

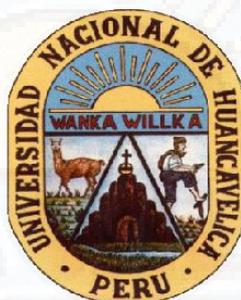
**“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**

(Creada por Ley N° 25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“PRÁCTICA DE EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA Y  
RUTINARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE  
HUANDO 2016 Y 2019”**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

SALUD MATERNA PERINATAL

**PRESENTADO POR:**

Bach. LUNASCO MONTES, Flor Denise

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

OBSTETRA

**HUANCAVELICA, PERÚ**

**2021**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a los veinticinco del mes de febrero a las 08:00 horas del año 2021 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis de las Bachilleres:

### LUNASCO MONTES FLOR DENISE

Siendo los Jurados Evaluadores:

**PRESIDENTE:** Mg. Ada Lizbeth LARICO LOPEZ  
**SECRETARIA:** Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES  
**VOCAL:** Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

### “PRÁCTICA DE EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA Y RUTINARIA EN EL CENTRO DE SALUD HUANDO 2016 Y 2019”

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 046-2021-CF-FCS-R-UNH concluyendo a las 08:45 horas. Acto seguido, el Presidente del Jurado Evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad durante 15 minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

... NINGUNA .....

Ciudad de Huancavelica, 25 de febrero del 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
E.P. OBSTETRICIA

Mg. Ada Lizbeth Larico Lopez  
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. Tula Susana Guerra Olivares  
SECRETARIA

SECRETARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Jenny Mendoza Vilcahuaman  
DOCENTE

VOCAL



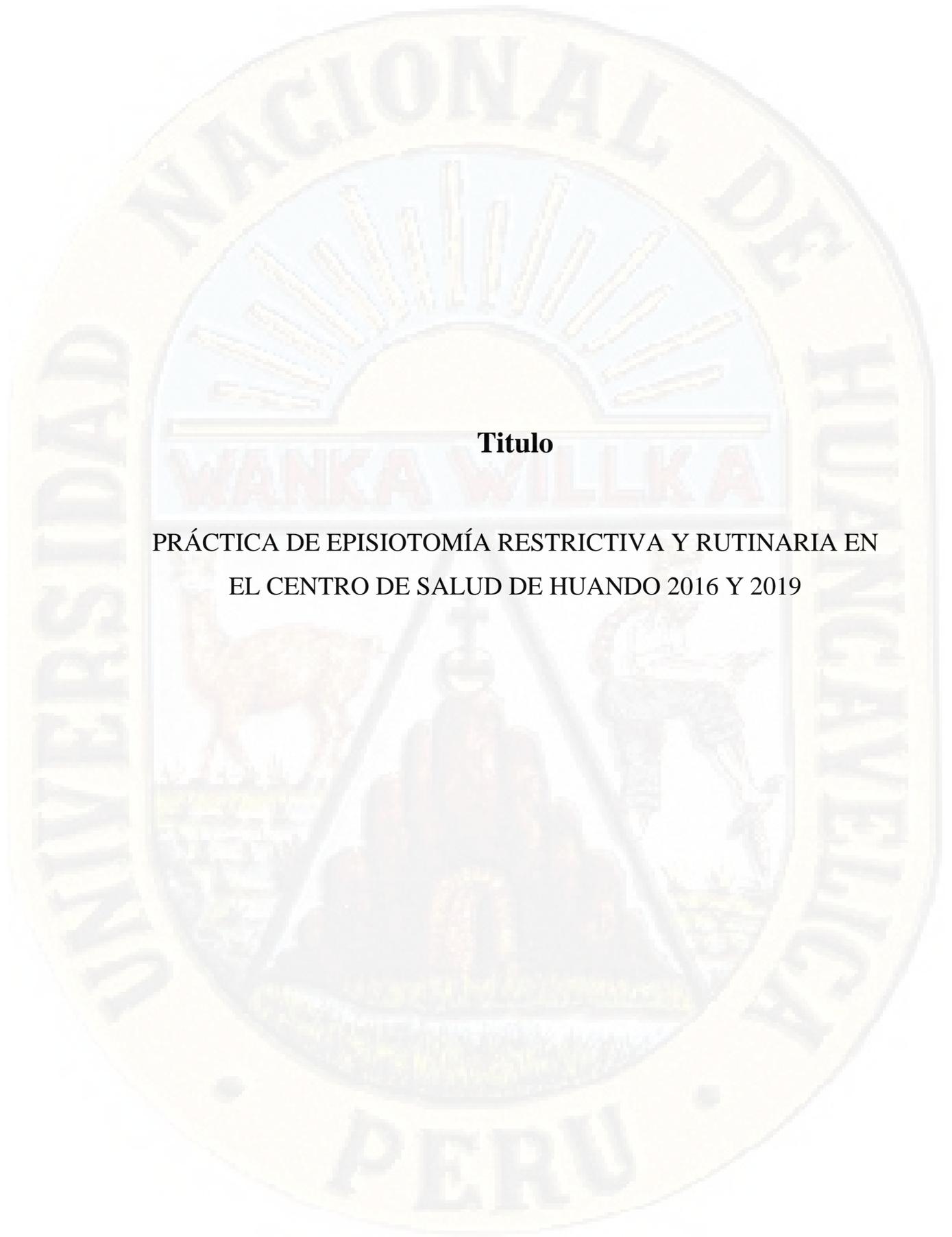
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. Tula Susana Guerra Olivares  
DECANA



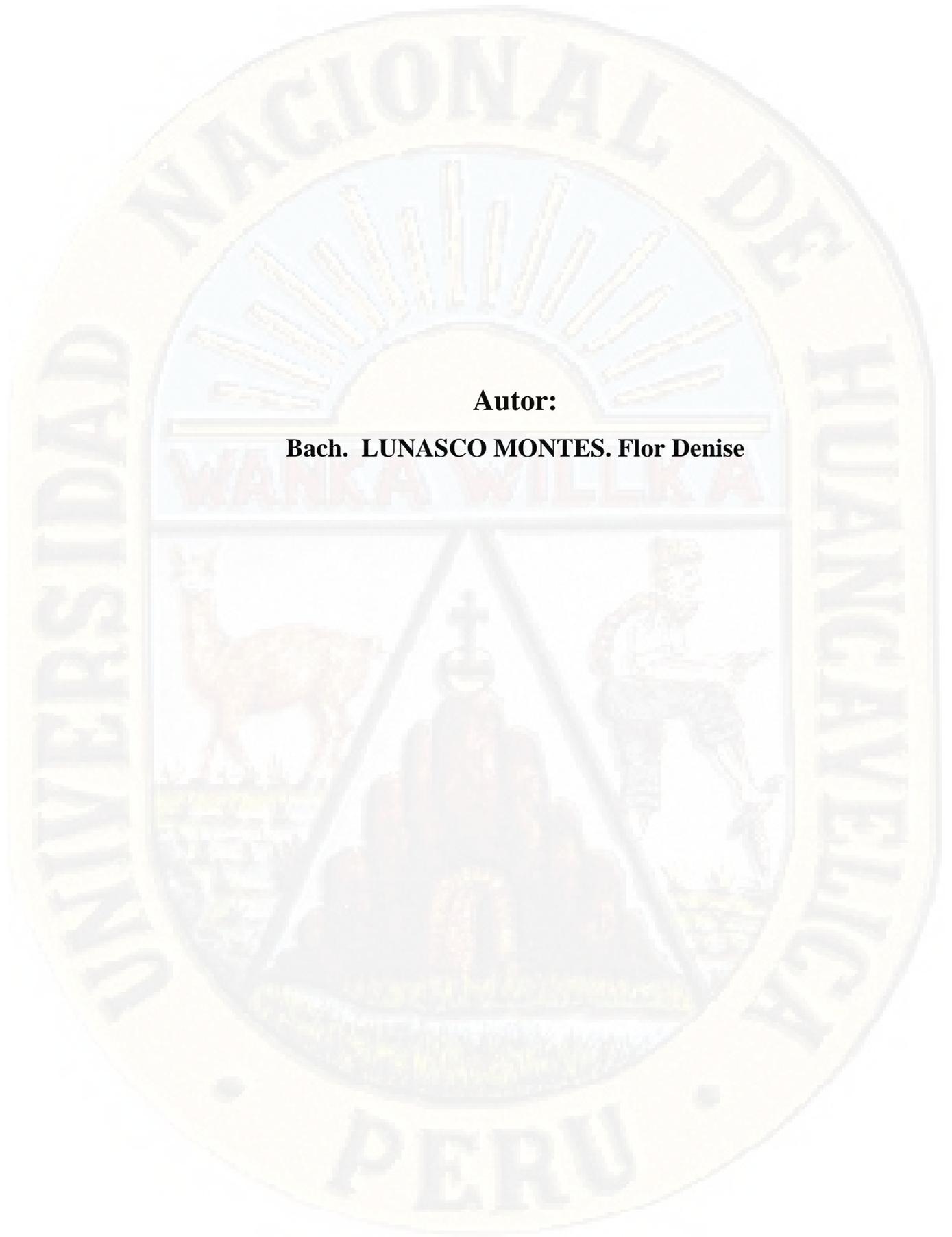
SECRETARIA  
DOCENTE

SECRETARIA DOC.



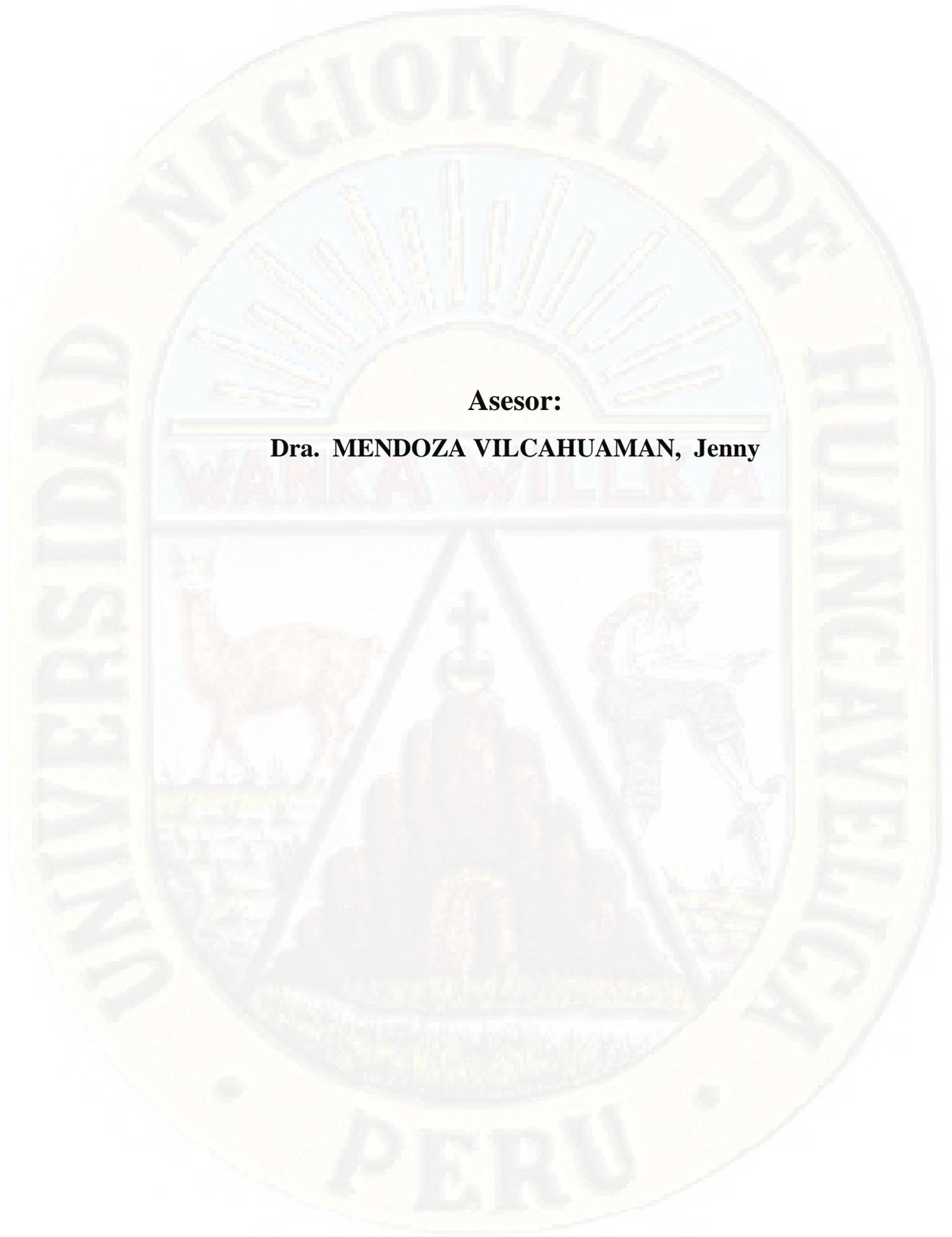
**Titulo**

PRÁCTICA DE EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA Y RUTINARIA EN  
EL CENTRO DE SALUD DE HUANDO 2016 Y 2019



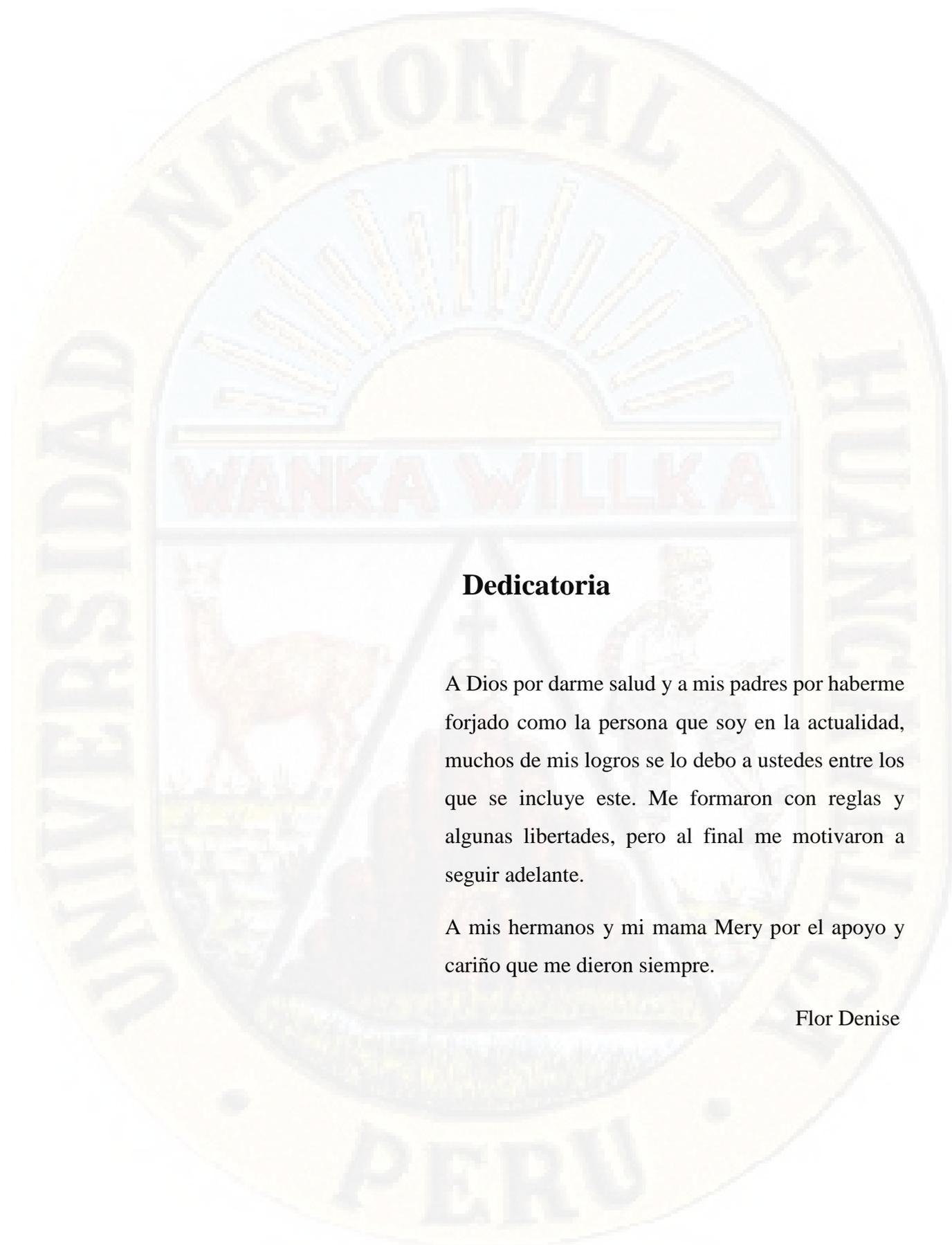
**Autor:**

**Bach. LUNASCO MONTES. Flor Denise**



**Asesor:**

**Dra. MENDOZA VILCAHUAMAN, Jenny**



### **Dedicatoria**

A Dios por darme salud y a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se lo debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y algunas libertades, pero al final me motivaron a seguir adelante.

A mis hermanos y mi mama Mery por el apoyo y cariño que me dieron siempre.

Flor Denise

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional de Huancavelica E.P. de Obstetricia nuestra alma mater quien me dio la bienvenida como tal, tras ella me he dado cuenta más allá de ser un reto, es una base no solo para ejercer mi carrera, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro.

A todos mis docentes de la E.P. de obstetricia que en todos estos años como estudiante supieron inculcarme valores y conocimientos lo cual estoy muy agradecida.

A mi asesora la Dra. MENDOZA VILCAHUAMAN Jenny, por sus consejos, paciencia y dedicación para la elaboración y ejecución de este proyecto de investigación.

A la jefa del C.S. Huando Obsta. VÁSQUEZ ALVARADO Mery Isabel, por permitirme el acceso a la población de estudio y colaborar en la ejecución del proyecto de investigación.

A todo el personal del C.S.Huando, por haberme brindado su tiempo e información.

A todas las obstetras que me apoyaron en la validación de mi instrumento.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para concretar la presente tesis. Gracias.

## Tabla de contenido

Acta de Sustentación .....	ii
Título.....	iii
Autor: .....	iv
Asesor: .....	v
Dedicatoria .....	vi
Agradecimiento.....	vii
Tabla de Contenido.....	viii
Índice de Tablas.....	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
Introducción .....	xiv

### CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema .....	16
1.2. Formulación del problema.....	18
1.2.1. Problema general .....	18
1.2.2. Problemas específicos.....	18
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.3.1. Objetivos generales.....	18
1.3.2. Objetivos específicos .....	18
1.4. Justificación e importancia. ....	19
1.5. Limitaciones .....	20

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedente de la investigación .....	21
2.2. Bases teóricas .....	26
2.2.1. Anatomía del piso pélvico .....	26
2.2.2. Episiotomía .....	28
2.2.3. Objetivo de la episiotomía .....	28
2.2.4. Indicaciones aceptadas actualmente para realizar episiotomía.....	28
2.2.5. Clasificación de la episiotomía .....	29
2.2.6. Técnica y momento de realización de la episiotomía.....	30
2.2.7. Efectos adversos de la episiotomía .....	30
2.2.8. Episiotomía Restrictiva.....	30
2.2.9. Episiotomía Rutinaria .....	31
2.3. Definición de términos. ....	31
2.4. Formulación de hipótesis.....	31
2.5. Identificación de variables.....	32
2.6. Operacionalización de variables .....	32

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Tipo de Investigación .....	36
3.2. Nivel de investigación .....	36
3.3. Diseño de la investigación.....	36
3.4. Método de la investigación.....	37
3.5. Población, muestra y muestreo .....	37
3.5.1. Población .....	37
3.5.2. Muestra .....	37
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	37

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	38
---	----

**CAPITULO IV**  
**PRESENTACION DE RESULTADOS**

4.1. Presentación e interpretación de datos.....	39
4.2. Discusión de resultados .....	45
Conclusiones .....	48
Recomendaciones.....	49
Referencias bibliográficas.....	50
Apéndice .....	52
Matriz de Consistencia: Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando .....	57
Instrumentos.....	59

## Índice de tablas

Tabla N°1	Características sociodemográficas de las mujeres en las que se practicó episiotomía rutinaria 2016 y restrictiva. 2019	40
Tabla N°2	Antecedentes obstétricos de las gestantes que tuvieron episiotomía rutinaria 2016 y restrictiva 2019.	41
Tabla N°3	Complicaciones del periodo expulsivo que ameritó episiotomía en los partos atendidos en el periodo 2016 y 2019.	42
Tabla N°4	Tipos de episiotomía que se practicó en los periodos donde se realizó de forma rutinaria y restrictiva.	43
Tabla N°5	Complicaciones post episiotomía: desgarros en la práctica rutinaria 2016 y restrictiva 2019.	44
Tabla N° 6	Complicaciones post episiotomía en la práctica rutinaria y restrictiva.	44

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el centro de salud de Huando 2016 y 2019. **Metodología:** La investigación fue Observacional, retrospectivo y transversal de nivel descriptivo con una muestra censal de 90 partos con episiotomía, 57 rutinaria y 33 restrictiva en sus periodos correspondientes. **Resultados:** La mayoría de las gestantes perteneció a las edades de 10- 19 años (61.4% y 57.6%) , la mayoría tuvo secundaria (70.2% y 69.7%) , ama de casa (63.2% y 72.7% ) , en su mayoría se practicó episiotomía en el primer parto (86% y 96.9%); complicaciones en el periodo expulsivo, con episiotomía (43.9% y 10.5%); en ambos grupos se practicó la episiotomía media lateral, con su variación derecha 63.2% (rutinaria), 57.6% (restrictiva) e izquierda en 26.3% (rutinaria) 39.3% (restrictiva), seguida por la mediana (26.3% 39.3%). los desgarros de I; II y III grado, se presentó en el 14.03% en el grupo rutinario y 6.06% del grupo restrictivo. Las complicaciones post episiotomía fueron dehiscencia, infección y hematomas que se presentó en el 10.5% del grupo con práctica rutinaria y 3% en el grupo restrictivo. **Conclusiones:** la episiotomía restrictiva tiene menos complicaciones en el periodo expulsivo, desgarros y escasa complicación post episiotomía que la episiotomía rutinaria.

**Palabra clave:** Episiotomía rutinaria, episiotomía restrictiva.

## Abstract

**Objective:** To determine the differences in the characteristics of the restrictive versus routine episiotomy practice in the Huando Health Center in 2016 and 2019. **Methodology:** The research was observational, retrospective and cross-sectional at a descriptive level in a census sample of 90 deliveries with episiotomy, 57 from 2016 and 33 from 2019. **Results:** the proportion of episiotomies in 2016 was 31.1% in the routine group and 21.2% in the restrictive group; Sociodemographic characteristics Most of the pregnant women belonged to the ages of 10-19 years (61.4% and 57.6%), the majority had secondary school (70.2% and 69.7%), housewife (63.2% and 72.7%), most of them are primiparas (86% and 96.9%); complications in the second stage of deliveries with episiotomy (43.9% and 10.5%); lateral median episiotomy was performed in both groups, with its right variation 63.2% (routine), 57.6% (restrictive) and left in 26.3% (routine) 39.3% (restrictive), followed by the median ( 26.3% 39.3%). Within the complications, I observed tears; II and III degree a total of 14.03% and in the group with restrictive episiotomy and in the group with restrictive episiotomy 6.06% presented I degree tear, the post-episiotomy complications were dehiscence, infection and hematomas that appeared in 10.5% of the patients. Group with routine practice and 3% in the restrictive group. **Conclusions:** restrictive episiotomy has fewer complications in the second stage, tears, and little post-episiotomy complication than routine episiotomy

**Key Word:** Routine episiotomy, restrictive episiotomy.

## Introducción

Los procedimientos prácticos en obstetricia, requieren evaluación periódica, en este caso la realización de la episiotomía, es una técnica útil solo cuando el cuadro clínico del parto o la anatomía del periné lo requiera, está demostrado que la práctica discriminada no tiene ningún beneficio. Por otra parte, se ha encontrado basta revisión del tema en establecimientos de salud del segundo nivel de atención.

La episiotomía es una ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando de parto (1).

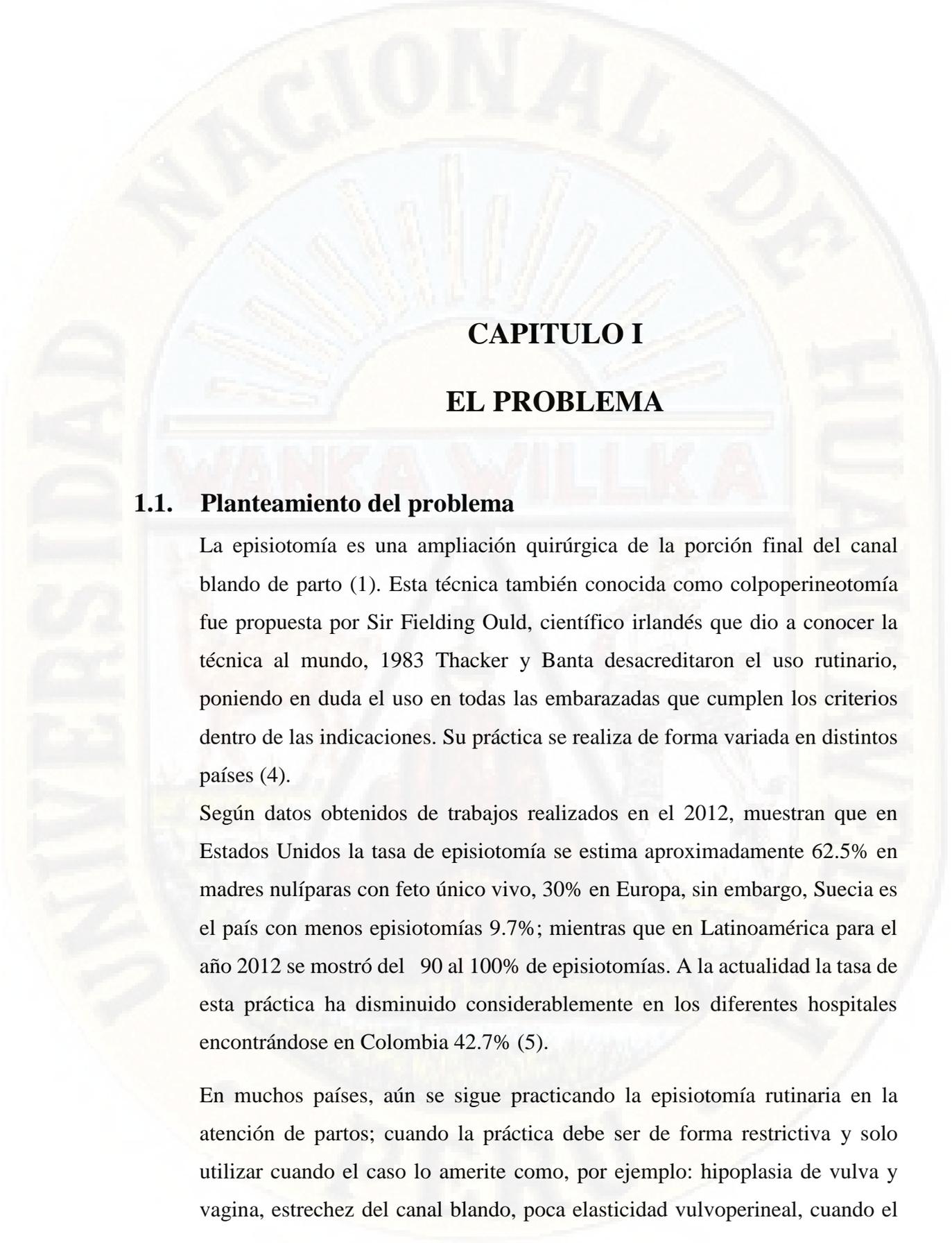
Para la Organización Mundial de la Salud la episiotomía es una incisión quirúrgica que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el periné. También explica que es una práctica casi bárbara y rutinaria a pesar de sus bondades son un mito, debe usarse solo en casos extremos, dada las múltiples consecuencias perniciosas para la madre en el futuro (2).

En países pobres la situación empeora ya que la práctica rutinaria de episiotomía se une a la falta de recursos (suturas, antibióticos) lo que favorece a la aparición de complicaciones (3).

Por los comentarios vertidos en el párrafo anterior, vemos necesario la evaluación de este procedimiento en un establecimiento del primer nivel que cumple funciones obstétricas y neonatales esenciales, además se tiene referencia que desde el año 2016 recién se viene practicando la episiotomía restrictiva, situación que nos llama la atención para plantear la investigación. El presente informe consta de cuatro capítulos, el que presentamos en el siguiente orden: planteamiento de problema, marco teórico, metodología de la investigación por último presentamos los resultados dentro de ello presentamos las tablas y sus respectivas interpretaciones, discusión, conclusión y recomendaciones. Esperamos que sea de utilidad para los

decisores en la atención materna y sea una base para investigaciones a mayor profundidad.





## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del problema

La episiotomía es una ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando de parto (1). Esta técnica también conocida como colpoperineotomía fue propuesta por Sir Fielding Ould, científico irlandés que dio a conocer la técnica al mundo, 1983 Thacker y Banta desacreditaron el uso rutinario, poniendo en duda el uso en todas las embarazadas que cumplen los criterios dentro de las indicaciones. Su práctica se realiza de forma variada en distintos países (4).

Según datos obtenidos de trabajos realizados en el 2012, muestran que en Estados Unidos la tasa de episiotomía se estima aproximadamente 62.5% en madres nulíparas con feto único vivo, 30% en Europa, sin embargo, Suecia es el país con menos episiotomías 9.7%; mientras que en Latinoamérica para el año 2012 se mostró del 90 al 100% de episiotomías. A la actualidad la tasa de esta práctica ha disminuido considerablemente en los diferentes hospitales encontrándose en Colombia 42.7% (5).

En muchos países, aún se sigue practicando la episiotomía rutinaria en la atención de partos; cuando la práctica debe ser de forma restrictiva y solo utilizar cuando el caso lo amerite como, por ejemplo: hipoplasia de vulva y vagina, estrechez del canal blando, poca elasticidad vulvoperineal, cuando el

feto es macrosómico, afecciones locales (edema, condilomas, o cicatrices) y cuando en periné es alto (6).

El uso rutinario debe ser desechado, por las evidencias científicas en las que se ha demostrado que no contribuye en mantener el periné en mejores condiciones; la tendencia es reservar la práctica para cuando sea muy necesario, con el objetivo de mantener el periné intacto. En diversos estudios se ha encontrado que la episiotomía tiene las siguientes consecuencias como el incremento de los desgarros graves (III, IV grado), dolor en la zona perineal, hematomas, dehiscencia, infección, fistulas, fibrosis, granulomas, a largo plazo se le ha relacionado con la dispareunia (6).

En el Perú, la tasa media de Episiotomía es de un 94.4%, sobrepasando la tasa media hispano-americano (7).

La práctica restrictiva de la episiotomía, es un proceso que debe incorporarse en todos los centros de atención de parto, con el objetivo de asegurar la calidad de vida de la mujer después de la etapa reproductiva; si la incisión a nivel del periné se realiza estrictamente cuando sea necesario, tendremos perinés más íntegros, mujeres con menos posibilidad de distopías, menos trauma perineal, menos necesidad de sutura, la recuperación posparto será más rápida, el costo del parto disminuirá, ya sea para la madre o el estado.

En el Centro de Salud de Huando, de la región Huancavelica, la práctica de episiotomía hasta el año 2016 fue rutinario, y a partir del año 2017 se inició la práctica restrictiva. Por ello surge el interés de evaluar, la diferencia entre estas dos técnicas a los tres años de haberse implementado la práctica de la episiotomía restrictiva, con el objetivo de mejorar y fortalecer esta última, por sus ventajas ya señaladas y así continuar disminuyendo hasta alcanzar los porcentajes recomendados por la OMS, del 10 al 20% de los partos (2).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las características de la práctica de episiotomía rutinaria y restrictiva en el Centro de Salud de Huando, año 2016 y 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva?
- ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las gestantes que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva?
- ¿Cuáles son las complicaciones del periodo expulsivo del parto que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva?
- ¿Qué tipos de episiotomía se practicó en los periodos donde se realizó de forma rutinaria y restrictiva?
- ¿Cuál fue el comportamiento de los desgarros en la práctica rutinaria 2016 y la restrictiva 2019?
- ¿Cuáles son las complicaciones post episiotomía en la práctica rutinaria 2016 y restrictiva 2019?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivos generales**

Determinar las características de la episiotomía rutinaria y restrictiva en el Centro de Salud de Huando, año 2016 y 2019.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva.
- Describir los antecedentes obstétricos de las gestantes que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva.
- Describir las complicaciones del periodo expulsivo del parto que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva.

- Determinar los tipos de episiotomía que se practicó en los periodos donde se realizó de forma rutinaria y restrictiva.
- Determinar el comportamiento de los desgarros que se produjeron en la práctica rutinaria 2016 y restrictiva 2019.
- Describir las complicaciones post episiotomía en la práctica rutinaria 2016 y restrictiva 2019.

#### **1.4. Justificación e importancia.**

La episiotomía es una incisión común a nivel mundial, que busca evitar las complicaciones maternas, como son los desgarros, complicaciones fetales entre las cuales se encuentran distocia, hipoxia. Muchas veces se realiza de manera rutinaria en mujeres primigestas, lo que puede crear infecciones, dispareunia, disminución de la lactancia, disminución de relaciones coitales. Por las complicaciones señaladas en muchos países se practica la episiotomía restrictiva, dentro de ello también influye la experiencia del profesional ya sea médico u obstetra. En nuestro país hay iniciativas que conducen a la reducción (8).

Por lo mencionado la Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en evidencias de investigaciones que modularon mejor la práctica, recomendó el uso restrictivo, utilizar cuando el caso amerite. (2). La episiotomía sigue siendo una de las técnicas más realizadas en el campo de la obstetricia y la enfermería sexual y reproductiva con una alta tasa de uso 43% en España hasta el 2010, EE.UU. en un 60.9% hasta el 2004 pero Dinamarca, Suecia e Islandia son los países con menos tasa de episiotomía hasta el 2010 con 4.9%, 6.6% y 7.2% respectivamente (8).

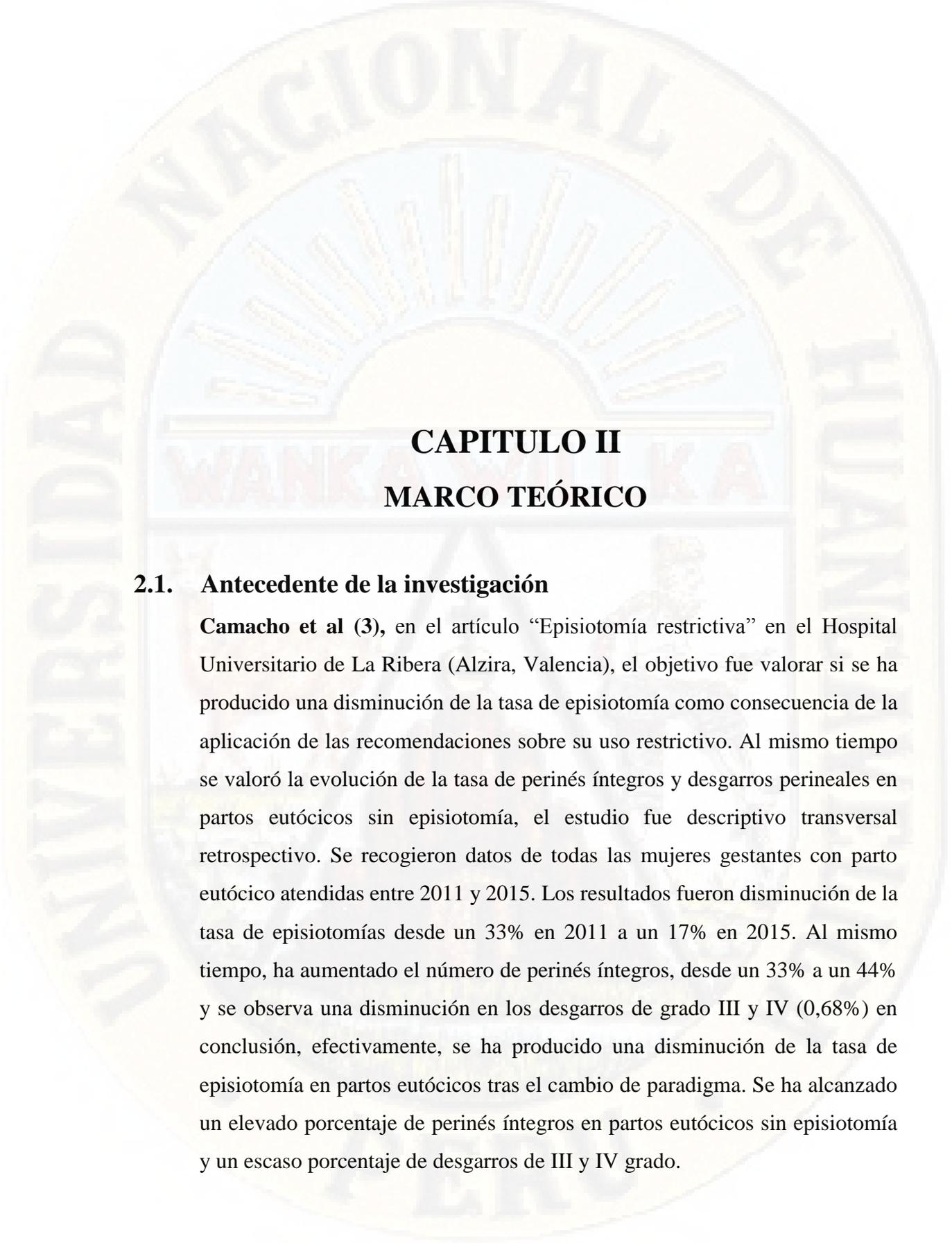
El presente trabajo de investigación demuestra que la episiotomía restrictiva tiene mejores ventajas por que evita los desgarros perineales, hematomas, dehiscencia, infección, en cambio la episiotomía rutinaria presenta mas complicaciones.

También se podrá mostrar al personal de salud sobre las complicaciones que puede causar la episiotomía, promoviendo el uso restrictivo ya que esta contribuye en la calidad de vida de la mujer después de la etapa reproductiva, dejar a un lado la episiotomía rutinaria para evitar las complicaciones como las dispareunias, hematomas, dehiscencia, infección. Así mismo servirá de base para otras investigaciones.

### **1.5. Limitaciones**

Esta investigación al ser un estudio retrospectivo, tuvo la limitación de no encontrar las historias clínicas que estuvieron registrados en el cuaderno de parto.

La realización de episiotomía en algunas ocasiones no es registrada en todos los formatos correspondientes por el profesional que atendió el parto.



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedente de la investigación

**Camacho et al (3)**, en el artículo “Episiotomía restrictiva” en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia), el objetivo fue valorar si se ha producido una disminución de la tasa de episiotomía como consecuencia de la aplicación de las recomendaciones sobre su uso restrictivo. Al mismo tiempo se valoró la evolución de la tasa de perinés íntegros y desgarros perineales en partos eutócicos sin episiotomía, el estudio fue descriptivo transversal retrospectivo. Se recogieron datos de todas las mujeres gestantes con parto eutócico atendidas entre 2011 y 2015. Los resultados fueron disminución de la tasa de episiotomías desde un 33% en 2011 a un 17% en 2015. Al mismo tiempo, ha aumentado el número de perinés íntegros, desde un 33% a un 44% y se observa una disminución en los desgarros de grado III y IV (0,68%) en conclusión, efectivamente, se ha producido una disminución de la tasa de episiotomía en partos eutócicos tras el cambio de paradigma. Se ha alcanzado un elevado porcentaje de perinés íntegros en partos eutócicos sin episiotomía y un escaso porcentaje de desgarros de III y IV grado.

**Hernández, et al (9)**, en el artículo, “Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal”, el objetivo fue Determinar la variabilidad en el uso de la episiotomía entre parteras y su relación con los desgarros de tercer y cuarto grado, y el impacto en la morbilidad neonatal, el método utilizado es de Cohortes históricas ,Resultados de un total de 2,366 nacimientos eutócicos con un solo feto vivo mayor o igual a 37 semanas de gestación y 18 parteras, durante un período de tres años (2009, 2010 y 2011) evaluaron la incidencia de episiotomía, laceraciones perineales y morbilidad neonatal. En conclusión, la episiotomía varió de 19.5% a 50.1% entre las 18 parteras, variabilidad en la tasa de episiotomía es alta, y no está relacionada con el aumento de la presencia de desgarros de tercer y cuarto grado o el aumento de la morbilidad neonatal.

**Molina-Reyes et al (10)** en su investigación sobre “Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza “el objetivo fue valorar los resultados materno fetales relacionados con el uso selectivo de episiotomía ,el estudio fue analítico retrospectivo, los resultados de episiotomía han descendido del 69%(89% de nulíparas y 51.75% de multíparas) al 20%(35.7% de nulíparas y 8.43% de multíparas).Los test de asociación muestran que la realización de episiotomía se relaciona con nuliparidad, edad materna avanzada en nulíparas, analgesia epidural, partos instrumentales y posición de litotomía. La episiotomía selectiva no afecta al test de APGAR del recién nacido. Posiciones distintas a litotomía reducen la realización de episiotomía y protegen de desgarros severos. La política de episiotomía selectiva incrementa los perinés íntegros, aunque incrementa los desgarros perineales de I y II, en conclusión, la implantación de una política selectiva de episiotomía favorece el parto humanizado, conservando más perinés íntegros, sin empeorar los resultados materno-fetales.

**Juste et al (11)** , en el artículo” Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas realizado en el 2007”, el objetivo fue identificar las ventajas y desventajas a un grupo de

mujeres según su protocolo selectivo y protocolo rutinario en los periodos de dilatación, parto, puerperio y a los tres meses del parto en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas, el estudio fue prospectivo experimental, realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, los resultados fueron, se han estudiado 402 mujeres, 202 del grupo control y 200 del grupo experimental. Se realizaron un 83,7% de episiotomías en el grupo rutinario y un 59,0% en el grupo experimental. La duración de los periodos de dilatación y expulsivo fue similar en ambos grupos. La incidencia de desgarros posteriores de I y II grado fue superior en el grupo experimental (30%), frente al grupo control (13,4%) ( $p < 0,001$ ) no se presentó ningún caso de desgarro de III Y IV, destaca una mayor incidencia de dispareunia en mujeres con episiotomía ( $p < 0,004$ ). En conclusión, La práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, o periné poco distensible, en mujeres nulíparas a término, es segura.

**Chozo K (12)**, en la tesis “Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas. Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2016”, el objetivo fue identificar las complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a las complicaciones de la práctica restrictiva en primíparas, fue un estudio descriptivo comparativo, de corte transversal, se realizó en 110 mujeres; 51 con episiotomía rutinaria y 59 con episiotomía restrictiva. Resultado, edades de las mujeres primíparas oscilan entre 15-19 años (51,0% y 40,7%) complicaciones de la episiotomía: hematomas en 33,3% y 6,8% de primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva , desgarros, en 70,6% y 20,3% de primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, como complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) se determinó que se presentaron infecciones en 43,1% y 3,4% en primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva; dehiscencia en 27,5% y 11,9% en primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva en conclusión , la episiotomía restrictiva es más beneficiosa que la episiotomía rutinaria .

**Pujay A (13)** , en la tesis “complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el “hospital de Tingo María” enero-diciembre 2015”, el objetivo fue Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto, fue un estudio cuantitativo, observacional descriptivo, analítico de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 16 gestantes que presentaron complicaciones los resultados es que existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un (62,59%), estado civil, conviviente con un (68,75%), grado de instrucción secundaria con un (56%), y procedencia rural con un (56,25%), los que mostraron estar relacionados muy significativamente a complicaciones del uso sistemático de la episiotomía en la población en estudio. En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%), el (93,75%) de los partos tuvieron atención pre natal, el peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos, con un (43,75%), valoración del APGAR de 7 a 10 al minuto 14 casos y 2 casos de puntaje 4 a 6; recuperándose a los 5 minutos los 16 casos con valores de 7 a 10. La incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas fue del 94,5%, cifra muy elevada en relación a otros países y estudios, en conclusión, a más de 90% de pacientes nulíparas se le aplica la episiotomía de manera sistemática y el 3.4% presento complicaciones.

**Briceño D (14)**, en la tesis “episiotomía selectiva relacionada a complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal, en puérperas, hospital distrital santa Isabel el porvenir, 2014 Trujillo, Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones inmediatas post parto en el canal vaginal en puérperas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, en el año 2014., fue un estudio correlacional y retrospectivo, la población de estudio fue 562 puérperas, los resultado fueron, se realizó la episiotomía selectiva prevaleciendo en las primigestas con 29.5%, continuadas por multíparas con 19,6% y gran multíparas con 2,1%. Las puérperas con episiotomía selectiva

que presentaron desgarro fue de un 4.3% con recurrencia de hematoma 0.5% y la hemorragia 0.0%. Se concluye que, al incrementarse la recurrencia de episiotomía selectiva, disminuye la frecuencia de desgarros y no se relaciona con la presencia de hematomas, ni hemorragia.

**Ramos et al (15)**, en la tesis “factores de riesgos maternos asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el hospital regional Zacarías correa Valdivia-Huancavelica 2018” el objetivo fue Determinar los factores de riesgos maternos asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas, método de investigación analítico de caso-control, observacional, retrospectivo, transversal. De nivel explicativo se tuvo una población de 617 gestantes, de los cuales 215 fueron los casos y 402 fueron los controles, los resultados fue que riesgos asociados a desgarro perineal fueron: gestante nulípara con un Wald=16.722 y p-valor=0.000, un (OR=5.246 e IC 95% = 2.370 – 11.609), lo cual indica que este factor aumenta en 5.2 veces el riesgo; gestante primípara presentó un Wald=35.459 y p-valor=0.000, un (OR=5.469 e IC 95% = 3.126 – 9.568), demostrando un aumento de 5.4 veces el riesgo; gestante con anemia obtuvo un Wald=21.099 y p-valor=0.000, un (OR = 2.731 e IC 95% = 1.779 – 4.193), lo cual indica un aumento en 2.7 veces el riesgo y la episiotomía realizada en el momento del parto presento un Wald=78.788 y p-valor=0.000, un (OR = 21.264 e IC 95% = 10.827 – 41.765), demostrando una vez más que la práctica de episiotomía aumenta 21 veces el riesgo de presentar desgarro perineal. Por otro lado se obtuvo como factor de protección la gestante multípara, encontrando un Wald=4.410 y p-valor=0.036, un (OR = 0.185 e IC 95% = 0.038 – 0.893), en conclusión los factores de riesgos fueron: gestante nulípara o primípara, gestante con anemia y la realización de episiotomía. Asimismo, se obtuvo como factor de protección a la gestante multípara.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Anatomía del piso pélvico

#### Periné

Los músculos y las fascias del periné de la mujer presentan la misma disposición general de los del hombre. Las diferencias existentes se deben a que el aparato genital, representado por el paso de la vagina a través del periné, es independiente del aparato urinario, constituido en esta región por la uretra. Además, estos dos conductos es decir la uretra y la vagina, desembocan en una misma depresión media anteroposterior, denominada vestíbulo de la vagina, que divide en dos mitades laterales el bulbo del vestíbulo y separa los músculos que le están anexos (16).

#### Músculos

- **Plano profundo**

##### **Musculo elevador del ano**

El musculo elevador del ano presenta las mismas inserciones en la mujer que en el hombre .solo defiere en sus relaciones .El borde medial del musculo elevador del ano corresponde de anterior a posterior con: el ligamento pubovesical ,en el cual se inserta ,el plexo venoso periuretral ,el extremo superior de la uretra ,el borde lateral de la vagina ,la cual cruza en la unión de sus dos tercios superiores con su tercio inferior y por último el extremo superior del conducto anal .El musculo elevador del ano está estrechamente adherido a la pared vaginal (16).

Antes de penetrar en la pared rectal, las fibras más mediales del musculo elevador del ano pertenecientes a la porción puborrectal de este musculo elevadores del ano se unen uno con otro en la línea media, en el espacio comprendido entre la vagina y el recto (16).

**Musculo coccígeo o isquiococcigeo.** El musculo coccígeo presenta las mismas inserciones y relaciones que en el hombre.

- **Plano medio**

**Musculo transverso profundo del periné**

En la mujer, el musculo transverso profundo del periné es más ancho que en el hombre, y se inserta medialmente en el centro del periné. El centro del periné se sitúa en el espacio triangular recto vaginal comprendido entre la parte perineal del recto y la de la vagina (16).

**Musculo esfínter externo de la uretra**

Este musculo nace, al igual que en el hombre, de la parte anterior de la fascia inferior del diafragma pélvico y del tejido denso que rodea el plexo venoso preuretral. Las fibras rodean las paredes laterales de la uretra y terminan posteriormente a este conducto de una manera diferente superior e inferiormente, superiormente se pierden en el tejido que separa la uretra de la vagina, inferiormente terminan en parte en el tejido conjuntivo denso que une estrechamente la uretra con la vagina y en parte en la parte de la vagina, lateralmente al tabique uretrovaginal (16).

- **Plano superficial**

En el plano superficial comprende cinco músculos, uno de ellos el musculo esfínter externo del ano, se sitúa en la región anal del periné. Los otros cuatro ocupan la región urogenital y son los músculos: transverso superficial del periné, isquiocavernoso, Bulboesponjoso y constrictor de la vulva (16).

**Musculo esfínter externo del ano, isquiocavernoso y transverso superficial del periné**

Su disposición es idéntica a la que presentan en el hombre

**Musculo Bulboesponjoso**

El musculo Bulboesponjoso en la mujer recubre la cara lateral del bulbo del vestíbulo, se inserta posteriormente por medio de un extremo ancho

y delgado en el centro del periné. El musculo se dirige superior y anteriormente, volviéndose cada vez más estrecho para recubrir la cara lateral de la glándula vestibular mayor y la superficie lateral del vestíbulo.

### **Musculo constrictor de la vulva o constrictor del vestíbulo de la vagina**

El musculo constrictor de la vulva es una delgada capa muscular, situada medialmente al bulbo del vestíbulo y a la glándula vestibular mayor, en la pared lateral de la vagina.

Este musculo se inserta posteriormente en el centro del periné y termina anteriormente en la pared anterior de la vagina y en el tejido denso del tabique uretrovaginal.

El musculo constrictor de la vulva estrecha el orificio vaginal al contraerse. La contracción de este musculo produce el vaginismo inferior.

#### **2.2.2. Episiotomía**

También denominada colpoperineotomía, es una ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando de parto (1).

Su empleo es muy frecuente en la asistencia al parto, puede considerarse como una de las intervenciones más controvertidas en relación a su empleo e indicación (12).

#### **2.2.3. Objetivo de la episiotomía**

Tiene el objetivo de ensanchar el tercio inferior de la vagina, anillo vulvar y periné, para de esta manera acortar el expulsivo y evitar desgarros de III y IV (1).

#### **2.2.4. Indicaciones aceptadas actualmente para realizar episiotomía. Maternas**

- Periné poco elástico.

- Periné corto (<4-6 cm de diámetro anopubiano).
- Musculatura atrofica.

#### **Fetales**

- Prematuridad.
- Macrosomía
- Distocia de hombros.
- Presentaciones de nalga, occipito- sacra o deflexionadas.
- Necesidad de extracción rápida fetal.
- Parto instrumental.

#### **2.2.5. Clasificación de la episiotomía**

##### **Episiotomía media**

Comienza en la horquilla, se hace una incisión de la línea media del cuerpo perineal y termina mucho antes de llegar al esfínter anal externo, la longitud de la incisión varia de 2 a 3 cm en dependencia de la longitud perineal y el grado de adelgazamiento del tejido (17).

##### **Episiotomía medio lateral**

Comienza en la línea media de la horquilla y se dirige hacia la derecha o la izquierda en un ángulo de 60 grados con respecto a línea media. Este ángulo explica la distorsión de la anatomía perineal durante la coronación y en última instancia produce una incisión a 45grados de la línea media para suturar (17).

##### **Episiotomía lateral**

Comienza en el punto 1 a 2cm del lateral de la línea media. También está en ángulo hacia la tuberosidad isquiática derecha o izquierda (17).

### **2.2.6. Técnica y momento de realización de la episiotomía**

Se realiza con unas tijeras largas de punta roma, al momento de la expulsión de la cabeza fetal se debe permitir con una distensión progresiva del introito vaginal y el periné evitando una expulsión rápida y descontrolada que produzca desgarros perineales (1). Pero antes de la Episiotomía puede ser proporcionada una analgesia regional para el parto, por bloqueo bilateral del nervio pudendo, o por infiltración local de lidocaína al 1%. En cambio, algunos abogan por el uso de crema de lidocaína – prilocaína al 2,5%, pero esta debe aplicarse una hora antes del parto. Si la episiotomía se realiza temprano, el sangrado puede ser considerable antes del parto, si se realiza demasiado tarde no se evitarán laceraciones. Típicamente la episiotomía se completa cuando la cabeza es visible durante una contracción a un diámetro de aproximadamente 4 cm, es decir coronación. (17).

### **2.2.7. Efectos adversos de la episiotomía**

Entre sus efectos adversos destacan resultados anatómicos insatisfactorio (asimetría vulvar o reducción del orificio vaginal), prolapso vaginal, fistulas recto vaginales, infección perineal debido a la sutura, hematomas, dolor perineal postparto, incontinencia fecal y urinaria, puede dificultar la lactancia materna, granuloma, fibrosis, dehiscencia de episiorrafia, dispareunia y los desgarros perineales que va del I al IV teniendo las estructuras que afecten tal como se describe a continuación (14).

Grado I: Comprende piel y mucosa

Grado II: Compromete piel, mucosa, músculos perineales.

Grado III: Compromete el esfínter externo del ano

Grado IV: Compromete la mucosa rectal

### **2.2.8. Episiotomía Restrictiva**

Uso de la episiotomía en situaciones en las que sea necesario acelerar el periodo expulsivo, como una frecuencia cardiaca no tranquilizadora, expulsivo prolongado y otras que señalan líneas arriba (12).

### **Ventajas**

Perinés más íntegros, mujeres con menos posibilidad de distopías, menos trauma perineal, menos necesidad de sutura, la recuperación posparto será más rápida, el costo del parto disminuirá, ya sea para la madre o el estado.

#### **2.2.9. Episiotomía Rutinaria**

Es aquella práctica obstétrica que se ha convertido en una parte del repertorio de intervenciones del parto en función de la teoría más que en algún valor demostrado y se ha mantenido como una práctica convencional; causando lesiones que se describe como complicaciones que llevan a restarle la salud sexual (12).

### **Complicaciones**

Los desgarros graves (III, IV grado), dolor en la zona perineal, hematomas, dehiscencia, infección, fistulas, fibrosis, granulomas, a largo plazo se le ha relacionado con la dispareunia.

### **2.3. Definición de términos.**

- **Episiotomía.** Es una ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando de parto
- **Episiotomía restrictiva.** Uso de la episiotomía en situaciones que amerita disminuir el tiempo del expulsivo.
- **Episiotomía rutinaria.** Uso de la episiotomía en todas las pacientes.

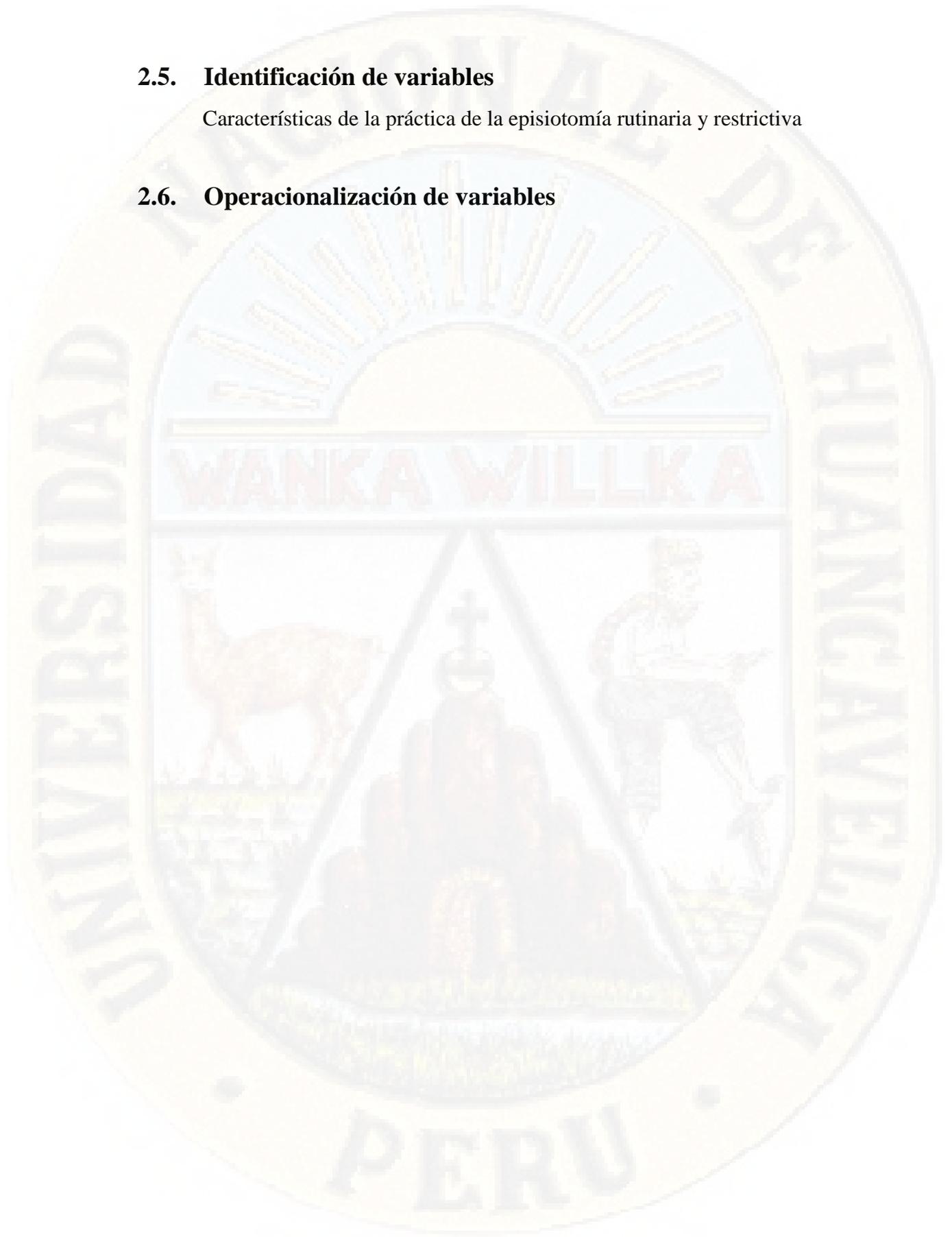
### **2.4. Formulación de hipótesis**

En el presente trabajo de investigación no se planteará hipótesis

## **2.5. Identificación de variables**

Características de la práctica de la episiotomía rutinaria y restrictiva

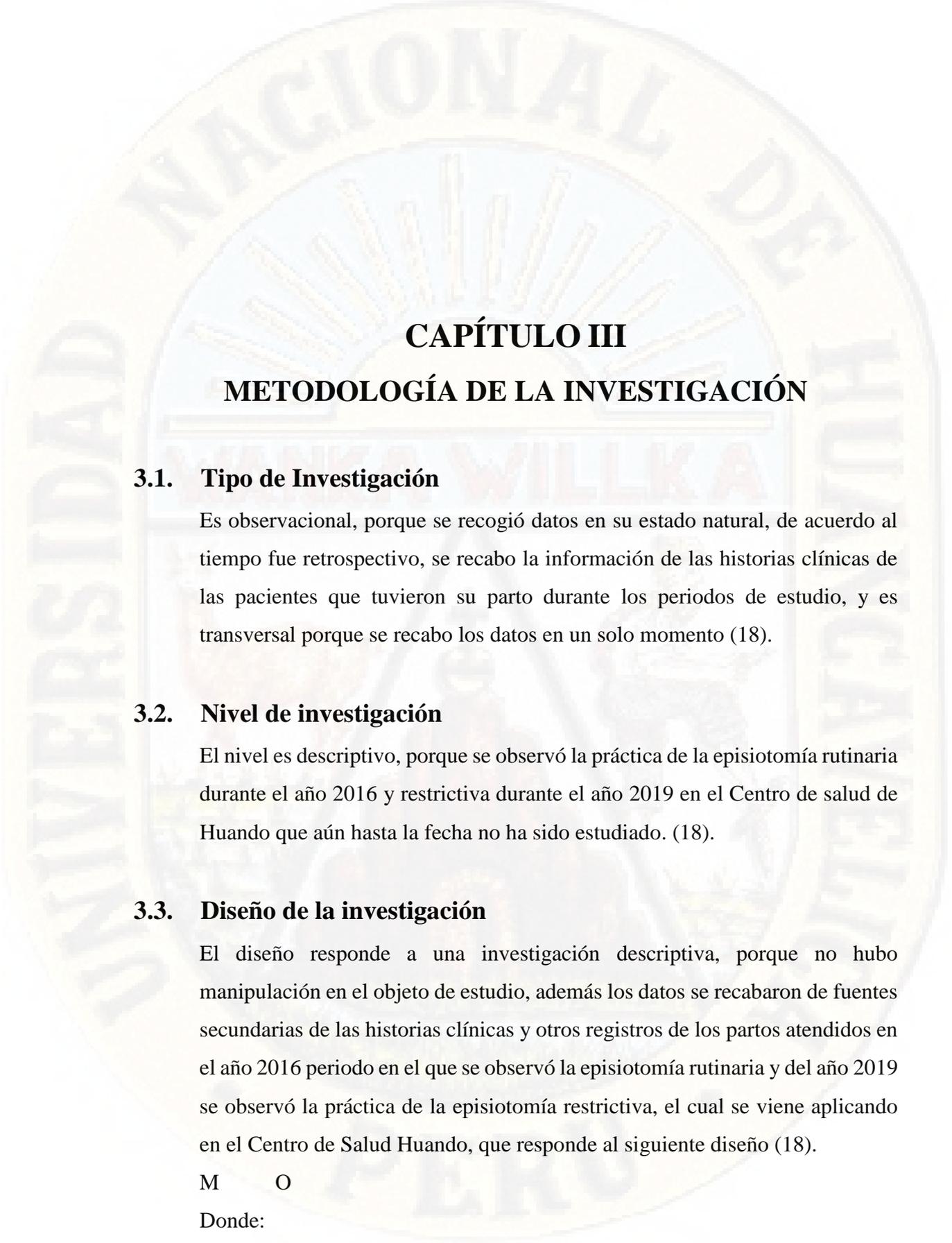
## **2.6. Operacionalización de variables**



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	VALOR
características de la práctica de la episiotomía rutinaria y restrictiva	son atributos de la episiotomía conocida como colpoperineotomía,	Es la revisión de las características de la episiotomía rutinaria y restrictiva a través de la ficha de recolección de datos recolectados de Historias clínicas.	<b>EPISIOTOMIA RUTINARIA Y RESTRICTIVA</b>	Características sociodemográficas	Edad de la usuaria al momento del parto	10-19 (adolescente) 1 20-30 (joven) 2 ≥ 30 (adulto) 3
					Nivel de instrucción	Analfabeta (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)
					Ocupación	Ama de casa (1) Agricultor (2) Trabajador del sector público (3) Empleado público (4) Independiente (5)
				Antecedentes obstétricos	Número de embarazos	Numérica
					Número de partos	Numérica
					Parto pre termino	SI (1) NO (2)
					Peso RN menor a 2500gr	SI (1) NO (2)
					Peso RN mayor a >4000gr	SI (1) NO (2)

que es una ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando de parto				Desgarro de periné	SI (1) NO (2)	
				Parto prolongado	SI (1) NO (2)	
				Presentación pelviana	SI (1) NO (2)	
				Presentación de vértice: posterior o transversa derecha	SI (1) NO (2)	
				Sangrado vaginal	SI (1) NO (2)	
				Distocia de hombros	SI (1) NO (2)	
				Sangrado vaginal	SI (1) NO (2)	
				Hipoxia fetal (SFA)	SI (1) NO (2)	
				tipos de la episiotomía	Episiotomía mediana	SI (1) NO (2)

				Media lateral derecha	SI (1) NO (2)
				Media lateral izquierda	SI (1) NO (2)
			Desgarro perineal	Desgarro de I grado	SI (1) NO (2)
				Desgarro de II grado	SI (1) NO (2)
				Desgarro de III grado	SI (1) NO (2)
				Desgarro de IV grado	SI (1) NO (2)
			Complicaciones post episiotomía	Dehiscencia	SI (1) NO (2)
				infección	SI (1) NO (2)
				Hematoma	SI (1) NO (2)



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

Es observacional, porque se recogió datos en su estado natural, de acuerdo al tiempo fue retrospectivo, se recabo la información de las historias clínicas de las pacientes que tuvieron su parto durante los periodos de estudio, y es transversal porque se recabo los datos en un solo momento (18).

#### **3.2. Nivel de investigación**

El nivel es descriptivo, porque se observó la práctica de la episiotomía rutinaria durante el año 2016 y restrictiva durante el año 2019 en el Centro de salud de Huando que aún hasta la fecha no ha sido estudiado. (18).

#### **3.3. Diseño de la investigación**

El diseño responde a una investigación descriptiva, porque no hubo manipulación en el objeto de estudio, además los datos se recabaron de fuentes secundarias de las historias clínicas y otros registros de los partos atendidos en el año 2016 periodo en el que se observó la episiotomía rutinaria y del año 2019 se observó la práctica de la episiotomía restrictiva, el cual se viene aplicando en el Centro de Salud Huando, que responde al siguiente diseño (18).

M O

Donde:

M = Todos los partos atendidos con episiotomía.

O= características de la episiotomía restrictiva y rutinaria.

### **3.4. Método de la investigación**

El método usado en el trabajo de investigación es inductivo, debido que se ha observado de manera específica la episiotomía restrictiva y rutinario en los periodos de estudio señalado, para poder arribar a las conclusiones de la presente investigación.

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

La población estuvo constituida por todos los partos con episiotomía atendidos durante el año 2016 y 2019. Siendo un total de 90 partos.

#### **3.5.2. Muestra**

La muestra fue censal, se consideró todos los partos con episiotomía del año 2016 que fue 57 con episiotomía rutinaria y el 2019 fue 33 partos con episiotomía restrictiva.

#### **Criterios de inclusión**

- Todas las gestantes que fueron sometidas a partos con episiotomía rutina y restrictiva del establecimiento de salud.

#### **Criterios de exclusión**

- Gestante con parto domiciliario
- Gestantes que no consignaron sus datos en las historias clínicas.
- Historias clínicas judicializadas

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

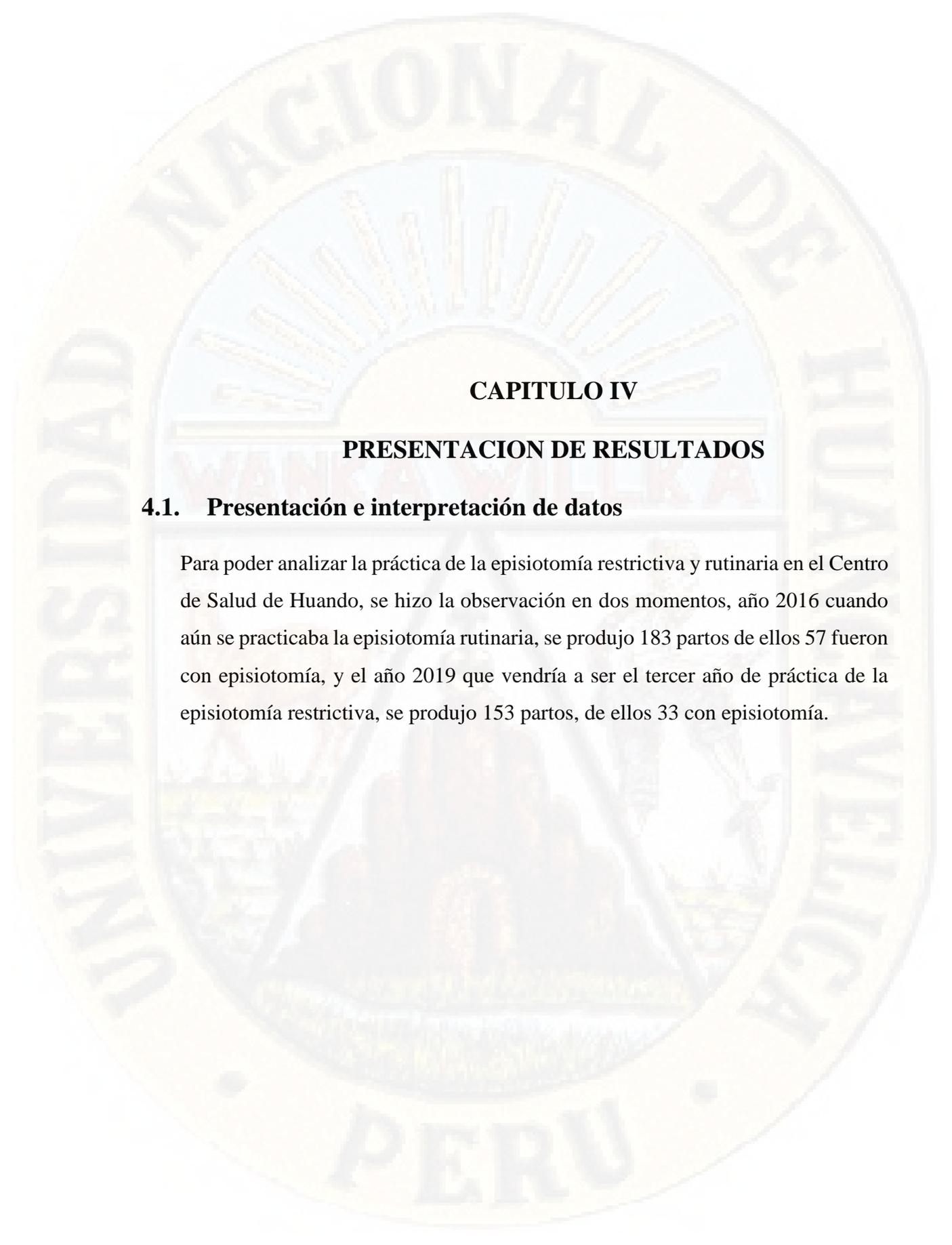
La técnica empleada es el análisis documental para identificar las características de la episiotomía rutinaria y restrictiva, se revisó el cuaderno

de partos, las historias clínicas, carnet perinal, el instrumento utilizado es la ficha de revisión documentaria.

### **3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Los datos recabados, se ordenaron en una base de datos, haciendo uso de una hoja de cálculo Microsoft Excel, luego se sometió a un control de calidad en el que se revisó aleatoriamente el registro adecuado de los datos.

Una vez dada la conformidad de la base de datos se procedió analizar haciendo uso de la estadística descriptiva en la hoja de cálculo Microsoft Excel. Estos resultados se presentan en tablas de frecuencia simple de doble entrada por los tipos de episiotomía, para poder denotar las similitudes o diferencias.



## CAPITULO IV

### PRESENTACION DE RESULTADOS

#### 4.1. Presentación e interpretación de datos

Para poder analizar la práctica de la episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando, se hizo la observación en dos momentos, año 2016 cuando aún se practicaba la episiotomía rutinaria, se produjo 183 partos de ellos 57 fueron con episiotomía, y el año 2019 que vendría a ser el tercer año de práctica de la episiotomía restrictiva, se produjo 153 partos, de ellos 33 con episiotomía.

**Tabla 01:** Características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron episiotomía rutinaria 2016 y restrictiva 2019

Características sociodemográficas	Partos con episiotomía			
	Rutinaria 2016		Restrictiva 2019	
	f=57	%	f=33	%
<b>Grupo etario</b>				
10 - 19 años	35	61,4	19	57,6
20 - 30 años	20	35,1	14	42,4
> a 30 años	2	3,5	0	
<b>Grado de Instrucción</b>				
Analfabeta	1	1,8	3	9,1
Primaria	10	17,5	5	15,2
Secundaria	40	70,2	23	69,7
Superior	6	10,5	2	6
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	36	63,2	24	72,7
Estudiante	16	28	6	18,2
Agricultor	3	5,3	2	6
Empleado público	2	3,5	1	3,1

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando 2016 y 2019”

En la tabla N°01 se observa que las características sociodemográficas en la episiotomía rutinaria el 61.4% son los adolescentes seguida de joven en un 35.1% y adultas en 3.5%. Grado de instrucción predominó el nivel secundario en un 70.2% seguida de del nivel primario en 17.5%, nivel superior 10.5%, analfabeta 1.8%. Ocupación ama de casa un 63.2% seguida de estudiante en 28%, agricultor 5.3%, empleado público 3.5%. Para la episiotomía restrictiva predominó los adolescentes en 57,6% seguida de joven en 42,4% y 0% adultas. Grado de instrucción predominó el nivel secundario en 69,7% seguida del nivel primario en 15.2%, analfabeta 9.1%, superior 6%. Ocupación ama de casa 72.7%, estudiante 18.2%, agricultor 6%, empleado público 3.1%.

**Tabla 02:** Antecedentes obstétricos de las gestantes que tuvieron episiotomía rutinaria 2016 y restrictiva 2019.

Antecedentes Obstétricos	Partos con episiotomía			
	Rutinaria 2016		Restrictiva 2019	
	f=57	%	f=33	%
<b>Número de embarazos</b>				
1	42	73,7	29	87,9
2	14	24,5	4	12,1
4	1	1,8	0	0
<b>Número de partos</b>				
0	49	86	32	96,9
1	8	14	1	3,1
<b>Desgarro perineal</b>	4	7,0	1	3,1
<b>Parto pretérmino</b>	2	3,5	0	0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando 2016 y 2019”

En la tabla N°02, para episiotomía rutinaria en número de embarazos se observa el 73.7% presentó un embarazo, 24.5% dos embarazos, 1.8% fue multigesta, en número de partos el 86% fue nulípara, 96.6% fue primípara, desgarro perineal 7.0%, parto pretérmino 3,5%. Para episiotomía restrictiva en número de embarazos se observa 87.9% fue de un embarazo, 12.1% dos embarazos, no hubo multigestas, en número de partos 96,9% fue nulípara, 3.1% fue primípara, 3.1% desgarro perineal, 0% parto pretérmino.

**Tabla 03:** Complicaciones del periodo expulsivo del parto que tuvieron episiotomía rutinaria 2016 y la restrictiva 2019.

Complicaciones en el periodo expulsivo de los partos con episiotomía	Partos con episiotomía			
	Rutinaria 2016		Restrictiva 2019	
	f=57	%	f=33	%
Sufrimiento fetal agudo	14	24.6	5	8.8
Distocia de hombros	4	7.0	1	1.8
Occípito posterior	3	5.3	0	0.0
parto prolongado	2	3.5	0	0.0
sangrado vaginal intraparto	2	3.5	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>43.9</b>	<b>6</b>	<b>10.5</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando 2016 y 2019”

Se observa en la tabla N° 03 en episiotomía rutinaria 24.6% tuvieron sufrimiento fetal agudo, 7.0% distocia de hombros, 5.3% occipito posterior, 3.5% parto prolongado, 3.5% sangrado vaginal intraparto. Para episiotomía restrictiva el sufrimiento fetal agudo fue 8.8%, distocia de hombros 1,8%, occipito posterior, parto prolongado, sangrado vaginal intraparto no hubo. Observando que disminuyo sustancialmente.

**Tabla 04:** Tipos de episiotomía que se practicó en los periodos donde se realizó de forma rutinaria 2016 y la restrictiva 2019.

Tipo de episiotomía	Partos con episiotomía			
	Rutinaria 2016		Restrictiva 2019	
	f=57	%	f=33	%
Episiotomía mediana	6	10,5	1	3,1
Episiotomía lateral derecha	36	63,2	19	57,6
Episiotomía lateral izquierda	15	26,3	13	39,3

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando 2016 y 2019”

En la tabla N° 04, en episiotomía rutinaria predominó la episiotomía media lateral derecha en 63.2%, seguida de episiotomía lateral izquierda con 26,3% y episiotomía mediana 10.5%. Para episiotomía restrictiva predominó la episiotomía lateral derecha con 57,6%, seguida de la episiotomía lateral izquierda 39.3%, episiotomía mediana 3.1%.

**Tabla 05:** Comportamiento de los desgarros en la práctica de la episiotomía rutinaria 2016 y la restrictiva 2019.

Grado de desgarro	Partos con episiotomía			
	Rutinaria 2016		Restrictiva 2019	
	f=57	%	f=33	%
Sin desgarro	49	85.96	31	93.94
Desgarro de 1° grado	5	8.77	2	6.06
Desgarro de 2° grado	1	1.75	0	0.00
Desgarro de 3° grado	2	3.51	0	0.00

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando 2016 y 2019”

En la tabla N°05 en episiotomía rutinaria el 85.96% no hubo desgarro, 8.77% desgarro de 1° grado, desgarro de 2° grado fue 1.75%. desgarro de 3° grado fue 3.51. Para la episiotomía restrictiva 93.94% no hubo desgarro, 6.06% desgarro de 1° grado, desgarro de 2° y 3° 0.00%.

**Tabla 06:** Complicaciones post episiotomía en la práctica rutinaria 2016 y la restrictiva 2019.

Grado de desgarro	Partos con episiotomía			
	Rutinaria 2016		Restrictiva 2019	
	f=57	%	f=33	%
Sin complicación	51	89.5	32	97.0
Dehiscencia	3	5.3	0	0.0
Infección	1	1.8	1	3.0
Hematoma	2	3.5	0	0.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos de la investigación “Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando 2016 y 2019”

En la tabla N° 06, en la episiotomía rutinaria el 89.5% no hubo complicaciones, 5.3% hubo dehiscencia seguida de 3.5% hematoma y 1.8% infección. Para episiotomía restrictiva no hubo complicaciones 97%, seguida de infección 3.0% dehiscencia y hematoma 0.0%.

## 4.2. Discusión de resultados

La episiotomía es una cirugía menor, que se practica desde el año 1742, llegando a realizarse de forma rutinaria hasta que en 1983 se restringe su práctica a algunas condiciones como hipoplasia de vulva y vagina, estrechez del canal blando, poca elasticidad vulvoperineal, perineo alto, en caso de feto grande, o cuando se observa afecciones locales como edema, condilomas, o cicatrices (6). Sin embargo, dejar la episiotomía rutinaria es un paradigma muy difícil de romper. En el Perú su incorporación de la episiotomía restrictiva fue poco a poco, a pesar de que la norma técnica 105 de atención materna del año 2014, estipula que la práctica debe ser restrictiva. En Huancavelica se encuentra en proceso la implementación de la episiotomía restrictiva desde el año 2017. Mientras que en otros países se inició mucho antes.

Dentro de las características sociodemográficas de las pacientes que se practicó episiotomía rutinaria y restrictiva en ambos periodos predominó, las adolescentes, grado de instrucción secundaria, en su mayoría tienen como ocupación su casa. Situación que se debe a que el periodo estudiado es de solo tres años, donde es imposible que ocurra cambios sustanciales en los aspectos estudiados en un periodo corto.

Los antecedentes obstétricos encontrados en las mujeres que se les practicó episiotomía rutinaria predominó en mayor proporción las primigestas y las que tuvieron su primer parto y en la episiotomía restrictiva también predominó en mayor proporción las primigestas y las que tuvieron su primer parto, que fue 86% en la rutinaria y 96.9% en la restrictiva, cifras bastante elevadas en comparación con **Molina-Reyes et al (10)** encuentran una disminución considerable de 89% a 35.7%, por otro lado reportan asociación con el primer parto, y la posición de litotomía en el parto; es probable que las altas proporciones se deban a que más del 50% de nuestra población es adolescente y también se atiende el parto en posición de litotomía en la mayoría de los casos. Sin embargo, con un análisis de la práctica diaria y una mejor valoración

de los criterios clínicos para aplicar la episiotomía en este grupo de pacientes, es posible disminuir la práctica en el primer parto.

Las principales complicaciones encontradas en el periodo expulsivo en el grupo con episiotomía rutinaria fueron sufrimiento fetal agudo, distocia de hombros y Occípito posterior, complicaciones que disminuyeron en el periodo de práctica restrictiva. En estas situaciones la episiotomía está justificada (6).

El tipo de episiotomía más usada fue la episiotomía lateral derecha 63.2% (2016) y 57.6% (2019), seguida de la lateral izquierda 26.32% (2016) y 39.3% (2019), mientras la práctica de la episiotomía media fue en mínima proporción; se observa que más se ha usado la media lateral con sus variaciones derecha e izquierda y la mediana, probablemente por la facilidad en la técnica y mejor pronóstico en las pacientes (17).

Dentro de las complicaciones de la episiotomía rutinaria ,predominó el desgarro, donde se reporta de primer grado en un 8.77%, de segundo grado 1.75% y de tercer grado en un 3.51% haciendo en total un 14.03%, en el periodo donde se practicó la episiotomía restrictiva se evidencia solo desgarros de primer grado, en 6.06%; mientras **Juste et al** encuentra cifras superiores a nuestro estudio, reportando 30% en la práctica de episiotomía restrictiva y 13.4% en la rutinaria, en ambos casos se presentaron desgarros de I y II grado, por otro lado **Chozo** (12), encuentra cifras más exorbitantes a los estudios precedentes, 70.6% de desgarros en episiotomías rutinarias y restrictivas. Asimismo, es importante los hallazgos de **Ramos et al (15)**, quien encuentra asociación de desgarros en primíparas, gestantes con anemia y encuentra 21 veces más riesgo de presentar un desgarro cuando se práctica episiotomía; en nuestro estudio no se ha reportado desgarros de III y IV grado, concordante a ello **Camacho et al (3)**, encuentra en 0.68% de desgarros de grado III y IV. Por otro lado, **Molina-Reyes et al (10)**, refiere que la episiotomía restrictiva incrementa los desgarros de I y II grado, situación que no se observó en el presente estudio más bien sufre una ligera disminución, por otro lado, señala que la práctica restrictiva tiene como resultado final mayor proporción de

perinés íntegros. Otras complicaciones además de los desgarros se han presentado dehiscencia, infecciones y hematomas en un 11.6% en el periodo donde se practicaba la episiotomía rutinaria y un 3% en el periodo restrictivo; probablemente sea porque en la práctica restrictiva se valora el periné y se realiza a los que realmente ameriten, por tanto, hay menos exposición a este tipo de complicaciones.

## Conclusiones

1. Las características sociodemográficas, son adolescentes el 61.4% (rutinaria) y 57,6% (restrictiva), tienen grado de instrucción secundaria 70,2% (rutinaria) y 69,7% (restrictiva), tienen como ocupación su casa 63,2% (rutinaria) y 72,7% (restrictiva).
2. Se ha encontrado que las gestantes son primigestas en un 73.7% (rutinaria) y 87.9% (restrictiva), y predominó la episiotomía en el primer parto, 86% (rutinaria) y 96,9% (restrictiva).
3. El 43,9% de los partos con episiotomía rutinaria tuvieron complicaciones en el periodo expulsivo y en la episiotomía restrictiva solo el 10,5% presentó complicación.
4. La episiotomía media lateral fue la más usada con su variación derecha 63.2% (rutinaria), 57,6% (restrictiva) e izquierda en 26,3% (rutinaria), 39,3% (restrictiva) seguida en menor proporción la mediana 26,3% (rutinaria), 39,3% (restrictiva).
5. Dentro de las complicaciones se observó desgarros de I, II Y III grado en 14.03% en la episiotomía rutinaria, y en la episiotomía restrictiva el 6.06% presentó desgarro de I grado.
6. Las complicaciones post episiotomía fueron dehiscencia, infección y hematomas que se presentó en el 10.5% de episiotomía rutinaria y 3% en la episiotomía restrictiva.

## **Recomendaciones**

### **Al director de la Dirección Regional de Salud y Red de Salud Huancavelica:**

- Implementar la práctica restrictiva de la episiotomía por los beneficios que provee en las mujeres.
- Monitorear el cumplimiento y el descenso progresivo de las episiotomías no justificadas.

### **Al jefe del Centro de Salud de Huando:**

- Socializar los resultados con todos del servicio para poder hacer reflexión de la práctica, con el objetivo de disminuir la episiotomía en el primer parto.
- Mejorar los registros de la atención de parto.

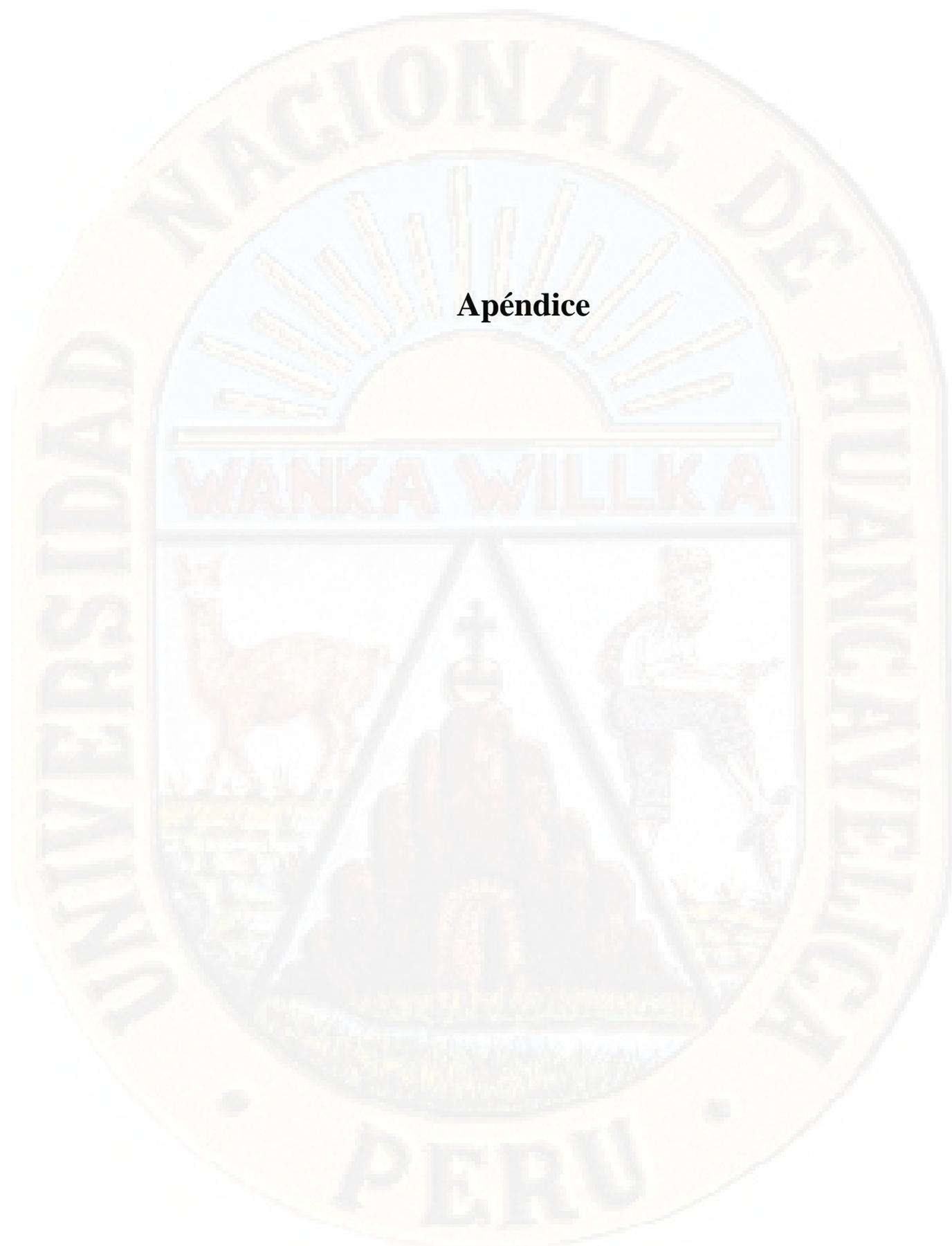
### **A las obstetras y personal del Centro de Salud de Huando:**

- Recomendar actualizarse ya que hay modificaciones con respecto a la atención de parto.
- Unificar los criterios en las que se debe de realizar la episiotomía.

## Referencias bibliográficas.

1. Bajo Areas JM/Melchor Marcos JC/Mercede LT.Fundamentos de Obstetricia (SEGO). 2ed.Madrid: Grupo ENE publicidad SA; 2007.
2. Recomendaciones de la OMS:cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
3. Morell FC, Barba IG. Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia); 2015.
4. Rodríguez B, Carmen M, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista científica ciencia médica. 2014.
5. Alvarado MCO. conocimientos en pacientes puérperas, sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección.2018.
6. Núñez Zambrano AC. Episiotomía y sus complicaciones en el puerperio, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia; 2019.
7. Fonseca Centurión RA. Episiotomía como factor de riesgo de prolapso de órgano pélvico. Hospital Víctor lazarte echegaray. 2018.
8. Martínez-Guirado J. Impacto de la episiotomía en la función del suelo pélvico: revisión bibliográfica. 2016.
9. Hernández-Martínez A, Pascual Pedreño AI, Garnés ABB, del Rocio Melero-Jiménez M, Alarcón MM. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. Enfermería Clínica, 2014.
10. Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Pérez JCS, Ortiz-Albarín MD, Barragán IJ, Ruiz MÁA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011.
11. Pina A, Luque Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof.2007

12. Celis C, Kiara K. Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación de la práctica restrictiva en primíparas Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2016. 2017.
13. Escobal P, Chenyu Á. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el “hospital de tingo Maria” enero-diciembre 2015. 2016.
14. Briceño Otiniano DL. Episiotomía Selectiva Relacionada a Complicaciones Inmediatas Post Parto en el Canal Vaginal, en Púerperas. Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir. 2014. 2016.
15. Ramos Mendoza KS, Requena Arana TP. Factores de riesgos maternos asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia-Huancavelica 2018. 2019.
16. Henri Rouviere/Andre Delmas. Anatomia Humana .11ed. Barcelona: MASSON SA; 2005.
17. Gary C. Kanneth L .Steven LB. Jodi SD. Barbara L.H. Brian M.C. Catherine YS. Williams Obstetricia. 25 ed. Mexico: editorial MEXICANA; 2019.
18. Jose Supo. Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud. 2ed. Perú- Arequipa: BIOESTADISTICO EIRL; 2014.



**Apéndice**

## Documentos pertinentes



MINISTERIO DE SALUD  
REG. - REGION DE SALUD - MVCA  
CENTRO DE SALUD HUANDO

# CONSTANCIA

LA JEFATURA DE LA MICRO RED HUANDO, DE LA RED DE SALUD HUANCAVELICA.

## DA CONSTANCIA:

Que la Srta. **FLOR DENISE LUNASCO MONTES**; identificada con DNI N° 73482290, alumna de la escuela profesional de obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica, se le autoriza extraer las historias clínicas para el análisis de los datos concernientes al trabajo de investigación denominado, "PRACTICA DE EPISIOTOMIA RESTRICTIVA Y RUTINARIA EN EL CENTRO DE SALUD HUANDO DEL 2016 y 2019" en el distrito de Huando, provincia y Departamento de Huancavelica, demostrando responsabilidad.

Se expide dicha constancia para los fines que estime conveniente.

Huando, 01 de Febrero del 2020.





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA**  
(Creada por ley 25265)  
**ESCUELA PROFESIONAL OBSTETRICIA**



**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES**

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : Quispe Valle Doris Marisol  
 1.2. Grado Académico / mención : Maestra  
 1.3. Cargo e institución donde labora : Universidad Nacional de Huaco  
 1.4. Autor del instrumento(s) : LUNASCO MONTES, Flor Denise  
 1.5. Lugar y fecha : 11 de diciembre del 2020

**2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				X	
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				X	
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				X	
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b> (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E
					16	30

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez =  $\frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{0.93}{1} = 0.93$

**3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD**(Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input checked="" type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

**4. RECOMENDACIONES:**

.....  
 .....

  
 Mg. Doris M. Quispe Valle  
 OBSTETRA ESPECIALISTA  
 COP-12694 RNE-1978 E-19  
 Firma del Juez



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA**  
(Creada por ley 25265)  
**ESCUELA PROFESIONAL OBSTETRICIA**



**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES**

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : Enriquez Nateros Libana  
 1.2. Grado Académico / mención : Magister - Salud Pública y Gest. Sanit.  
 1.3. Cargo e institución donde labora : Universidad Nacional de Huancavelica  
 1.4. Autor del instrumento(s) : LUNASCO MONTES, Flor Denise  
 1.5. Lugar y fecha : 11 de diciembre del 2020

**2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					X
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				X	
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b> (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
					20	25

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez =  $\frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{0.90}{1} = 0.90$

**3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
No válido, reformular	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<0,81 – 1,00]

**4. RECOMENDACIONES:**

.....

.....

Firma del Juez



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA  
(Creada por ley 25265)

ESCUELA PROFESIONAL OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES



1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : CUCHUHA PALOMARES GRETTY  
 1.2. Grado Académico / mención : MAESTRA  
 1.3. Cargo e institución donde labora : HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA  
 1.4. Autor del instrumento(s) : LUNASCO MONTES, Flor Denise  
 1.5. Lugar y fecha : 11 de diciembre del 2020

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	EXCELENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				X	
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos técnicos.				X	
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				X	
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					X
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b> (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E
					16	30

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez  $= \frac{1xA + 2xB + 3xC + 4xD + 5xE}{50} = \frac{0.92}{1}$

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input checked="" type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

Gretty Cuchua Palomares  
 OBSTETRA ESPECIALISTA  
 COP. 19647 - RNE. 1978-E-09

Firma del Juez

**Matriz de Consistencia: Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando**

Problema	Objetivos	Variables	Indicadores	Metodología
<p>¿Cuáles son las características de la práctica de episiotomía rutinaria y restrictiva en el Centro de Salud de Huando, año 2016 y 2019?</p>	<p><b>General:</b> Determinar las características de la episiotomía rutinaria y restrictiva en el Centro de Salud de Huando, año 2016 y 2019.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva.</li> <li>2. Describir los antecedentes obstétricos de las gestantes que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva.</li> </ol>	<p><b>Variable:</b> características de la práctica de la episiotomía rutinaria y restrictiva</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Características sociodemográficas</li> <li>2. Antecedentes obstétricos</li> <li>3. Complicaciones en el periodo expulsivo</li> <li>4. Tipos de la episiotomía</li> <li>5. Desgarro perineal</li> <li>6. Complicaciones post episiotomía</li> </ol>	<p><b>Tipo de investigación.</b> Observacional, retrospectivo, transversal.</p> <p><b>Nivel de investigación:</b> descriptiva.</p> <p><b>Población.</b> 90 partos con episiotomía del Centro de Salud de Huando.</p> <p><b>Muestra.</b> Fue censal se trabajó con toda la población 57 del 2016 con episiotomía rutinaria y 33 del 2019 con episiotomía restrictiva.</p>

	<p>3. Describir las complicaciones del periodo expulsivo del parto que tuvieron episiotomía rutinaria y restrictiva.</p> <p>4. Determinar los tipos de episiotomía que se practicó en los periodos donde se realizó de forma rutinaria y restrictiva.</p> <p>5. Determinar el comportamiento de los desgarros que se produjeron en la práctica rutinaria 2016 y restrictiva 2019.</p> <p>6. Describir las complicaciones post episiotomía en la práctica rutinaria 2016 y restrictiva 2019.</p>			<p><b>Técnica e Instrumento de recolección de datos.</b>  La técnica fue revisión documentaria.  Y el instrumento empleado fue la ficha de revisión documentaria.</p> <p><b>Análisis de datos.</b>  se hizo con la estadística descriptiva, que nos permitió obtener frecuencias absolutas porcentuales y se presentan en tablas de frecuencia.</p>
--	---	--	--	---

## Instrumentos

### FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA

El presente registro tiene por finalidad ser un instrumento que ayude a la revisión de las historias clínicas para obtener información sobre la práctica de la episiotomía restrictiva y rutinaria.

**INSTRUCCIÓN:** Registre los datos solicitados, buscando minuciosamente en la historia clínica y cuaderno de parto, no deje espacios en blanco; se recomienda primero revisar las historias clínicas de los partos ocurridos en el periodo 2016 una vez concluida con esta se iniciará con el periodo 2019.

- Número de Historia Clínica: ..... Código: .....

**FECHA DEL PARTO:** .....

#### 1. ANTECEDENTES PERSONALES

##### a) Edad de la usuaria al momento del parto.

- Adolescente (10-19) años.
- Joven (20-30) años.
- Adulto (>30) años.

##### b) Grado de instrucción

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior

##### c) Ocupación

- Ama de casa
- Agricultor
- Trabajador del sector privado
- Empleado publico
- independiente

## 2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- número de embarazos
- número de partos
- parto pre término
- peso de RN menor a 2500 gr.
- peso del RN  $\geq$  4000 gr.
- desgarro de periné
- parto prolongado

## 3. COMPLICACIONES EN EL EXPULSIVO:

- Presentación pelviana
- Presentación de vértice: posterior o transversa
- Sangrado vaginal
- Distocia de hombros
- Hipoxia fetal (SFA)

## 4. CARACTERIZACIÓN DE LA EPISIOTOMIA

- Episiotomía mediana
- Episiotomía media lateral derecha
- Episiotomía media lateral izquierda

## 5. ¿QUE COMPLICACIONES PRESENTARON LAS PUÉRPERAS CON EPISIOTOMIA?

- Ninguno
- Desgarro de primer grado
- Desgarro de segundo grado
- Desgarro de tercer grado

- Desgarro de Cuarto
- Dehiscencia
- Infección
- Hematoma

	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

