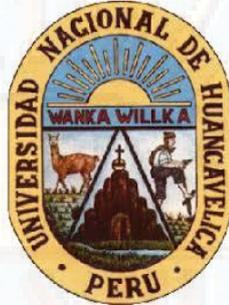


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(CREADA POR LEY N° 25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



TESIS

**PERFIL CLÍNICO DE LAS MUJERES SOMETIDAS A
EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL II HUAMANGA ESSALUD DE
ENERO A JUNIO - 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNA PERINATAL**

**PRESENTADO POR:
OBSTA. BARBARAN HUAROTO, Rocío Elsy.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

AYACUCHO – PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 14 días del mes de agosto a las 15:00 horas del año 2020 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a):

BARBARAN HUAROTO ROUO ELSY

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
Vocal : Dra. Rossibel Juana Muñoz De la Torre

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

PERFIL CLÍNICO DE LAS MUJERES SOMETIDAS
A EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL II HUATANGA
ESSAUO DE ENERO A JUNIO - 2019

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 099-2020 concluyendo a las 16:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 14 de agosto 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCAYELICA

[Firma]
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
SECRETARIA
DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Dr. Rossibel Juana Muñoz De la Torre
VOCAL
DOCENTE

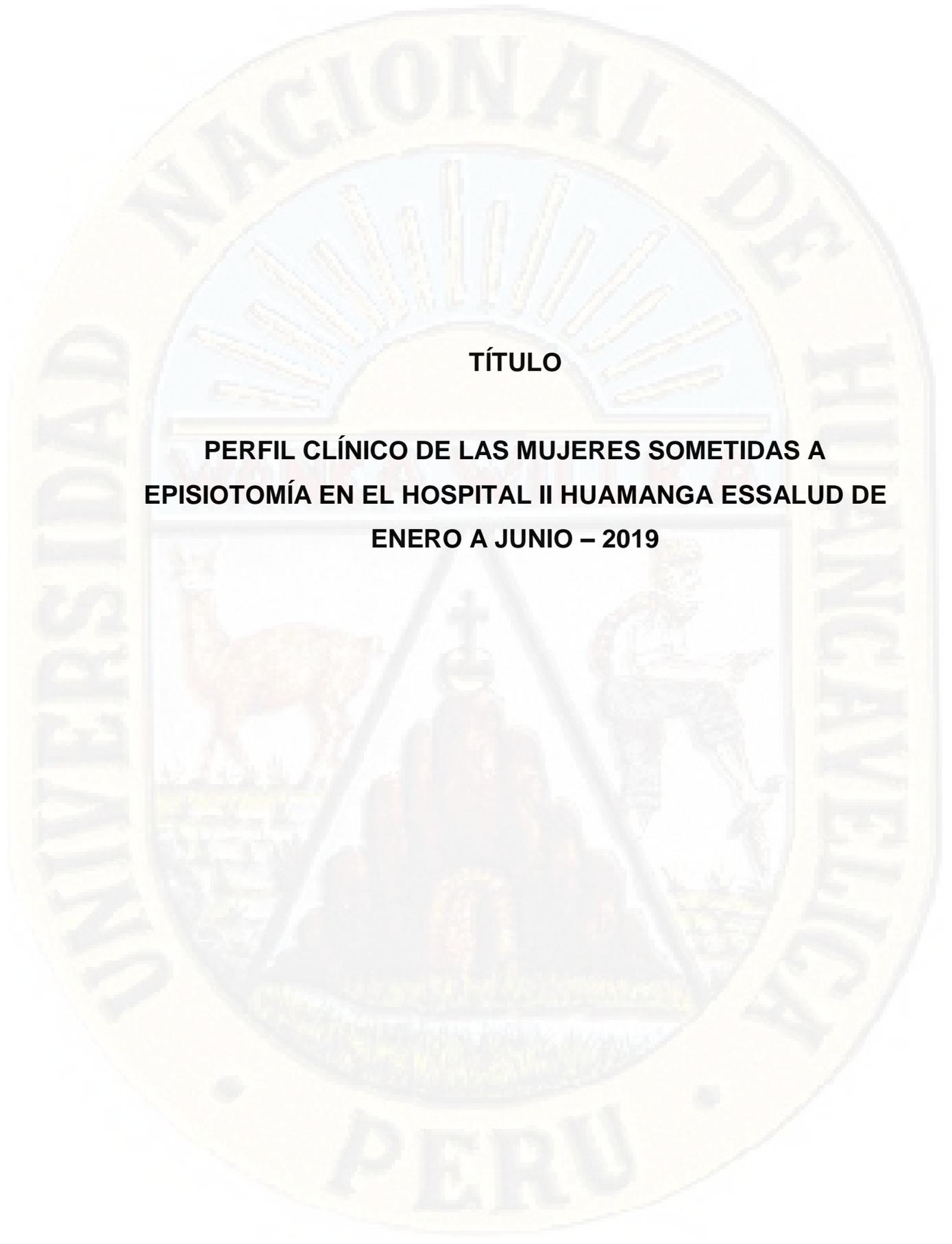
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
[Firma]
Vº Bº Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Vº Bº Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA DECANA

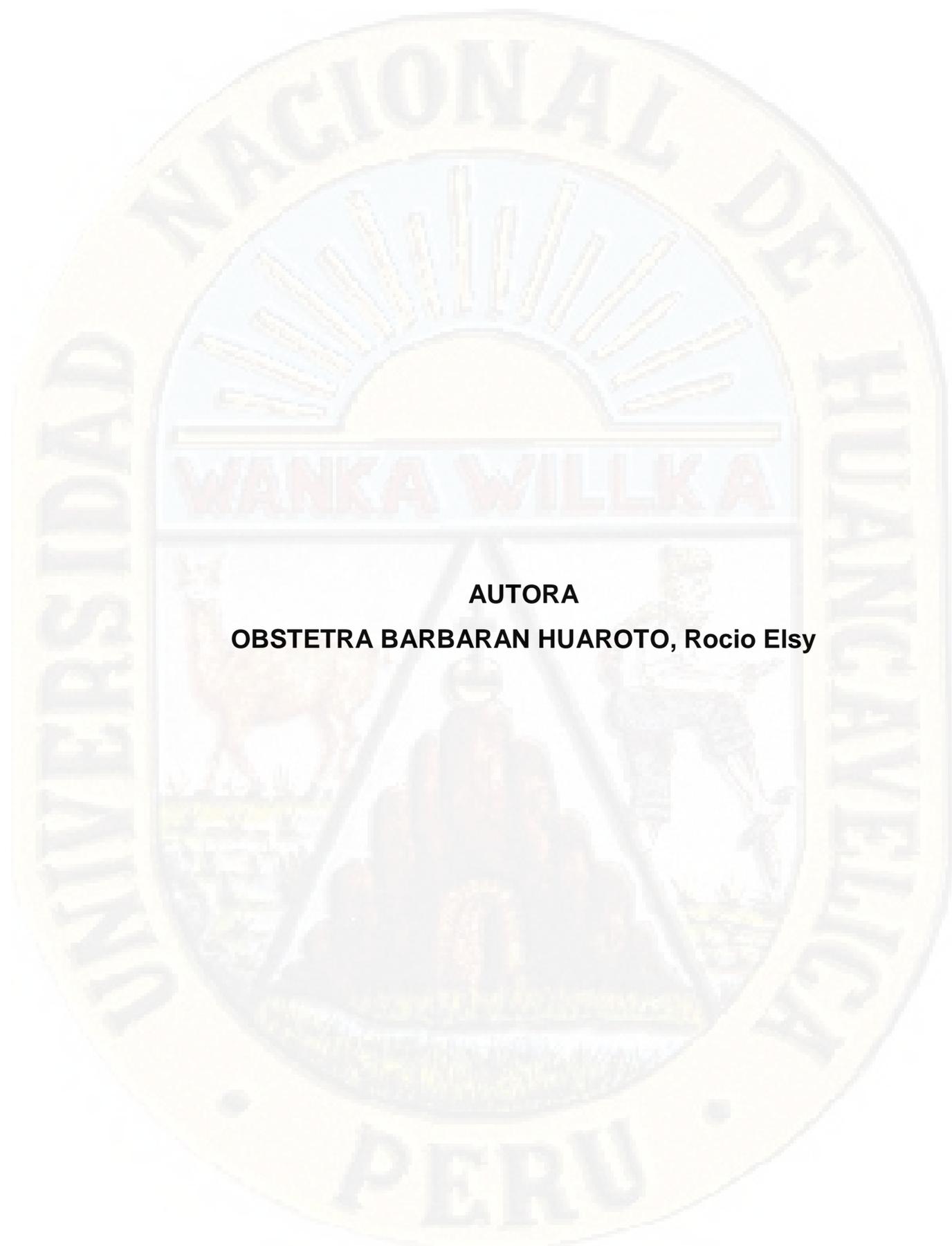
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE

[Firma]
Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N° 36758
Bº SECRETARIA DOC.



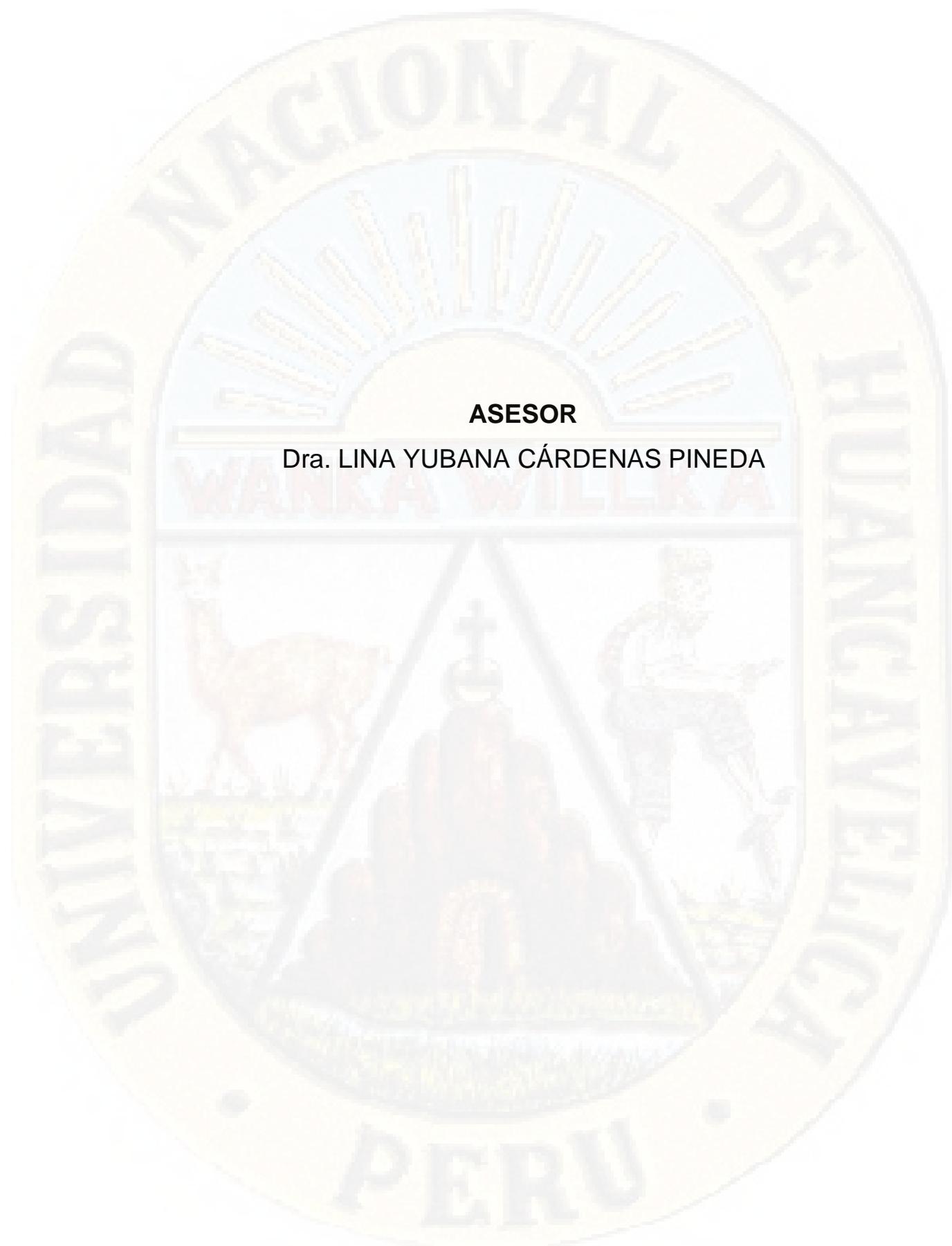
TÍTULO

**PERFIL CLÍNICO DE LAS MUJERES SOMETIDAS A
EPISIOTOMÍA EN EL HOSPITAL II HUAMANGA ESSALUD DE
ENERO A JUNIO – 2019**



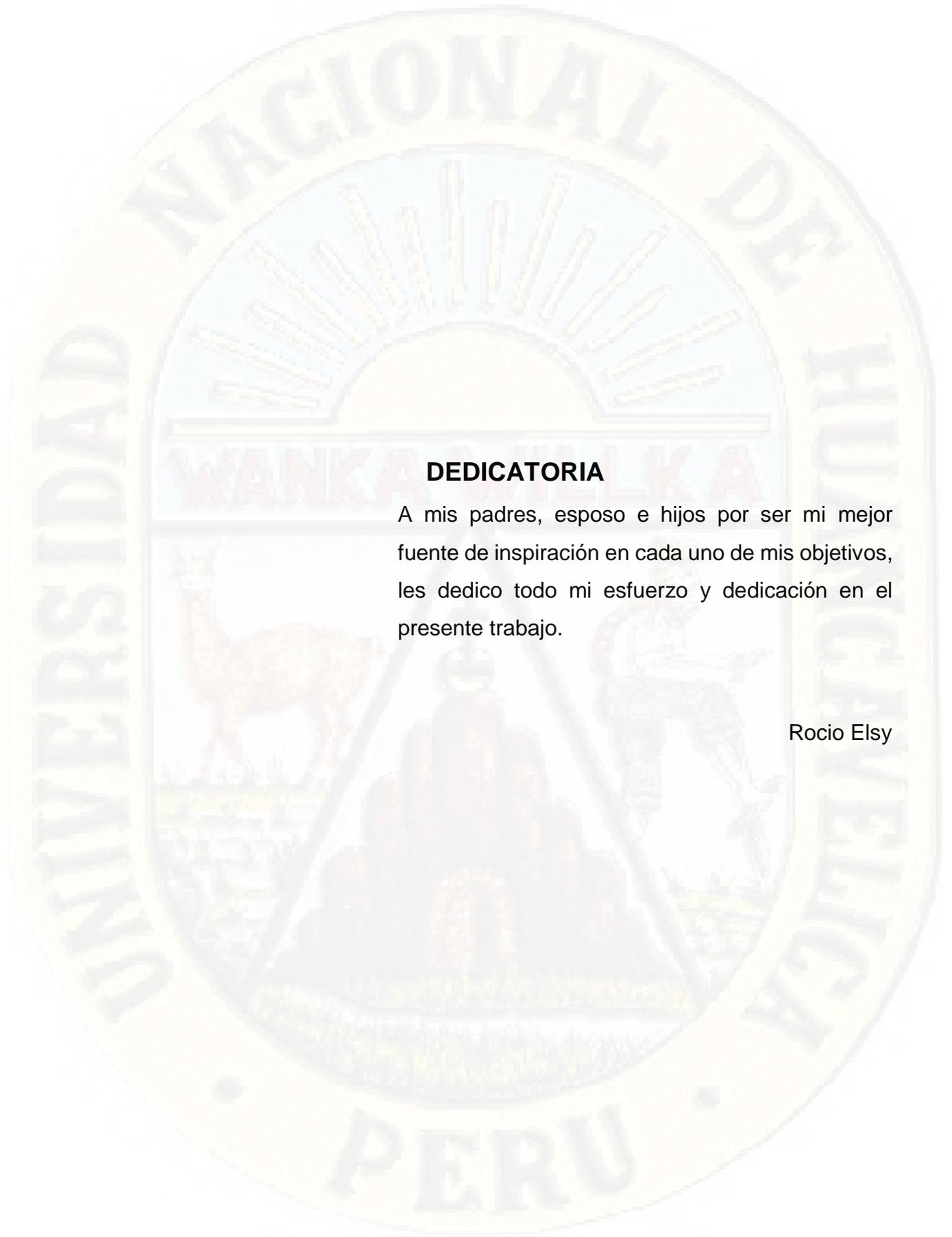
AUTORA

OBSTETRA BARBARAN HUAROTO, Rocio Elsy



ASESOR

Dra. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA



DEDICATORIA

A mis padres, esposo e hijos por ser mi mejor fuente de inspiración en cada uno de mis objetivos, les dedico todo mi esfuerzo y dedicación en el presente trabajo.

Rocio Elsy

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a Dios quien bendice mi vida, a mi familia por ser mi soporte y apoyo constante e incondicional.

Mi agradecimiento al Hospital II de Huamanga – EsSalud, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro del Servicio de Gineco Obstetricia.

A la plana administrativa y docentes de la Universidad Nacional de Huancavelica quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron posible la culminación de la especialidad.

A mi asesora de tesis Dra. Lina Cardenas Pineda por su amistad, paciencia y conocimiento para la ejecución del presente trabajo.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
TÍTULO.....	ii
AUTORA.....	iii
ASESOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS.....	15
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.5. LIMITACIONES.....	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	22
2.3. BASES CONCEPTUALES.....	23
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	33

2.5. HIPÓTESIS	33
2.6. VARIABLE.....	33
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE:.....	34

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL	36
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	37
3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	37
3.5. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.6. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	37

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	39
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
Referencias	51
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Antecedentes genitourinarios en mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.	40
Tabla 2	Condiciones obstétricas de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.	41
Tabla 3	Patologías diagnosticadas en mujeres sometidas a episiotomía al ingreso al Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.	42
Tabla 4	Complicaciones que ameritan episiotomía en el periodo expulsivo en mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.	43
Tabla 5	Desgarro perineal en los partos atendidos en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.	44
Tabla 6	Estado del periné después de un parto vaginal en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019. **Metodología:** la investigación fue tipo observacional, retrospectivo de corte transversal, se usó la ficha de revisión documentaria y la técnica de análisis documentario, el procesamiento estadístico se realizó con Microsoft Excel. **Resultados:** los antecedentes genitourinarios ITU e ITS, se encuentran en mayor proporción en el grupo que no fueron sometidas a episiotomía, 21.05% y 10.53% respectivamente frente a 5.62% y 4.49% con episiotomía, de todas las primíparas el 72.60% fueron episiotomizadas y el 30.70% de las segundíparas, el antecedente de aborto se encontró en mayor proporción en el grupo sin episiotomía y los antecedentes obstétricas se presentaron en proporciones similares en ambos grupos; las patologías diagnosticadas al ingreso en trabajo de parto, fueron hipertensión arterial 8.85%, preeclampsia 5% y hemorragia 1.92%, presentándose más en el grupo sin episiotomía 18.13% frente a 12.36% con episiotomía; el 5.77%; de los partos se complicaron en el periodo expulsivo, por presentación de vértice posterior, transversa, deflexiones, sangrados, expulsivo prolongado y distocia de hombros, se identificó en proporciones similares en ambos grupos; el 38.46% de los partos presentaron desgarros, el 50.29% de los partos sin episiotomía presentaron desgarro grado I, los grados más graves fueron escasos, el grupo con episiotomía presentó más desgarros de segundo a cuarto grado; se encontró 35% de desgarro, episiotomía más desgarro 4%, episiotomía 34%, periné intacto 27%. **Conclusión:** el perfil clínico de los partos con episiotomía fue ser primípara, no se realizó episiotomía en condiciones clínicas que ameritaba.

Palabras clave: episiotomía, perfil clínico, partos.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical profile of women undergoing episiotomy in hospital II Huamanga - EsSalud from January to June 2019. **Methodology:** the investigation was observational type, retrospective cross-sectional, the document review sheet and the technique of Documentary analysis, statistical processing was performed with Microsoft Excel. **Results:** the ITU and STI genitourinary antecedents are found in a greater proportion in the group that were not subjected to episiotomy, 21.05% and 10.53% respectively compared to 5.62% and 4.49% with episiotomy, of all the primiparous 72.60% were episiotomyzates and 30.70% of the secundiparous women, the history of abortion was found in a greater proportion in the group without episiotomy and the obstetric history presented in similar proportions in both groups; the pathologies diagnosed at the time of labor delivery were arterial hypertension 8.85%, preeclampsia 5% and hemorrhage 1.92%, presenting more in the group without episiotomy 18.13% compared to 12.36% with episiotomy; 5.77%; of the deliveries were complicated in the expulsive period, by presentation of posterior vertex, transverse, deflections, bleeding, prolonged expulsive and shoulder dystocia, it was identified in similar proportions in both groups; 38.46% of deliveries had tears, 50.29% of deliveries without episiotomy had grade I tears, the most severe grades were scarce, the group with episiotomy had more tears from second to fourth grade; 35% tear was found, episiotomy plus 4% tear, 34% episiotomy, 27% intact perineum. **Conclusion:** the clinical profile of deliveries with episiotomy was to be primiparous, no episiotomy was performed under clinical conditions that merited.

Keywords: episiotomy, clinical profile, births.

INTRODUCCIÓN

La incisión a nivel del periné fue descrita por primera vez por el irlandés Sir Fielding Ould, en 1742, y puesto en práctica por otros como rutina en el siglo XX, hasta que en 1983 Thacker y Banta pusieron en evidencia que sus beneficios de prevenir desgarros, incontinencia urinaria y mejorar el estado al nacer eran falsa (1); después de 10 años, la OMS basada en evidencias recomienda el uso restrictivo, de ese entonces a la actualidad su uso ha ido disminuyendo en los diferentes países, en algunos países europeos ha llegado por debajo del 10%, como es el caso de Suecia y Dinamarca, mientras que en América Latina aún se encuentran en proporciones altas (2).

Por todo lo mencionado y como trabajadora del hospital se observó que no se consigna el criterio por el que se realiza la episiotomía en las historias clínicas, por ello se decide hacer la revisión del perfil clínico de las mujeres que fueron sometidas a episiotomía y la práctica en la actualidad en nuestro nosocomio.

Esperamos que el resultado de la investigación nos haga reflexionar sobre la práctica, para proponer estrategias con el afán de conservar intacto el periné de las mujeres. La conservación del piso pélvico en condiciones favorables, es importante para el futuro de la mujer, por ello en países como España le dan mucha importancia incluso los hospitales tienen un servicio dedicado a la prevención, recuperación de esta región del cuerpo, mientras que en nuestro país no hay un programa para preservar aquello.

Ponemos a disposición de los interesados el trabajo realizado esperando sentar bases, para plantear estrategias que promuevan la conservación del piso pélvico.

La autora



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La Episiotomía, es un procedimiento obstétrico que al pasar de los años su uso se ha puesto en tela de juicio, desmitificando los supuestos beneficios de prevenir deterioro del piso pélvico, incontinencias urinarias, disminución del traumatismo fetal a la hora del expulsivo y entre otros, estas fueron las justificaciones con las que se promovió su práctica rutinaria a finales del siglo XIX, intensificándose al iniciar el siglo XX, hasta 1983, en el que Thacker y Banta, desestimaron los beneficios asignados por falta de evidencia científica, proponiendo el uso restrictivo (1). Este procedimiento muy usado en la obstetricia acarrea riesgos como dolor, edema, hemorragia, hematoma, infección y dispareunia (3), por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de sus recomendaciones indica que este procedimiento debe realizarse solo cuando es estrictamente necesario como: expulsivo prolongado, urgencia de extraer al perinato y en caso de eminencia de desgarro de III y IV grado; los establecimientos de salud deberían preocuparse en alcanzar la cifra ideal del 10% recomendada, por la sencilla razón de que “el uso liberal de la episiotomía se asocia con índices más altos de daño perineal” y con cifras bajas de mujeres con periné intacto (4).

Desde ese entonces los establecimientos de salud que atienden partos, han tratado de cambiar la práctica rutinaria por el restrictivo, realizando

solo cuando se justifique, ya sea por la salud del perinato, de la madre o las condiciones del periné en el periodo expulsivo. Cambiar paradigmas es la que más demora, tal es así que el intento de protocolizar la episiotomía restrictiva ha tardado alrededor de 20 años después de la recomendación de la OMS.

Al respecto, se ha notado un avance en el uso restrictivo de la episiotomía en los países europeos como, España al 2006 ya mostraba una disminución en esta práctica a un 54.08% de los partos eutócicos y en el 92.62% en los partos instrumentados (5), más tarde, el hospital universitario de La Rivera reporta 33% al 2011 y para el año 2015 desciende al 17% de los partos eutócicos; los hallazgos reportados se encuentran en término medio en comparación con Portugal que presenta una proporción del 72.9% y Suecia alcanza proporciones mínimas (6,6%) junto con Dinamarca (4.9%) (2); también en Latinoamérica muchos países se han preocupado por disminuir esta práctica lesiva en la mujer, tal es el caso de Brasil al año 2010 presentó 57.55% de episiotomía y 83,7% en primerizas y al año 2016, en São Paulo se encuentra 19.7% de episiotomía y 59% laceraciones del periné, en Ecuador se ha encontrado 35.5% en primigestas atendidas en el Hospital Vicente Corrales (6); en Colombia 25.75% en primerizas.

En el Perú no se ha encontrado un estudio nacional, algunos hospitales como Cajamarca reportan un 63.4% en primíparas (7) y en Ica se encuentra en el 55.6% (8), estos estudios fueron realizados el año 2017; como se puede ver los porcentajes son altos, y están lejos de lo recomendado por la OMS; causando diversas complicaciones como laceraciones, desgarros, hematomas, dolor moderado, llegando a complicarse el 92.9% de las puérperas (7), además Cajo (8) encontró infecciones de la herida, dehiscencia y dolor crónico, frente a esta situación amerita revisar el tema si fuera necesario en todos los centros donde se atiende parto, y generar desde ahí estrategias para poder

implementar recomendaciones de la OMS, en que se use la episiotomía restrictiva.

En tal sentido se hace necesario realizar esta investigación en el Hospital II Huamanga - EsSalud, que aparentemente la práctica de la episiotomía es de rutina, y no se consigna las indicaciones en la historia clínica, lo que nos lleva a revisar el perfil clínico de las parturientas, para poder indagar si hay alguna condición que a los profesionales les lleva tomar la decisión de incidir en el periné.

Para el cual nos hacemos la siguiente pregunta:

1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

¿Cuál es el perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el hospital II Huamanga – EsSalud atendidas entre enero a junio del 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar el perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar los antecedentes genitourinarios de las mujeres sometidas a episiotomía
2. Identificar las condiciones obstétricas de las mujeres sometidas a episiotomía.
3. Determinar las patologías diagnosticadas al ingreso al hospital en trabajo de parto.
4. Determinar complicaciones que ameritan episiotomía en el periodo expulsivo
5. Determinar la proporción de desgarros perineales
6. Determinar el estado del periné después de un parto vaginal

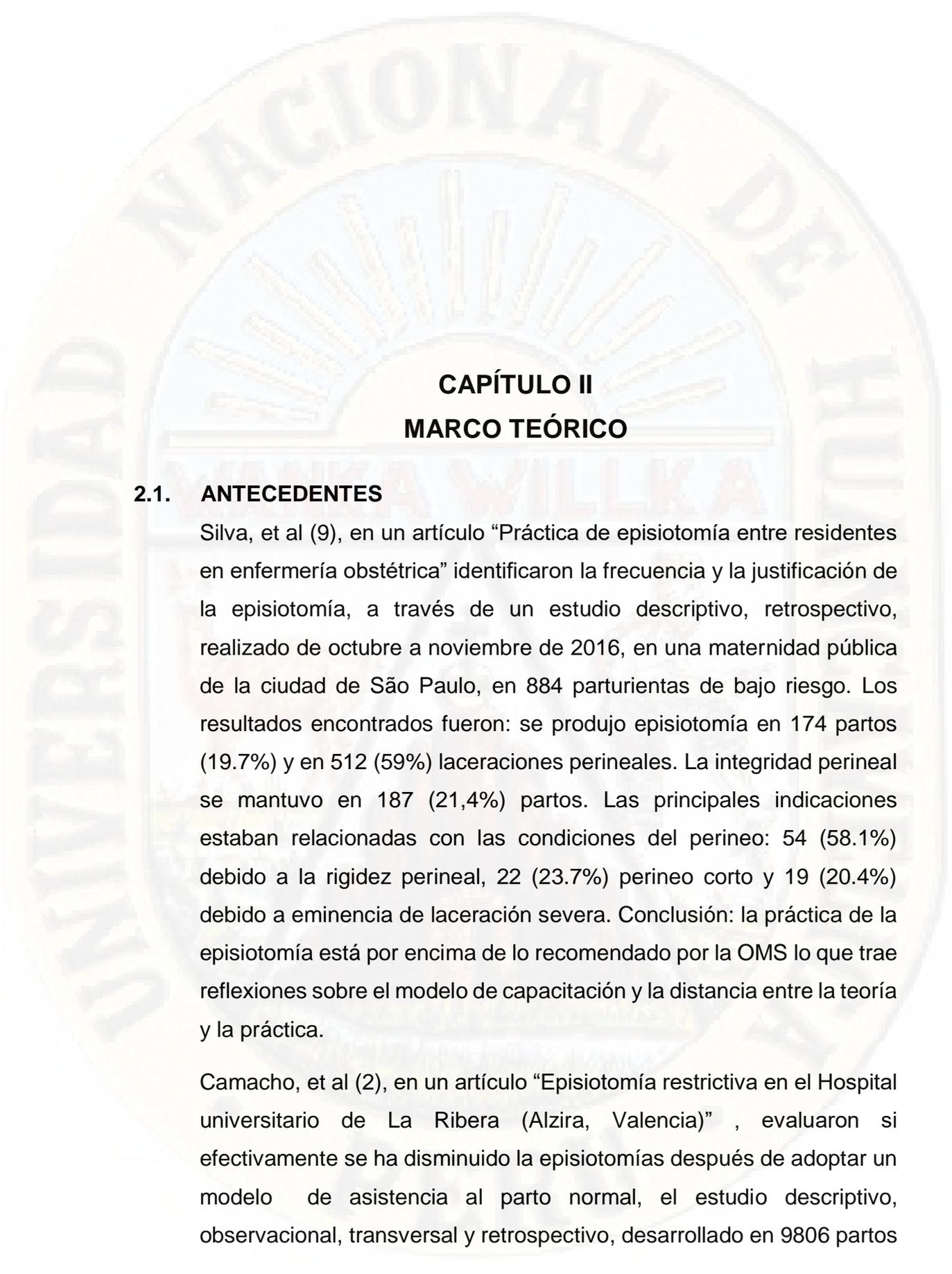
1.4. JUSTIFICACIÓN

Si hace más de 36 años se ha dado a conocer que la episiotomía es un procedimiento lesivo cuando la práctica es rutinaria, no se encuentra justificación porque la mayoría de los hospitales y centros de atención de parto de nuestro país continúan realizando en proporciones altas, es injusto seguir mutilando a las mujeres del país y sometiendo a riesgos innecesarios que acarrea esta práctica, por ello se hace necesario revisar las acciones que venimos realizando, datos importantes que sirven para analizar, sensibilizar y plantear estrategias con el afán de alcanzar el porcentaje recomendado por la OMS (10%).

Los resultados de este trabajo servirán para plantear nuevas investigaciones con el objetivo de disminuir el número de episiotomías, educar a las estudiantes en la episiotomía restringida, sensibilizar a los profesionales obstetras y gineceo-obstetras, para que puedan realizar solo cuando sea necesario.

1.5. LIMITACIONES

Por tratarse de una investigación retrospectiva, no se encontró 07 historias clínicas de 257.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Silva, et al (9), en un artículo “Práctica de episiotomía entre residentes en enfermería obstétrica” identificaron la frecuencia y la justificación de la episiotomía, a través de un estudio descriptivo, retrospectivo, realizado de octubre a noviembre de 2016, en una maternidad pública de la ciudad de São Paulo, en 884 parturientas de bajo riesgo. Los resultados encontrados fueron: se produjo episiotomía en 174 partos (19.7%) y en 512 (59%) laceraciones perineales. La integridad perineal se mantuvo en 187 (21,4%) partos. Las principales indicaciones estaban relacionadas con las condiciones del perineo: 54 (58.1%) debido a la rigidez perineal, 22 (23.7%) perineo corto y 19 (20.4%) debido a eminencia de laceración severa. Conclusión: la práctica de la episiotomía está por encima de lo recomendado por la OMS lo que trae reflexiones sobre el modelo de capacitación y la distancia entre la teoría y la práctica.

Camacho, et al (2), en un artículo “Episiotomía restrictiva en el Hospital universitario de La Ribera (Alzira, Valencia)” , evaluaron si efectivamente se ha disminuido la episiotomías después de adoptar un modelo de asistencia al parto normal, el estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, desarrollado en 9806 partos

estudio desarrollado en las mujeres gestantes con partos eutócicos atendidas en el Hospital Universitario de La Ribera desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015. Llegando a los siguientes resultados el porcentaje de partos eutócicos sin episiotomía tuvo tendencia al alza, pasando de un 67% en 2011 a un 83% en 2015 llegando a un porcentaje de episiotomías en partos eutócicos de 17%, la tendencia del periné íntegro experimentó un descenso del 31% en el 2011 al 24% al 2012, para recuperarse lentamente y al 2015 alcanza un 44% de periné íntegros, también se ha notado una tendencia de disminución de los desgarros de III y IV grado (0,30 % en el año 2015). Estos logros fueron alcanzados gracias a la voluntad de cambio por parte de las matronas, frente a la solicitud social de un parto humanizado.

Marques (10), en el artículo “Práctica de la episiotomía y factores maternos y neonatales relacionados” el objetivo fue evaluar el uso de la episiotomía y su asociación con las alteraciones maternas y neonatales en dos maternidades públicas de Brasil 2010. En una población de 1,129 partos. La episiotomía fue utilizada en el 57.55% (n=636) de los partos normales y en 83,7% (n=325) de los partos de primerizas. La asociación entre el uso de la episiotomía y la primiparidad es estadísticamente significativa ($p < 0.001$) Los datos sugieren asociación de la episiotomía y aumento de riesgo de laceraciones graves ($p < 0.001$), El empleo de la episiotomía se mostró semejante en ambas maternidades. Los resultados de este estudio ratifican el uso indiscriminado de la episiotomía y expresan la necesidad de proponer estrategias para reducir el empleo de esta técnica.

Juste, et al (11), en su artículo “Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal atendidas por matronas” con el objetivo de identificar las ventajas y desventajas en un grupo de mujeres que se practicó episiotomía según un protocolo selectivo, y rutinario, estudio prospectivo experimental, realizado en el

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde abril de 2004 a diciembre de 2005. Se incluyeron mujeres nulíparas, con feto único, a término y parto eutócico, en el grupo control (episiotomía rutinaria) o el grupo experimental (episiotomía selectiva) de forma aleatoria, en 202 del de control y 200 de casos arribando a los siguientes resultados: 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%).

Orjuela, et al (12), en un artículo “Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo - agosto a octubre del 2016, en la ciudad de Nieva – Colombia, cuyo objetivo fue evaluar las razones por las que se realizó episiotomía en 103 (48.13%) primigestas y 111 (51.86%) no primigestas, encontrando en las primigestas desgarro grado I en el 17.51%, grado II 21.63%, no se encontró desgarro de III grado y de IV grado fue de 1.03%, y se les practicó episiotomía al 25.75%. En las no primigestas se encontró 32.19% de desgarro de I grado, 14.43% de II grado, el 7.77% tuvo episiotomía, las indicaciones fueron: periné corto y poca distensibilidad con un 19.3%, acortamiento del periodo expulsivo 16%, prevención de desgarro y acortamiento de trabajo de parto 6.4%, primigesta 3.2% y en el 58% de las pacientes en quienes se realizó episiotomía no tenían indicación descrita.

Gualan y Guanoluisa (6), en la tesis “Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - Ecuador, 2014”; El propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia de episiotomía y factores de riesgo asociados, en pacientes primigestas, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía; se revisó 580 historias clínicas de primigestas

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

Morote (13), en tu tesis de grado “Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto, en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en el año 2017”, su objetivo fue determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto, la investigación fue de tipo analítico, transversal, en 252 pacientes se usó el estadígrafo cálculo de Chi cuadrado con una significancia estadística del 95% ($p < 0.05$); se encontró la prevalencia de 93.7%, de episiotomía, se encontró asociación con el uso rutinario de episiotomía con las complicaciones del parto, sin embargo, se pudo observar que la práctica rutinaria de episiotomía se asocia a la presencia de laceraciones en el canal de parto (Chi^2 : 16,58; p : 0.001), edema (Chi^2 : 13,48; p : 0.003), desgarró perineal (Chi^2 : 91,82; p : 0.000), pérdida hemática >400 ml (Chi^2 : 24,69; p : 0.002), e infección local (Chi^2 : 13.38; p : 0.003); Conclusión: La episiotomía continúa siendo un procedimiento rutinario y está además asociado a múltiples complicaciones del parto.

Cuba (7), en su tesis “Frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primiparas Hospital Regional Docente Cajamarca 2017 de noviembre a diciembre del 2017”, en 113 puérperas primíparas atendidas en puerperio inmediato, procedente de la zona urbana (57,5%), amas de casa (48,7%) y convivientes (69,9%); dentro de las características obstétricas los hallazgos indicaron que tuvieron cinco a más atenciones prenatales (69,0%), la frecuencia de episiotomía fue de 63,4%, dentro de las complicaciones inmediatas de

uso rutinario de la episiotomía se encontró que tuvieron desgarro perineal grado I (36,2%), dolor moderado (32,7%), laceraciones (23,9%), hematomas (10,6%), del total de episiotomías el 92.9% tuvieron alguna de las complicaciones señaladas.

Cajo (8), en su tesis “Incidencia de episiotomía en primíparas con complicaciones, en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de setiembre – octubre 2017”, estudio no experimental, transversal, retrospectiva en 60 pacientes a quienes se les practicó episiotomía medio lateral, los resultados obtenidos fueron los siguientes: 55.6% de prevalencia en gestantes primerizas, en multíparas 23.3%; las complicaciones halladas fueron: el 57.1% infecciones de la herida, 21.4% hematomas, 14.3% dehiscencia y el 7.2% dolor crónico, las complicaciones según ponderado fetal, el 21.4% se presentó en los recién nacidos con bajo peso, el 35.7% en los normo pesos y el 42.9% en los recién nacidos con sobre peso.

Ávila (14), en un trabajo Académico “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de enero – junio 2015”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales, en 81 primíparas, en el 65.4% de ellas se realizó episiotomía,

Jiang, et al (15), en un artículo de revisión sistemática “Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal”, hicieron esta revisión con el objetivo de evaluar los efectos sobre la madre y el recién nacido de una política de episiotomía selectiva, comparada con una política de episiotomía sistemática para los partos vaginales; se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto en setiembre del 2016 y en las listas de referencias de los estudios recuperados, ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararan el uso de episiotomía selectiva versus sistemática, en incluye 12 estudios (6177 mujeres), las diversa pruebas han arrojado

bajo confiabilidad con respecto al traumatismo perineal/vaginal grave, pérdida de sangre al momento del parto e infecciones perineales; en cuanto a la puntuación de Apgar menor de siete a los cinco minutos de los neonatos, se encuentra que ambas políticas de episiotomía tienen poco o ningún efecto en cuatro pruebas de confiabilidad moderada. Los autores concluyen que las políticas de episiotomía selectiva dan lugar a menos mujeres con trauma perineal/vaginal grave, la creencia de que la episiotomía sistemática reduce el traumatismo perineal/vaginal no es justificada por las pruebas actuales.

2.2. BASES TEÓRICAS

Para hacer el presente trabajo nos basamos en las **recomendaciones de la OMS que hizo en el año 1996**, en él cuestiona y propone procedimientos que se usan en la atención de parto; dentro de la segunda fase, referido al cuidado del periné y sobre los desgarros y la episiotomía, hace mención de que “el uso liberal de la episiotomía se asocia con índices más altos de daño perineal y cifras más bajas de mujeres con periné intacto”, esta afirmación hace basándose en un estudio en 56,471 partos atendidos por matronas, realizado por Pel and Heres en 1995, donde encuentra más desgarro en mujeres con episiotomía media lateral (1.2%) frente a los que no se les realizó (0.4 %), además comunica que no hay evidencia que la episiotomía tenga efecto en la salud del feto; en conclusión, aclara que “no existe ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero sí la hay en lo referente a que ésta puede producir daños”, pero se aconseja el uso restringido alcanzando en condiciones ideales el 10% y sin producir daño en la madre y el niño (16). Así mismo revisiones sistemáticas actuales como los de Jiang, et al (15), encuentra que la episiotomía de rutina no contribuye a mantener intacto el piso pélvico, como creen los médicos que atienden parto; por todo lo mencionado y reportados en los estudios precedentes, la política a

aplicarse en todos los nosocomios que atienden parto debe ser episiotomía restringida.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1 Episiotomía

Es un procedimiento quirúrgico, que consiste en realizar una incisión a nivel del periné, con el objetivo de facilitar el pasaje de cabeza fetal, que se realiza con una tijera de mayo curvo, el término más adecuado para referirse a esta incisión debe ser perineotomía (17).

2.3.2 Tipos de episiotomía

Episiotomía media o mediana

Incisión que se realiza en la parte central del periné de la horquilla vaginal hacia el recto (18), se realiza sobre el rafe ano – vulvar, respetando los músculos elevadores, para la escuela anglosajona es la más recomendada, siempre en cuando no haya riesgo de un desgarro de III o IV grado (19).

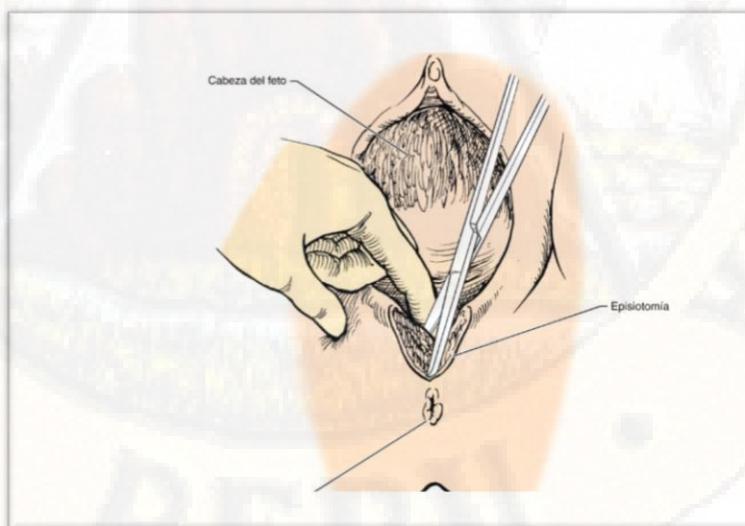


FIGURA N° 1: Episiotomía Medio o mediana

Fuente: Extraído del libro Obstetricia embarazos de riesgo y normales (18).

Episiotomía medio lateral

Es la incisión que inicia en la horquilla central de la vulva y se dirige hacia afuera y abajo alejándose del recto formando un ángulo de 45 a 60 grados en razón a la línea central del periné, cuando se realiza este tipo de incisión se secciona el músculo constrictor vulvar, el músculo bulbocavernoso y haces del músculo transverso superficial del periné, incluida en su totalidad la fascia pubo-rectal del elevador del ano, la tasa de desgarros de III y IV son menor al 1% (19).

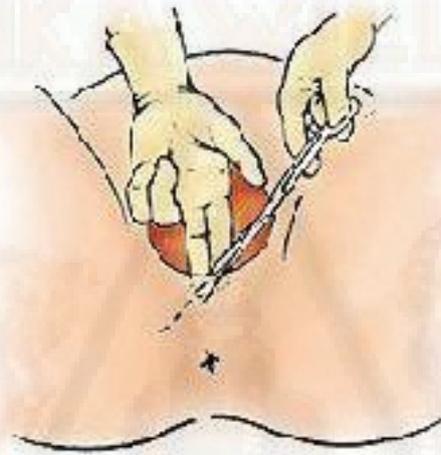


FIGURA Nº 2: Episiotomía Medio Lateral

Fuente: Extraído del blog “El parto es nuestro” (20)

Episiotomía lateral

Este tipo de episiotomía inicia su incisión un poco alejado de la horquilla central y se aleja más del ano, es usada con menos frecuencia. Se secciona haces del músculo bulbo cavernoso, actualmente está en desuso (19).

De los tres tipos de episiotomía la más usada es la media lateral, tiene la ventaja de que es rara que pueda extenderse con un

desgarro, la episiotomía mediana es la de mejor evolución, la desventaja es que tiene más desgarros de III y IV grado.

Procedimiento:

El momento en el que se hace, cobra vital importancia para que pueda alcanzar el objetivo, la mayoría de los profesionales lo realizan cuando la cabeza fetal está coronando, (cabeza fetal se visualiza en el introito vaginal de 3 a 4 centímetros de diámetro) (17), es el momento en que debe incidirse en el periné; su reparación se denomina episiorrafia, procedimiento que se realiza después de haber terminado con la atención del parto, después del alumbramiento y una vez que estemos seguros de que no habrá más manipulación a nivel de la zona perineal. Hay diversas técnicas lo importante es que quede bien afrontado, sin sobrecargar puntos innecesarios se usa anestesia local con xilocaina al 2% y aguja curva, catgut crómico 3 – 00, en la práctica se visto suturar con 2 – 00, aunque en 1989 Grant recomendó el uso de un derivado del ácido poliglicólico (17). Se administra un analgésico, requiere de control al tercer día, el catgut es un hilo reabsorbible, al séptimo día debe estar muy bien afrontado; es importante recomendar higiene y mantener fresca y seca la zona para una mejor evolución.

2.3.3 Criterios para realizar episiotomía

Las indicaciones para realizarla, se limitarían a aquellas situaciones en las que se produzca un riesgo de pérdida del bienestar fetal, un parto vaginal complicado y en aquellos casos en que existan cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores o mal curados.

2.3.4 Complicaciones post episiotomía

Son diversos están sustentados en estudios científicos, van desde una alteración física hasta mental de la madre, Cabero y Saldivar (19), presente el siguiente listado de complicaciones.

Ampliación incontrolada de la episiotomía.

Desgarros perineales del esfínter anal (3º grado) o mucosa rectal (4º grado).

Hemorragia y hematomas.

Dolor y edema.

Infección y dehiscencia.

Fascitis necrotizante.

Dispareunia.

Disfunción sexual.

Resultados anatómicos insatisfactorios.

Disfunción del suelo pélvico.

Endometriomas, fistulas y quistes

2.3.5 Desgarros o laceraciones del conducto de parto

Es uno de los accidentes más frecuentes que ocurre durante el periodo expulsivo, afecta: vagina, vulva y periné, cuando es muy extensa afecta el esfínter anal y puede llegar a la mucosa rectal, de acuerdo a su extensión y las estructuras anatómicas que se afecta, se clasifican en cuatro grados

Las siguientes imágenes pueden esquematizarnos mejor

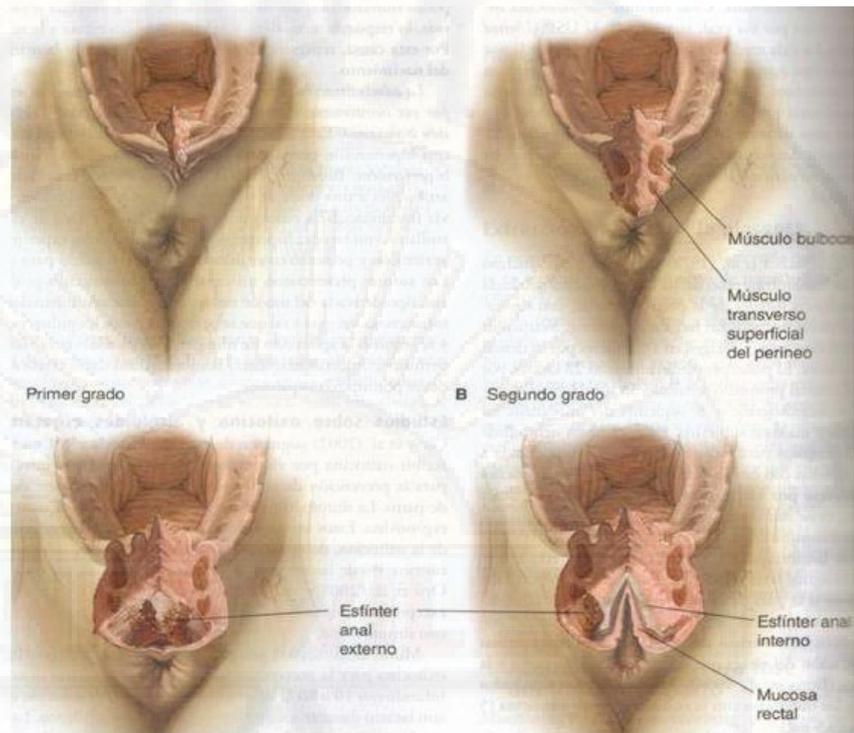


Figura N° 3 grados de desgarro perineal

Fuente: extraído de SlidePlayer, ppt de Alvares M (21).

Tabla 1. Clasificación de desgarros perineales

1° grado	Lesión de piel perineal		
2° grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3° grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50% grosor
		3b	Lesión del esfínter externo >50% grosor
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4° grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Fuente: extraído de protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico del Hospital San Joan Déu; Clínica Barcelona Hospital Universitaria (22)

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal (22).

En este cuadro no se considera las lesiones de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, se debe de tener en cuenta en la exploración diagnóstica y de estar frente a esta eventualidad, es importante reparar correctamente, de lo contrario puede condicionar complicaciones como fístulas recto-vaginales (22).

Reparación de desgarros de primer y segundo grado

En la guía nacional del Perú no es tan específico como en el protocolo de lesiones perineales de origen obstétrico, con el que cuenta un hospital de Barcelona, el cual ponemos a consideración:

En la sutura de cualquiera de ellos será importante una buena iluminación y visualización del campo, una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

Sutura de mucosa vaginal: 1. Material de sutura: Vicryl rapid "Safil quick" 2/0. 2. Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo. 3. Realizar una sutura continua des del ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.

Sutura de músculos perineales: 1. Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos. 2. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o Vicryl 2/0 convencional. 3. Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se objetiva por la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor

identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que la sutura del mismo es difícil. Pueden buscarse los cabos mediante pinzas atraumáticas (tipo Foester o Allis) e intentar unirse mediante puntos sueltos. Al reconstruir el músculo elevador del ano, el tejido muscular queda superpuesto de nuevo sobre la grasa. Si no se localizan los extremos, la sutura puede no ser posible y no se recomienda dar puntos a ciegas. Sí se recomienda registrar la sospecha de lesión en el informe de partos. Sutura de piel: La piel debe quedar correctamente aproximada, pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Por este motivo se aceptan 2 opciones: - Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel. - Puntos sueltos en piel de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, evitando la tensión de los mismos (22).

Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado

La identificación del grado de lesión debe de ser en forma sistemática, para el cual se hará un tacto rectal con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento agudo. Estas fibras son responsables del 75% del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado, esta porción externa está formado por fibras de musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del

esfínter interno, están consideradas como contaminadas, hay que tener en cuenta las medidas de asepsia realizando lavados si es necesario y colocando campos limpios y estériles; buscar en la paciente una buena relajación y analgesia de la zona, para poder suturar correctamente; administrar una profilaxis antibiótica: dosis única de cefalosporina de 2ª o 3ª generación ev o im antes de suturar, cefoxitina 1g, ceftriaxona 1g, cefuroxima, En pacientes alérgicas a β -lactámicos, administrar una dosis de Gentamicina 240mg ev + Metronidazol 500mg ev. Según el grado de desgarró, esta pauta se completará con un tratamiento antibiótico más prolongado (5-10 días) (22).

Para la sutura de lesiones de esfínter se dispondrá en sala de partos de un kit específico con todo el instrumental necesario para su valoración; la valoración y reparación de lesiones de III-IV grado será realizada por un médico, con participación activa del miembro entrenado; analgesia adecuada y relajación - Iluminación adecuada del campo - Profilaxis antibiótica, Materiales necesarios: - Pinza sin dientes, pinzas tipo Allis, tijeras Metzenbaum, tijeras Mayo, porta agujas corto, suturas, para reparar el esfínter anal: PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional (end-to-end o overlap), Mucosa rectal: Vicryl 3/0 convencional o PDS 3/0 submucosa continua o puntos sueltos. la sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no rapid) como primera elección, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal, evitar alcanzar la luz del canal anal; sutura de esfínter: las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción, con los

fijadores Allis puede ayudarse para identificar y aislar los extremos (22).

Técnica de reparación del esfínter interno y externo: Cuando se identifica la lesión del esfínter interno se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional; en el esfínter externo: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: overlap o bien end-to-end utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura (Figura 1); la sutura de mucosa vaginal, músculos perineales, y piel se realizará según las indicaciones anteriormente descritas (22).

Es importante la cobertura de antibiótico; además tener en cuenta que la aplicación incorrecta de las técnicas puede dejar secuelas como dolor perineal crónico, la dispareunia, incontinencia urinaria y fecal (22).

Seguimiento post natal

Debemos estar atentos a la evolución priorizando a los de III y IV grado, a este grupo debe hacerse un seguimiento específico, visita de cuarentena con médico de referencia, citar visita específica en el dispensario de piso pélvico, esta visita incluyen: o Valoración de síntomas ano-rectales y otros síntomas uroginecológicos, mediante un interrogatorio abierto y entrega de cuestionarios de síntomas específicos (Test Wexner para incontinencia fecal, ICIQ-UI-SF para incontinencia urinaria, disponibles, en caso que este test arroje alguna sintomatología positiva se solicitará la ecografía urogenital a los tres meses del parto, en caso contrario se programa a los seis meses posparto, para valorar lesión residual del esfínter anal (22).

Recomendación de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos, asistir a programas de biofeedback supervisado en casos seleccionados y en pacientes con testing muscular muy bajo (Oxford 0/1) o no respuesta al biofeedback, se derivará a rehabilitación del suelo pélvico (22).

Prevención primaria de la incontinencia anal

Debe tenerse en cuenta los factores de riesgo para lesiones de esfínter de origen obstétrico incluyen: macrosoma (peso > 4000g), inducción del parto, analgesia epidural, 2º estadio del parto prolongado, variedad occipito-posterior, parto instrumentado (fórceps > vaccum), distocia de hombros, episiotomía media; frente a todo lo mencionado se recomienda episiotomía restrictiva medio-lateral, con un ángulo suficiente (entre 45-60º de la línea media), que permita el alejamiento del esfínter anal; Protección adecuada del periné, "hands on", basada en el enlentecimiento de la fase final del periodo expulsivo del parto, y en lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones (22).

2.3.6 Prevención de desgarros

Existen diversos métodos para evitar los desgarros a nivel del periné, algunos tienen el objetivo de fortalecer el periné y otros controlar la fuerza de expulsión con que sale el feto:

El masaje perineal se puede considerar como un método preventivo para proteger el periné de las injurias que sufre al momento del parto (23).

Cuando la cabeza esté coronando (espinas +4), asociado al pujo materno, se toma la decisión de practicar o no la episiotomía y se protege el periné durante la expulsión de la cabeza con

ambas manos. Se coloca una compresa entre el recto y la horquilla vulvar para hacer presión con los dedos hacia arriba y adentro en el área perineal correspondiente al mentón fetal, mientras que con la otra mano se coloca una segunda compresa en la parte superior de la vulva, haciendo presión hacia abajo con los dedos para evitar desgarros y a la vez empujar el occipucio hacia abajo y afuera. Esta maniobra favorece la flexión de la cabeza, facilita su salida y evita la expulsión violenta que puede ocasionar desgarros perineales y hemorragia fetal intracraneal por la descompresión brusca (24).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Perfil clínico de las mujeres con episiotomía

Condiciones físicas de la parturienta, que fue sometida a episiotomía incluye antecedentes, situación obstétrica durante el embarazo y parto, especialmente el expulsivo.

Episiotomía

Incisión a nivel del periné, con el objetivo de facilitar el pasaje de la cabeza fetal, que se realiza con una tijera de mayo curvo.

Perfil clínico

Condiciones físicas de la parturienta, incluye antecedentes, situación obstétrica durante el embarazo y parto, especialmente el expulsivo.

2.5. HIPÓTESIS

Al ser un trabajo descriptivo, se tomó la decisión de no plantear hipótesis.

2.6. VARIABLE

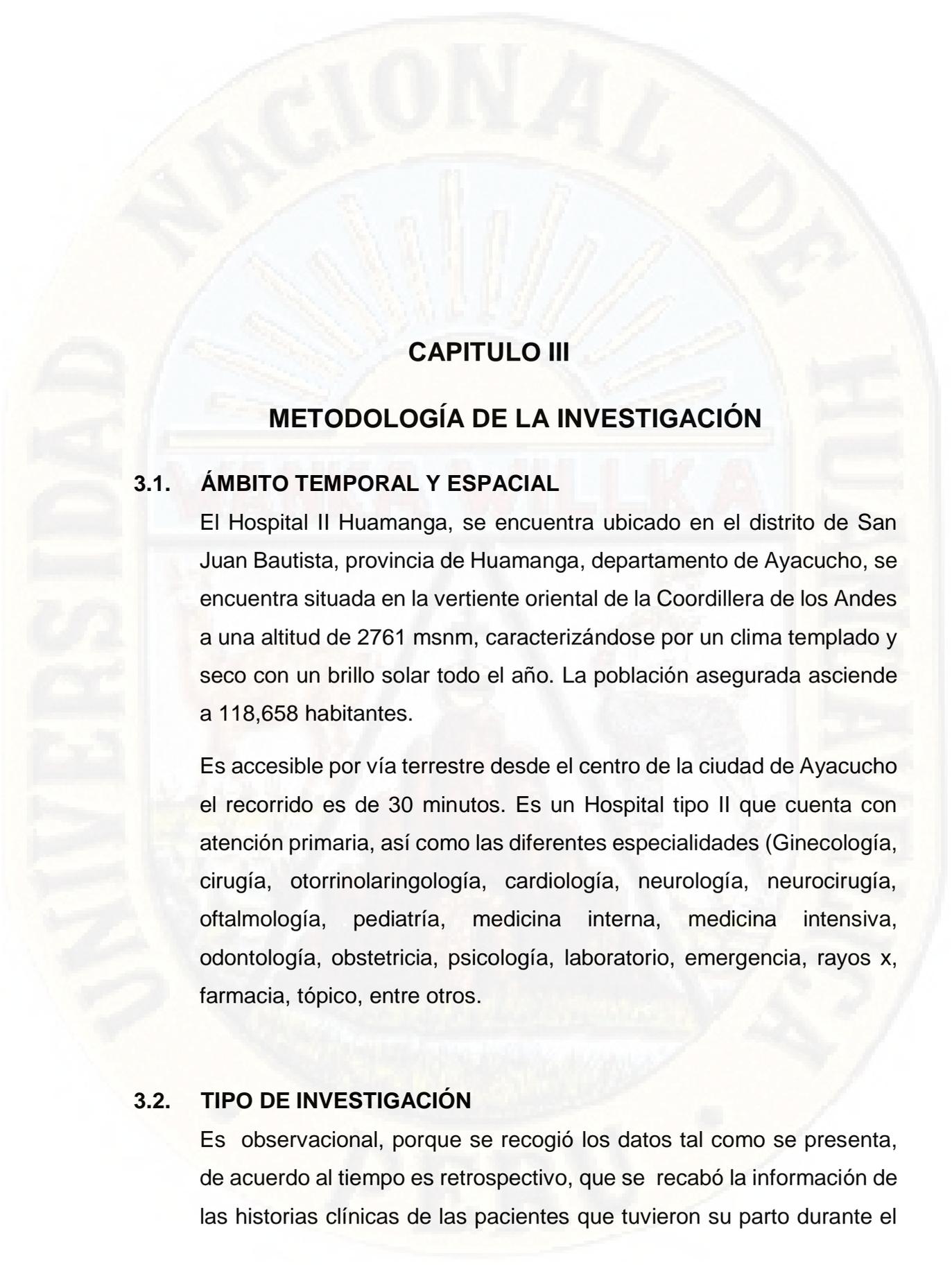
Perfil clínico de las mujeres con episiotomía.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE:

Perfil clínico de las mujeres con episiotomía

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEM	VALOR	Tipo de variable		
Perfil clínico de las mujeres con episiotomía.	Características del embarazo, parto y en especial del periodo expulsivo en relación a la madre.	Son las características de las mujeres objeto de estudio que se toma en cuenta los antecedentes ginecológicos, obstétricos, de la evolución del embarazo y en especial del periodo expulsivo..	Edad	Edad de la usuaria al momento del parto	Numérico	Discreta		
			Antecedente genitourinario	Cirugía pélvica	Numérica	Discreta		
				Infección urinaria				
				ITS				
				Aborto				
			Antecedentes obstétricos	Nº de embarazos				
				Nº de partos				
				Nº de parto gemelar				
				Nº de parto pretérmino				
				Peso de R.N. menor a 2500				
				Peso de R.N. mayor a 4000				
				Cesárea				
				Desgarro de periné				
				Talla menor a 145				
			Parto prolongado					
			Antecedentes de Episiotomía (solo para multiparas)	NO (0)			Numérica	Discreta
				Nº de episiotomías				
Datos del parto en estudio: patologías registradas en la hoja de ingreso y/o evolución	Preeclampsia	Categoría	Nominal					
	Eclampsia							
	hipertensión arterial							
	Hemorragias intraparto							
Complicaciones en el periodo expulsivo	Presentación pelviana	Categoría	Nominal					
	Presentación de vértice: posterior o transversa derecha							
	Deflexiones							
	Sangrado vaginal							
	Expulsivo prolongado							
	Distocia de hombros							
Evaluación del periné	No	Categoría	Nominal					
	Si, tipo de periné							
	No	Categoría						

			Se realizó episiotomía	Si		Nominal
			Criterio clínico por el que se realizó episiotomía	No	Categoría	Nominal
				Si ¿cuál fue el criterio?		
			Desgarro	No	Categoría	Nominal
				Si: ¿qué grado de desgarro fue? I, II, III, IV grado.		
			Complicaciones de la episiorrafia	Dehiscencia	Categoría	Nominal
				Infección		
				Otros; especifique		



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

El Hospital II Huamanga, se encuentra ubicado en el distrito de San Juan Bautista, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho, se encuentra situada en la vertiente oriental de la Cordillera de los Andes a una altitud de 2761 msnm, caracterizándose por un clima templado y seco con un brillo solar todo el año. La población asegurada asciende a 118,658 habitantes.

Es accesible por vía terrestre desde el centro de la ciudad de Ayacucho el recorrido es de 30 minutos. Es un Hospital tipo II que cuenta con atención primaria, así como las diferentes especialidades (Ginecología, cirugía, otorrinolaringología, cardiología, neurología, neurocirugía, oftalmología, pediatría, medicina interna, medicina intensiva, odontología, obstetricia, psicología, laboratorio, emergencia, rayos x, farmacia, tópico, entre otros.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es observacional, porque se recogió los datos tal como se presenta, de acuerdo al tiempo es retrospectivo, que se recabó la información de las historias clínicas de las pacientes que tuvieron su parto durante el

periodo de estudio, y es transversal por que se recabó los datos en un solo momento (26).

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

En la investigación se describe el comportamiento de la variable, perfil clínico de las mujeres que fueron sometidas a una episiotomía, sin modificar en absoluto el comportamiento de la misma (26).

3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población: Para tener un análisis completo se trabajó con gestantes que terminaron en parto entre enero a junio del año 2019, en el servicio de obstetricia teniendo un total de 260 partos vaginales.

Muestra de estudio o tamaño muestra: se ha realizado el análisis documentario de todos los partos ocurridos de enero a junio del 2019 ascendiendo a 260. Quiere decir que se empleó la muestra censal

3.5. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

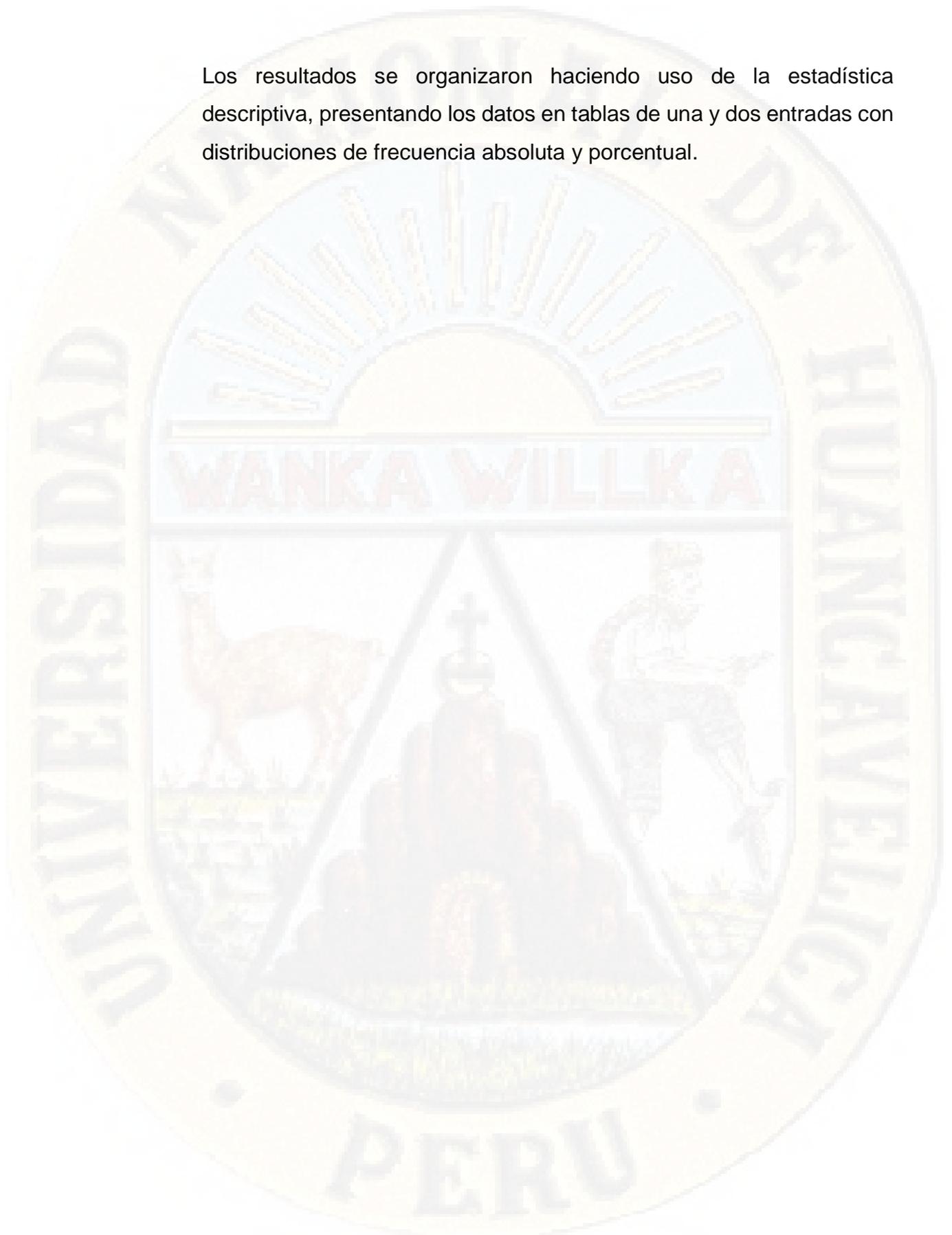
Para identificar el perfil clínico de las mujeres que fueron sometidos a episiotomía se revisó el cuaderno de partos, las historias clínicas de los partos atendidos en el Hospital. Se usó como instrumento la ficha de revisión documentaria, y la técnica empleada fue análisis documentario; cada ficha pasó por un control de calidad, antes de ingresar la información a una base de datos.

3.6. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recabados, se ordenaron en una base de datos, haciendo uso de una hoja de cálculo Microsoft Excel.

Para el análisis estadístico se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010.

Los resultados se organizaron haciendo uso de la estadística descriptiva, presentando los datos en tablas de una y dos entradas con distribuciones de frecuencia absoluta y porcentual.





CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

En el presente trabajo se ha revisado diversos datos al respecto y muchos de ellos no fueron posible recabarlos porque no se encontró en las historias clínicas, como los antecedentes de episiotomía, criterio clínico y las complicaciones de la episiorrafia, este último porque el control puerperal las mujeres lo hacen en sus establecimientos de origen.

El análisis estadístico se realiza en función a los 260 partos vaginales ocurridos de enero a junio del 2019, lo que presentamos en las siguientes tablas:

Tabla 01: Antecedentes genitourinarios en mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.

Antecedentes Genito-urinaros	Con episiotomía		Sin episiotomía		TOTAL	
	n°	%	n°	%	N°	%
Infección Urinaria	5	5.62	36	21.05	41	15.77
ITS	4	4.49	18	10.53	22	8.46
Sin antecedentes	80	89.89	117	68.42	197	75.77
TOTAL	89	34.23	171	65.77	260	100

Fuente: Ficha de revisión documental de la investigación “Perfil Clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga EsSalud de enero a junio -2019.

Los antecedentes genitourinarios en las mujeres con episiotomía (89) se presenta con menor frecuencia frente a los que no se les hizo episiotomía (171); infección urinaria 5,62% e ITS 4.49%, frente a 21.05% y 10.53% respectivamente; de toda la población se tuvo 15.77% que tuvo ITU y el 8.46% ITS.

Tabla 02: Condiciones obstétricas de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.

Condiciones Obstétricas	Con episiotomía		Sin episiotomía		TOTAL	
	n = 89		n = 171		N = 260	
	n°	%	n°	%	N°	%
Nº de Partos						
Primípara	53	72.60	20	27.40	73	28.08
Segundípara	32	30.77	72	69.23	104	40.00
Múltipara (3 partos)	4	5.26	72	94.74	76	29.23
Gran múltipara (4 a más)	0	0.00	7	100.00	7	2.69
Nº de Abortos						
Sin aborto	58	33.92	113	66.08	171	65.77
Uno	29	37.18	49	62.82	78	30.00
Dos	2	20.00	8	80.00	10	3.85
Tres	0	0.00	1	100.00	1	0.38
Antecedentes						
Parto prolongado	1	50.00	1	50.00	2	0.77
Parto pretérmino	2	40.00	3	60.00	5	1.92
Peso de RN menor a 2500 gr.	1	50.00	1	50.00	2	0.77
Peso del RN ≥ 4000 gr.	2	66.67	1	33.33	3	1.15
Parto por Cesárea	9	56.25	7	43.75	16	6.15

Fuente: Ficha de revisión documentario de la investigación “Perfil Clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga EsSalud de enero a junio -2019.

Del total de primíparas (73) el 72.60% fueron sometidas a episiotomía y de las segundíparas (104) el 30.77% en las múltiparas(76) solo el 5.26%, no se realizó episiotomía a las gran múltiparas, en cuanto al número de abortos se tuvo menos frecuencia en el grupo con episiotomía; los antecedentes obstétricos identificados en la historia clínica fueron pocos y tuvo un comportamiento similar.

Tabla 03: Patologías diagnosticadas en mujeres sometidas a episiotomía al ingreso al Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.

Patologías diagnosticadas al ingreso	Con episiotomía		Sin episiotomía		TOTAL	
	n = 89		n = 171		N = 260	
	n°	%	n°	%	N°	%
Preeclampsia	3	3.37	10	5.85	13	5.00
Eclampsia	0	0.00	1	0.58	1	0.38
Hipertensión arterial	6	6.74	17	9.94	23	8.85
Hemorragias en trabajo de parto	2	2.25	3	1.75	5	1.92
TOTAL	11	12.36	31	18.13	42	16.15

Fuente: Ficha de revisión documental de la investigación "Perfil Clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga EsSalud de enero a junio -2019.

Las principales patologías identificadas al ingreso en trabajo de parto fueron: hipertensión arterial 8.85%, preeclampsia 5%, hemorragia 1.92%, presentándose ligeramente más en el grupo sin episiotomía 18.13% y el grupo con episiotomía 12.36%.

Tabla 04: Complicaciones que ameritan episiotomía en el periodo expulsivo en mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.

Complicaciones del expulsivo	Con episiotomía		Sin episiotomía		TOTAL	
	n = 89		n = 171		N = 260	
	n°	%	n°	%	N°	%
Presentación de vértice: posterior o transversa derecha	1	1.12	2	1.17	3	1.15
Deflexiones: bregma, frente, cara	3	3.37	0	0.00	3	1.15
Sangrado vaginal	2	2.25	2	1.17	4	1.54
Expulsivo prolongado	0	0.00	3	1.75	3	1.15
Distocia de hombros	0	0.00	2	1.17	2	0.77
TOTAL	6	6.74	9	5.26	15	5.77

Fuente: Ficha de revisión documental de la investigación "Perfil Clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga EsSalud de enero a junio -2019.

Se encontró como complicaciones la presentación de vértice posterior que se presentó en frecuencia similar en ambos grupos. 1.12% en el grupo con episiotomía y 1.17% en el grupo sin episiotomía, sangrado vaginal 2.25% en los que se le realizó episiotomía y 1.17% en los que no se hizo episiotomía, también en este grupo se observó tres casos de expulsivo prolongado, dos casos de distocia de hombros. En total el 5.77% de los partos se complicó en este periodo.

Tabla 05: Desgarro perineal en los partos atendidos en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.

Desgarros	Con episiotomía		Sin episiotomía		TOTAL	
	n = 89		n = 171		N = 260	
	n°	%	n°	%	N°	%
Primer grado	5	5.62	86	50.29	91	35.00
Segundo grado	1	1.12	3	1.75	4	1.54
Tercer Grado	3	3.37	1	0.58	4	1.54
Cuarto grado	1	1.12	0	0.00	1	0.38
TOTAL	10	11.24	90	52.63	100	38.46

Fuente: Ficha de revisión documentario de la investigación “Perfil Clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga EsSalud de enero a junio -2019.

En los partos con episiotomía (89), se tuvo 11.24% de desgarro, correspondiendo 5.62% al de primer grado, 1.12% de segundo grado y 3.37% de tercer grado y un 1.12% de cuarto grado; en el grupo de partos sin episiotomía predominó el desgarro de primer grado en el 50.29%, 1.75% de segundo grado y 0.58% de tercer grado y no se tuvo ningún desgarro de cuarto grado.

Tabla 06: Estado del periné después de un parto vaginal en el Hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019.

Estado del periné	N°	%
Desgarros	90	35
Episiotomías	89	34
Episiotomías mas desgarros	10	4
Periné intacto	71	27
TOTAL	260	100

Fuente: Ficha de revisión documentario de la investigación “Perfil Clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga EsSalud de enero a junio -2019.

En la tabla se observa, 35% de partos con desgarro, 34% de partos con episiotomía, y 4% de episiotomía más desgarros, por tanto, se tuvo 27% de mujeres con periné intacto.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La episiotomía es una cirugía menor muy útil y beneficiosa, cuando es aplicado en situaciones que amerite, la proporción no debe de exceder el 30% y lo ideal sería alrededor del 10% (4); queda claro que no es un método que previene el traumatismo perineal/vaginal, ya que la misma constituye un trauma en la zona (15).

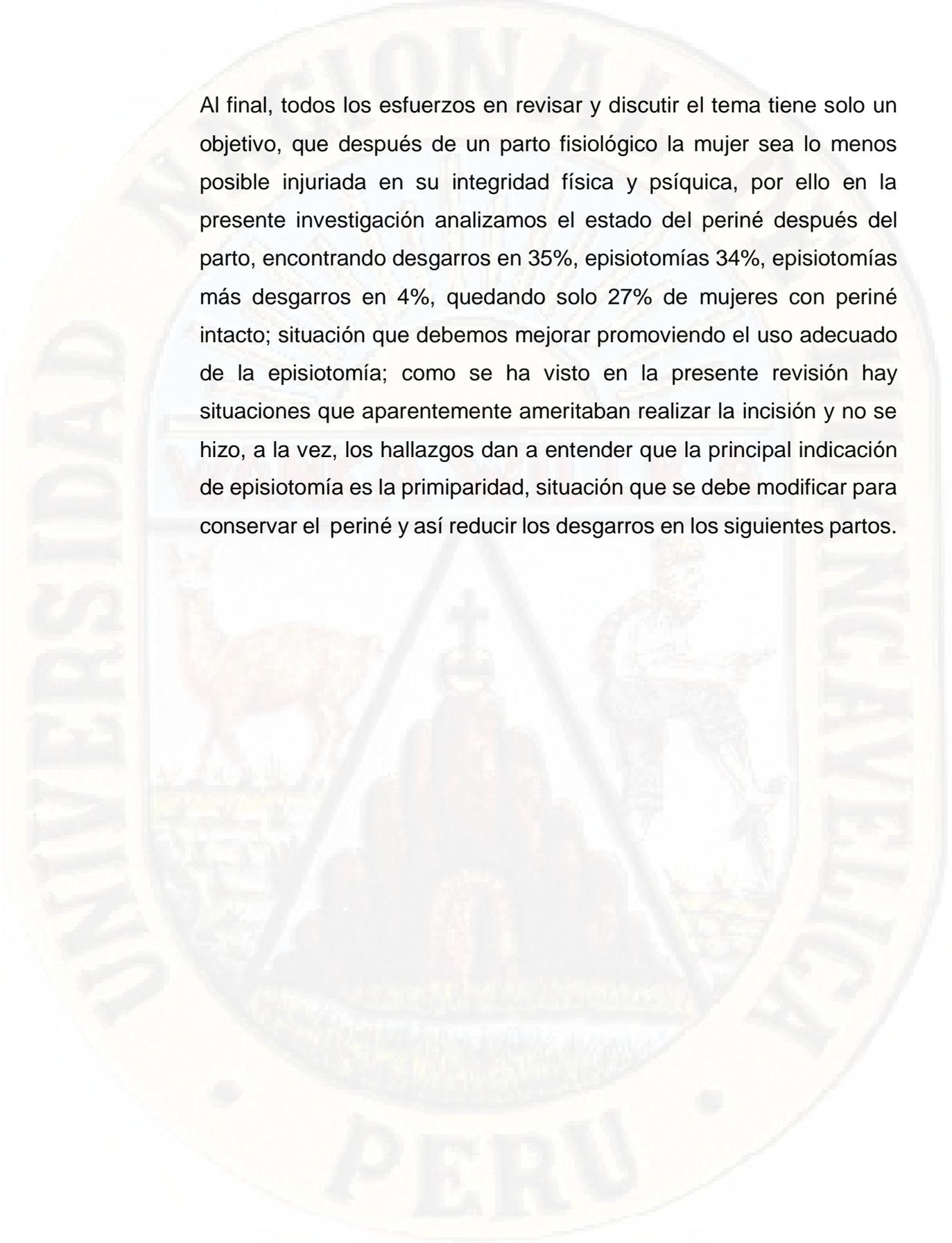
En el presente estudio se revisó los antecedentes genitourinarios más comunes, como la ITU y la ITS, encontrando mayor proporción en el grupo de los partos sin episiotomía, en el estudio se tomó en cuenta estas patologías, por ser un proceso infeccioso en la zona, que puede debilitar la resistencia de los tejidos, los resultados nos indica que aparentemente estas patologías no repercuten en la realización episiotomía. Aspecto que no ha sido estudiado por otros autores.

Las primíparas en un 72.60% fueron sometidas a episiotomía lo que nos da a entender que aun la primiparidad sigue siendo una condición para realizar episiotomía, esta proporción es similar a los hallados por Marques (10) quien reporta 83.7%, y superior a los de Orjuela et al (12), quienes encuentran un 48.13%, Cuba (7) 63.4%, en un hospital de Colombia, Cajo (8) reporta 55.6% y Ávila (14) 65.4%, en las multíparas fue 36%, a mayor número de hijos la proporción de episiotomía va disminuyendo, no haciéndose a las gran multíparas, mientras Orjuela et al (12), reporta en mayor proporción (51.86%) y Cajo (8) encuentra cifras inferiores al estudio (23.3%), el aborto parece no tener injerencia en la realización de la episiotomía, se encontró antecedentes obstétricos relacionados con la ejecución de la episiotomía, los cuales se encontraron en mayor proporción en el grupo sin episiotomía.

En el 16.15% de las mujeres que ingresaron en trabajo de parto se diagnosticó las siguientes patologías: preeclampsia, eclampsia, hipertensión arterial, hemorragia; a pesar de ser patologías que se debe de acelerar el parto para no poner en riesgo la salud del perinato se tiene mayor proporción de las complicaciones mencionadas en el grupo de los que no se hizo episiotomía.

Las complicaciones en el periodo expulsivo que ameritan episiotomía como alteraciones de la presentación de vértice, las deflexiones, sangrado vaginal, expulsivo prolongado, distocia de hombros, se encontró en proporciones similares en ambos grupos, lo que quiere decir que no se está tomando en cuenta estas situaciones para poder tomar la decisión de realizar la episiotomía. Por otro lado Silva, et al (9) encontraron las condiciones del periné rígido, corto, y riesgo de laceración severa para realizar episiotomía, mientras en nuestro estudio no se contó con estos datos en la historia clínica.

Una de las complicaciones del periodo expulsivo son las laceraciones del periné, que antes se creía que haciendo episiotomía se podía prevenir, lo que se desmintió con investigaciones hechas por los años 1983, y revisiones sistemáticas actuales (15); en nuestra investigación encontramos mayormente los de primer grado en el 35% de los partos atendidos, en el grupo de partos sin episiotomía se produjeron en el 52.63%, frente al 11.24% de las que tuvieron episiotomía, similar al identificado por Cuba (7), que reporta 36.2% en un hospital de Cajamarca, en el grupo con episiotomía se encontraron desgarros de segundo grado en 1.12%, 3.37% de tercer grado y 1.12% de cuarto grado; mientras, en el grupo sin episiotomía se tuvo desgarros de segundo grado en el 1.75% y tercero 0.58% no encontrando desgarros de cuarto grado en este grupo, el cual concuerda con Camacho, et al (2) quien afirma que existe evidencia que la realización de episiotomía sistemática no previene los traumatismos en el periné.



Al final, todos los esfuerzos en revisar y discutir el tema tiene solo un objetivo, que después de un parto fisiológico la mujer sea lo menos posible injuriada en su integridad física y psíquica, por ello en la presente investigación analizamos el estado del periné después del parto, encontrando desgarros en 35%, episiotomías 34%, episiotomías más desgarros en 4%, quedando solo 27% de mujeres con periné intacto; situación que debemos mejorar promoviendo el uso adecuado de la episiotomía; como se ha visto en la presente revisión hay situaciones que aparentemente ameritaban realizar la incisión y no se hizo, a la vez, los hallazgos dan a entender que la principal indicación de episiotomía es la primiparidad, situación que se debe modificar para conservar el periné y así reducir los desgarros en los siguientes partos.

CONCLUSIONES

1. Los antecedentes genitourinarios de ITU y ITS se presentaron en mayor proporción en el grupo sin episiotomía.
2. La primiparidad parece ser una condición para realizar episiotomía se reporta 72.60%, frente al 36% en las multíparas, el antecedente de aborto se presentó en mayor proporción en el grupo sin episiotomía frente a los que tuvieron episiotomía y los antecedentes obstétricos se mostraron similar en los grupos.
3. El 16.15% presentaron al ingreso las siguientes patologías: preeclampsia, eclampsia, hipertensión arterial, hemorragia, los cuales se encontraron en mayor proporción en el grupo de partos sin episiotomía.
4. Las complicaciones presentadas en el periodo expulsivo fueron: alteración de la presentación de vértice, deflexiones, sangrado vaginal, expulsivo prolongado, distocia de hombros, que se presentó similar en ambos grupos.
5. El desgarró de primer grado se presentó mayormente en el grupo sin episiotomía, mientras del segundo al cuarto grado se mostró ligeramente incrementado en el grupo con episiotomía.
6. Del total de partos se encontró 35% con desgarró, 34% con episiotomía, 4% con episiotomía más desgarró, quedando un 27% con periné íntegro.
7. El perfil clínico que resalta, es la primiparidad y las deflexiones, el resto se presenta en proporciones similares o es mayor en el grupo sin episiotomía.

RECOMENDACIONES

AI MINSA

Hacer cumplir la norma técnica de atención materna en el que plantea episiotomía restrictiva

Generar estrategias para alcanzar los porcentajes ideales del 10% de episiotomías.

AL HOSPITAL II HUAMANGA ESSALUD:

Generar un protocolo de episiotomía basado en la norma técnica de atención materna y las recomendaciones de la OMS.

Capacitar al personal de salud médico gineco-obstetra y obstetras para romper paradigmas e incorporar la episiotomía restrictiva. De tal forma se pueda brindar un manejo apropiado

AL PERSONAL DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO:

Aplicar procedimientos respaldados con evidencia científica.

Tener apertura al cambio y romper paradigmas aprendidos, por el bien de la población que servimos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Objetivos del desarrollo sostenible. boletín informativo. Ginebra: OMS, Salud y Bienestar; 2015. Report No.: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf.
2. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Plan estratégico. Lima: MINSA, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS; 2012. Report No.: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>.
3. Berzaín MC, Camacho LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Méd. 2014 diciembre; 17(II).
4. Bustamante S, Castillo C, Saavedra V, Schmied V. Episiotomía restrictiva en parto normal. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2007; II(2): p. 127-136.
5. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud , Departamento de investigación y salud reproductiva; 1996. Report No.: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf.
6. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2006 setiembre; LI(9).
7. Camacho F, García I, Lopez A, Abarca E. Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia). Revista Matronas. 2016 enero; IV(1).

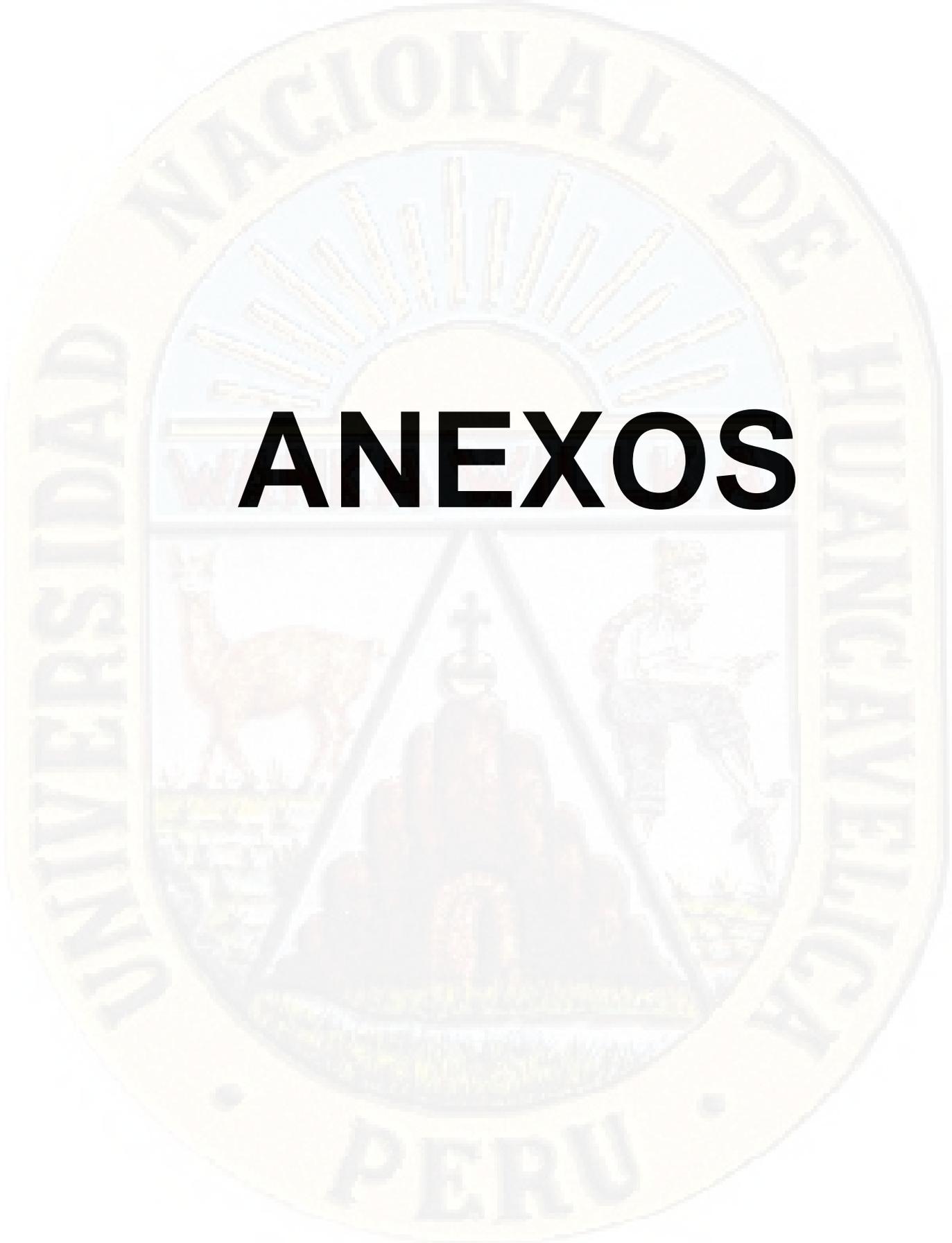
8. Gualán CA, Guanoluisa OI. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Viviente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, 2014. tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca, repositorio institucional; 2014. Report No.: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21517>.
9. Cuba KJ. Frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primiparas Hospital Regional Docente Cajamarca 2017. Tesis. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Repositorio institucional; 2018. Report No.: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2715>.
10. Cajo G. Incidencia de episiotomía en primíparas con complicaciones, en el Hospital San Juan de Dios de Pisco setiembre – octubre 2017. tesis. Ica: Universidad Alas Peruanas, Repositorio Institucional; 2018. Report No.: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6236>.
11. Silva E, Casagrande C, Westphal F, Erlach R. Práctica de episiotomía entre residentes en enfermería obstétrica. Cogitare Enfermagem. 2018; XXIII(4).
12. Marques AK, Machado K, Calciolari R, Valadares J. Práctica de la episiotomía y factores maternos y neonatales relacionados. Revista Electrónica de Enfermagen. 2010 Diciembre; XIV(4).
13. Juste A, Luque R, Sabater B, Sans E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal atendidas por matronas. Matronas Profesión. 2007; VIII(3-4).
14. Orjuela C, Rojas F, Duran MA, Beltran WF, Maya MA, Losada MM. Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo- Agosto a octubre del 2016. Rev. Med. de Risalda. 2019; XXV(1).

15. Morote ME. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto, en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en el año 2017. Tesis de grado. Lambayeque: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, repositorio de tesis; 2017. Report No.: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/6412>.
16. Ávila AC. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – junio 2015. Trabajo académico. Lima: Universidad San Martín de Porras, Repositorio Académico; 2015. Report No.: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2694>.
17. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal. Cochrane Systematic Review - Intervention. 2017 febrero; (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full/es>).
18. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. Técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva; 2016.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Obstetricia de William. veintidosava ed. Editores I, editor. Mexico: McGRAW-HILL; 2006.
20. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. Obstetricia embarazo normales y de riesgo. septima ed. editorial Gc, editor. Barcelona: Elsevier; 2017.
21. Cabero L, Saldivar D. Operaciones obstétricas. primera ed. Panamericana M, editor. Mexico: Medica Panamericana; 2010.
22. Asociación el parto es nuestro. El parto es nuestro. [Online].; 2013, from: "<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/09/13/la-episiotomia->

sistematica-una-forma-de-violencia-hacia-la-mujer"

<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/09/13/la-episiotomia-sistematica-una-forma-de-violencia-hacia-la-mujer> .

23. Álvares MP. Episiotomía y desgarros. <https://slideplayer.es/slide/118803/>.
24. Lopez M, Palacios M, Ros C, Espuña M, Anglés S, Amat LI. Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento. Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico. Barcelona: Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu-Universitat de Barcelona, Gine; 2018. Report No.: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9tri-conew.pdf>.
25. Otero M. Utilización del masaje perineal durante el embarazo para evitar la realización de episiotomías. tesis. Palma de Mallosca: Universitat de les Illes Balears, Repositorio institucional; 2019. Report No.: <http://hdl.handle.net/11201/150213>.
26. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. novena ed. Carvajal JA, editor. Santiago : ISBN N° 978-956-398-001-1; 2018.
27. DIRESA - Huancavelica. Población estimada por edades. Técnico. Huancavelica: Dirección Regional de Salud, Estadística; 2019. Report N°: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1tcgL9vWxlxIJYBDeIXhjcZtqvGNDH4q>.
28. Supo J. Seminario de Investigación Científica - metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. 2nd ed. EIRL B, editor. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2014



ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MUESTRA	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
<p>¿Cuál es el perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el hospital II Huamanga – EsSalud atendidas entre enero a junio del 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar el perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el hospital II Huamanga – EsSalud de enero a junio del 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los antecedentes génito – urinarios de las mujeres sometidas a episiotomía 2. Identificar las condiciones obstétricas de las mujeres sometidas a episiotomía. 3. Determinar las patologías diagnosticadas al ingreso al hospital en trabajo de parto. 4. Determinar complicaciones que ameritan episiotomía en el periodo expulsivo 5. Determinar la proporción de desgarros perineales 6. Determinar el estado del periné después de un parto vaginal 	<p>La investigación no lleva hipótesis.</p>	<p>VARIABLE:</p> <p>Perfil clínico de las mujeres con episiotomía</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>Está conformado por 260 partos vaginales atendidos de enero a junio del 2019</p> <p>MUESTRA Y MUESTREO.</p> <p>La muestra estará compuesta por toda la población, por lo tanto, la muestra empleada fue censal</p>	<p>ficha de revisión documental</p>	<p>Para el procesamiento y análisis de datos se usará la hoja de cálculo de Microsoft Excel.</p>

FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA

El presente registro tiene por finalidad ser un instrumento que ayude la revisión de las historias clínicas para obtener información sobre las características y criterios clínicos que motivaron realizar episiotomía en los partos atendidos.

INSTRUCCIÓN: Registre los datos solicitados, buscando minuciosamente en la historia clínica y cuaderno de parto, no deje espacios en blanco.

Número de Historia Clínica: **Código:**

1. Edad de la usuaria al momento del parto

- a) ≤ de 15 años (1)
- b) 16 a 19 años (2)
- c) 20 a 34 años (3)
- d) ≥ 35 años (4)

2. Antecedentes ginecológicos:

- a) Ninguno (1)
- b) Cirugía pélvica (2)
- e) Infección urinaria (3)
- c) ITS (4)
- d) Abortos (5)

3. Antecedentes obstétricos

- a) número de embarazos (1)
- b) número de partos (2)
- c) parto gemelar (4)
- d) parto pretérmino (5)
- e) peso de RN menor a 2500 gr. (6)
- f) peso del RN ≥ 4000 gr. (7)
- g) cesárea (8)
- h) desgarro de periné (9)
- i) talla menor a 145cm (10)
- j) parto prolongado (11)

4. Antecedentes de Episiotomía (Solo para multíparas):

- a) NO (0)
- b) SI, N° de episiotomías: 1. 2. 3, 4

Datos de los partos vaginales que se produjeron de enero a junio del año 2019:

5. Diagnóstico de patologías en la hoja de ingreso y/o evolución antes del periodo expulsivo:

- a) Preeclampsia (1) b) Eclampsia (3)
c) hipertensión arterial (2) d) Hemorragias intraparto (4)

6. Complicaciones en el expulsivo:

- a) Presentación pelviana (1)
b) Presentación de vértice: posterior o transversa derecha () (2)
c) Deflexiones: bregma () frente () cara () (3)
d) Sangrado vaginal () (4)
e) Expulsivo prolongado (> 90 minutos en primípara y > 60 minutos en múltipara) (5)
f) Distocia de hombros (6)
g) Hipoxia fetal (SFA) (7)

7. Se evaluó el periné:

- a) no (1)
b) si (2) ¿Qué tipo de periné es?.....

8. ¿Se realizó episiotomía?

- a) no (1)
b) Si (2)

9. ¿Consigna el criterio clínico por el que se realizó episiotomía?

- a) No (1)
b) Si (2) ¿Cuál fue el criterio clínico?.....
(COLOCAR EN EL EXCEL EL CRITERIO IDENTIFICADO)

10. ¿Se produjo desgarros?

- a) No (1)
b) Primer grado (2)
c) Segundo grado (3)
d) Tercer grado (4)

11. ¿Se complicó la episiorrafia?

- a) Dehiscencia (1)
b) Infecciones (2)
c) Otros (3) especifique _____