



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE  
LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS  
EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA  
VEGA ABANCAY, JUNIO 2017-JUNIO 2018.**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:  
CANDY LESLY HUAMAN NAVARRO**

**ASESOR:  
Dr. ESP.SOSIMO TELLO HUARANCCA**

**ABANCAY, PERÚ - 2018**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a DIOS por darme vida para seguir logrando mis objetivos.

A mi madre Noemi Navarro Flores, por ser el pilar más importante de mi vida, por su amor y apoyo incondicional en mis proyectos.

A dos personas en especial la obsta. Zulma Dávila Quiroga y el obsta. Hugo G. Santos Vargas, por la gran calidad humana que me han demostrado con su amistad, gracias por sus valiosos consejos y apoyo incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a DIOS por cuidarme, regalarme sabiduría, fortaleza y paciencia a lo largo de esta etapa de mi vida.

A la Universidad Alas Peruanas por brindarme una formación académica, a todo el personal docente por los conocimientos ofrecidos y por enseñarme lo que significa ser profesional.

Al Dr. Sosimo Tello Huarancca por toda la colaboración y paciencia brindada, durante todo el desarrollo de la presente tesis.

Finalmente, gracias a mi madre por hacer realidad este sueño de culminar mi carrera.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018. **Metodología:** El presente trabajo es de Diseño: no experimental, transeccional de casos y controles. Tipo: básico, observacional, retrospectivo, transversal y analítica. Nivel: correlacional y Método: deductivo. Se elaboró una ficha de recolección de datos, en la que se recolectó información en relación a los factores condicionantes para la práctica de la episiotomía como: talla materna, paridad, peso del recién nacido, edad materna, forma de inicio de parto, periodo expulsivo, distocia funicular, periodo intergenésico y perímetro cefálico; el presente estudio estuvo constituido por una población total de 800 partos eutócicos y una muestra de 96 casos con episiotomía y 96 casos sin episiotomía que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Se procesaron con un nivel de confianza de 0.05 y se encontró lo siguiente: los factores condicionantes, nos muestran que los valores de la significancia para: Paridad es 0,00, forma de inicio del parto 0,00, periodo expulsivo 0,00, edad materna 0,001, periodo intergenésico 0,00 y distocia funicular 0,00; por el contrario, con respecto a la talla materna 0,364, perímetro cefálico 0,112 y peso del recién nacido 0,130 no se encontró significancia. **Conclusión:** Se encontró relación entre factores condicionantes y práctica de episiotomía, excepto con talla materna perímetro cefálico y peso del recién nacido. **Palabras claves:** Factores condicionantes, Episiotomía, Parto eutócico.

## ABSTRAC

**Objective:** To determine the factors that condition the practice of episiotomy in eutocic deliveries treated at the Guillermo Diaz de la Vega Abancay Regional Hospital, June 2017-June 2018. **Methodology:** The present work is of Design: not experimental, transversal of cases and controls. Type: basic, analytical, observational, retrospective. Level: relational and Method: deductive. A data collection form was drawn up, in which information was collected in relation to the conditioning factors for the practice of episiotomy such as: maternal height, parity, weight of the newborn, maternal age, form of onset of labor, expulsive period , funicular dystocia, intergenesic period and cephalic perimeter; The present study consisted of a total population of 800 eutocic births and a sample of 96 cases with episiotomy and 96 cases without episiotomy that meet the inclusion and exclusion criteria. **Results:** They were processed with a confidence level of 0.05 and the following was found: the conditioning factors show us that the values of significance for: Parity is 0, 00, form of labor start 0.00, expulsive period 0, 00, maternal age 0.001, intergenesic period 0.00 and funicular dystocia 0.00; On the other hand, with regard to maternal height, 0.364, head circumference, 0.112, and weight of the newborn, 0.130, no significance was found. **Conclusion:** A relationship was found between conditioning factors and the practice of episiotomy, except with maternal height head circumference and newborn weight.

**Key words:** Conditioning factors, Episiotomy, Eutocic delivery.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN .....	iii
ABSTRAC .....	iv
ÍNDICE .....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	x
CAPÍTULO I: .....	13
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	13
1.1 Descripción de la realidad problemática. ....	13
1.2 Delimitación de la investigación.....	15
1.2.1 Delimitación temporal.....	15
1.2.2 Delimitación geográfica.....	15
1.2.3 Delimitación social.....	16
1.3 Formulación del problema.....	16
1.3.1 Problema principal.....	16
1.3.2 Problemas secundarios .....	16
1.4 Objetivos de la investigación.....	17
1.4.1 Objetivo general. ....	17
1.4.2 Objetivos específicos. ....	17
1.5 Hipótesis de la investigación.....	17
1.5.1 Hipótesis general.....	17
1.5.2 Hipótesis específicas.....	18
1.6 Justificación de la investigación .....	18
CAPITULO II: .....	20
MARCO TEÓRICO.....	20

2.1	Antecedentes de la Investigación .....	20
2.2	Bases Teóricas .....	26
2.2.1	Periné .....	26
2.2.1.1	Definición: .....	26
2.2.1.2	Irrigación .....	28
2.2.1.3	Nervios .....	29
2.2.2	Episiotomía.....	29
2.2.2.1	Tipos de episiotomía .....	29
2.2.2.2	Ventaja .....	31
2.2.2.3	Desventaja .....	31
2.2.3	Procedimiento .....	31
2.2.4	Episiorrafia .....	33
2.2.4.1	Técnicas de sutura.....	33
2.2.5	Evidencia científica que avala el uso restringido de la episiotomía .....	36
2.2.6	Complicaciones .....	37
2.2.7	Factores condicionantes.....	39
2.2.7.1	Paridad.....	39
2.2.7.2	Forma de inicio del trabajo de parto.....	39
2.2.7.3	Periodo expulsivo .....	40
2.2.7.4	Edad materna.....	40
2.2.7.5	Talla materna .....	40
2.2.7.6	Peso del recién nacido .....	41
2.2.7.7	Perímetro cefálico del recién nacido .....	41
2.3	Definición de términos. ....	41
CAPÍTULO III: .....		43
METODOLOGÍA .....		43
3.1	Tipo de investigación .....	43
3.2	Diseño de la investigación .....	44
3.3	Población y muestra de la investigación .....	44
3.3.1	Población.....	44
3.3.2	Muestra. ....	45

3.4	Variables, dimensiones e indicadores.....	46
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	46
3.5.1	Técnicas.....	46
3.5.2	Instrumentos.....	47
3.6	Procedimientos. ....	47
CAPITULO IV:.....		49
RESULTADOS.....		49
4.1	Resultados .....	49
DISCUSIÓN .....		64
CONCLUSIONES.....		66
RECOMENDACIONES .....		67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		68
ANEXOS .....		72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Operacionalización de variables. ....	46
Tabla 2.-Paridad con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	50
Tabla 3.-Inicio del trabajo de parto con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	51
Tabla 4.-Periodo expulsivo con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	52
Tabla 5.-Edad materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	53
Tabla 6.-Talla materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	54
Tabla 7.-Periodo intergenésico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	55
Tabla 8.-Peso del recién nacido con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	56
Tabla 9.-Distocia funicular con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	57
Tabla 10.-Perímetro cefálico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	58

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.-Porcentaje de paridad con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.....	50
Gráfico 2.-Porcentaje de inicio del trabajo de parto con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	51
Gráfico 3.-Porcentaje de periodo expulsivo con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	52
Gráfico 4.-Porcentaje de edad materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	53
Gráfico 5.-Porcentaje de talla materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	54
Gráfico 6.-Porcentaje de periodo intergenésico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	55
Gráfico 7.-Porcentaje de peso del recién nacido con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	56
Gráfico 8.-Porcentaje de distocia funicular con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	57
Gráfico 9.-Porcentaje de perímetro cefálico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018. ....	58

## INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra episiotomía significa cortar el pubis (episeion = pubis y temno = yo corto). La episiotomía es la incisión quirúrgica que se realiza en el periné de la mujer durante el periodo expulsivo.

El trabajo de parto es un acto fisiológico, este proceso se ve alterado ya sea por la manipulación de instrumentos para su desarrollo o la aplicación de métodos para “ayudar” su progresión. La episiotomía es una de las técnicas más comunes usada en obstetricia, sus bases científicas hasta la actualidad no han llegado a convencer totalmente a los profesionales.

Se decía antes, que la realización de la episiotomía ayudaba a prevenir diferentes hechos que suceden durante el parto tales como: desgarros de tercer y cuarto grado, parto prolongado, prevención de la relajación del suelo pélvico, así como daño perineal anterior; prevención de daño fetal.

La episiotomía, irremediablemente debe ser reparada mediante otra intervención llamada episiorrafia, este procedimiento no está exento de consecuencias una de estas es el dolor durante los primeros días tras el parto, los hematomas son otras consecuencias no deseables, la dehiscencia es una complicación que de igual manera se debe esperar, las complicaciones infecciosas también están presentes y por último podría generarse a largo plazo la dispareunia.

Por lo que surge el interés de ampliar el conocimiento de esta línea de investigación, identificando cuales son los factores condicionantes que tienen relación estadística con la práctica de la episiotomía.

Como futura profesional obstetra, el interés se dio porque la episiotomía es un procedimiento que está restringido y aún se sigue efectuando sin precisamente existir indicaciones absolutas para su ejecución en gran parte de los casos, esto en consecuencia afectara de forma directa la integridad física y psicológica de la parturienta.

Para lo cual el presente informe de tesis se distribuye de la siguiente manera:

En el capítulo I, se realiza el planteamiento del problema, dentro del cual se desarrolla la descripción de la realidad problemática, la delimitación de la investigación, se formulan los problemas, los objetivos, las hipótesis y la justificación.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico, con sus respectivas fases como los antecedentes, bases teóricas y la definición de términos.

El capítulo III, hace referencia a la metodología de la investigación que fue utilizada, en esta se describe el tipo y diseño de investigación, además se contempla la población y muestra, las variables de estudio; así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Finalmente en el capítulo IV, se presentan los resultados descriptivos como el contraste de hipótesis, la discusión de los resultados, para llegar a las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I:**

### **PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática.**

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión en la zona del periné, en la última parte del segundo período del trabajo del parto vaginal o durante el parto en sí; comprende piel, mucosa vaginal y plano muscular. Este procedimiento se realiza con tijera o bisturí y debe repararse por medio de una sutura llamada episiorrafia <sup>1</sup>.

La episiotomía apareció a finales del siglo XVIII, utilizándose de forma exclusiva para la atención de partos dificultosos, hasta que a finales del siglo XIX se admitió la idea de la episiotomía profiláctica para prevenir el daño perineal <sup>2</sup>.

A partir de 1920 se hizo común su uso para aliviar el dolor, prevenir desgarros, disminuir la duración del parto y, con ello, la morbimortalidad perinatal <sup>3</sup>. A pesar de la limitada información sobre sus indicaciones, se convirtió en un procedimiento habitual, subestimándose los potenciales efectos adversos <sup>4</sup>.

Esta técnica quirúrgica se realiza en muchos países como una rutina diaria en la atención de partos. No por esto se debe tomar como necesidad su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto <sup>5</sup>.

Los estudios actuales sugieren el uso de la episiotomía restrictiva frente a la rutinaria, ya que el uso restrictivo de la misma, muestra una menor morbilidad materna consecuencia de un menor trauma perineal <sup>1</sup>.

Su uso restrictivo ocasiona un menor riesgo de traumatismo perineal posterior, una menor necesidad de sutura del traumatismo perineal, y menores complicaciones en la cicatrización en el lapso de siete días <sup>3</sup>.

Sin embargo, la política restrictiva ocasiona un aumento de los desgarros de primer y segundo grado, principalmente desgarros del periné anterior, sin que se produzca un aumento de la tasa de desgarros de tercer y cuarto grado <sup>6</sup>.

La Organización Mundial de la Salud, publicó una Guía de Práctica para los Cuidados en el Parto Normal, en la que considera inadecuado el uso sistemático de la episiotomía y recomienda que no pasar del 30% de los partos <sup>7, 8, 9, 10</sup>.

En la actualidad todavía no se ha llegado a un acuerdo sobre la tasa ideal de episiotomías que debería asignarse como objetivo <sup>11</sup>.

Diversos autores refieren que una tasa del 20% podría ser apropiada, mientras que otros sugieren que podría llegar hasta un 10% en gestantes primíparas y un 5% en multíparas <sup>12</sup>.

En el Perú en los últimos años se han realizado muy pocos estudios debido a que la Organización Mundial de la Salud no la recomienda como un procedimiento sistemático, así tenemos que las tasas varían según los estudios realizados entre 50% a más <sup>13</sup>.

Entre los factores que condicionan la realización de una episiotomía se han estudiado los siguientes: edad materna, paridad, patología materna, edad gestacional, peso del recién nacido (RN), analgesia, profesional que atiende el parto, posición de parto, pH y test de Apgar <sup>14</sup>.

Algunas organizaciones indican realizarla cuando el periné es el responsable de la falta de progreso del periodo expulsivo del parto, en casos de distrés materno o fetal, o directamente en función del criterio del profesional que atiende el parto <sup>15, 16</sup>.

Ahora bien, de acuerdo a las observaciones en el campo clínico como practicante, es preciso mencionar que en el Hospital Regional Guillermo Díaz De la Vega – Abancay, donde realicé el internado clínico se observó la realización de la episiotomía para “ayudar” en el momento del parto, y vi por consiguiente que este es un problema y que merece mayor atención ya que las bibliografías indican la restricción de la episiotomía por las consecuencias que dejará en las pacientes.

## **1.2 Delimitación de la investigación.**

### **1.2.1 Delimitación temporal.**

El ámbito temporal que tomo esta investigación fue desde junio del 2017 hasta junio del 2018.

### **1.2.2 Delimitación geográfica.**

El presente estudio se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay

### **1.2.3 Delimitación social.**

Las unidades de estudio comprendidas en esta investigación fueron la práctica de episiotomía en partos eutócicos.

## **1.3 Formulación del problema.**

### **1.3.1 Problema principal**

¿Cuáles son los factores que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018?

### **1.3.2 Problemas secundarios**

- ¿Qué factores obstétricos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018?
- ¿Qué factores maternos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018?
- ¿Qué factores fetales condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018?

## **1.4 Objetivos de la investigación.**

### **1.4.1 Objetivo general.**

Determinar los factores que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

### **1.4.2 Objetivos específicos.**

- Identificar los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.
- Identificar los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.
- Identificar los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

## **1.5 Hipótesis de la investigación.**

### **1.5.1 Hipótesis general.**

Existen factores obstétricos, maternos y fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el HRGDV, junio 2017-junio 2018.

### **1.5.2 Hipótesis específicas.**

- La paridad, forma de inicio del parto y el periodo expulsivo son los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos.
- La edad materna, talla materna y el periodo intergenésico son los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos.
- El peso del recién nacido, distocia funicular y perímetro cefálico son los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos.

## **1.6 Justificación de la investigación**

En la actualidad millones de mujeres en todo el mundo se somete a una sutura perineal después del parto, aproximadamente el 70% de las que tienen parto vaginal sufrirán algún grado de daño perineal, a causa de un desgarro o corte (episiotomía). Este daño producirá dolor perineal en el puerperio y hasta el 20% continúan con problemas a largo plazo, como dispareunia superficial <sup>17</sup>.

No debe de realizarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo. La episiotomía debe practicarse si hay necesidad clínica. Antes de llevarla a cabo deberá realizarse una analgesia eficaz, a excepción de una emergencia por un compromiso fetal agudo <sup>17</sup>.

La importancia del presente estudio radica en que muchos profesionales en al área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. Por lo tanto, se hace un análisis de la

verdadera utilidad de este procedimiento y si existen criterios para su práctica, ya sean estos incluyentes o excluyentes <sup>5</sup>.

Los resultados de esta investigación incrementaran los conocimientos que se tiene sobre esta línea de investigación y se complemente con otros diseños de investigación mejorando la producción científica de las mismas.

Los beneficios que aporta esta investigación es interiorizar a los profesionales sobre las consecuencias que trae este procedimiento.

Las beneficiadas con esta investigación fueron las gestantes y sus familias ya que harán prevalecer sus derechos para un parto humanizado. Así mismo las y los profesionales involucrados en la atención de parto obtendrán como beneficios el reconocimiento respectivo por parte de las mujeres y familia reflejada en la satisfacción del usuario externo. La forma como se beneficiaran las gestantes es mejorando su calidad de vida al no tener complicaciones y secuelas derivadas de este procedimiento.

## **CAPITULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

##### **Internacionales:**

**Pérez (2013)**, en su trabajo presentado “Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el hospital universitario La ribera”, con el **Objetivo:** Describir la incidencia de episiotomía en partos vaginales eutócicos y analizar los factores de riesgo que condicionan la realización de la práctica por la matrona. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2011 en el Hospital Universitario “La Ribera”. Se tuvo que recoger información de las variables episiotomía, desgarros perineales, paridad y técnica empleada, proporcionada por el propio hospital. **Resultados:** El porcentaje de episiotomías en partos vaginales eutócicos realizadas en el Hospital Universitario “La Ribera” fue del 33.5% (2011). Se llegó a encontrar diferencias estadísticamente significativas para las variables lesiones perineales y técnica medio lateral; también se encontró un aumento de número de perinés íntegros y de desgarros

espontáneos leves en mujeres sin episiotomía. En los partos que se realizó episiotomía, se encontró mayor proporción en comparación con aquellas en las que se practicó la técnica mediolateral. **Conclusiones:** En el Hospital Universitario de la Ribera se utiliza una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos, favoreciendo el parto humanizado y conservando más perinés íntegros<sup>18</sup>.

**Camacho y col. (2017)**, con su trabajo realizado “Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos”, con el **Objetivo:** Analizar los factores que condicionan la realización de episiotomía en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera (HULR). **Método:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se utilizó los datos de los partos eutócicos atendidos durante el año 2015. Se tabularon en una hoja de cálculo Excel y se analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0. **Resultados:** El número total de partos atendidos en el HULR durante 2015 fue de 1.814. De ellos, 1.116 fueron partos eutócicos (62%), de los cuales un 83% no precisó episiotomía. Por tanto, la tasa de episiotomías en partos eutócicos fue del 17%. Se llegó a encontrar una relación estadísticamente significativa entre la práctica de la episiotomía y las variables primiparidad, uso de analgesia epidural, parto estimulado/inducido y posición de parto en litotomía. No se encontró relación estadísticamente significativa con la edad materna, el peso del recién nacido, el profesional que atendió el parto o la aparición de desgarros. **Conclusiones:** Conocer los factores que se asocian con la realización de episiotomías en el HULR puede ser determinante para restringir su uso a las situaciones estrictamente necesarias. Se proponen ciertas medidas al respecto, como el

uso de posiciones alternativas durante el expulsivo, el inicio del parto espontáneo cuando sea posible, el respeto a los tiempos de expulsivo en los casos de analgesia epidural y la elaboración de un documento de consenso sobre las indicaciones de la episiotomía <sup>14</sup>.

**Ballesteros y col. (2016)**, con el trabajo presentado “La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización” tuvo como **Objetivo:** conocer la tasa de episiotomía y su relación con distintas variables clínicas. **Método:** estudio descriptivo, transversal y analítico, de 12.093 partos en un hospital de tercer nivel. Las variables fueron: paridad, edad gestacional, inicio del parto, uso de analgesia epidural, uso de oxitocina, posición durante la expulsión fetal, peso del recién nacido y finalización del parto. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 19.0. **Resultados:** el porcentaje global de episiotomías fue de 50%. Las variables clínicas que presentaron una asociación significativa fueron: primiparidad (RR=2,98), edad gestacional > 41 semanas (RR=1,2), inicio del parto estimulado o inducido (RR= 1,33), uso de analgesia epidural (RR=1,95), uso de oxitocina (RR=1,58), posición de litotomía durante la expulsión fetal (RR=6,4) e instrumentación (RR=1,84). Por otra parte, la edad materna fue  $\geq 35$  años (RR=0,85) y el peso del recién nacido < 2500g. (RR=0,8), se asociaron con una menor incidencia de episiotomía. **Conclusiones:** la episiotomía estuvo condicionada por las intervenciones obstétricas que se realizaron durante el desarrollo del parto. Si deseamos una reducción la tasa de episiotomía debemos tener en cuenta los factores de riesgo para establecer políticas de reducción de este procedimiento <sup>19</sup>.

## **Nacionales:**

**Ávila (2017)**, con su trabajo realizado “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Enero – junio 2015”, tuvo como **Objetivo:** Determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-junio 2015.

**Metodología:** Estudio descriptivo simple, retrospectivo y de corte transversal. La muestra representativa fue de 81 primíparas que culminó 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%). La categoría de primíparas con episiotomía, se encontró un 37.7% con edades de 25 a 29 años, un grupo de 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%). La categoría de 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:** En su mayoría las primíparas son sometidas a la realización de episiotomías. En el grupo de 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 <sup>20</sup>.

**Davila y Huaroc (2017)**, con el trabajo realizado “Factores asociados a la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017”, tuvo como **Objetivo:** Determinar la relación que guardan los factores asociados y la indicación de episiotomías, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017. **Método:** El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, transeccional y descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se elaboró un instrumento, en el cual se recolectó información con relación a los factores asociados a la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, como: talla materna, primiparidad, ponderado fetal y sufrimiento fetal; el estudio estuvo constituido por una población de 212 pacientes y una muestra representativa de 55 primíparas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Se encontró que no existe relación entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas. En segundo lugar existe moderada relación entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas. En tercer lugar, 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, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017, salvo los factores obstétricos. **Conclusiones:** Respecto a los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales, neonatales se encontró que no hay significancia con la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. 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, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. 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%. Y se concluye que, entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, si existe una correlación significativa. Entre los factores intraparto, como tiempo del periodo expulsivo ( $P = .086$ ), y el tipo de líquido amniótico ( $P = .207$ ), se observa que no existe correlación con la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017. Se concluye que no existe correlación entre los factores fetales y neonatales como ponderado fetal ( $P = .303$ ), peso del RN ( $P = .556$ ), perímetro cefálico del RN ( $P = .366$ ) y sufrimiento fetal agudo ( $P = .151$ ) y la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017 <sup>21</sup>.

**Blanco y Ramírez (2015)**, con su trabajo presentado “Complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el Hospital amazónico de Yarinacocha, 2015”, con el **Objetivo:** Determinar

las complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015.

**Métodos:** el estudio fue observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se aplicó un diseño caso control. La selección de los casos (gestantes con episiotomía) y la selección de controles (gestantes sin episiotomía). La muestra representativa fue de un grupo de 160 casos y otros 160 controles. Análisis estadístico: para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS 23, se utilizó estadística descriptiva, así mismo pruebas inferenciales como el chi cuadrado para buscar asociación y a su vez pruebas de monomios para identificar los riesgos. **Conclusiones:** Los desgarros de grado II, III, IV, originan pérdida sanguínea mayores a 300 ml, la presencia de hematomas, infecciones y dehiscencias fueron complicaciones asociadas al no uso de episiotomías en gestantes <sup>22</sup>.

## 2.2 Bases Teóricas

### 2.2.1 Periné

#### 2.2.1.1 Definición:

El periné se halla limitado hacia adelante por el arco subpúbico, lateralmente por las ramas isquiopubianas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrociáticos mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior o urogenital y triangulo posterior o anorrectal <sup>23</sup>.

El periné anterior está formado por tres planos músculo aponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial.

El plano profundo o diafragma pélvico está conformado por una formación músculo tendinosa en forma de embudo que sirve para sujeción de las vísceras pélvicas y abdominales, incluye el músculo elevador del ano y músculo coccígeo, recubiertos por una capa superior y otra inferior de fascia <sup>23</sup>.

El músculo elevador del ano se fija en la pelvis a través de las ramas descendentes y horizontales del pubis, espina ciática, aponeurosis del obturador interno y bordes del cóxis <sup>23</sup>.

El músculo coccígeo se inserta en la espina ciática y sus ramas se abren en abanico fijándose en las caras laterales de los segmentos sacros inferiores y cóxis <sup>23</sup>.

El plano músculo aponeurótico medio, también llamado diafragma urogenital, se encuentra atravesado por la uretra y la vagina. Está formado por una capa superior y otra inferior que recubren los músculos perineales profundos, que se originan en la rama isquípública y terminan en el triángulo recto vaginal, el músculo esfínter externo de la uretra, los vasos y los nervios pudendos <sup>23</sup>.

El plano músculo aponeurótico superficial incluye el músculo esfínter anal externos, los músculos isquiocavernosos, se originan en la tuberosidad isquiática y terminan insertándose en las caras superior y lateral del clítoris, los músculos perineales

transversos superficiales abarcan desde la cara interna de la tuberosidad isquiática hasta el rafe que va del ano a la comisura vulvar y los músculos bulboscavernosos, rodean el orificio inferior de la vagina y la terminación de la uretra <sup>23</sup>.

#### **2.2.1.2 Irrigación**

La irrigación del periné y de los órganos genitales externas está encargada de la arteria pudenda interna. Recorre la pelvis a través del orificio ciático mayor, y, acompañado por sus venas y el nervio pudendo, penetra en un canal fibroso, formado por las fascias que recubren el músculo obturador interno <sup>23</sup>.

- Las arterias hemorroidales inferiores: se dirigen a través de la fosa isquirrectal a irrigar el conducto anal, el ano y la zona perineal.
- La arteria perineal: se separa de la pudenda interna enfrente del borde superior del músculo transverso superficial del periné. Irriga los músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos y perineales transversos. Las ramas terminales de la arteria perineal, o arterias labiales posteriores, atraviesan la fascia de colles para acabar irrigando los labios mayores y menores <sup>23</sup>.
- La arteria del clítoris: discurre por el interior del músculo perineal transverso profundo y del esfínter de la uretra membranosa, dando finalmente cuatro ramas que irrigan el tejido eréctil del compartimento perineal superficial <sup>23</sup>.

### **2.2.1.3 Nervios**

Los músculos y tejidos del periné se hallan inervados principalmente por el nervio pudendo.

El nervio pudendo procede de las ramas anteriores de los nervios sacros II, III, IV, y se divide en tres ramas. El nervio pudendo hemorroidal inferior, inervando el esfínter anal externo y la piel del periné, el nervio perineal, con una rama profunda y otra superficial. La rama profunda inerva el esfínter anal externo, el musculo elevador de ano, los músculos perineales superficial y profundo, los isquiocavernosos y bulbocavernosos, y el esfínter de la uretra membranosa. La rama superficial se divide en los nervios labiales posterior, medio y lateral. La tercera rama del nervio pudendo es el nervio dorsal del clítoris, para inervar el glande del clítoris <sup>23</sup>.

## **2.2.2 Episiotomía**

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico que permite el aumento del orificio vaginal por una incisión del perineo durante la última parte del segundo periodo de trabajo de parto <sup>24</sup>.

### **2.2.2.1 Tipos de episiotomía**

- a) Episiotomía mediana, (EM): se realiza en la línea media de la vagina y el periné, de 4 cm de longitud aproximadamente. Es la menos sangrante, de fácil sutura y buen resultado estético. Afecta a la mucosa vaginal, la piel y el músculo bulbocavernoso, que es dividido a nivel del rafe medio.

Tiene como aspecto desfavorable que en caso de prolongación puede afectar al esfínter del ano, al plexo hemorroidal o la propia mucosa anorrectal, de reconstrucción compleja <sup>17</sup>.

- b) Episiotomía mediolateral (EML): se corta de 6 cm de longitud aproximadamente, con origen en la horquilla vulvar y luego extendida de forma oblicua hacia la derecha (EMLD) o la izquierda (EMLI) del perineo, dependiendo de la mano dominante del asistente, al menos de 45° respecto a la línea media, en dirección opuesta al recto, evitando lesionar las estructuras anales en caso de prolongación. Afecta a la mucosa vaginal, la piel, el músculo bulbocavernoso, transverso superficial del perineo, puborrectal (parte del elevador del ano) y ocasionalmente a la glándula de Bartolino. La tasa de desgarros de tercer y cuarto grado es menor del 1% tras su realización <sup>17</sup>.
- c) Episiotomía lateral (EL): con origen en la horquilla vulvar y extendida horizontalmente hacia la derecha o la izquierda del perineo o también en otras referencias, es el corte realizado a 2-3 cm del rafe y dirigido hacia fuera, lado derecho o izquierdo; afecta más a las estructuras del labio mayor, y puede alcanzar la glándula de Bartolino, por lo que su uso no es habitual; es la menos utilizada <sup>17</sup>.

### **2.2.2.2 Ventaja**

Episiotomía media con respecto a la episiotomía media lateral son: reparación quirúrgica más fácil, curación sin incidencias, mínimo dolor tras la reparación, resultados anatómicos óptimos, menor pérdida sanguínea y menor incidencia de dispareunia <sup>17</sup>.

### **2.2.2.3 2Desventaja**

El aumento de la posibilidad de prolongación de la episiotomía, con la consiguiente afectación del esfínter y la mucosa rectal; por ello se recomienda hacer una cuidadosa selección de las candidatas a cada una de las variantes <sup>17</sup>.

## **2.2.3 Procedimiento**

Debido a que es un procedimiento quirúrgico, se aplicara las normas habituales de asepsia quirúrgica: llevar mascarilla, gorro, guantes estériles, después de un lavado quirúrgico de manos; se debe limpiar la vulva con un jabón antiséptico de preferencia no yodado, seguido de un enjuague, a continuación, proceder al secado <sup>17</sup>.

Se prepara una mesa cubierta con paño estéril, con el equipo necesario para realizar y suturar la episiotomía. Por lo general consta de dos tijeras rectas o curvas, (una recta para la episiotomía, que se considera contaminada tras su uso, y otra para la sección del cordón), gasas y compresas estériles, tres pinzas de Kocher para pinzamiento de cordón y la realización de un posible pH, pinzas de disección y porta-agujas. Se

recomienda en todos los casos utilizar un método anestésico para la práctica y la reparación de la episiotomía <sup>17</sup>.

Los anestésicos locales más utilizados son la lidocaína y la mepivacaína, de propiedades parecidas; las concentraciones superiores al 2% no son aconsejadas. Su comienzo de acción está entre 1 y 3 minutos, y tienen una duración de 30 a 60 minutos.

La infiltración del anestésico local (AL) se hará introduciendo previamente los dedos índice y medio entre la cabeza fetal y la vulva, desde la horquilla perineal hacia la zona donde se practicará la episiotomía; tras verificar mediante aspiración que no se ha llegado a vaso sanguíneo, se realizará la infiltración en retirada (aspiración-infiltración-retirada parcial) hasta que se extraiga totalmente la aguja <sup>17</sup>.

La episiotomía se debe realizar coincidiendo con la contracción-pujo materno, cuando el periné llegue a su capacidad máxima de distensión (periné blanco-exangüe sin irrigación), la cabeza esté coronando (cuarto plano de Hodge), el periné abombado y se visualice a través de un anillo vulvar de 3-4 cm de diámetro; en las presentaciones de nalgas se debe procurar realizar la episiotomía en el período intercontráctil. (evita la estimulación del feto), cuando la nalga anterior está bajo la sínfisis y la región perineal del feto sea visible; con los dedos índice y medio de la mano izquierda (si se es diestro), se levanta el periné para no lesionar el feto y entre ambos dedos se hace una incisión con tijera <sup>17</sup>.

Si la episiotomía se practica de manera temprana, provocará una hemorragia significativa, ya que el periné está aún grueso, la hemostasia de los vasos sangrantes resulta difícil y continuará el

sangrado hasta el desprendimiento de la cabeza. Si se realiza tardíamente, aunque la piel esté intacta, puede que la capa musculoaponeurótica haya cedido, por lo que resulte ineficaz <sup>17</sup>.

## **2.2.4 Episiorrafia**

La episiorrafia (del griego episeion, pubis y raphé, sutura) es la intervención que consiste en la sutura de la herida quirúrgica llamada episiotomía que se realiza durante el parto <sup>17</sup>.

### **2.2.4.1 Técnicas de sutura**

Sutura interrumpida

El remiendo perineal se realiza en tres capas consecutivas; es el tipo de sutura más usada.

- a) La mucosa vaginal se sutura de manera continua entrecruzada bloqueante y más hemostática); para ello se identifica en primer lugar el ángulo de la incisión vaginal o ápex dando un punto a 5-10 mm) por encima de éste, para hacer hemostasia de posibles puntos sangrantes no visibles y terminando a nivel de la horquilla vulvar, donde se anuda <sup>17</sup>.
- b) A continuación, el plano muscular se aproxima con varios puntos entrecortados, si afecta exclusivamente a la musculatura superficial (plano único) o si también afecta a la profunda (dos planos) <sup>17</sup>.
- c) La piel del periné se aproxima con una sutura transcutánea interrumpida.

## Sutura continua

El primer punto se inserta por encima del ápex de la incisión de la vagina mediante un nudo.

- a) La vagina se sutura de manera continua no entrecruzada, suelta (libre de tensión), los puntos deben colocarse a 0,5 cm del borde de la herida, ya que si es mayor se corre el riesgo de estrechar la vagina; es importante profundizar lateralmente, visualizando la aguja en la parte inferior de la vagina y no en sentido dorsal (profundo) para evitar penetrar en el tejido rectal. La reparación avanza hasta llegar al himen <sup>17</sup>.
- b) A continuación, se inserta la aguja por el epitelio de la izquierda para que salga en el centro de la musculatura perineal (bulbo- cavernoso y transverso superficial del periné). Se introducen los puntos a 0,5 cm de la piel perineal, recomendando que la aguja, tras penetrar en un lado, salga en el centro y luego se introduzca en el otro lado (en dos tiempos) para poder abarcar gran cantidad de tejido y asegurar que los puntos alcanzan la profundidad del mismo y no queden espacios muertos. Se continúa la sutura continua no bloqueante para cerrar la musculatura del periné en uno o dos planos <sup>17</sup>.
- c) Se aproxima la piel a través del tejido subcutáneo (para evitar la abundancia de terminaciones nerviosas de la piel) en dirección desde el ángulo de la piel perineal

“remontando” con una separación entre los puntos de 5-10 mm hacia la horquilla himeneal <sup>17</sup>.

- d) Una vez completado el cierre de la piel, se pasa la aguja por debajo del tejido de la vagina finalizando la reparación con un nudo terminal (cuadrado de cirujano) delante de las carúnculas del himen. Este plano cierra el espacio muerto subcutáneo y permite aliviar las tensiones que se ejercen sobre el plano cutáneo. Existen otras variantes donde el hilo final no se anuda, y o bien queda suelto en el periné o bien se corta a ras de piel <sup>17</sup>.

El síntoma más común es el dolor, el porcentaje de mujeres que lo presentan en el posparto inmediato es prácticamente el 100%, cifra que disminuye hasta el 85-95% a las 48 horas del parto, hasta el 32% al cabo de una semana y hasta el 23% a los 10 días del parto; incluso hasta las 8 semanas posparto permanece en el 7% de los partos eutócicos <sup>17</sup>.

La aplicación de hielo local reduce la hinchazón y alivia el dolor, así como los analgésicos por vía oral. Si el dolor es intenso y persistente se debe valorar la presencia de hematoma vulvar, paravaginal, isquiorrectal o en musculatura de suelo de pelvis (elevador del ano y transversos superficial del periné), así como celulitis perineal <sup>17</sup>.

### **2.2.5 Evidencia científica que avala el uso restringido de la episiotomía**

Las hipotéticas ventajas atribuidas a la episiotomía son: prevención de la relajación del suelo pélvico y, por tanto, de la incontinencia urinaria, incontinencia de gases y contenido fecal; prevención de los desgarros de tercer y cuarto grados, así como daño perineal anterior; prevención de daño fetal: asfixia perinatal, distrés respiratorio y distocia de hombros <sup>17</sup>.

A continuación, se analiza la evidencia científica en cada uno de estos puntos.

a) Prevención de los desgarros de tercer y cuarto grado y daño perineal

Su uso sistemático no previene desgarros posteriores, sino que incluso puede agravarlos. Si bien es cierto que hay un aumento de los desgarros perineales anteriores, éstos no parecen tener consecuencias clínicas de importancia <sup>17</sup>.

b) Relajación del suelo pélvico

La episiotomía supuestamente prevenía la relajación del suelo pélvico por acortamiento del período expulsivo. Recientes estudios no han apoyado esta hipótesis, no hay evidencia científica que apoye que la episiotomía tenga efecto protector sobre el suelo pélvico. La episiotomía sistemática no parece estar justificada con objeto de prevenir la incontinencia urinaria ni la relajación del suelo pélvico <sup>17</sup>.

c) Daño fetal

Algunos estudios sugieren que la episiotomía acorta la fase del expulsivo; sin embargo, otros no encontraron diferencias significativas. Podría tener importancia si realmente, acortando el expulsivo, mejorasen los resultados perinatales, pero esto sería un asunto que estaría por estudiar. En cualquier caso, la investigación parece indicarnos que la episiotomía tiene poco que ver en la duración del período expulsivo <sup>17</sup>.

La realización de la episiotomía en la distocia de hombros tiene como finalidad hacer fácil el acceso a la vagina para efectuar maniobras obstétricas que pudieran liberar al feto, mas no como prevención. Se deduce que ésta es una consecuencia de una desproporción ósea entre la cintura escapular fetal y la pelvis materna, y no del canal blando, pero dado que este argumento está poco estudiado, y existen diversos problemas éticos a la hora de abordarlo, ante la sospecha de macrosomía fetal, la realización de la episiotomía se efectuara según el criterio del profesional que atiende al parto <sup>17</sup>.

### **2.2.6 Complicaciones**

Las complicaciones inmediatas más frecuentes después de una episiotomía son:

a) Hemorragia

Debido a diferentes errores incurridos durante la práctica de la episiotomía como: la realización precoz antes de la coronación,

episiotomía corta, realización tardía. En caso de pérdida sanguínea más de los 500 ml, en primer lugar, deben descartarse desgarros cervicales y/o vaginales y luego usar oxitócicos inyectables <sup>25</sup>.

b) Desgarro

El diagnóstico de desgarro se hace por inspección directa del canal del parto. En la episiotomía media hay mayor asociación de tasa de desgarros rectales, la episiotomía media lateral se asocia a menos lesiones del esfínter anal/ rectal o desgarros graves <sup>25</sup>.

c) Hematoma

Se sospechará de hematoma puerperal ante la presencia de: dolor, tumefacción vulvar <sup>25</sup>.

d) Infección

Presencia de dolor en sitio de episiotomía, secreción purulenta, edema, fiebre. Las infecciones se presentan entre el 0,5 a 3 % de los casos. Los factores que favorecen son faltos de antiasepsia, la existencia de hematoma, sutura incorrecta, múltiples tactos o partos distócicos, higiene insuficiente, infecciones genitales previas, ruptura prematura de membranas sin protección antibiótica <sup>25</sup>.

e) Dehiscencia

La dehiscencia se define como la apertura espontánea de la herida quirúrgica. La incidencia de dehiscencia de la episiotomía (DE), se encuentra entre 0,1 % a 2,1 %. Existen factores predisponentes tales como infección bacteriana de la piel, virus del papiloma humano, etc. <sup>25</sup>.

Complicaciones tardías:

- a) Fibrosis: más frecuente en episiotomías medio-laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia <sup>26</sup>.
- b) Fístulas: frecuentes al realizar episiotomía medio lateral, sobre todo en aquellas que se prolongan o se utilizan material de sutura exagerada o inapropiada <sup>27,26</sup>.
- c) Dispareunia: dolor a nivel genital constante, antes y después de relaciones sexuales. Producida por secuelas del parto <sup>26</sup>.

## **2.2.7 Factores condicionantes**

### **2.2.7.1 Paridad**

La paridad se refiere al número de embarazos que una mujer ha dado parto, se le designan términos dependiendo la cantidad de partos: primípara (mujer que ha dado parto por primera vez), segundípara (mujer que ha dado dos partos), múltipara (mujer que ha dado más de dos a cinco partos) <sup>23</sup>.

### **2.2.7.2 Forma de inicio del trabajo de parto**

Existen dos formas de que se origine el trabajo de parto, la primera se asigna el término espontaneo donde ningún factor influye solo el proceso fisiológico del cuerpo; el segundo se denomina inducción/ estimulación por que se provoca las

contracciones uterinas necesarias para iniciar el trabajo de parto<sup>23</sup>.

Es uno de los factores menos estudiados. A pesar de ello, la bibliografía consultada coincide en señalar una relación entre el parto inducido y la realización de episiotomía<sup>28, 19</sup>.

### **2.2.7.3 Periodo expulsivo**

Este periodo inicia cuando la dilatación es completa (10 cm) y culmina con la expulsión del recién nacido. La duración en una primípara es de 2 horas, y en una múltípara 1 hora<sup>23</sup>.

Es preciso recordar que en casos de primiparidad, expulsivo prolongado, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados<sup>1</sup>.

### **2.2.7.4 Edad materna**

Según una investigación que se realizó el año 2017 y que tomó como factor la edad para la práctica de episiotomía determino; la media de edad de las gestantes fue de 30,66 años (DE= 5,91). La edad mínima fue de 14 años y la máxima de 49 años<sup>14</sup>.

### **2.2.7.5 Talla materna**

De 137 pacientes primigestas, 85 de ellas correspondiente al 62% que se les realizó episiotomía, el 36% corresponde a una talla materna baja, seguida de un 22% correspondiente a talla

normal, y en menor porcentaje a talla materna alta con un 4%, que nos indica que la talla materna tiene significancia estadística al realizar episiotomía <sup>29</sup>.

#### **2.2.7.6 Peso del recién nacido**

Peso que se toma inmediatamente después del nacimiento.

El peso del recién nacido como principal factor que influye en la realización de una episiotomía. De hecho, se observó que el peso medio de los recién nacidos de las gestantes con episiotomía fue superior en 122,7 gr. a las gestantes que no tuvieron episiotomía (3.584,7 gr. y 3.462 gr. respectivamente) siendo estadísticamente significativo el aumento del peso fetal con la realización de episiotomía <sup>30</sup>.

#### **2.2.7.7 Perímetro cefálico del recién nacido**

Es la medida del cráneo teniendo como puntos de referencia la protuberancia externa del occipital y las dos protuberancias anteriores del frontal. Su valor promedio oscila entre 33 y 35 cm <sup>31</sup>.

### **2.3 Definición de términos.**

- a) Distocia funicular:** Toda situación anatómica o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales.
- b) Edad materna:** Tiempo de vida de una mujer que se encuentra en la etapa reproductiva.

- c) **Episiotomía:** Técnica quirúrgica que se realiza en el periné.
- d) **Episiorrafia:** Afrontación de piel y musculo después de realizar la episiotomía.
- e) **Factores:** Aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.
- f) **Forma de inicio del parto:** Proceso fisiológico por el cual se desencadena el parto pudiendo ser espontaneo o artificial.
- g) **Múltipara:** Mujer que ha dado más de dos a cinco partos.
- h) **Paridad:** Número de partos que ha tenido una mujer.
- i) **Periodo expulsivo:** Periodo que comienza con dilatación completa hasta la expulsión del feto. En primíparas duran 2 horas y en múltiparas 1hora.
- j) **Periodo intergenésico:** Lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y el subsiguiente.
- k) **Peso del recién nacido:** Valor de la medición del peso de un producto nacido vivo o muerto.
- l) **Primípara:** Mujer que ha dado parto por primera vez.
- m) **Segundípara:** Mujer que ha dado parto dos veces.
- n) **Talla materna:** Estatura de una mujer en etapa reproductiva.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo de investigación**

La tipología en la que se ubica el presente estudio es:

De acuerdo a la orientación de la investigación es básica, este tipo está orientado a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad. Según la participación del investigador es observacional, en este tipo el investigador no tiene participación directa; debido a que los datos consignados durante la investigación reflejan la evolución natural del evento, así mismo éstos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos. De acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos es retrospectiva, en este tipo de estudios la información se recogió, de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planificación de esta por la evolución del fenómeno estudiado, es transversal; estos estudios tienen la característica de que se mide una sola vez las variables y de inmediato se procede a su

descripción o análisis, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades; y según la técnica de contrastación de hipótesis es analítica, en estas se permite el análisis de la relación entre dos o más variables, ya sea por correlación o asociación. <sup>32</sup>. Y de acuerdo a la participación del investigador es observacional, en vista que no se manipula variables<sup>32</sup>.

### 3.2 Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio es no experimental transeccional de casos y controles. En los estudios de casos y controles se elige un grupo de individuos que tienen un efecto o una enfermedad determinada (casos), y otro en el que está ausente (controles). Ambos grupos se comparan respecto a la frecuencia de exposición previa a un factor de riesgo (factor de estudio) que se sospecha que está relacionado con dicho efecto o enfermedad <sup>33, 34</sup>

Se representa esquemáticamente de la siguiente manera:



### 3.3 Población y muestra de la investigación

#### 3.3.1 Población.

Población: 800 Gestantes programadas para parto eutócico

### 3.3.2 Muestra.

Para de la determinar el tamaño muestra, se utilizó el algoritmo para comparar frecuencias en dos grupos. Se obtuvo una muestra de 96 casos con episiotomía y 96 casos sin episiotomía.

$$n = \frac{\left[ Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0,050
1- $\alpha/2$ = Nivel de Confianza a dos colas	1- $\alpha/2 =$	0,975
Z1- $\alpha/2$ = Valor tipificado	Z1- $\alpha/2 =$	1,960
Beta (Máximo error tipo II)	$\beta =$	0,200
1- $\beta$ = Poder estadístico	1- $\beta =$	0,800
Z1- $\beta$ = Valor tipificado	Z1- $\beta =$	0,842
p1 = Prevalencia en el primer grupo	p1 =	0,430
p2 = Prevalencia en el segundo grupo	p2 =	0,240
p = Promedio de la prevalencia	p =	0,335

<b>Tamaño de cada grupo</b>	<b>n =</b>	<b>95,68</b>
-----------------------------	------------	--------------

$$p1 = \frac{wp2}{(1-p2) + wp2} \quad p1 = \frac{0,6}{1,4} \quad p1 = 0,43$$

Dónde:

- Frecuencia de exposición entre los controles: 24%
- Odds ratio previsto: 3
- Nivel de seguridad: 95%
- Poder estadístico: 80%

Criterios de inclusión:

- Paciente que termina en parto por vía vaginal a término.
- Paciente con la categoría primípara, secundípara y múltipara.
- Pacientes gestantes de cualquier edad cronológica.

Criterios de exclusión:

- Partos gemelares, óbito fetal, Historias clínicas incompletas, terminación de embarazo por cesárea.
- Paciente con la categoría gran multipara

### 3.4 Variables, dimensiones e indicadores.

**Tabla 1.- Operacionalización de variables.**

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Variable de supervisión:</b> Práctica de episiotomía	Procedimiento	Registro de procedimiento en la Historia Clínica
<b>Variable asociada:</b> Factores que condicionan	Obstétricas	Paridad
		Forma de inicio del parto
		Periodo expulsivo
	Maternos	Edad materna
		Talla materna
		Periodo intergenésico
	Fetal	Peso del recién nacido
		Distocia funicular
		Perímetro cefálico

### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.5.1 Técnicas.

La técnica de recolección de datos está basada en la revisión documental, La torre, Rincón y Arnal <sup>35</sup>, definen la revisión documental

como el proceso dinámico que consiste esencialmente en la recogida, clasificación, recuperación y distribución de la información a partir de fuentes secundarias. Tal como se hizo en el presente estudio, en vista que los datos son secundarios y han sido registrados en las historias clínicas de las pacientes.

### **3.5.2 Instrumentos.**

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos (anexo 2) en el cual están contempladas variables en estudio. Se dividió en dos secciones la primera que es para la variable práctica de la episiotomía y la segunda sección recoge datos de la variable factores que condicionan.

Para la validez cualitativa se hizo a través de juicio de expertos, los mismos que evaluaron la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de los ítems propuestos

### **3.6 Procedimientos.**

Como primera fase se solicitó la autorización para la recolección de datos a la Dirección del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay. Una vez obtenida la autorización del director, se hizo la coordinación con el jefe de estadística para que brinde las historias clínicas. Luego se procedió a verificar las historias clínicas si cumplían los criterios de inclusión y exclusión, en aquellas que cumplieron se procedió a recolectar los datos de la investigación y se trasladó los datos a la ficha de recolección, hasta completar el tamaño de la muestra.

Referente al procesamiento de los datos de las variables de estudio inicialmente fueron sometidas a control de calidad para luego ser ingresadas a una matriz de datos en el software estadístico SPSS, versión 24 para obtener resultados que luego fueron presentados utilizando tablas de distribución de contingencia, así como los gráficos correspondientes como barras apiladas.

Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba de Chi cuadrado de homogeneidad por tratarse de un estudio de casos y controles. Es necesario resaltar que, Amaya, define esta prueba para determinar si los datos correspondientes a dos o más muestras provienen de la misma población <sup>36</sup>.

Además, se tomó un nivel de significancia de un P valor = 0,05.

**CAPITULO IV:  
RESULTADOS.**

**4.1 Resultados**

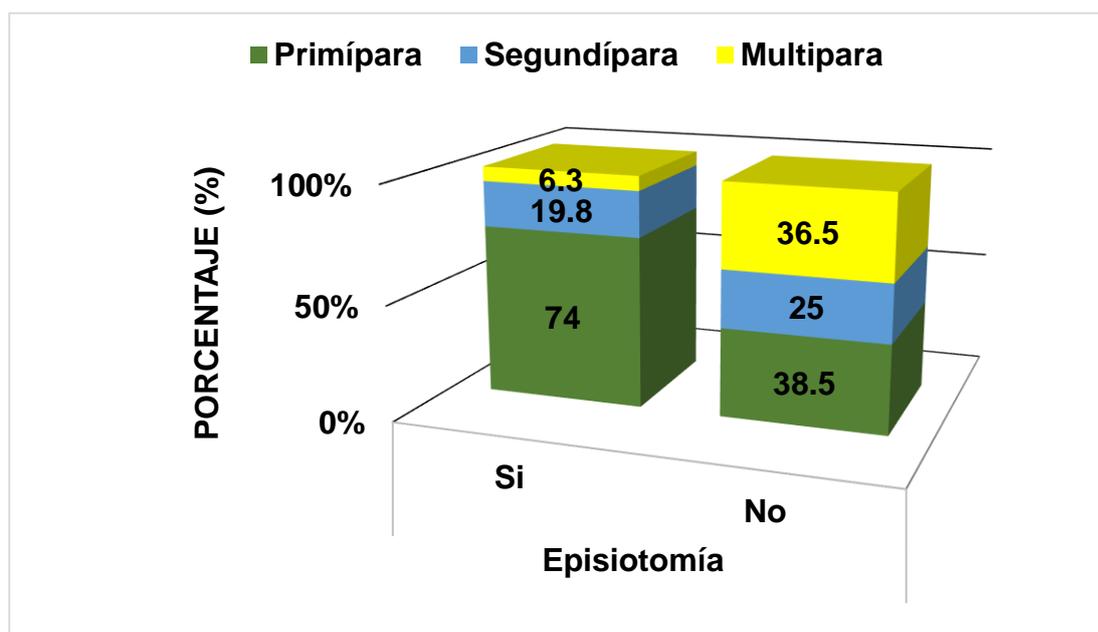
**a) Descriptivos.**

**Tabla 2.-Paridad con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

Paridad		Episiotomía		Total
		Si	No	
Primípara	Recuento	71	37	108
	% dentro de Episiotomía	74,0%	38,5%	56,3%
Segundípara	Recuento	19	24	43
	% dentro de Episiotomía	19,8%	25,0%	22,4%
Múltipara	Recuento	6	35	41
	% dentro de Episiotomía	6,3%	36,5%	21,4%
Total	Recuento	96	96	192
	% dentro de Episiotomía	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 1.-Porcentaje de paridad con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

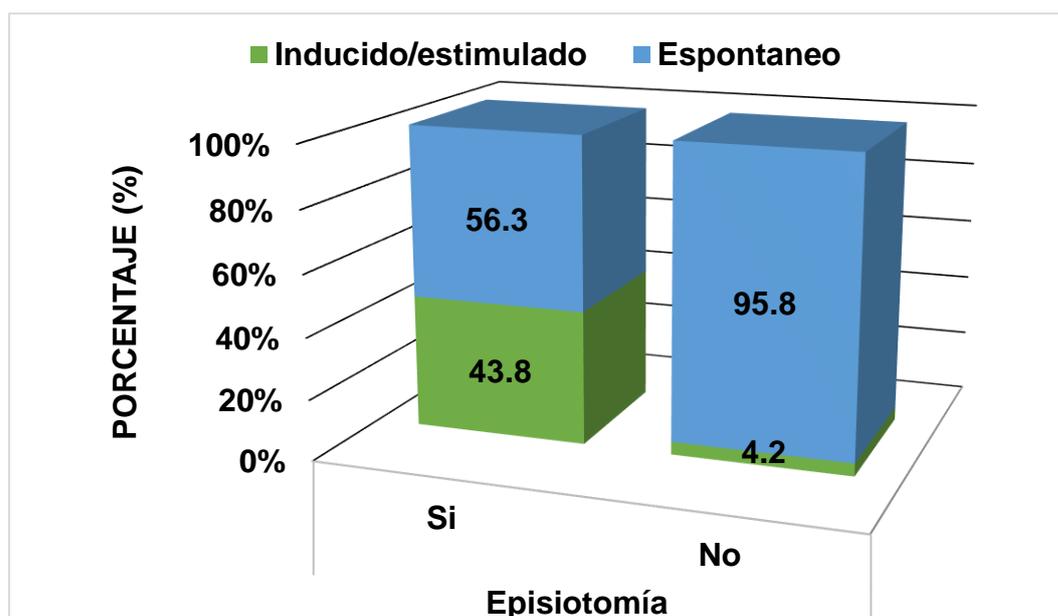
En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practico episiotomía, 71 que representa el 74,0% tuvieron la categoría primípara, 19 (19,8%) tuvieron la categoría segundípara y 6 (6,3%) tuvieron la categoría múltipara; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizo la episiotomía, 24 que representa el 38,5% tuvieron la categoría primípara, 24 (25,0%) tuvieron la categoría segundípara y 35 (36,5%) fueron múltiparas.

**Tabla 3.-Inicio del trabajo de parto con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

			Episiotomía		Total
			Si	No	
Inicio del trabajo de parto	Inducido/estimulado	Recuento	42	4	46
		% dentro de Episiotomía	43,8%	4,2%	24,0%
	Esponaneo	Recuento	54	92	146
		% dentro de Episiotomía	56,3%	95,8%	76,0%
Total		Recuento	96	96	192
		% dentro de Episiotomía	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 2.-Porcentaje de inicio del trabajo de parto con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

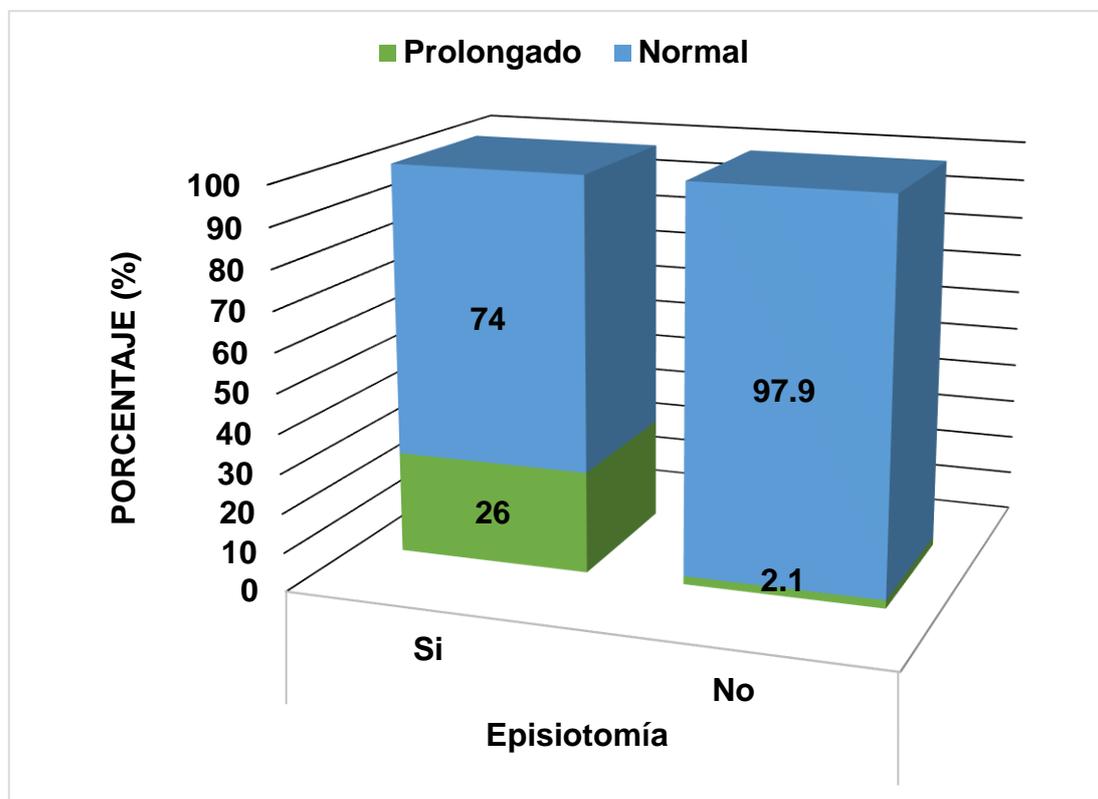
En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practicó episiotomía, 42 que representa el 43,8% tuvieron la categoría de inducido/estimulado, 54 (56,3%) tuvieron la categoría de espontáneo; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía, 92 que representa el 95,8% tuvieron la categoría de espontáneo, 4 (4,2%) tuvieron la categoría de inducido/estimulado.

**Tabla 4.-Periodo expulsivo con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

Periodo expulsivo	Prolongado	Recuento	Episiotomía		Total
			Si	No	
Periodo expulsivo	Prolongado	25	25	2	27
		% dentro de Episiotomía	26,0%	2,1%	14,1%
Periodo expulsivo	Normal	71	71	94	165
		% dentro de Episiotomía	74,0%	97,9%	85,9%
Total		96	96	96	192
		% dentro de Episiotomía	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 3.-Porcentaje de periodo expulsivo con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

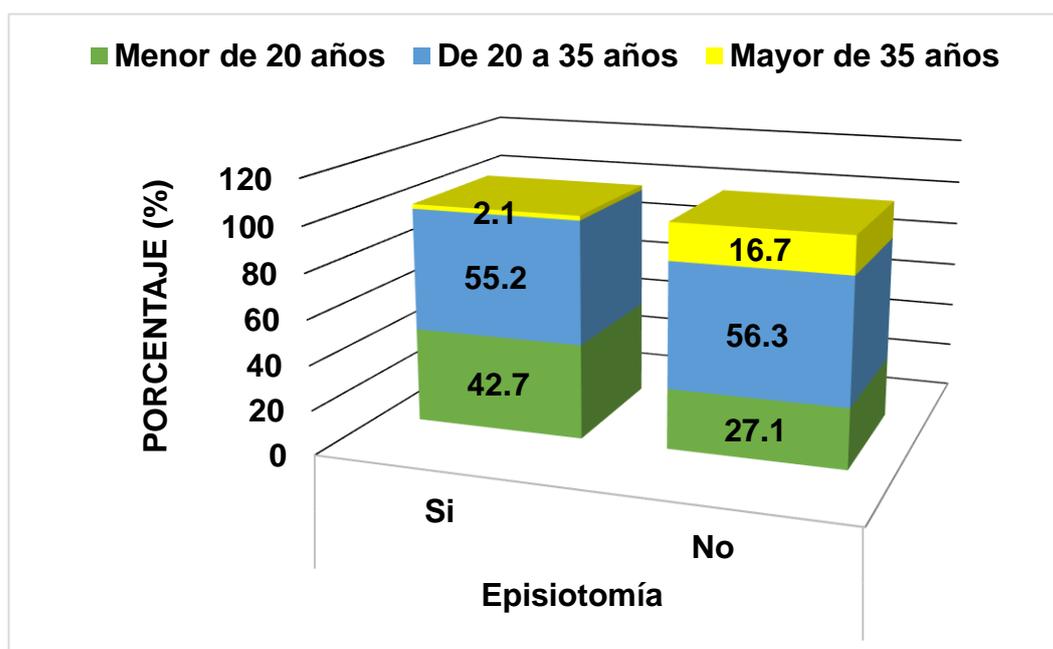
En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practicó episiotomía, 25 que representa el 26,0% tuvieron la categoría prolongado, 71 (74,0%) tuvieron la categoría normal; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía, 94 que representa el 97,9% tuvieron la categoría normal, 2 (2,1%) tuvieron la categoría prolongado.

**Tabla 5.-Edad materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

		Episiotomía			
		Si	No	Total	
Edad materna	Menor de 20 años	Recuento	41	26	67
		% dentro de Episiotomía	42,7%	27,1%	34,9%
	De 20 a 35 años	Recuento	53	54	107
		% dentro de Episiotomía	55,2%	56,3%	55,7%
	Mayor de 35 años	Recuento	2	16	18
		% dentro de Episiotomía	2,1%	16,7%	9,4%
Total		Recuento	96	96	192
		% dentro de Episiotomía	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 4.-Porcentaje de edad materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

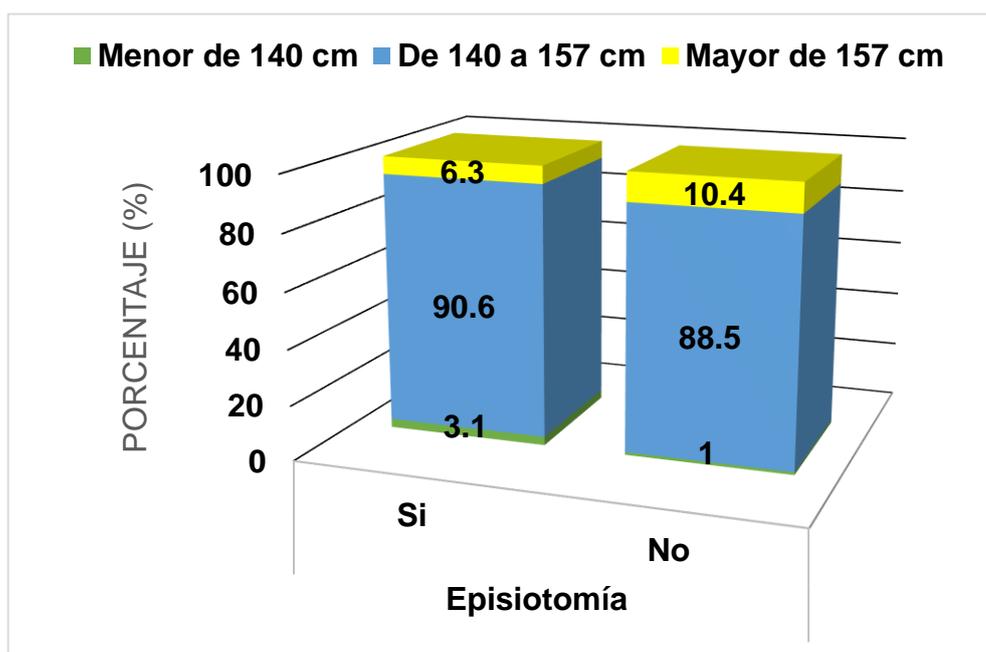
En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practico episiotomía, 53 que representa el 55,2% tuvieron la categoría de 20 a 35 años, 41 (42,7%) tuvieron la categoría menor de 20 años y 2 (2,1%) tuvieron la categoría mayor de 35 años; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía, 54 que representa el 56,3% tuvieron la categoría de 20 a 35 años, 26 (27,1%) tuvieron la categoría menor de 20 años y 16 (16,7%) mayor de 35 años.

**Tabla 6.-Talla materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

		Episiotomía			
		Si	No	Total	
Talla materna	Menor de 140 cm	Recuento	3	1	4
		% dentro de Episiotomía	3,1%	1,0%	2,1%
	De 140 a 157 cm	Recuento	87	85	172
		% dentro de Episiotomía	90,6%	88,5%	89,6%
	Mayor de 157 cm	Recuento	6	10	16
		% dentro de Episiotomía	6,3%	10,4%	8,3%
Total		Recuento	96	96	192
		% dentro de Episiotomía	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 5.-Porcentaje de talla materna con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

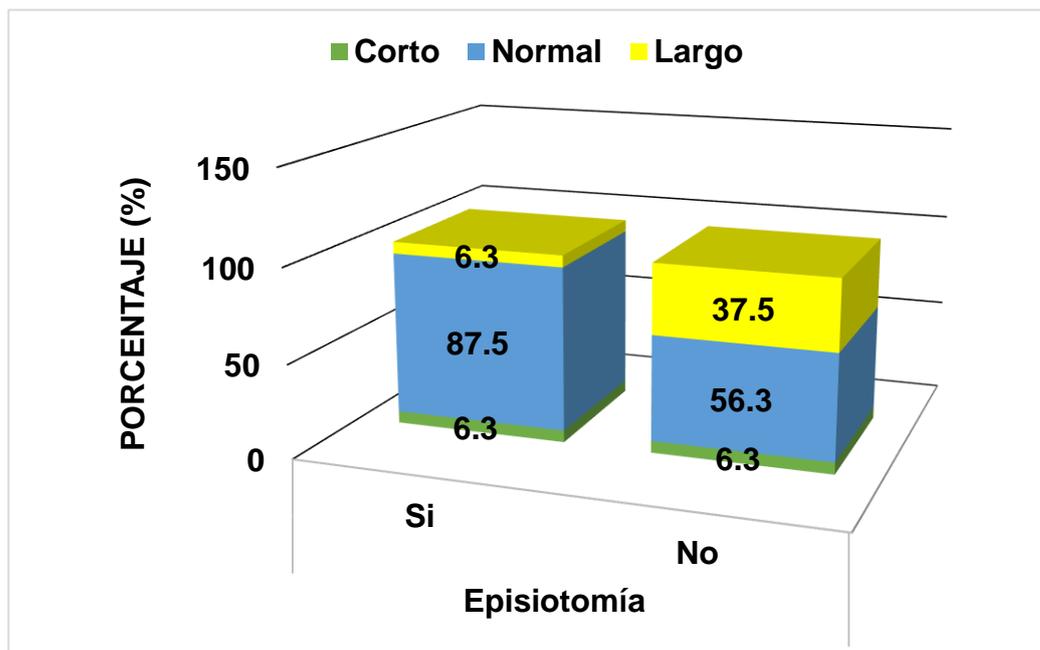
En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practicó episiotomía, 87 que representa el 90,6% tuvieron la categoría de 140 a 157 cm, 6 (6,3%) tuvieron la categoría mayor de 157 cm y 3 (3,1%) tuvieron la categoría menor de 140 cm; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía, 85 que representa el 88,5% tuvieron la categoría de 140 a 157 cm, 10 (10,4%) tuvieron la categoría mayor de 157cm y 1(1,0%) menor de 140 cm.

**Tabla 7.-Periodo intergenésico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

Periodo Intergenésico	Categoría	Recuento	Episiotomía		Total
			Si	No	
Periodo Intergenésico	Corto	Recuento	6	6	12
		% dentro de Episiotomía	6,3%	6,3%	6,3%
	Normal	Recuento	84	54	138
		% dentro de Episiotomía	87,5%	56,3%	71,9%
	Largo	Recuento	6	36	42
		% dentro de Episiotomía	6,3%	37,5%	21,9%
Total	Recuento	96	96	192	
	% dentro de Episiotomía	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 6.-Porcentaje de periodo intergenésico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

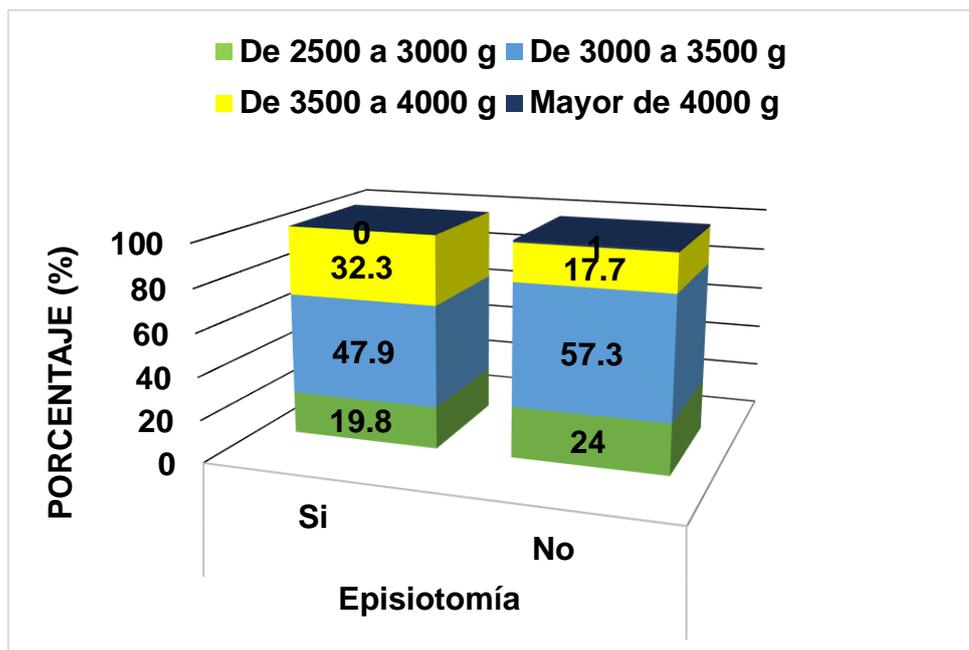
En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practicó episiotomía, 84 que representa el 87,5% tuvieron la categoría de normal, 6 (6,3%) tuvieron las categorías de corto y largo; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía, 54 que representa el 56,3% tuvieron la categoría de normal, 36 (37,5%) tuvieron la categoría de largo y 6 (6,3%) de corto.

**Tabla 8.-Peso del recién nacido con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

Peso del recién nacido	De 2500 a 3000 g	De 3000 a 3500 g	De 3500 a 4000 g	Mayor de 4000 g	Episiotomía		
					Si	No	Total
	Recuento				19	23	42
	% dentro de Episiotomía				19,8%	24,0%	21,9%
	Recuento				46	55	101
	% dentro de Episiotomía				47,9%	57,3%	52,6%
	Recuento				31	17	48
	% dentro de Episiotomía				32,3%	17,7%	25,0%
	Recuento				0	1	1
	% dentro de Episiotomía				0,0%	1,0%	0,5%
Total	Recuento				96	96	192
	% dentro de Episiotomía				100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 7.-Porcentaje de peso del recién nacido con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV.

En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practicó episiotomía, 46 que representa el 47,9% tuvieron la categoría de 3000 a 3500 g, 31 (32,3%) tuvieron la categoría de 3500 a 4000 g y 19 (19,8%) de 2500 a 3000 g; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía, 55 que

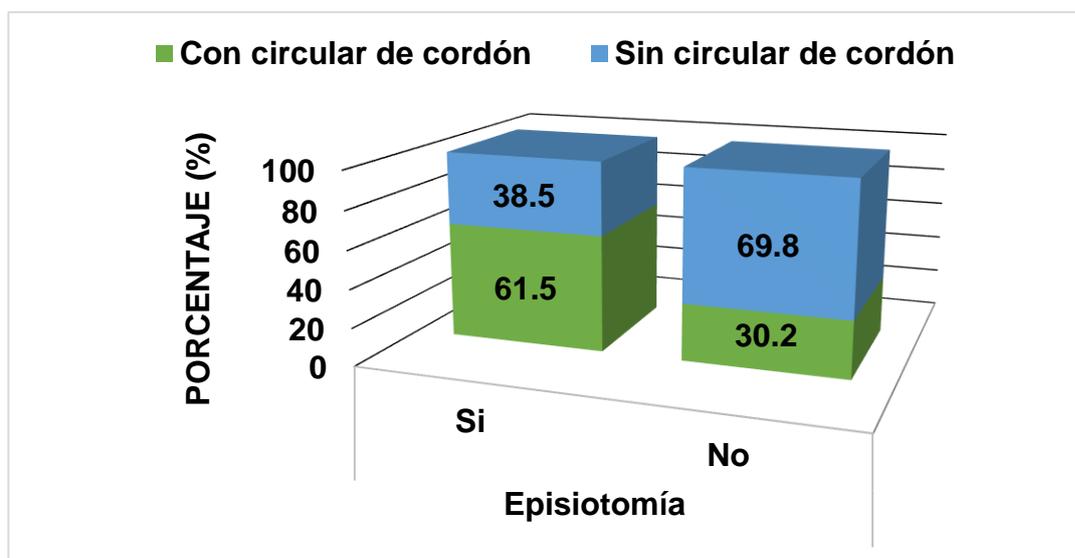
representa el 57,3% tuvieron la categoría de 3000 a 3500 g, 23 (24,0%) tuvieron la categoría de 2500 a 3000 g, 17(17,7) tuvieron la categoría de 3500 a 4000 g y 1 (1,0%) mayor de 4000 g.

**Tabla 9.-Distocia funicular con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

			Episiotomía		Total
			Si	No	
Distocia funicular	Con circular de cordón	Recuento	59	29	88
		% dentro de Episiotomía	61,5%	30,2%	45,8%
	Sin circular de cordón	Recuento	37	67	104
		% dentro de Episiotomía	38,5%	69,8%	54,2%
Total	Recuento		96	96	192
	% dentro de Episiotomía		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 8.-Porcentaje de distocia funicular con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV.

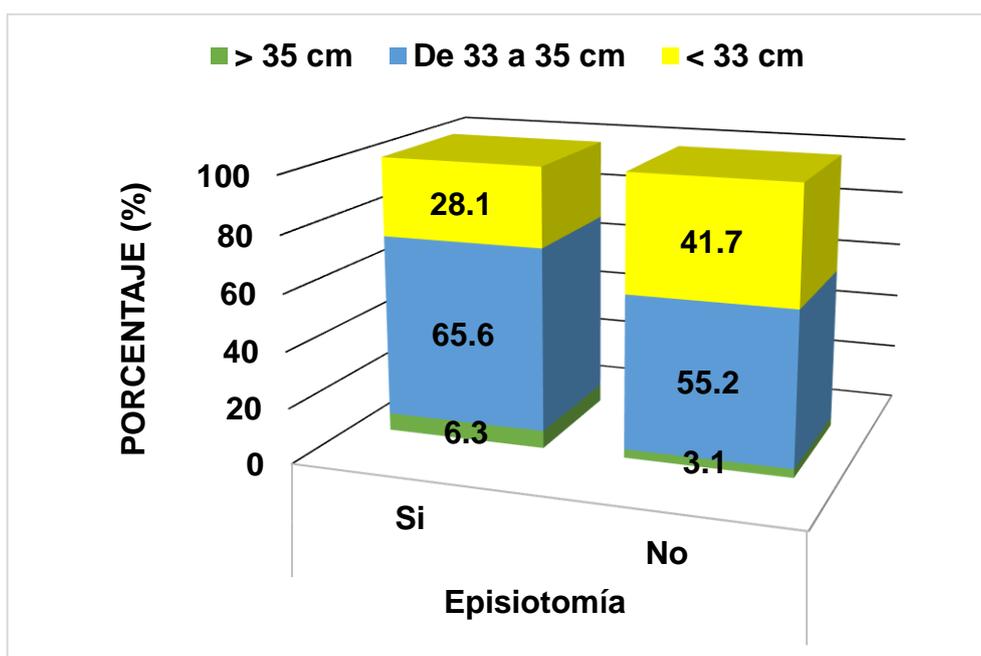
En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les práctico episiotomía, 59 que representa el 61,5% tuvieron la categoría con circular de cordón, 37 (38,5%) tuvieron la categoría sin circular de cordón; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizo la episiotomía, 67 que representa el 69,8% tuvieron la categoría sin circular de cordón, 29 (30,2%) tuvieron la categoría con circular de cordón.

**Tabla 10.-Perímetro cefálico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**

	Perímetro Cefálico		Episiotomía		Total
			Si	No	
	> 35 cm	Recuento	6	3	9
		% dentro de Episiotomía	6,3%	3,1%	4,7%
	33 a 35 cm	Recuento	63	53	116
		% dentro de Episiotomía	65,6%	55,2%	60,4%
	< 33 cm	Recuento	27	40	67
		% dentro de Episiotomía	28,1%	41,7%	34,9%
Total	Recuento		96	96	192
	% dentro de Episiotomía		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

**Gráfico 9.-Porcentaje de perímetro cefálico con relación a la práctica de la episiotomía en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017- junio 2018.**



Fuente: Historia clínica del HRGDV. Abancay

En el presente cuadro se observa que en el grupo de los casos constituido por 96 mujeres a las cuales se les practicó episiotomía, 63 que representa el 65,6% tuvieron la categoría de 33 a 35 cm, 27 (28,1%) tuvieron las categorías de < 33 cm, 6(6,3%) > 35 cm; mientras que en el grupo de controles constituido por 96 mujeres a las que no se les realizó la episiotomía, 53 que representa el 55,2% tuvieron la categoría de 33 a 35 cm, 40 (41,7%) tuvieron la categoría < 33 cm y 3 (3,1%) > 35 cm.

## b) Contrastación de hipótesis.

### Hipótesis general

#### Formulación de hipótesis

**H<sub>0</sub>:** Existen factores obstétricos, maternos y fetales que no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018

**H<sub>1</sub>:** Existen factores obstétricos, maternos y fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018

#### Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0,05$

#### Selección del estadístico de prueba

Chi cuadrado de homogeneidad

Factores condicionantes		Episiotomía		
		Chi cuadrado	gl	p-valor
Obstétricas	Paridad	31,797	2	0,00
	Forma de inicio del parto	41,282	1	0,00
	Periodo expulsivo	22,799	1	0,00
Maternos	Edad materna	14,256	2	0,001
	Talla materna	2,023	2	0,364
	Periodo intergenésico	27,950	2	0,00
Fetales	Peso del recién nacido	7,104	4	0,130
	Distocia funicular	18,881	1	0,00
	Perímetro cefálico	4,384	2	0,112

Los resultado del contraste de hipótesis de la práctica de la episiotomía con relación a los factores que la condicionan, nos muestran que los valores de la significancia para: Paridad es 0, 00, forma de inicio del parto 0,00, periodo expulsivo 0,00, edad materna 0,001, periodo intergenésico 0,00 y distocia funicular 0,00; son menores al nivel de significancia planteado (0,05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>), por lo que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que existen factores

obstétricos, maternos y fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el HRGDV, junio 2017-junio 2018.

### Hipótesis específica 1

**H<sub>0</sub>:** La Paridad, forma de inicio del parto y el periodo expulsivo no son los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

**H<sub>1</sub>:** La Paridad, forma de inicio del parto y el periodo expulsivo son los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

### Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0,05$

### Selección del estadístico de prueba

Chi cuadrado de homogeneidad

Factores condicionantes		Episiotomía		
		Chi cuadrado	gl	p-valor
Obstétricas	Paridad	31,797	2	0,00
	Forma de inicio del parto	41,282	1	0,00
	Periodo expulsivo	22,799	1	0,00

Los resultados del contraste de hipótesis de la práctica de la episiotomía con relación a los factores obstétricos que la condicionan, nos muestran que los valores de la significancia para: Paridad es 0, 00, forma de inicio del parto 0,00, periodo expulsivo 0,00, son menores al nivel de significancia planteado (0,05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>), por lo que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que la paridad, forma de inicio del parto y el periodo expulsivo son los

factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

### **Hipótesis específica 2**

**H<sub>0</sub>:** La Edad materna, talla materna y el periodo intergenésico no son los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

**H<sub>1</sub>:** La Edad materna, talla materna y el periodo intergenésico son los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

### **Nivel de significancia**

Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0,05$

### **Selección del estadístico de prueba**

Chi cuadrado de homogeneidad

Factores condicionantes		Episiotomía		
		Chi cuadrado	gl	p-valor
Maternas	Edad materna	14,256	2	0,001
	Talla materna	2,023	2	0,364
	Periodo intergenésico	27,950	2	0,00

Los resultados del contraste de hipótesis de la práctica de la episiotomía con relación a los factores maternos que la condicionan, nos muestran que los valores de la significancia para: edad materna es 0,00, y periodo intergenésico 0,00, son menores al nivel de significancia planteado (0,05). Por lo que se rechaza la hipótesis

nula ( $H_0$ ), por lo que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que la Edad materna y el periodo intergenésico son los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

### Hipótesis específica 3

**$H_0$ :** El peso del recién nacido, distocia funicular y perímetro cefálico no son los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

**$H_1$ :** El peso del recién nacido, distocia funicular y perímetro cefálico son los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

### Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0,05$

### Selección del estadístico de prueba

Chi cuadrado de homogeneidad

Factores condicionantes		Episiotomía		
		Chi cuadrado	gl	p-valor
Fetales	Peso del recién nacido	7,104	4	0,130
	Distocia funicular	18,881	1	0,00
	Perímetro cefálico	4,384	2	0,112

Los resultado del contraste de hipótesis de la práctica de la episiotomía con relación a los factores fetales que la condicionan, nos muestran que los valores de la significancia para: la distocia funicular es 0,00, siendo este menor al nivel de significancia planteado (0,05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ), por lo

que podemos afirmar con un nivel de confianza del 95%, que la distocia funicular es el factor fetal que condiciona la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

## DISCUSIÓN

La episiotomía es una práctica quirúrgica que hoy en día está restringido, pero en algunas situaciones se vienen realizando como una medida de apoyo para acortar el periodo expulsivo debido a que el producto se encuentra en riesgo de sufrimiento fetal, por otra parte, diversos estudios han indicado que es imposible cuantificar el daño causado a las parturientas y los recién nacidos, ya que muchas veces no se registran los daños causados por razones legales.

Nuestro estudio tuvo como objetivo determinar los factores que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017-junio 2018.

Se encontró que los factores obstétricos, maternos y fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos, fueron la paridad, forma de inicio del parto, periodo expulsivo, edad materna, periodo intergenésico y la distocia funicular. Estos resultados son consistentes a los reportados por Camacho<sup>14</sup> y Ballesteros<sup>19</sup>; quienes encontraron relación estadísticamente significativa entre la realización de episiotomía y las variables primiparidad, parto estimulado/inducido. Pero difieren respecto a las variables edad materna, peso del recién, en vista que estos investigadores no encontraron relación entre dichas variables estudiadas.

De diferente manera sucede con Ávila<sup>20</sup>, la categoría edades de 25 a 29 años se encontró un 37.7% mientras que en el presente estudio se encontró el 55,2% tuvieron la categoría de 20 a 35 años. El 67.9% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos, mientras que el presente estudio representa el 26,0% tuvieron la categoría prolongado y 74,0% tuvieron la categoría normal y por último en las categorías de peso recién nacido, Ávila<sup>20</sup>, obtuvo el 69.8% de 2500 a 3500 gr.y con

perímetro cefálico mayor a 33 cm 54.7%, mientras que en el presente trabajo se obtuvo el 65,6% tuvieron la categoría de 33 a 35 cm.

Es innegable que algunos factores sean obstétricos como la primiparidad, la cual ha sido ampliamente estudiada o fetales van a condicionar de forma directa la realización de la episiotomía, debido principalmente al trance que está pasando la madre, su producto y la conducta que adopta el personal que atiende el parto de realizar dicha técnica para acortar el tiempo del periodo expulsivo.

## CONCLUSIONES

1. Respecto a los factores que condicionan la práctica de la episiotomía se determinó que si hay relación en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega Abancay.
2. Los factores obstétricos que condicionaron la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay fueron: la paridad (0,00), forma de inicio del parto (0,00) y el periodo expulsivo (0,00).
3. Los factores maternos que condicionaron la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, fueron: edad materna (0,001), periodo intergenésico (0,00).
4. El factor fetal que condiciono la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, fue: distocia funicular (0,00).
5. Referente a la talla materna (0,364), el peso del recién nacido (0,130) y el perímetro cefálico (0,112) no se encontró significancia como factores que condicionaron la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega Abancay.

## RECOMENDACIONES

1. Primero: Al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega y a los profesionales que se encargan de la atención de parto, se recomienda que valoren el riesgo beneficio antes de realizar esta técnica quirúrgica.
2. Segundo: A los profesionales de salud mejorar el registro de la práctica de la episiotomía en la historia clínica, justificando las razones por las cuales se realiza.
3. Tercero: Conocer y tomar conciencia de los factores que influyen en la realización de la episiotomía en partos eutócicos que no están contempladas en las guías de práctica clínica para modificar conductas a seguir.
4. Cuarto: Educar a las gestantes que tengan los factores que condicionan la práctica de la episiotomía, enseñándoles a fortalecer los músculos perineales para que en el momento del parto los músculos sean más distensibles y se evite realizar episiotomía y con ello evitar complicaciones posteriores.
5. Quinto: Exhortar a los estudiantes a realizar futuros estudios deben enfocarse a medir la variable problema de forma prospectiva, la cual traería resultados más consistentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal [revisión traducida]. En: La Biblioteca Cochrane Plus. [Internet]. 2008 [citado 12 Mar 2018]. Disponible en: <http://maternoinfantil.org/archivos/B21.PDF>
2. Schoon, P. Episiotomy: yea or nay. Obstet Gynecol Surv. [Internet]. 2001 [citado 12 Mar 2018]; 1(56): 56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11711905>
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal [Revisión Cochrane traducida]. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2012 [citado 14 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD000081/uso-de-la-episiotomia-selectiva-versus-sistemica-para-el-parto-vaginal>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Grupo técnico de trabajo. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS. [Internet]. 1996 [citado 14 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
5. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Med. [Internet] 2014. [Citado 14 Mar 2018]; 17(2): p. 53-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4260/426041229011.pdf>
6. Rodríguez A, Arenas EOA, Mendez O, Zuleta J. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. [Internet] 2008. [citado 14 Mar 2018]; 198(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18221925>
7. Romero J, De-Prado A. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Revista Matronas Profesión. [Internet] 2002. [citado 14 Mar 2018]; 3(8): 33-9. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/episiotomia-ventajas-e-inconvenientes-de-su-uso/>
8. Juste A, Sabater B, Sanz E, Viñerta E, Cruz- E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Revista Matronas Profesión. [Internet] 2007. [citado 14 Mar 2018]; 8(3-4): 5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/episiotomia-selectiva-frente-a-episiotomia-rutinaria-en-nuliparas-con-parto-vaginal-realizado-por-matronas/>

9. Tommasso G, Althabe F, Cafferata M, Alemán S, Sosa C, Belizán J. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. [Internet] 2002. [Citado 14 Mar 2018]; 62(2): 115-21. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322002000200008](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200008)
10. Melchor J, Bartha J, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2008. [Citado 14 Mar 2018]; 51(9): 559-63. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-linkresolver-la-episiotomia-espana-datos-del-S030450130872329X>
11. Frankman E, Wang L, Bunker C, Lowder J. Episiotomy in the United States: has anything changed? Am J Obstet Gynecol. [Internet] 2009. [Citado 22 Mar 2018]; 200(5): 573. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?linkname=pubmed\\_pubmed&from\\_uid=20859157](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?linkname=pubmed_pubmed&from_uid=20859157)
12. Graham I, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. [Internet] 2005. [Citado 22 Mar 2018]; 32(3): 219-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128977>
13. Briceño D. Episiotomía selectiva relacionada a complicaciones inmediatas postparto en el canal vaginal, puérperas hospital distrital Santa Isabel el Porvenir 2014. [Tesis pregrado] Trujillo: Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
14. Camacho F, García I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. Matronas Prof. [Internet] 2017. [Citado 22 Mar 2018]; 18(3): 98-104. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-episiotomia.pdf>
15. American College of Nurse-Midwives. Unnecessary episiotomies: the nurse-midwifery solution. [Internet] 2004. [Citado 12 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.midwife.org/prof/display.cfm?id=87>.
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. [Internet] 2008. [Citado 12 Abr 2018]. Disponible en: [http://www.sego.es/Content/pdf/20080117\\_recomendacion\\_al\\_parto.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf).

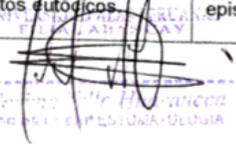
17. Martínez J. Manuel de asistencia al parto Barcelona. 1ª ed. España: Elsevier España S.L.; 2013.
18. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el hospital universitario “La Ribera”. Nure inv. [Internet] 2013. [Citado 12 Abr 2018]; 10(63): 2. Disponible en: [http://www.fuden.es/ficheros\\_administrador/original/nure63\\_original\\_episiotomi\\_a.pdf](http://www.fuden.es/ficheros_administrador/original/nure63_original_episiotomi_a.pdf)
19. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, Canteras M, Martínez ME. La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2016. [Citado 12 Abr 2018]; 24: 24. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-24-02686.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02686.pdf)
20. Ávila A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz. [Tesis de segunda especialidad] Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería - sección de Posgrado; 2017.
21. Dávila E, Huaroc P. Factores asociados a la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de octubre del 2016 a marzo del 2017. [Tesis de pregrado]. Huancayo: universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela Académica Profesional de Obstetricia; 2017.
22. Blanco H, Ramírez A. Complicaciones del uso y no uso de la episiotomía en gestantes atendidas en su primer parto vaginal en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015. [Tesis de pregrado]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Obstetricia-E.A. P de Obstetricia; 2016.
23. Bajo J, Melchor J, Mercé L. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fundamentos de obstetricia. 1ª ed. Madrid: Grupo ENE Publicidad S.A.; 2007.
24. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Sexta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2009.
25. México: secretaria de salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada; 2013.
26. Moreira c, Torres A. Guía didáctica para el taller: Episiotomía, Episiorrafia, Desgarros perineales y su reparación; 2013.

27. Zorrilla, F. Episiotomía: complicaciones. [Internet] 2014. [Citado 13 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.consultatuginecologo.com/complicaciones-episiotomia/>.
28. Räisänen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. Midwifery. [Internet] 2010. [Citado 13 Abr 2018]; 26(3): 348-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18804317>
29. Calapaqui L. Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital provincial general Latacunga periodo abril-mayo 2015. [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad regional Autónoma de los Andes “Uniandes”, Facultad de Ciencias Médicas - Carrera de Medicina; 2016.
30. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado R, Val B, Mérida A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Enfermería Global. [Internet] 2014. [Citado 13 Abr 2018]; 13(3): 398-410. Disponible en: [http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834854022\\_2.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834854022_2.pdf)
31. Casanova ML, Luna TJ. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-agosto [tesis de pregrado]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2001.
32. Calderón J, Alzamora L, Del Aguila E. La Tesis de Posgrado. 1ª ed. Lima: Fondo Editorial UAP; 2013.
33. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.; 2013.
34. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta ed. Rocha M, editor. México D.F.: McGRAW-HILL/Interamericana editores. S.A. de C.V.; 2014.
35. Latorre A, Rincón D, Arnal J. Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona: Ediciones Experiencia; 2003.
36. Amaya L. Prueba chi-cuadrado en la estadística no paramétrica. [Tesis Doctoral]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Vicerrectorado Académico-Facultad de Ciencias; 2017.

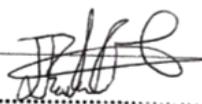
## **ANEXOS**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA: FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017- JUNIO 2018.**

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION
¿Cuáles son los factores que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el HRGDV Abancay, junio 2017-junio 2018?	Determinar los factores que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el HRGDV Abancay, junio 2017-junio 2018.	Existen factores obstétricos, maternos y fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el HRGDV, junio 2017-junio 2018.	<u>VARIABLE ASOCIADA</u>  Factores que condicionan	Obstétricos	Paridad	Primipara Segundípara Multipara	<b>Tipo:</b> Básico, observacional, retrospectivo, transversal, analítica. <b>Diseño:</b> No experimental transeccional, de casos y controles. <b>Nivel:</b> Correlacional <b>Método:</b> Deductivo. <b>Población</b> 800 mujeres que tuvieron partos eutócicos <b>Muestra:</b> Casos= 96 (con episiotomía) Controles= 96 (sin episiotomía)  <b>Técnicas, instrumento y estadísticas</b> La técnica es la revisión documental ya que los datos fueron tomados de la historia clínica. El instrumento fue la ficha de recolección de datos de las variables en estudio. El análisis de datos se realizó en el software estadístico SPSS, versión 24 para obtener resultados que se presentaron en tablas de distribución de frecuencias y de contingencia, así como los gráficos en barras apiladas; para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrado de homogeneidad por tratarse de un estudio de diseño de casos y controles, además se tomó un nivel de significancia de 0,05.
<b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b>		Maternos	Forma de inicio del parto	Espontaneo Inducido/ estimulado	
					Periodo expulsivo	Normal Prolongado	
					Edad materna	Menores de 20 años De 20 a 35 años Mayor de 35 años	
					Talla materna	Menor de 1.40 cm De 1.40 a 1.57 cm Mayor de 1.60 cm	
				Fetales	Periodo intergenésico	Corto (menor de 2 años) Normal (de 2 a 5 años) Largo (mayor de 5 años)	
					Peso del recién nacido	De 2,500 g a 3,000 g De 3,000 g a 3,500 g De 3,500 g a 4,000 g Mayor de 4,000 g	
					Distocia funicular	Con circular de cordón Sin circular de cordón	
					Perímetro cefálico	>35 cm 33 a 35 cm <33 cm	
			<u>VARIABLE SUPERVISIÓN</u>  Práctica de episiotomía	Procedimiento	Registro de procedimiento en la historia clínica	Si No	

  
 Dr. Feo Saenz  
 Médico Ginecólogo y Obstetra  
 Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay

MINISTERIO DE SALUD  
  
 HUGO SAENZ VARGAS  
 OBSTETRA COP 4225

  
  
 Eider Leon Condorcuya  
 ING. SISTEMAS E INFORMÁTICA  
 CIP. 195541

**Carrera profesional obstetricia**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



HCL: \_\_\_\_\_

**EPISIOTOMIA**

SI  NO

Ficha número: \_\_\_\_\_

Fecha de recolección: \_\_\_\_\_

**FACTOR OBSTETRICO**

**1) Paridad**

- a) Primípara ( )
- b) Secundípara ( )
- c) Multipara ( )

**2) Inicio del trabajo de parto**

- a) Inducido/ ( )  
estimulado
- b) Espontaneo ( )

**3) Periodo expulsivo**

- a) Prolongado ( )
- b) Normal ( )

**FACTOR MATERNO**

**4) Edad materna**

- a) Menor de 20 años ( )
- b) De 20 a 35 años ( )
- c) Mayor de 35 años ( )

**5) Talla materna**

- a) Menor de 140 cm ( )
- b) De 140 a 157 cm ( )
- c) Mayor de 157 cm ( )

**6) Periodo intergenésico**

- a) Corto ( )
- b) Normal ( )
- c) Largo ( )

**FACTOR FETAL**

**7) Peso del recién nacido**

- a) De 2,500 a 3,000g ( )
- b) De 3,000 a 3,500g ( )
- c) De 3,500 a 4,000g ( )
- d) Mayor de 4,000g ( )

**8) Distocia funicular**

- a) Con circular de  
Cordón ( )
- b) Sin circular de  
cordón ( )

**9) Perímetro cefálico**

- a) > de 35 cm ( )
- b) De 33 a 35 cm ( )
- c) < de 33 cm ( )

*[Handwritten signature]*  
COORDINADOR DE LA EP ESTOMATOLOGIA

 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FILIAL ABANCAY  
*[Handwritten signature]*  
**Dr. Esp. Sosimo Telle Huaranca**  
COORDINADOR DE LA EP ESTOMATOLOGIA

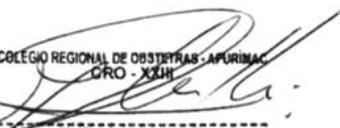
COLEGIO REGIONAL DE OBSTETRAS - APURIMAC  
CRO - XXIII  
*[Handwritten signature]*  
**Dr. Zulma Davila Quiroga**  
DECANA REGIONAL CRO-XXIII

**VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS**

Señor(a) Obsta. Zulma Dávila Quiroga.....

Sírvase validar el presente instrumento para realizar la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017- JUNIO 2018."

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	
3. La estructura del instrumentos es adecuado	1	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)	1	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalizacion de la variable	1	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	


 COLEGIO REGIONAL DE OBSTETRIZAS - APURÍMAC  
 CRO - XXIII  
  
 Obsta. Zulma Dávila Quiroga  
 DECANIA REGIONAL CRO-XXIII

**VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS**

Señor(a) Obsta. Maria Ccapa Mamani.....

Sírvase validar el presente instrumento para realizar la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017- JUNIO 2018."

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	
3. La estructura del instrumentos es adecuado	1	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)	1	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalizacion de la variable	1	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	

  
 MARIA C. CAPA MAMANI  
 OBSTRA  
 COP 6963

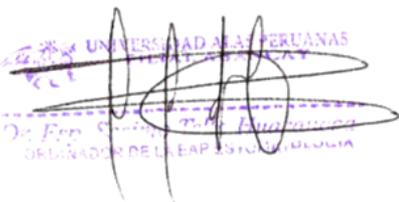
COP 6963.

### ANEXO N° 3 VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

Señor: Dr. Sosimo Tello Huasaca.....

Sírvase validar el presente instrumento para realizar la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017- JUNIO 2018."

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	
3. La estructura del instrumentos es adecuado	1	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)	1	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalizacion de la variable	1	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	

  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES  
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA



**OFICIO NRO. 021-2018UAP-EAP ESTO/SEC**

**Abancay 21 de Mayo del 2018**

Señor : Dr. JORGE PONCE JUAREZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA  
ABANCAY.

Asunto : Solicita Autorización para desarrollo de trabajo de campo.

Me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez **SOLICITARLE** autorización para que la Bachiller de Obstetricia CANDY LESLY HUAMAN NAVARRO REALICE SU TRABAJO DE TESIS "FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017 – JUNIO 2018 ", agradeciéndole de antemano la predisposición para la realización de trabajos de investigación.

Hago propicio para expresarles mis saludos y alta estima personal, agradeciéndole por anticipado y esperando la respuesta de lo solicitado.

Atte.



**HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA**

**CONSTANCIA DE RECOPIACION DE DATOS**

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Distrito de Abancay; Provincia Abancay. Departamento Apurímac.

**HACE CONSTAR:**

Que, la Sra. CANDY LESLY HUAMAN NAVARRO, ha realizado la recopilación de datos para el trabajo de tesis de acuerdo al documento de referencia OFICIO NRO. 21-2018UAP-EAP ESTO/SEC, que a la fecha dicha actividad se da por concluida.

Se le expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines y usos que crea por conveniente.

Abancay, 31 de Julio del 2018.

  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega  
ABANCAY  
Ing. Elvis C. Gamaral, Comán.  
Jefe de Estadística e Informática



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”**

**INFORME ANTIPLAGIO Nro.02-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP**

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA

COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGIA

DE : ING. EIDER LEÓN CONDORCUYA

ASUNTO : INFORME ANTI PLAGIO BACHILLER HUAMAN NAVARRO CANDY  
LESLY

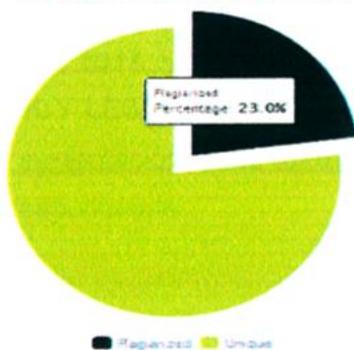
FECHA : 18 DE SETIEMBRE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación del antiplagio con level 4 dando como resultado 23% de plagio, tema **FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017- JUNIO 2018**, presentado por la bachiller en Obstetricia **HUAMAN NAVARRO CANDY LESLY** la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente:

PlagiarismCheckerX Summary Report



Plagiarism Checker X Originality Report



Plagiarism Quantity: 23% Duplicate

Date	Monday, September 18, 2018
Words	23% Plagiarized Words / Total = 23 Words
Source(s)	View Top 20 Sources Identified
Settings	View Current Plagiarism Detection / View Document Settings / View Full Report



*Eider Leon Condorcuya*

**Eider Leon Condorcuya**  
ING. SISTEMAS E INFORMÁTICA  
CIP 195541



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

**INFORME METODOLÓGICO Nro.021-2018-GT-D-FMHyCS-UAP**

**A :** DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA

Coordinador de la Escuela Profesional de Estomatología

**DE:** DR. SOSIMO TELLO HUARANCCA

Docente de la Universidad Alas Peruanas - Asesor Metodológico del curso  
Taller de Tesis

**ASUNTO:** INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER

HUAMAN NAVARRO CANDY LESLY

**FECHA:** 09 DE JULIO DEL 2018

---

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área metodológica con el tema de **“FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017 - JUNIO 2018”**, presentado por la Bachiller en Obstetricia, **CANDY LESLY HUAMAN NAVARRO**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

**INFORME TEMÁTICO Nro.021-2018-GT-D-FMHyCS-UAP**

**A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

Coordinador de la escuela profesional de estomatología

**DE: OBSTA. HUGO GUILLERMO SANTOS VARGAS**

Docente de la Universidad Alas Peruanas - Asesor Temático del Curso Taller de Tesis

**ASUNTO: INFORME DE TESIS DEL BACHILLER**

HUAMAN NAVARRO CANDY LESLY

**FECHA: 10 DE AGOSTO 2017**

---

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área temática con el tema de **“FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017 - JUNIO 2018”**, presentado por el bachiller en Obstetricia, **CANDY LESLY HUAMAN NAVARRO**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

MINISTERIO DE SALUD  
  
HUGO SANTOS VARGAS  
OBSTETRA COP 4225

---

**OBSTA. HUGO G. SANTOS VARGAS**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

**INFORME ESTADISTICO Nro.021-2018-GT-D-FMHyCS-UAP**

**A :** DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA

Coordinador de la Escuela Profesional de Estomatología

**DE:** ING. EIDER LEON CONDORCUYA

Docente de la Universidad Alas Peruanas – Asesor Estadístico del Curso Taller de Tesis

**ASUNTO:** INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER

HUAMAN NAVARRO CANDY LESLY

**FECHA:** 20 DE AGOSTO DEL 2018

---

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área estadística con el tema: **“FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY, JUNIO 2017 - JUNIO 2018”**, presentado por la Bachiller en Obstetricia, **CANDY LESLY HUAMAN NAVARRO** la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente

  
Eider Leon Condorcuya  
ING. SISTEMAS E INFORMÁTICA  
CIP. 195541

---

**ING. EIDER LEON CONDORCUYA**

trabajo de tesis - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer? Iniciar sesión Compartir

Calibri 11 Fuente Ajustar texto General Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

M10

	V2 factores que condicionan										V1 practica de episiotomia
	factor materno			factor obstetrico			factor fetal			procedimiento	
Nro.	paridad	inicio del parto	periodo expulsivo	edad	talla	periodo intergenesico	peso del RN	distocia funicular	perimetro cefalico	EPISIOTOMIA	
1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	3	1
2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	1
3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1
4	4	2	2	2	1	3	1	2	1	2	1
5	5	1	1	2	1	2	2	1	1	3	1
6	6	1	1	2	1	2	2	3	1	2	1
7	7	3	1	2	2	2	2	2	1	3	1
8	8	1	2	1	3	2	2	3	1	2	1
9	9	3	2	1	2	2	3	2	1	2	1
10	10	1	2	2	2	3	2	2	2	3	1
11	11	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1
12	12	1	2	1	1	2	2	3	1	1	1
13	13	1	1	2	1	2	2	3	2	2	1
14	14	1	2	2	1	2	2	3	1	2	1
15	15	1	2	2	2	2	2	3	1	3	1
16	16	1	2	1	1	2	2	2	2	3	1
17	17	2	1	2	2	1	3	2	2	1	1
18	18	1	2	1	1	2	2	1	1	3	1
19	19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
20	20	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1

Hoja1 Hoja2

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows.

20:45  
18/10/2018

trabajo de tesis - Excel (Error de activación de productos)

Inicio | Insertar | Diseño de página | Fórmulas | Datos | Revisar | Vista | ¿Qué desea hacer?

Inicio sesión | Compartir

Portapapeles | Fuente | Alineación | Número | Estilos | Celdas | Modificar

Calibri 11 | Ajustar texto | General | Formato condicional | Dar formato como tabla | Estilos de celda | Insertar | Eliminar | Formato | Autosuma | Rellenar | Borrar | Ordenar y filtrar | Buscar y seleccionar

K1 | V1 practica de episiotomia

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
173	170	3	2	2	2	2	2	3	1	2	3	2	
174	171	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	
175	172	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	
176	173	1	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	
177	174	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	
178	175	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	
179	176	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	
180	177	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
181	178	3	1	2	3	2	3	2	1	2	2	2	
182	179	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	
183	180	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	
184	181	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	
185	182	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	
186	183	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
187	184	3	1	1	2	2	3	3	1	1	2	2	
188	185	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	
189	186	2	2	2	1	2	1	1	1	3	2	2	
190	187	1	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	
191	188	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
192	189	1	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	
193	190	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	
194	191	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	
195	192	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	

Hoja1 | Hoja2

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows.

Listo | 100%

20:49  
18/10/2018

## GALERIA DE FOTOS





