SPSS-IBM 24.00 (Statistical Package for Social Science) con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia de tamaño $m \times n$, a

los cuales se les aplicó la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado, para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

3.9. ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes para realizar la entrevista de manera directa respetando su cultura e identidad bajo los principios éticos (confidencialidad, respeto) que nos rige

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

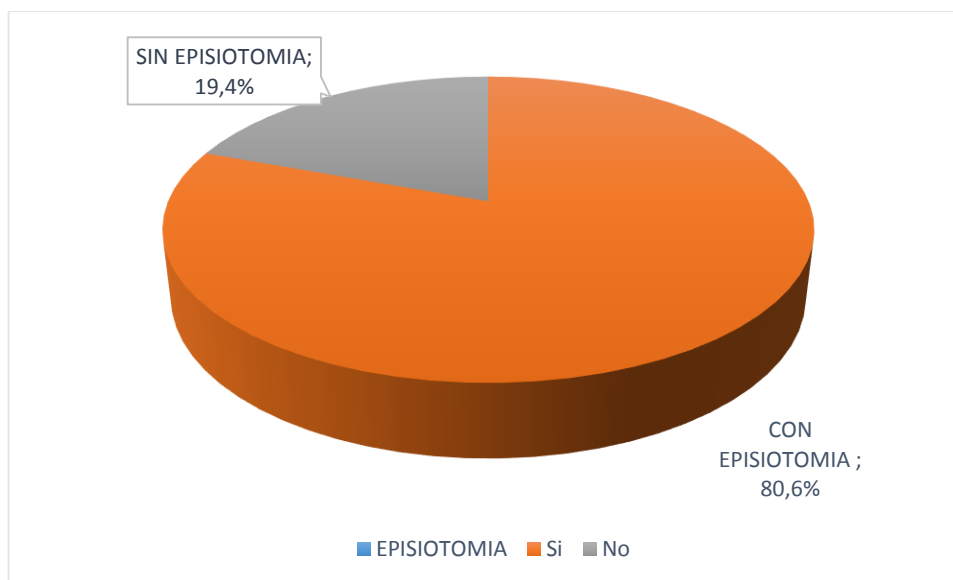


Gráfico 01: Prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - setiembre 2019.

En el gráfico 01 se muestra la prevalencia de episiotomías realizadas en primigestas, donde se observa que del 100%(98) partos en primigestas, al 80,6%(79) de pacientes se les practicó la episiotomía y al 19,4%(19) parturientas primigestas no se les practicó la episiotomía.

Estos resultados nos indican que la prevalencia de episiotomías en primigestas es de 80,6% en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de julio a setiembre del 2019.

Se puede apreciar que en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta se realiza la ampliación del canal del parto a la mayoría de las primigestas como norma, solo con la condición de la paridad a quienes se les realiza esta práctica sin el consentimiento informado para realizar este procedimiento obstétrico, el cual es considerado en la actualidad como una violencia obstétrica a la parturienta.

Nuestros resultados son similares a lo reportado por **Ávila Fabián, Adela Cecilia**¹⁷ en su tesis “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-junio 2015”, quien refiere que la mayoría de primíparas fueron sometidas a episiotomía, representando el 65.4% (53) y las que no tuvieron la incisión quirúrgica fue el 34.6% (28).

Contrariamente a nuestros resultados **Gualan C, Christian y Guanoluisa C, Oscar**.¹⁵ en su tesis “Prevalencia de Episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014” encontraron que la Prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 35,5%, correspondiente a 206 pacientes del total de 580 mujeres embarazadas por primera vez, que acudieron al parto en esta casa de salud.

Tabla 01

Factores asociados a la prevalencia de Episiotomías en primigestas en relación a la edad materna. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - setiembre 2019.

EDAD	EPISIOTOMIA			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
≤19 años	43	54,4	08	42,1
20 a 35 años	35	44,3	11	57,9
36 años a mas	01	1,3	00	00
Total	79	100,0	19	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1,290 \quad \chi_t^2 = 5,991 \quad \text{g. l.} = 2 \quad p > 0.05$$

La Tabla Nº 01 representa la episiotomía en relación a la edad; donde se observa que del 100% (79) primigestas con episiotomía, el 54,4% (43) fueron primigestas con edades menor o igual a 19 años, 44,3%(35) tuvieron de 20 a 35 años y 1,3%(01) 36 años a más. Asimismo, del 100,0%(19) primigestas sin episiotomía, el 57,9%(11) tuvieron de 20 a 35 años y 42,1%(08) tuvieron edades menor o igual a 19 años.

Se concluye que el 54,4% fueron primigestas con episiotomía y el 57,9% fueron primigestas sin episiotomía con edades entre 20 a 35 años.

Al realizar el análisis de la prueba estadística de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ($p > 0.05$); por lo tanto, se concluye que la edad no está asociada a la realización de la episiotomía en las primigestas.

El resultado nos muestra que a la mayoría de primigestas se les realizó la episiotomía porque anatómicamente el aparato reproductor, específicamente la vulva de la primigesta adolescente no dilata de manera

adecuada y oportuna para permitir el pase de la cabeza fetal en el momento del expulsivo, lo cual induce a los profesionales obstetras a realizar este procedimiento de cirugía menor.

Resultados similares refieren **Gualan C, Christian y Guanoluisa C, Oscar.**¹⁵ En su tesis “Prevalencia de Episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014” quienes describen de las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 122 (59,2%) tienen edad menor o igual a 19 años, 84 pacientes (40,8%) son mayores a 20 años; la Razón de Prevalencia (RP) es de 1,483, con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (1,184-1,857); y un valor de p de 0,001, lo que es estadísticamente significativo.

Tabla 02

Factores asociados a la prevalencia de Episiotomías en primigestas en relación a la edad gestacional. Hospital de Apoyo de Huanta.

Julio - setiembre 2019.

EDAD GESTACIONAL	EPISIOTOMIA			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Pretérmino	04	5,1	00	00
A término	69	87,3	16	84,2
Post término	06	7,6	03	15,8
Total	79	100,0	19	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 2,099 \quad \chi_t^2 = 5,991 \quad \text{g. l.} = 2 \quad p > 0.05$$

En la Tabla Nº 02 presentamos la episiotomía en relación a la edad gestacional; donde se observa que del 100% (79) primigestas con episiotomía, el 87,3% (69) tuvieron edad gestacional A término, 7,6%(06) tuvieron edad gestacional pos término y 5,1%(04) tuvieron edad gestacional pre término. Asimismo, del 100,0%(19) primigestas sin episiotomía, el 84,2%(16) fueron de edad gestacional A término y 15,8%(03) tuvieron edad gestacional pos término.

Se concluye que el 87,3% y 84,2% fueron primigestas con edad gestación a término, con y sin episiotomía respectivamente.

Al realizar el análisis de la prueba estadística de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ($p > 0.05$); por lo tanto, se concluye que la edad gestacional no influye en la realización de la episiotomía en las primigestas.

De los resultados se observa que en el grupo de pre términos se realizó la episiotomía a todos los que tuvieron una edad gestacional menor a 37

semanas, esto porque los fetos pre términos no han completado su desarrollo intrauterino y presentan una fragilidad en la presentación cefálica, por lo tanto, para evitar la compresión de la vulva se realizó la ampliación del canal del parto y acortar el tiempo del periodo expulsivo con la mínima compresión posible de la cabeza fetal.

Nuestros resultados son similares a lo descrito por **Ávila Fabián, Adela Cecilia**¹⁷ en su tesis “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-junio 2015”, con respecto a la edad gestacional de las primigestas refiere que se observa que en el 58.5% (31) de primíparas con episiotomía la gestación fue a término temprano y 75.5% (21) de primíparas con desgarros la gestación fue a término completo. El 9.4% (5) de primíparas a las cuales se les realizó episiotomía la gestación fue a término tardío.

Tabla 03

Factores asociados a la prevalencia de Episiotomías en primigestas en relación al tiempo del periodo expulsivo. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio -setiembre 2019.

TIEMPO DEL PERIODO EXPULSIVO	EPISIOTOMIA			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
2 horas (Normal)	78	98.7	19	100
2 horas a mas (prolongado)	01	1.3	00	00
Total	79	100,0	19	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 3,917 \quad \chi_t^2 = 3,841 \quad \text{g. l.} = 1 \quad p < 0.05$$

La Tabla Nº 03 muestra la episiotomía en relación al tiempo del periodo expulsivo; donde se observa que del 100% (79) primigestas con episiotomía, el 98.7% (78) tuvieron expulsivo normal, y 1,3 %(23) tuvieron expulsivo prolongado. Asimismo, del 100,0%(19) primigestas sin episiotomía, el 100(19) tuvieron expulsivo normal.

Se concluye que el 98.7% fueron primigestas con episiotomía y tiempo del periodo expulsivo normal. Por otro lado, el 100% fueron primigestas sin episiotomía y periodo expulsivo normal.

Al realizar el análisis de la prueba estadística de Chi Cuadrado, se halló significancia estadística ($p < 0.05$); por lo tanto, se concluye que el tiempo del periodo expulsivo está asociada a la realización de la episiotomía en las primigestas.

Se observa que la mayoría de las primigestas con y sin episiotomía tuvieron

un periodo expulsivo normal.

Coincidimos con lo encontrado por **Ávila Fabián, Adela Cecilia**¹⁷ en su tesis "Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-junio 2015", refiere que en el grupo de primíparas con episiotomía se encontró que el 67.9% (36) tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos y el 24.5%(13) tuvieron un periodo expulsivo menor de 10 minutos. En el grupo de primíparas que presentaron desgarros se encontró que el 46.4% (13) tuvieron un periodo expulsivo de 10 minutos a 20 minutos y el 28.6% (8) tuvieron un periodo de expulsivo mayor de 20 minutos.

Tabla 04

Factores Asociados a la Prevalencia de Episiotomías en primigestas en relación al tipo de parto. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - setiembre 2019.

TIPO DE PARTO	EPISIOTOMIA			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Eutócico	69	87,3	08	42,1
Distócico	10	12,7	11	57,9
Total	79	100,0	19	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 18,616 \quad \chi_t^2 = 3,841 \quad g. l. = 1 \quad p < 0.05$$

La Tabla Nº 04 representa la episiotomía en relación al tipo de parto; donde se observa que del 100% (79) primigestas con episiotomía, el 87,3% (69) tuvieron parto eutócico y el 12,7%(10) tuvieron parto distócico. Asimismo, del 100,0%(19) primigestas sin episiotomía, el 57,9%(11) tuvieron parto distócico y 42,1%(08) parto eutócico.

Se concluye que el 87,3% fueron primigestas con episiotomía y parto eutócico. Por otro lado, el 57,9% fueron primigestas sin episiotomía y parto distócico.

Al realizar el análisis de la prueba estadística de Chi Cuadrado, se halló significancia estadística ($p < 0.05$); por lo tanto, se concluye que el tipo de parto está asociada a la realización de la episiotomía en las primigestas.

El tipo de parto eutócico conglomerar a la mayoría de primigestas a quienes se les realizó la episiotomía, porque al realizar este procedimiento de cirugía menor no predispone a que el parto se torne en distócico; son otros

los factores por la cual se les cataloga como parto distócico, el cual se denomina así a aquellos partos en los que hay determinadas complicaciones que requieren de la intervención médica para que el alumbramiento se produzca sin riesgos. Los problemas pueden ser de origen fetal, materno o de los anexos fetales (placenta, cordón umbilical, líquido amniótico). Las distocias maternas pueden ser a su vez de tipo mecánico, relacionadas con la posición de los huesos de la pelvis o el canal del parto; o dinámicas, referidas a algún problema en las contracciones (que no sean fuertes, que se paren, que no sean efectivas).

Tabla 05

Factores Asociados a la Prevalencia de Episiotomías en primigestas en relación al peso del recién nacido. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - setiembre 2019.

PESO DEL RECIÉN NACIDO	EPISIOTOMIA			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Bajo peso	05	6,3	00	00
Normal	69	87,3	19	100,0
Macrosómico	05	6,3	00	00
Total	79	100,0	19	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 2,678$$

$$\chi_t^2 = 5,991$$

$$g. l. = 2$$

$$p > 0.05$$

En la Tabla Nº 05 presentamos la episiotomía en relación al peso del recién nacido; donde se observa que del 100% (79) primigestas con episiotomía, el 87,3% (69) tuvieron recién nacidos con peso normal, el 6,3%(05) tuvieron recién nacidos con bajo peso y macrosómicos en ambos casos. Asimismo, el 100,0%(19) primigestas sin episiotomía, todas tuvieron recién nacidos con un peso normal.

Se concluye que el 87,3% y 100,0% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente que tuvieron recién nacidos con peso normal. Al realizar el análisis de la prueba estadística de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ($p > 0.05$); por lo tanto, se concluye que el peso del recién nacido no influye en la realización de la episiotomía en las primigestas.

Resultados similares encontraron **Gualan C, Christian y Guanoluisa C, Oscar.**¹⁵ en su tesis "Prevalencia de Episiotomía y factores asociados en

pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014” quienes refieren que de las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 138 recién nacidos (67%), tienen peso mayor a 3001 gramos, 68 neonatos (33%) tienen un peso igual o menor a 3000 gramos; la Razón de Prevalencia (RP) es de 0,606 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0,477-0,771); y un valor de p de 0,000, datos que son estadísticamente significativos.

Tabla 06

Factores Asociados a la Prevalencia de Episiotomías en primigestas en relación al perímetro cefálico del recién nacido. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - setiembre 2019.

PERIMETRO CEFÁLICO	EPISIOTOMIA			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
30 a 32 cm	09	11,4	01	5,3
33 a 35 cm	60	75,9	18	94,7
Mayor a 35 cm	10	12,7	00	00
Total	79	100,0	19	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 3,648$$

$$\chi_t^2 = 5,991$$

$$g. l. = 2 \quad p > 0.05$$

La Tabla Nº 06 nos muestra la episiotomía en relación al perímetro cefálico del recién nacido; donde se observa que del 100% (79) primigestas con episiotomía, el 75,9% (60) tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico de 33 a 35 cm, el 12,7%(10) recién nacidos con perímetro cefálico mayor a 35 cm y finalmente 11,4%(09) presentaron perímetro cefálico entre 30 a 32 cm. Asimismo, del 100,0%(19) primigestas sin episiotomía, 94,7%(18) tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 33 a 35 cm y solo 5,3%(01) tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico de 30 a 32 cm.. Se concluye que el 75,9% y 94,7% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente, que tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 33 a 35 cm.

Al realizar el análisis de la prueba estadística de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ($p > 0.05$); por lo tanto, se concluye que el perímetro cefálico del recién nacido no influye en la realización de la episiotomía en

las primigestas.

De los resultados se aprecia que hay una concentración en ambos grupos de estudio con y sin episiotomía de recién nacidos con perímetro cefálico, por lo cual no existe relación significativa que lo demuestra la parte estadística ($p > 0,05$) lo que implica que independientemente del perímetro cefálico se puede o no realizar la episiotomía.

Resultados similares refiere, **Gualan C, Christian y Guanoluisa C, Oscar.**¹⁵ en su tesis “Prevalencia de Episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014” reporta que de las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 170 recién nacidos (82,5%), tienen un perímetro cefálico mayor a 33,1 centímetros, 36 neonatos (17,5%) tienen un perímetro cefálico menor o igual a 33 centímetros; la Razón de Prevalencia (RP) es de 0,653 con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% (0,481-0,887); y un valor de p de 0,003, siendo estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES

- 1.- La prevalencia de episiotomías en primigestas es de 80,6% en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de julio a setiembre del 2019
- 2.- El 54,4% fueron primigestas con episiotomía con edades menor o igual a 19 años y el 57,9% sin episiotomía, con edades entre 20 a 35 años. El 87,3% y 84,2% fueron primigestas con gestación a término, con y sin episiotomía respectivamente.
- 3.-El 98,7% y 100% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente con tiempo del periodo expulsivo normal.
4. El 87,3% fueron primigestas con episiotomía y tuvieron parto eutócico. Por otro lado, el 57,9% fueron primigestas sin episiotomía y tuvieron parto distócico.
5. El 87,3% y 100,0% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente, que tuvieron recién nacidos con peso normal
6. El 75,9% y 94,7% fueron primigestas con y sin episiotomía respectivamente, que tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 33 a 35 cm.
7. Los factores como el tiempo del periodo expulsivo y el tipo de parto tienen relación estadísticas significativa ($p < 0.05$) con la prevalencia de episiotomías en primigestas atendidas en el hospital de apoyo de Huanta.
8. Los factores como la edad materna, la edad gestacional, peso de recién nacido y perímetro cefálico no tuvieron relación estadística significativa

($p > 0.05$) con la prevalencia de episiotomías en primigestas atendidas en el hospital de apoyo de Huanta.

RECOMENDACIONES:

1. Realizar un adecuado control prenatal con la finalidad de evitar complicaciones durante la atención del parto.
2. Recomendar a los profesionales obstetras que la realización de la episiotomía, debe ser aplicada en primigestas con previa evaluación del periné, con la finalidad de evitar episiotomías rutinarias en el Hospital de Apoyo de Huanta.
3. Se sugiere realizar más estudios en otros establecimientos de salud para comparar los resultados con la finalidad de establecer protocolos sobre las indicaciones para el uso adecuado de la episiotomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Reviews: Evidencia-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol 2008; pp. 445-4542.
2. Eogan M, Daly L, O'Connell P, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? JOG 2006; 113: pp. 190-1943
3. Kitzinger S. Episiotomy and the second stage of labor. Seattle, Wa: Pennypress 1991; 1.
4. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo. 2008.
5. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Facultad de Medicina "Dr. Aurelio Melean", Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia. En: Rev. Cient Cienc. Med 2014; 17(2): 53-57.
6. López, et al Eficacia de la sutura continua versus interrumpida en la reparación del periné en el parto eutócico. NURE Inv 11(70): 12 p. (2014).
Disponibile en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/proyecto/nure70_proyecto_perine.pdf
7. Jovanovic, N, Kocijancic, D, & Terzic, N. Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? Central European Journal of Medicine.Pag. 685-690 (2011).

Disponibile en: <http://link.springer.com/article/10.2478/s11536-011-0088-z>.

8. Organización Mundial de la Salud. OMS. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/.
9. Obstetricia de Williams. 22 Edición. McGraw- Hill, 2006. New York.
10. Carroli G, Belizan Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Numero 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Franco C, Cira Viviana. Complicaciones inmediatas de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo de agosto 2017-enero 2018. Tesis Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil, Ecuador 2018.
12. Althabe F, Balizan J. Tasas de Episiotomía en Mujeres Primíparas en América Latina: Estudio Descriptivo Basado en Datos Hospitalarios. Rev. British Medical Journal; España: 34(3): pp 324:945-946. [Internet]; 2002. Disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/gineco191web.htm>.
13. Romero J, Prado M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. España. Matronas Profesión 2002; junio n.º 8.

Disponible en:

<http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&v>

14. Rodríguez R. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), Vol. 2, No 1 (2010).

Disponible en:

<http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/view/123>.

15. Gualan C, Christian y Guanoluisa C, Oscar. “Prevalencia de Episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014”. Tesis Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Cuenca – Ecuador 2015.

16. Malla Lastra, Andrea Rosario. “Dolor perineal que afecta las actividades diarias de mujeres sometidas a trauma obstétrico episiotomía o desgarros perineales, después de su parto céfalo vaginal en el Centro de Salud tipo C Augusto Egas en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el periodo septiembre 2015 a febrero 2016”. Tesis de Maestría en salud sexual y Reproductiva. Universidad Central del Ecuador. Quito, diciembre 2016.

17. Ávila Fabián, Adela Cecilia “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-junio 2015”. Tesis para optar el título de Obstetra especialista en emergencias y alto riesgo obstétrico. Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú 2017.

18. Flores Aranda, Edgar Rolando “Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013”. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú 2014.
19. Carrillo K, Sanguinetti M. Anatomía del piso pélvico. Universidad de Chile. REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 185-189.
dDisponible en:
http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/1-Dra.Carrillo.pdf
20. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Episiotomía. Colombia.
Disponible en:
<http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EPISIOTOMIA.pdf>
21. Vargas M. Episiotomía. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXVIII (599) 461-466 2011. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art13.pdf>
22. Figueira L, Ibarra M, Cortes R, et al. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2014 Abr 18]; 64(3): 121-127. Disponible en:
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322004000300001&lng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322004000300001&lng=es)
23. Molina C, Ortiz M, Huete M, et al. Análisis de la implantación de una política

de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. Evidentia. 2009 ene-mar; 6(25). España. Disponible en:

<http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&>

[ved=0CGoQFjAJOAo&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&ved=0CGoQFjAJOAo&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups)

24. Samaniego Edwar y Huarocc Pamela. Factores asociados a la indicación de episiotomía en primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja. Octubre 2016 a marzo 2017. Tesis Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. Huancayo, 2017.
25. Chozo Celis Kiara. Uso de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas. Hospital provincial Docente Belén de Lambayeque. 2016. Tesis Universidad Nacional de Cajamarca. Perú 2017.
26. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev. Latino-Am.
27. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima – Perú. 2010.
28. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia

Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. DATOS GENERALES:

Nº de ficha:..... Nombres y Apellidos:

Datos Gineco - Obstétricos:

Paridad:

1. Primígesta ()

Episiotomía: Si () No ()

Tipo de episiotomía:

a) Media o mediana ()

b) Media lateral ()

2. FACTORES ASOCIADOS

2.1.- Edad Materna:

a) menor a 20 años ()

b) 20 a 35 años ()

c) mayor a 35 años ()

2.2.- Edad Gestacional:

1. Pre término ()

2. A término ()

3. Postérmino ()

3.- duración del periodo expulsivo:

1. 2 horas. Normal ()
2. 2 horas a más. Prolongado ()

4.- Tipo de parto

1. Eutócico ()
2. Distócico ()

5.- Peso del recién nacido

1. Menor a 2500 gr. Bajo peso ()
2. De 2500 a 3999 gr. Normal ()
3. Mayor o igual a 4000 gr Macrosómico ()

6.- Perímetro cefálico

1. 30 a 32 cm ()
2. 33 a 35 cm ()
3. Mayor a 35 cm ()