"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNA PERINATAL

PRESENTADO POR: Obsta. EUCLIDES DEVY PAJUELO ISIDRO

HUANCAVELICA – PERÚ
2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 07 días del mes de diciembre a las 11:00 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

PAJUELO ISIDRO, EUCLIDES DEVY

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares

Secretario : Dra. Lina Yubana Cárdenas Pineda

Vocal : Mg. Ada Lizbeth Larico Lopez

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGIÓN JUNIN, ENERO - JUNIO DEL 2017.

Presentado por el (la) Obstetra:

PAJUELO ISIDRO, EUCLIDES DEVY

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 583-2018 concluyendo a las 12:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ninguna

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 07 de diciembre 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
PRESIDENTE
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
P.S.E. OBSTETRICIA
Obsta. Ada Lizbeth Larico López
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. Lina Yubana Cárdenas Pineda
DOCENTE ASOCIADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

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

Obsta. Gabriela Ordoñez Ccora
COP 27047
V°B° COORDINACIÓN
V°B° SECRETARIA DOC.

ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

Al Dios por su infinito amor, quien inspiró mi espíritu para la conclusión de esta tesis.

A Mis Padres Quienes me dieron, la vida, educación, comprensión, apoyo, consejos y por estar a mi lado en este camino apoyándome siempre; a quienes les debo toda mi vida.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de lograr mis sueños y por su esfuerzo en bien de la educación.

Al director del Hospital de Pichanaki, quien me brindo todas las facilidades para el desarrollo de la presente tesis. De igual manera a las obstetras y a todo el personal de salud que laboran en el Hospital por el apoyo y las facilidades para la ejecución de la investigación.

También mi más sincero agradecimiento a todos nuestros docentes por brindarnos los últimos conocimientos que realza nuestras habilidades y destrezas que servirá para dar una atención de calidad a las usuarias con las que trabajo.

Resumen

Objetivo. Determinar las características de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017. **Método**. La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población de estudio fueron todas las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki de enero-junio del 2017, que fueron un total de 123 puérperas. La técnica utilizada fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. Se revisaron 123 historias clínicas. **Resultados.** Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, 43.1 % procedían de Pichanaki, el 64.2% procedían de Pichanaki y Ciudad Satélite. El 74.8% (92) fueron convivientes, el 23.6% (29) fueron solteras y el 1.6% (2) fueron casadas. El 1.6% (2) no tuvieron estudios, el 6.5% (8) tuvieron primaria incompleta, el 9.8% (12) tuvieron primaria completa, el 38.2% (47) tuvieron secundaria incompleta, 31.7% (39) tuvieron secundaria completa, el 7.3% (9) tuvieron superior incompleto y el 4.9% (6) tuvieron superior completa. El 69.9% (86) tuvieron 6 a más atenciones prenatales. El 30.1% (37) tuvieron cinco atenciones prenatales o menos. El promedio de edad fue de 19.5 años, el 75% tuvieron menos de 21 años. El 95.9% (118) fueron nulíparas. La edad gestacional promedio fue de 38.89 semanas, el 75% tuvieron una edad gestacional mayor a 38 semanas. El 28.5% (35) tuvieron un índice de masa corporal pregestacional (IMCP) normal, el 43.1% (53) tuvieron sobrepeso como IMCP, el 28.5% (35) tuvieron obesidad como IMCP. El 95.9% (118) tuvieron parto eutócico. La duración promedio del expulsivo fue de 14.76 minutos, el 75% tuvieron una duración del periodo expulsivo menor a 15 minutos. El peso promedio de los recién nacidos (RN) fue de 3239 gramos, el 75% de los RN tuvieron un peso mayor a 3010 gramos. El perímetro craneal promedio de los RN fue de 34.21 centímetros. **Conclusiones.** La mayoría de las madres episiotomizadas, fueron adolescentes, nulíparas, amas de casa, de estado civil conviviente, con nivel de instrucción secundaria completa o incompleta, con 6 a más atenciones prenatales, parto eutócico con periodo expulsivo reducido, con recién nacidos de peso y perímetro craneal normal. Las episiotomías realizadas corresponderían a procedimientos de rutina.

Palabras clave: características, episiotomizadas, episiotomías, puérperas, gestantes.

Abstract

Objective. To determine the characteristics of the puerperal women with episiotomies treated in the Pichanaki Hospital, Junín region, January-June 2017. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional, descriptive. The method was inductive, simple descriptive design. The study population was all the puerperal women with episiotomies treated at the Pichanaki Hospital from January-June 2017, which was a total of 123 puerperal women. The technique used was the documentary analysis; the instrument was the data collection card. 123 medical records were reviewed. **Results:** Of 100% (123) of the episiotomized patients, 43.1% came from Pichanaki, 64.2% came from Pichanaki and Ciudad Satélite. 74.8% (92) were cohabiting, 23.6% (29) were single and 1.6% (2) were married. 1.6% (2) had no studies, 6.5% (8) had incomplete primary, 9.8% (12) had complete primary, 38.2% (47) had incomplete secondary, 31.7% (39) had complete secondary, the 7.3% (9) had incomplete superior and 4.9% (6) had complete superior. 69.9% (86) had 6 to more prenatal care. 30.1% (37) had five or less prenatal care. The average age was 19.5 years, 75% were under 21 years old. 95.9% (118) were nulliparous. The average gestational age was 38.89 weeks, 75% had a gestational age greater than 38 weeks. 28.5% (35) had a normal pre-pregnancy body mass index (IMCP), 43.1% (53) were overweight as IMCP, 28.5% (35) had obesity as IMCP. 95.9% (118) had eutocic delivery. The average duration of the expulsive was 14.76 minutes, 75% had a duration of the expulsive period of less than 15 minutes. The average weight of newborns (NB) was 3239 grams, 75% of the newborns had a weight greater than 3010 grams. The average head circumference of the RN was 34.21 centimeters. **Conclusions:** The majority of the episiotomized mothers were adolescents, nulliparous, housewives, cohabiting civil status, with complete or incomplete secondary education level, with 6 more prenatal care, eutocic delivery with reduced expulsive period, with newborns of weight and normal cranial perimeter. The episiotomies performed would correspond to routine procedures.

Keywords: characteristics, episiotomized, episiotomies, puerperal, pregnant.

Índice

Dedicatoria III
Agradecimiento IV
Resumen V
Abstract VI
Índice VII
Índice de gráficos IX
Índice de tablas X
Introducción XII
CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1. Fundamentación del problema 14
1.2. Formulación del problema 16
1.3. Objetivos de la investigación 17
1.4. Justificación e importancia 17
1.5. Factibilidad de la investigación 18
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de la investigación 19
2.2. Bases teóricas 27
2.3. Definición de términos 54
2.4. Identificación de variables 55
2.5. Operacionalización de variables 56
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1. Tipo de investigación 57
3.2. Nivel de investigación 57
3.3. Métodos de investigación 57
3.4. Diseño de investigación 58
3.5. Población, muestra y muestreo 58
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 59

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 59
CAPITULO IV
RESULTADOS
4.1. Presentación e Interpretación de Datos 61
4.2. Discusión 74
Conclusiones 77
Recomendaciones 78
Referencias bibliográficas 79
Anexos:
Anexo 1: Matriz de consistencia 83
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos 86
Anexo 3: Juicio de expertos 89
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar 93

Índice de gráficos

GRAFICO 1	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	61

Índice de tablas

TABLA 1.	Ocupación de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	62
TABLA 2.	Estado civil de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	63
TABLA 3.	Nivel educativo de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	64
TABLA 4.	Atenciones prenatales de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	65
TABLA 5.	Edad de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	66
TABLA 6.	Paridad de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	67
TABLA 7.	Edad gestacional de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	68
TABLA 8.	Índice de masa corporal pregestacional de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	69

TABLA 9. Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017. 70

TABLA 10. Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017. 71

TABLA 11. Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017. 72

TABLA 12. Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017. 73

Introducción

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza para ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase de expulsión en el parto (1). Según datos obtenidos de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, la episiotomía se efectúa en el 60% de todos los partos vaginales y 90% de partos de pacientes primíparas (4). La episiotomía de rutina o el uso liberal, es muy frecuente en lugares de escasos recursos y en algunos países desarrollados. Es probable que estos últimos contribuyan a la persistencia en cuanto al uso de esta práctica también en lugares de escasos recursos, a pesar de la abrumadora evidencia contra su uso rutinario (7).

Según la Organización Mundial de la Salud, el uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura (8).

En la realidad peruana, la episiotomía en nulíparas es una práctica generalizada, en 108 hospitales del país, la tasa mediana fue del 92.3% mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es rutinaria (9).

Existen estudios que mencionan proporciones e incidencias de la episiotomía en diferentes países y regiones; pero existe escasa información sobre las características de las pacientes episiotomizadas.

En la región Junín, no hay estudios que caractericen a las madres episiotomizadas; es importante conocer las características de estas pacientes desde un punto de vista de salud pública relacionada con la clínica. Las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre, la calidad de la atención pre concepcional, prenatal, intraparto entre otros son aspectos muy importantes a considerar ante cualquier procedimiento quirúrgico que se le realice a la gestante. En muchas regiones del país aún se muestran condiciones de inequidad social y constituyen un problema básico de salud por su elevada frecuencia que condiciona ciertas características en la población, sobre todo en los grupos considerados de riesgo.

El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

Es por ello muy importante conocer las características de las pacientes a las que le realizaron una episiotomía; ya que el conocer las características permitirán un manejo más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento quirúrgico.

En mi experiencia profesional en el distrito de Pichanaki a muchas madres se les realiza las episiotomías sin considerar algunos aspectos como la edad, paridad, estado nutricional, enfermedades entre otros, por ello surge la motivación de realizar la investigación y estudiar cuales son las características de las madres episiotomizadas, lo cual permitirá enfocarnos con más pertinencia en la atención del parto.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capitulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza para ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase de expulsión en el parto (1). Aunque en la literatura se diferencian siete tipos de incisiones, las más frecuentemente utilizadas son la episiotomía medial y medio lateral (2). Esta intervención fue introducida en el siglo XVIII, pero no es hasta la primera mitad del siglo XX cuando se empieza a utilizar de forma rutinaria. La justificación de su uso se basaba en la reducción del riesgo de sufrir desgarros perineales entre otras complicaciones (3).

Según datos obtenidos de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, la episiotomía se efectúa en el 60% de todos los partos vaginales y 90% de partos de pacientes primíparas (4).

Según la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, se ha podido comprobar que, durante el año 2006, la tasa de episiotomías en los partos eutócicos fue del 54,08% y en los partos instrumentales del 92,62% (5). Las cifras en el mundo sobre el uso de episiotomía no se conocen bien. Las tasas de episiotomía varían ampliamente, según si el procedimiento se usa de manera restrictiva o rutinaria. Las tasas varían del 8% en los Países Bajos, el 13% en Inglaterra, hasta el 25% en los Estados Unidos (6).

La episiotomía de rutina o el uso liberal, es muy frecuente en lugares de escasos recursos y en algunos países desarrollados. Es probable que estos últimos

contribuyan a la persistencia en cuanto al uso de esta práctica también en lugares de escasos recursos, a pesar de la abrumadora evidencia contra su uso rutinario (7).

Según la Organización Mundial de la Salud, el uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura (8).
En la realidad peruana, la episiotomía en nulíparas es una práctica generalizada, en 108 hospitales del país, la tasa mediana fue del 92.3% mostrando que la práctica estándar en los centros obstétricos del país es rutinaria (9). En el estudio realizado en el hospital de Tingo María la episiotomía sistemática fue de un 94.5% (10).

Ávila (11), en un estudio en el 2015 en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en primíparas con episiotomía, encontró que el 37.7% tenían edades de 25 a 29 años, el 50.6% presentaron anemia, el 96.2% tuvieron control prenatal completo, el 75.5% asistieron a las sesiones completas de psicoprofilaxis, el 67.9% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos, el 69.8% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. con perímetro cefálico mayor a 33 cm (54.7%).

Un estudio en el Hospital María Auxiliadora de Lima en el 2014 encontró que las pacientes episiotomizadas tuvieron un índice de masa corporal normal en un 41.7%(105), las gestantes se encontraron sin anemia >11gr/dl 34% (85), las gestantes que no acudieron a sus sesiones de psicoprofilaxis 48% (122), paridad de las gestantes 45%(113) son nulíparas, el periodo intergenésico largo > 48 meses 21%(23) de gestantes primíparas y multíparas; las características obstétricas durante el parto la variedad de posición occipito púbica 58.7%(148) y occipito sacra 0.4%(1), peso del recién nacido entre los rangos de 3000 gramos a 3499 gramos 20%(51) y de 3500 gramos a 3999 gramos 20%(51), partos con maniobra de Kristeller 30%(75). (12)

Existen estudios que mencionan proporciones e incidencias de la episiotomía en diferentes países y regiones; pero existe escasa información sobre las características de las pacientes episiotomizadas. En la región Junín, no hay estudios que caractericen

a las madres episiotomizadas; es importante conocer las características de estas pacientes desde un punto de vista de salud pública relacionada con la clínica. Las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre, la calidad de la atención pre concepcional, prenatal, intraparto entre otros son aspectos muy importantes a considerar ante cualquier procedimiento quirúrgico que se le realice a la gestante. En muchas regiones del país aún se muestran condiciones de inequidad social y constituyen un problema básico de salud por su elevada frecuencia que condiciona ciertas características en la población, sobre todo en los grupos considerados de riesgo.

El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

Es por ello muy importante conocer las características de las pacientes a las que le realizaron una episiotomía; ya que el conocer las características permitirán un manejo más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento quirúrgico.

En mi experiencia profesional en el distrito de Pichanaki a muchas madres se les realiza las episiotomías sin considerar algunos aspectos como la edad, paridad, estado nutricional, enfermedades entre otros, por ello surge la motivación de realizar la investigación y estudiar cuales son las características de las madres episiotomizadas, lo cual permitirá enfocarnos con más pertinencia en la atención del parto, recomendando o reorientación las acciones de este procedimiento quirúrgico, en la parte promocional y preventiva, implementación de estrategias en la salud perinatal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son características sociales de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017?

- ¿Cuáles son características medicas de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociales de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.
- Determinar las características medicas de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

1.4. Justificación e importancia

El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características sociales y medicas de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017, ya que la episiotomía en el trabajo de parto por sus implicancias constituye en algunos casos un problema de salud pública; las características sociales pueden no ser muy favorables para su estado de salud, más aún si se le realiza un procedimiento quirúrgico y los cuidados posteriores que debiera recibir esta paciente. Por otra parte, las características medicas tienen que ver con el manejo o procedimiento que se le realice en el establecimiento de salud.

Con los resultados de la investigación se pudo conocer a detalle las características sociales y médicas dentro de este contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención del parto. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias en la atención

del parto; que contribuyan a la utilización de la episiotomía de una manera más consciente evaluando las características del paciente tanto sociales como médicas, fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud más responsable en cuanto a este acto quirúrgico en el parto; por otra parte servirá para que los profesionales tengan un conocimiento de las condiciones sociales y médicas que se presentan en estas pacientes. Del mismo modo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

1.5. Factibilidad de la investigación

El estudio fue factible de realizar desde sus aspectos básicos operativos, técnicos y económicos. Se identificó todas aquellas actividades que fueron necesarias para lograr el objetivo, se evaluó y determino todo lo necesario para la ejecución de la investigación; la investigación considero los recursos técnicos actuales suficientes (conocimientos, habilidades, experiencia) que fueron necesarios para efectuar las actividades o procesos requeridos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Manzano (13), en su estudio preliminar sobre, desgarros y disfunciones del suelo pélvico a mujeres a las que no se les ha realizado una episiotomía atendidas en el Hospital General Universitario Los Arcos, Mar Menor en San Javier, Murcia 2016. Cuyo objetivo fue: Determinar si la tasa de desgarros perineales de III y IV grado y la existencia de incontinencia urinaria es mayor en mujeres a las que no se les ha realizado episiotomía. Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, con seguimiento tipo caso-control. Los casos serían las mujeres sin episiotomía y los controles serían las mujeres a las que se les ha realizado episiotomía. Se comparará el porcentaje de desgarros, el tipo de desgarros, en esta variable encontraremos tres grupos (LEVES (I y II grado), III grado y IV grado). Test de incontinencia de orina (IU) (cuestionario ICIQ-SF) a las 6 semanas, a los 6 y 12 meses post-parto, y efectos objetivos mediante exploración ginecológica valorando IU, IF, IG y dolor crónico a los 6 y a los 12 meses post-parto. En los resultados preliminares, de un total de 97 pacientes, 43 en el grupo de casos y 54 en el de controles. La edad promedio en las episiotomizadas fue de 31 ± 4,9 DS y en las no episiotomizadas de 32,4 ± 5,4; en las pacientes episiotomizadas la edad gestacional promedio fue de 39,3 ± 1,1; el promedio de peso en los recién nacidos fue de 3355,4 ± 387,2; el rango de paridad fue de 0 a 3 hijos; el tipo de parto fue eutócico en un 44,4% (24) e instrumentado en un 55,6% (30). El parto instrumentado es mayor en grupo control, y la paridad previa es ligeramente superior en los casos. No se han registrado hasta el momento desgarros graves, pero la tasa de desgarros leves y la existencia de incontinencia urinaria es superior en el grupo de no episiotomía. No obstante, es necesario continuar con el estudio y aumentar el tamaño muestral.

Gualán et al (14), investigaron sobre la "Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador 2014". Con el objetivo de determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso y perímetro cefálico del recién nacido; en pacientes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso, del cantón Cuenca, provincia del Azuay durante el año 2014; y evaluar si existe disminución de esta intervención obstétrica, luego de la implantación de la normativa del Ministerio de Salud Pública de restringir la episiotomía. Metodología: Realizó un estudio de prevalencia analítico en un universo de 3798 parturientas, la muestra lo componen 580 primigestas que acudieron al centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información; los datos obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 21 y Microsoft Excel 14.4.8. Como resultados encontró una prevalencia de episiotomía del 35.5%. De las 206 pacientes que se realizaron episiotomía, 59.2% tuvieron una edad menor a 19 años, y 40.8% son mayores a 20 años; el 4.9% tienen una talla menor o igual a 145 centímetros, mientras que el 95.1% tienen más de 146 centímetros de alto; El 67% de recién nacidos (RN) tienen peso mayor a 3001 gramos, 33% tienen un peso menor a 3000 gramos. De las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 82.5% de recién nacidos, tienen un perímetro cefálico mayor a 33.1 centímetros, y el 17.5% menor o igual a 33 centímetros. Conclusión: La prevalencia de episiotomía en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue del 35.5%, valor inferior a los datos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito (42.6%) y a otros estudios a nivel mundial. Es mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%).

Ortega (15), investigo sobre las Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2014. Su objetivo fue conocer la frecuencia y tipo de complicaciones de la episiotomía en las primigestas atendidas en el Hospital Alemán. Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el cual se realizó en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2014; se estudiaron 80 pacientes a las cuales se les

realizo episiotomía y se describieron las complicaciones. Resultados: Se encontró que el rango de edad predominante fueron las adolescentes de 14 a 19 años, con un 72.5%, el estado civil acompañada, con un 58.8%, la complicación más frecuente se encontró el desgarro en un 21.25%, seguido de las prolongaciones de la episiotomía en un 20.25%, hematomas en un 13.75%. Al comparar la edad de las pacientes con la complicación no se encuentra diferencia significativa ya que en todos los rangos tuvieron un alto porcentaje de complicación. Comparando la relación entre el médico que atendió el parto y la frecuencia de complicaciones encontramos que el más alto porcentaje corresponde a los residentes de II año con el 67%, Conclusiones: Las pacientes en estudio se caracterizan por ser principalmente adolescentes, la mayoría acompañada. El porcentaje global de complicaciones es del 48%. Los tipos de complicación más frecuentes son los desgarros principalmente, seguido de las prolongaciones de episiotomía y los hematomas. No se observa relación con la edad de la paciente y el médico residente de segundo año fue el que tuvo el porcentaje más alto de complicaciones.

Ballesteros (2) en su estudio; Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia. Con el objetivo de conocer el procedimiento de la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal, su adecuación a la práctica clínica y la relación con distintos factores de tipo clínico y contextual que puedan influir en su práctica, así como estudiar la variabilidad existente entre los profesionales atendiendo a criterios de conocimiento y formación. Metodología: Estudio descriptivo, transversal y analítico, con un enfoque de investigación cuantitativa, de la actividad obstétrica durante el proceso de 12.093 partos (años 2011-2012) en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Entre los profesionales sanitarios se repartió un cuestionario auto administrado de elaboración propia. El tratamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 19.0. Resultados: La adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal, presenta una tendencia a disminuir las siguientes prácticas: el rasurado perineal, el uso de enemas y el número de cesáreas urgentes. Así mismo, se observa una tendencia a aumentar: el acompañamiento al

parto tanto en dilatación como al expulsivo, la monitorización continua, la libre elección de postura por la mujer, la ingesta de líquidos intraparto, el número de partos vaginales tras cesárea y el número de mujeres con epidural. Manteniéndose sin variación el resto de variables estudiadas (realización de amniotomía y partos instrumentados). El porcentaje global de episiotomías fue del 50%. Las variables clínicas que presentan una asociación significativa, aumentando la probabilidad de la misma son: primiparidad (RR=2,98), edad gestacional > 41 semanas de gestación (RR=1,2), inicio del parto estimulado o inducido (RR= 1,33), uso de analgesia epidural (RR=1,95), uso de oxitocina (RR=1,58), posición de litotomía durante la etapa de expulsión fetal (RR=6,4) y parto instrumentado (RR=1,84). Por otra parte, edad materna ≥35 años (RR=0,85) y peso del RN < 2500gr. (RR=0,8), se asocian con una menor incidencia de episiotomía. Las variables contextuales que están relacionadas con el uso de la episiotomía son el acompañamiento al parto (RR=1,31) y el turno de día. Entre los profesionales que han participado en el estudio, se han observado diferencias en cuanto a la necesidad de formación y a la percepción de sus conocimientos como suficientes. Según su experiencia clínica, no se relaciona la episiotomía con los desgarros perineales de II-IV grado, especialmente entre el colectivo médico. Se evidencia una amplia variabilidad en la práctica clínica del procedimiento, incluida en los márgenes de seguridad de la técnica. Esta variabilidad obedece a la formación de los profesionales. Se evidencia una necesidad de actualización de conocimientos sobre anatomía del suelo pélvico en mujeres. Conclusiones: Las recomendaciones de la Estrategia no se siguen en su totalidad en el Hospital Universitario, por lo que será necesario revisar las políticas de reducción de procedimientos desaconsejados por el Ministerio, ya que los futuros profesionales se están formando en un medio que no es acorde, en su totalidad, con sus directrices. La episiotomía no es un procedimiento aislado e independiente del resto de las prácticas obstétricas, sino que está relacionado con otras variables clínicas, como la posición adoptada durante el expulsivo, uso de analgesia epidural, instrumentación del parto, etc. y de contexto, acompañamiento al parto y turno de día, que incrementan la posibilidad de tener que realizarla. Se le debe permitir a la mujer poder decidir sobre su proceso de parto tras haber recibido una información adecuada sobre la repercusión de determinadas prácticas obstétricas. El establecimiento de una

política de episiotomía selectiva debe ir acompañada de un refuerzo en formación en materia de criterios de indicación clínica, reparación de desgarros y protección perineal.

Márquez et al (16), investigaron sobre la Práctica da episiotomía e factores maternos y neonatales relacionados. 2012. Brasil, con el objetivó evaluar el uso de la episiotomía y su asociación con las alteraciones maternas y neonatales en dos maternidades públicas. La población se constituyó de parturientas sometidas a parto normal, de junio 2009 a mayo 2010, mediante revisión de historias clínicas. Fueron analizadas 1.129 historias. 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.

Pujay (10), realizo una investigación sobre 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. Objetivo: Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015. Materiales y Métodos: Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, analítico de corte transversal. Se elaboró un instrumento, en la que se recolecto información en relación a las complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto; la muestra estuvo conformada por 16 gestantes que presentaron complicaciones. Resultados: 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 relación a la variable complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía, el (3.4%) del total de episiotomías realizadas presento complicaciones, pudiéndose, observar que el mayor porcentaje de complicaciones inmediatas correspondió al desgarro de primer grado (46.15%), seguido del desgarro de segundo grado y las hemorragias (23.07%) y el desgarro grado 3 con un (7.69%); y entre las complicaciones Tisulares el hematoma vulvar con un (66.66%) y en menor porcentaje el edema vulvar con un (33.33%). Podemos concluir diciendo que la aplicación de la prueba de hipótesis el estadístico asociado a CHI CUADRADA da 1.93, es decir, menor a 5.99 lo cual estadísticamente significa que se aceptó la hipótesis de investigación nula, que afirma: La aplicación sistémica de la episiotomía no presenta mayores complicaciones en las gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María de enero a diciembre del 2015. Conclusiones: a más del 90% a las pacientes nulíparas se le aplica la episiotomía de manera sistemática y el 3.4% presento complicaciones en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015.

Ávila (11), investigo sobre la Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. enero - junio 2015. Busco determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. La muestra representativa para el estudio fue de 81 primíparas que culminaron su parto por vía vaginal. Resultados: las primíparas con episiotomía representaron el 65.4% y las que sufrieron desgarros representaron el 34.6%, predominando los desgarros de I grado (23.5%). En primíparas con episiotomía, se encontró el 37.7% con edades de 25 a 29 años, el 50.6% presentaron anemia, el 96.2% tuvieron control prenatal completo, el 75.5% asistieron a las sesiones completas de

psicoprofilaxis, el 67.9% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos, el 69.8% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. con perímetro cefálico mayor a 33 cm (54.7%). En el grupo primíparas con desgarros se encontró el 64.3% con edades de 25 a 29 años, el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de psicoprofilaxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min., el 35.8% tuvieron recién nacidos macrosómicos y recién nacidos de 3500 a 3999 gr. con perímetro cefálico mayor a 33cm (78.6%). Conclusiones: la mayoría de primíparas son sometidas a episiotomías. En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado, seguido de los desgarros de segundo grado. No se presentaron desgarros de tercer y cuarto grado.

Canevaro (12). En su estudio sobre Característica de pacientes con episiotomía y desgarro vaginoperineal en el Hospital María Auxiliadora entre los meses de setiembre - noviembre del año 2014. Con el objetivo de determinar las características de pacientes con episiotomía y desgarro vaginoperineal. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, nivel aplicativo, de corte transversal, prospectivo. La muestra estuvo conformada por 252 pacientes que acudieron al Hospital María Auxiliadora entre los meses de Setiembre a Noviembre 2014. La técnica utilizada fue la ficha de recolección de datos, el cual fue validado previamente por juicio de expertos e ingresados a una base de datos Excel para luego ser procesados. Resultados: De los 252 casos, 149 pacientes (59%) se le realizó episiotomía y no presentaron desgarro, 92 pacientes (37%) presentaron desgarro vaginoperineal, un grupo de 11 pacientes (4%) que se realizó episiotomía presentaron desgarro vaginoperineal. Las características de pacientes con episiotomía 59% (149), sus características obstétricas durante el embarazo el índice de masa corporal es normal 41.7%(105), las gestantes se encontraron sin anemia >11gr/dl 34% (85), las gestantes que no acudieron a sus sesiones de psicoprofilaxis 48% (122), paridad de las gestantes 45%(113) son nulíparas, el periodo intergenésico largo > 48 meses 21%(23) de gestantes primíparas y multíparas; las características obstétricas durante el parto la variedad de posición occipito púbica 58.7%(148) y occipito sacra 0.4%(1), peso del recién nacido entre los rangos de 3000gramos a 3499gramos 20%(51) y de 3500gramos a 3999gramos

20%(51), partos con maniobra de Kristeller 30%(75). Las características de pacientes con desgarro de 37%(92); sus características obstétricas durante el embarazo el índice de masa corporal es obesidad 13.9%(35), las gestantes se encontraron en su mayoría sin anemia 20%(50), las gestantes no acudieron a sus sesiones de psicoprofilaxis 33%(84), paridad de las gestantes 21%(52) son primíparas y nulíparas son 10%(25), el periodo intergenésico largo > 48 meses 34%(36); sus características obstétricas durante el parto variedad de posición occipito púbica 37%(92), peso del recién nacido entre 3000 gramos a 3499 gramos 15%(38) y de 3500 gramos a 3999 gramos 13%(33), partos con maniobra de Kristeller 18%(46). En el grupo de pacientes con episiotomía + desgarro 4%(11), las características obstétricas durante el embarazo fue índice de masa corporal normal 2.8%(7), las gestantes se encontraron sin anemia 2%(6), las gestantes no acudieron a sus sesiones de psicoprofilaxis 4%(9), paridad de las gestantes 3%(7) son nulíparas, periodo intergenésico largo > 48 meses 0.9% (2); sus características obstétricas durante el parto variedad de posición occipito púbica 4%(11), peso del recién nacido entre 3000 gramos a 3499 gramos 3%(7), parto con maniobra de Kristeller 3%(7). Conclusiones: Las pacientes del grupo de episiotomía, de desgarro y de desagarro + episiotomía; la mayoría se encontraron entre las edades de 20 a 29 años, en el nivel de instrucción el mayor porcentaje terminaron su secundaria y su estado civil es de conviviente. Igualmente, en los 3 grupos se encuentran en un índice de masa corporal normal, las gestantes se encontraron sin anemia, más de la mitad del total no acuden a sus sesiones de psicoprofilaxis. La mayoría son nulíparas para las pacientes con episiotomía y con desgarro + episiotomía, para el grupo de pacientes con desgarro vaginoperineal la mayoría son primíparas. Del grupo de pacientes nulíparas 113 con episiotomía, del grupo de desgarro + episiotomía las nulíparas fueron 7 y del grupo de desgarro fueron 25 nulíparas. En cuanto a los pesos del recién nacido en el grupo de episiotomía el porcentaje es de 20% que varían entre 3000 gramos a 3499 gramos comparado con los otros 2 grupos. Del total de la muestra se observa 49% parto sin maniobra de Kristeller y 51% si parto con maniobra de Kristeller.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Fundamentos epistemológicos

El enfoque positivista en salud, se basa en asumir que han detectado una realidad objetiva que existe independientemente de la observación humana. La mayoría de los investigadores trabaja basada en el siguiente conjunto de premisas: En cuanto más aprendemos sobre las causas y determinantes de la morbilidad o mortalidad, mejor identificamos métodos apropiados de intervenciones médicas e ideamos mejores indicadores, más colaboramos con la construcción del conocimiento necesario para seleccionar e implementar las intervenciones correctas, supervisar y evaluar su efectividad y reducir así los niveles de morbilidad o mortalidad en la salud materna (17).

En las áreas de la salud, el positivismo se caracteriza por su enfoque morbicéntrico, el cual considera que la enfermedad está determinada principalmente por factores biológicos, los cuales se deben intervenir para procurar la salud de las personas afectadas. Ese debate fue superado hace más de medio siglo, al demostrarse que en el proceso salud-enfermedad influyen además otros factores, los económicos, sociales, ambientales, mentales, dando origen a la teoría de los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad; los cuales se conjugan en mayor o menor medida de acuerdo a cada entidad y al contexto histórico determinado (17).

Fruto de numerosos estudios analíticos epidemiológicos se conocen hoy una amplia variedad de factores de riesgo (distales, proximales y estados de riesgo) para la mayoría de las enfermedades. Conocer en qué medida están presentes dichos factores de riesgo en una población es útil para realizar previsiones sobre las tendencias de las enfermedades y adaptar las estrategias de prevención.

Desde el punto de vista epistemológico, la epidemiología se apoya en la precisión de las estimaciones estadísticas y los números, que le confieren un

aire de objetividad, desligándose o abstrayéndose del proceso -histórico social, político, cultural y económico. Para la antropología, la teoría del conocimiento se apoya en la evidencia que ofrece una visión del hombre al interior de una trama compleja, dinámica y no lineal, en la que operan fuerzas biológicas, económicas, sociales, políticas y culturales en permanente interacción. En el campo de los métodos, las diferencias reflejan los planteamientos ontológicos y epistemológicos, que llevan a la epidemiología a buscar el factor que "explique" el fenómeno, y a la antropología a intentar comprender la complejidad (18).

Los problemas de salud pueden ser abordados desde las disciplinas, fragmentando lo físico, lo biológico, la genética, la cultura, la clase, la historia, la producción, la tecnología, la organización social y la economía, entendiendo al hombre, no como una realidad compleja, sino como una fragmentación de saberes. Surge, entonces, el reto de abordar los problemas de salud bajo un enfoque integrador, no es suficiente con medir o contar, sino que se hace necesario comprender (18).

La principal importancia de los factores de riesgo para la salud radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que producen, ello justifica y promueve su estudio, con el principal objetivo de detener o contrarrestar su influencia negativa, evitar su acumulación y que esta supere a los factores benefactores y originen morbilidad o mortalidad (19).

La balanza se inclinará hacia la salud o la enfermedad en dependencia del factor dominante: protector o perjudicial. El proceso salud-enfermedad no implica polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio. Los modos y estilos de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por tanto, al ser desarrollados por la sociedad y los individuos, influirán positiva o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (20).

2.2.2. Episiotomía

En un sentido estricto, la episiotomía es una incisión de las partes pudendas. La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común, el término episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía, una práctica que se sigue aquí. La incisión puede practicarse en la línea media para la episiotomía media o es posible empezar en la línea media, pero dirigirse hacia fuera y abajo en dirección opuesta del recto, lo que constituye una episiotomía medio lateral (21).

2.2.2.1. Propósito de la Episiotomía

Aunque es todavía un procedimiento obstétrico frecuente, el uso de la episiotomía ha disminuido de manera notoria en los últimos 25 años. Weber y Meyn (2002) utilizaron la National Hospital Discharge Survey para analizar el uso de la episiotomía entre 1979 y 1997 en Estados Unidos. Alrededor de 65% de las mujeres que tuvieron un parto por vía vaginal en 1979 se sometió a la episiotomía, en comparación con 39% en 1997. Para 2003, la tasa se había reducido hasta cerca de 18% (Martin et al., 2005). Durante el decenio de 1970, era práctica común efectuar una episiotomía en casi toda mujer que tenía su primer parto. Los motivos de su aceptación incluyeron la sustitución de una incisión quirúrgica recta, que era más fácil de reparar, por la laceración irregular observada desde otros puntos de vista. Las creencias largamente sostenidas de que el dolor posoperatorio es menor y la cicatrización mejor con una episiotomía, en comparación con un desgarro, parecían infundadas (Larsson et al., 1991) (21).

Otro beneficio que se citaba con frecuencia, pero que no estaba comprobado para la práctica regular de la episiotomía, era que prevenía las complicaciones relacionadas con el piso pélvico, es decir, los defectos de soporte de la pared vaginal y la incontinencia. Sin embargo, distintos estudios de observación y con asignación al azar demostraron que la episiotomía sistemática

se vinculaba con aumento de la incidencia de desgarros del esfínter anal y el recto (Angioli, 2000; Eason, 2000; Nager y Helliwell, 2001; Rodriguez, et al., 2008) (21).

Carroli y Mignini 2009; revisaron el registro de estudios clínicos del Cochrane Pregnancy and Childbirth Group y encontraron tasas más bajas de traumatismo perineal posterior, reparación quirúrgica y complicaciones de la cicatrización en el grupo con uso restringido. De manera alternativa, la incidencia de traumatismo del perineo anterior fue menor en el grupo con aplicación sistemática. Con estos hallazgos se comprendió que la episiotomía no protegía al cuerpo perineal y contribuía a la incontinencia del esfínter anal al elevar el riesgo de desgarro de tercer y cuarto grados. Signorello et al. (2000) notificaron un incremento de cuatro a seis veces de la incontinencia fecal y de gases intestinales en mujeres con episiotomía, en comparación con un grupo en el que el parto había ocurrido con el perineo intacto. Incluso al compararse con los desgarros espontáneos, la episiotomía triplicó el riesgo de incontinencia fecal y duplicó el que se relacionaba con gases intestinales. La episiotomía sin extensión no redujo este riesgo. A pesar de la reparación de extensiones de tercer grado, 30 a 40% de las mujeres padece incontinencia anal a largo plazo (Gjessing et al., 1998; Poen et al., 1998). Por último, Alperin et al. (2008) informaron en fecha reciente que la episiotomía realizada para el primer nacimiento incrementaba cinco veces el riesgo de desgarro de segundo grado durante el segundo parto (21).

Por todas estas razones, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2006) concluyó que el uso restringido de la episiotomía era preferible que el sistemático. Los autores sostienen que el procedimiento debe aplicarse de manera selectiva bajo indicaciones apropiadas. Éstas incluyen

indicaciones fetales tales como distrofia de hombros y producto pélvico, aplicación de fórceps o extractor al vacío, posiciones occipitoposteriores y casos en los que pueda ocurrir la rotura del perineo si no se practica una episiotomía. La regla final es que no existe un sustituto para el juicio quirúrgico y el sentido común (21).

2.2.2.2. Indicaciones de la Episiotomía

Las indicaciones de hoy en día para una episiotomía se basan principalmente en la situación clínica al momento del parto y, por lo tanto, varían considerablemente dependiendo de la opinión del obstetra. En términos generales, se indica una episiotomía cuando se indica el acortamiento de la segunda etapa del trabajo de parto y la aceleración del parto del bebé. Las situaciones que se pueden incluir en esta categoría son circunstancias clínicas tales como un patrón de latidos fetales desalentadores, distocia de hombros o parto vaginal operativo. Otra indicación es la probabilidad de una laceración espontánea significativa al momento del parto, la cual puede ocurrir con un cuerpo perineal corto, una laceración previa o un bebé muy grande. Sin embargo, dos estudios recientes no demostraron que la episiotomía brindaba una protección perineal, facilitaba el parto operativo ni mejoraba el resultado neonatal. Las opiniones y revisiones actuales sugieren que los criterios en base a la evidencia son insuficientes para establecer recomendaciones; por lo tanto, el criterio clínico continúa siendo la mejor guía (22).

2.2.2.3. Momento de la Episiotomía

Si se efectúa en un momento innecesariamente temprano, la hemorragia puede ser considerable entre la incisión y el nacimiento. Si se realiza muy tarde, no se evitan las laceraciones. De manera característica, la episiotomía se lleva a cabo cuando es visible un diámetro de 3 a 4 cm de la cabeza durante una

contracción. Cuando se utiliza durante el parto con fórceps, la mayor parte de los obstetras practica la episiotomía tras la aplicación de las hojas (21).

2.2.2.4. Episiotomía media o medio lateral

Las diferencias entre estos dos tipos de episiotomía se resumen en el cuadro 1. Excepto por la cuestión importante de la extensión de los desgarros de tercer y cuarto grados, es preferible la episiotomía media. Anthony et al. (1994) presentaron datos de la Dutch National Obstetric Database, provenientes de más de 43,000 partos. Encontraron una reducción de más de cuatro veces de los desgarros perineales graves tras la episiotomía medio lateral en comparación con las tasas vinculadas con la incisión en la línea media. La selección apropiada de casos puede reducir al mínimo esta desventaja. Por ejemplo, Kudish et al. (2006) recomendaron no utilizar la episiotomía media durante el parto vaginal instrumentado debido al incremento de la incidencia de desgarros del esfínter anal (21).

CUADRO 1. Episiotomía media contra medio lateral

	Tipo de episiotomía	
Característica	Media	Mediolateral
Reparación quirúrgica	Sencilla	Más compleja
Cicatrización deficiente	Infrecuente	Más frecuente
Dolor posoperatorio	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelentes	Deficientes en ocasiones
Pérdida hemática	Menor	Mayor
Dispareunia	Infrecuente	Ocasional
Extensión de desgarro	Frecuentes	Raros

2.2.2.5. Episiotomía de la línea media

Procedimiento

Antes de llevar a cabo una episiotomía, se necesita un alivio del dolor adecuado. Esto se puede lograr mediante el uso de una infiltración local, bloqueo del nervio pudendo o analgesia de

conducción, tal como una epidural o raquianestesia subdural baja. Una vez asegurado el alivio del dolor, se puede iniciar el procedimiento. Es importante asegurarse de que la cabeza del feto se encuentre protegida durante la episiotomía. Por tal motivo, sólo se debe usar un escalpelo u otro cuchillo en caso de no contar con tijeras. Inicialmente, se deben insertar los dedos índice y medio dentro de la vagina entre el perineo y la cabeza del feto. Luego se efectúa una incisión en el perineo en sentido vertical, extendiéndose hacia los músculos perineales transversos, pero no dentro de los mismos (Fig. 1). Si bien en algunas mujeres se puede observar un rafe u hoyuelo, la incisión se debe efectuar tan cerca de la línea media como sea posible. Con frecuencia surge la pregunta respecto a en qué momento efectuar una episiotomía. Algunos recomiendan antes de que la cabeza esté en coronamiento; otros sugieren sólo justo antes de la expulsión cuando el perineo está estirado y se ve adelgazado. Ambos enfoques cuentan con ventajas y desventajas y se basan en el criterio clínico del obstetra. En general, es mejor levar a cabo una episiotomía más tarde para evitar una pérdida excesiva de sangre y completar el parto inmediatamente después. Después de finalizado el parto, es primordial inspeccionar el sitio de la incisión con detenimiento a fin de determinar el grado de la episiotomía, así como cualquier posible desgarro o extensión. En mujeres primíparas, el cociente de probabilidades informado es de +22.08 respecto a que las episiotomías de línea media se extiendan más allá de la incisión inicial dentro y a través de los músculos perineales transversos y el esfínter anal (tercer grado) o dentro de la mucosa rectal (cuarto grado). En otro estudio, el 14.9% de las episiotomías de línea media tuvieron como resultado una extensión (22).

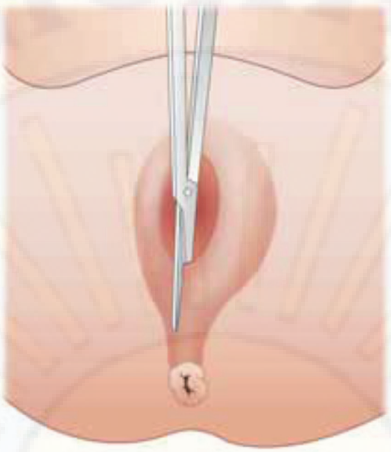


Fig. 1. Episiotomía de la línea media. (Beckman CRB, Ling FW, Laube DW, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WN. Obstetrics and Gynecology. 4th ed. Baltimore [MD]: Lippincott, Williams & Wilkins; 2002.)

Reparación

La reparación quirúrgica de una episiotomía es una reaproximación de la mucosa vagina separada, del tejido blando y del músculo de modo que cada parte concuerde con su contraparte (Fig. 2, A-F). Es necesario un conocimiento acabado de la anatomía perineal si esto tendrá lugar (vea "Anatomía básica del perineo"). La elección de la sutura se basa en el grado de la reparación. Si se va a reparar la mucosa rectal, la sutura no debe ser mayor a 4-0. El material de sutura estándar es catgut crómico pero muchos obstetras también utilizan material sintético. La aguja debe ser pequeña y cónica para la mucosa y puede preferirse una sutura mayor para el tejido blando y el músculo. Sin dudas, es aceptable el uso de dos tipos de suturas y agujas diferentes (22). A fines de inclusión, esta descripción comenzará con una extensión rectal y continuará hacia arriba. Obviamente, si no ocurre una extensión, la reparación comenzará en el punto más bajo adecuado de la episiotomía. En caso de que la mucosa rectal esté involucrada, se debe identificar la cúpula. Luego se coloca una sutura a aproximadamente 1 cm por encima de la cúpula. Esta sutura debe extenderse a través de la submucosa, pero normalmente no a la mucosa misma. Se coloca 1 cm por encima de la cúpula con el fin de asegurarse de que se liguen todos los

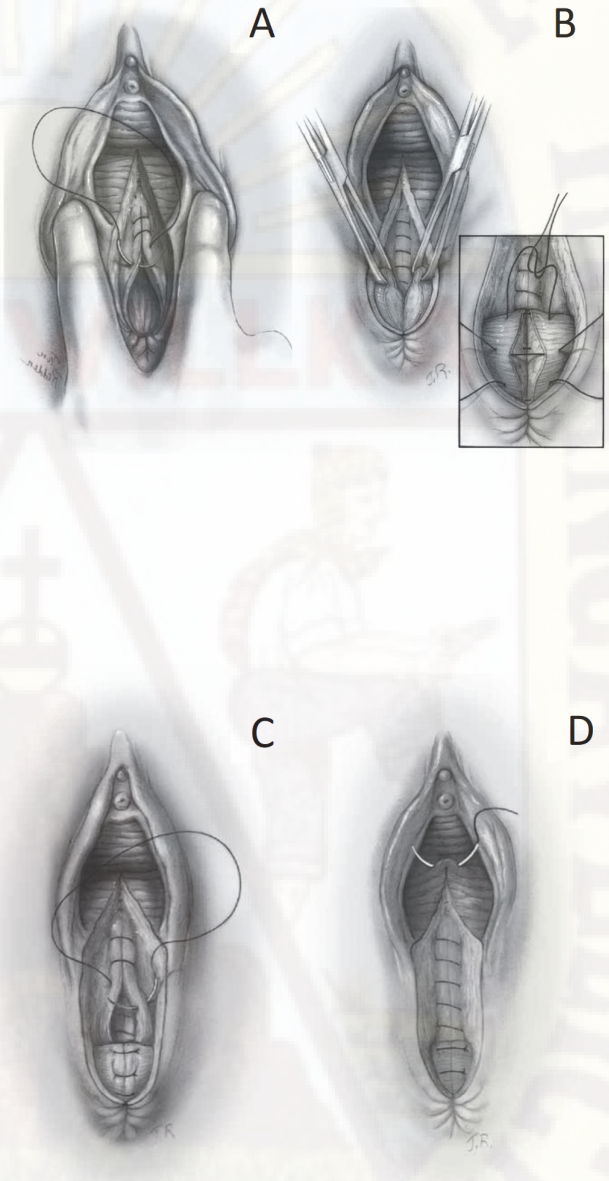
vasos retraídos. Luego se cierra la mucosa con técnica de sutura en corrida o interrumpida 4-0 para unir los dos bordes de la mucosa (Fig.2A). La sutura no debe penetrar la capa mucosa, pero debe unir la submucosa. Las suturas se deben colocar con una separación no superior a 0.5 cm y la sutura en corrida no interrumpida debe continuar hasta el esfínter anal y el cuerpo perineal. Luego, se debe identificar el esfínter anal. Normalmente los dos bordes estarán retraídos en disposición lateral y puede ser necesaria una pinza Allis a fin de identificar los bordes cortados y acercarlos a la línea media (Fig. 2B). Cuando se efectúa una reparación del esfínter anal, es importante suturar la cubierta fascial y no sólo el músculo. Esta reparación se logra de mejor forma mediante varias suturas interrumpidas alrededor de los músculos en vez de una grande en forma de ocho. La reparación se refuerza por la cubierta y no el músculo. Algunos obstetras recomiendan que es mejor aplicar primero la sutura ubicada más abajo, en la posición de las 6 en punto, luego la sutura más interna, en la posición de las 9 en punto, luego en la parte superior o más arriba del músculo, seguida de una colocación a las 3 en punto, la cual es la más superficial y la más fácil. Debido a que los músculos perineales transversales también están separados, éstos se pueden reparar en una forma similar. Normalmente la sutura del esfínter anal en posición de las 12 en punto incluirá una porción de la cápsula inferior del tejido muscular transverso. Algunos obstetras defienden el uso de una sutura 2-0 para estas reparaciones de cápsula debido a que brindará soporte por mayor tiempo y, por lo tanto, aumentará la capacidad de cicatrización. Esta se trata de una elección personal y no existe evidencia como para sugerir qué tipo de sutura es la mejor (22).

Ahora se debe cerrar la capa fascial rectal subyacente (Fig. 2C). Esto proporciona una segunda capa sobre la mucosa rectal y ayuda a soportar adicionalmente la extensión. Asimismo, también

cierra parte del "espacio muerto" potencial entre la mucosa vaginal y el recto. Algunos efectúan esta capa antes de la reparación del esfínter e incorporan la sutura del esfínter en posición de las 6 en punto en el extremo inferior de esta reparación rectal de segunda capa. A lo largo de estos procedimientos, el obstetra deberá controlar detenidamente la aparición de vasos sangrantes y deberá ligarlos adecuadamente para evitar futuros hematomas (22).

En este punto, el procedimiento ha alcanzado el nivel de reparación que se necesita para una episiotomía de línea media sin extensión o una reparación de una laceración secundaria. Se coloca una sutura a aproximadamente 1 cm por encima de la cúpula de la vagina (Fig. 2D). Luego se continúa la sutura en corrida o en corrida interrumpida hasta el anillo himeneal. Se debe ser cuidadoso para evitar una sutura profunda que pudiera extenderse a través del tejido submucoso en el recto. Se debe prestar especial atención con el fin de asegurarse que se incorpora el tejido submucoso en la sutura en corrida (Fig.2E). El tamaño de la sutura para esta porción de la reparación es normalmente 3-0, aunque, para un cirujano principiante, es más fácil el uso de una sutura 2-0. La aguja debe ser de punta roma. En el himen, se puede lograr una aproximación adecuada de los dos bordes al acercar la porción exterior. Luego, se continúa la sutura en corrida hasta la unión de la mucosa escamosa. Cuando se alcanza a esta área, es importante evaluar el cuerpo perineal y las áreas de las submucosas. En caso de que exista un defecto profundo, pueden ser necesarias suturas interrumpidas para aproximar los lados, con el fin de evitar un espacio muerto. Por último, la piel está lista para el cierre (Fig.2F). Esto se puede realizar mediante una extensión subcuticular continua de la sutura que se haya traído al área de la mucosa escamosa. También se puede cerrar con una

reparación subcuticular (intradérmica) 3-0 o 4-0 independiente (22).



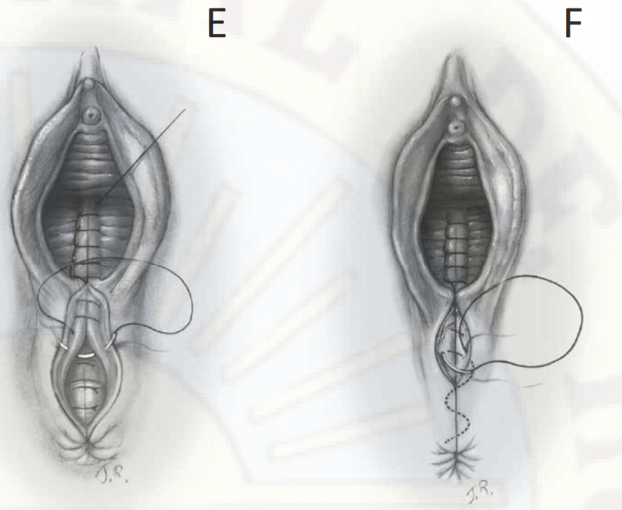


Fig. 2. Reparación de la episiotomía de línea media. A. Cierre de la mucosa rectal. B. Cierre del esfínter anal. C. Cierre de la segunda capa de la mucosa rectal utilizando la fascia recto-vaginal. D. Sutura anclada colocada a 1 cm fuera de la extensión superior de la episiotomía. E. Uso de una sutura para el cierre. F. Finalización de una reparación utilizando una sutura subuticular. (Hankins GDV, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LC. Operative obstetrics. New York [NY]: McGraw-Hill; 1995. Reproducido con permiso de The McGraw-Hill Companies).

2.2.2.6. Episiotomía medio-lateral

Procedimiento

Una episiotomía medio-lateral requiere de la misma prevención de dolor a la que se hizo referencia para la reparación de línea media. También es el mismo el debate acerca de en qué momento efectuar la episiotomía. La mayoría de los cirujanos recomienda que estos procedimientos se lleven a cabo justo antes del parto debido a que las episiotomías mediolateral tienden a sangrar más que los procedimientos de línea media. Una vez tomada la decisión, se insertan los dedos dentro de la vagina entre la cabeza

y el perineo. Luego se efectúa una incisión en un ángulo de aproximadamente 45 grados desde la línea media al cuerpo perineal (Fig.3). La cúpula debe estar en la línea media exacta de la del perineo, no lateral a la línea media. Esta incisión puede ser en el lado izquierdo o derecho, dependiendo de la preferencia del obstetra. Algunas autoridades en la materia sugieren que la reparación de una incisión en el lado izquierdo de la paciente es mecánicamente más fácil para un cirujano diestro. Es importante utilizar tijeras rectas y filosas con el fin de permitir que la incisión se efectúe en un único corte. La incisión se extenderá aproximadamente 4 cm hacia el perineo y puede alcanzar la fosa isquio-anal. En caso de que la incisión no fuera lo suficientemente profunda, habrá muy poca relajación y será necesaria una segunda incisión para extender la primera. Si bien no está prohibida, una segunda incisión aumenta el riego de una línea en zigzag a tiempo de la cicatrización. El momento óptimo para la episiotomía es normalmente cuando la presentación cefálica se encuentra en corona. Antes de estar en corona, existe el riesgo de un sangrado excesivo debido a que los vasos no se encuentran comprimidos (22).

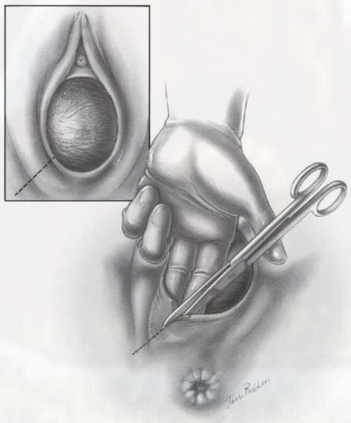


Fig. 3. Episiotomía medio-lateral. (Hankins GDV, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LC. Operative obstetrics. New York [NY]: McGraw-Hill; 1995. Reproducido con permiso de The McGraw-Hill Companies.)

Reparación

Inmediatamente después del parto, el obstetra debe examinar el grado de la episiotomía. Se debe evaluar detenidamente la extensión ascendente de la incisión vaginal, especialmente en caso de un parto mediante fórceps. Una vez finalizada esta evaluación, debe comenzar la reparación (Fig. 4, A-D). Se debe tratar cualquier hemorragia arterial con el fin de evitar la formación de hematomas subsiguientes. Se colocan dos dedos en la vagina para efectuar una tracción y separar los bordes de la incisión. Luego se coloca una sutura de material 2-0 o 3-0 a aproximadamente 1 cm por encima de la cúpula. Esto evitará el sangrado de los vasos retraídos y la interrupción de la reparación. Luego se utiliza una sutura en corrida con una aguja de punta roma para cerrar la mucosa vaginal y las áreas submucosas (Fig. 4A). Puede que sea necesario colocar suturas interrumpidas adicionales en el espacio de la submucosa, si se logra un tejido inadecuado con la sutura de la mucosa. Una vez alcanzado el introito, será necesario cerrar el tejido de soporte (Fig. 4B). Normalmente no existen intentos para reaproximar el himen en este enfoque. Serán necesarias diversas suturas interrumpidas para cerrar el tejido restante. Debido a que la incisión se encuentra en dirección lateral, el tejido medio será inferior que el borde distal y será necesaria una aproximación cuidadosa con el objeto de evitar una distorsión subsiguiente de la apertura vaginal. La colocación de suturas en disposición diagonal en vez de hacerlo en disposición horizontal ayuda a mantener una aproximación anatómica adecuada (Fig. 4C). Generalmente no es necesario el uso de más de seis suturas interrumpidas y es mejor el uso de menos que más suturas. Antes de cerrar la piel y el tejido subyacente, generalmente se necesitará reparar el músculo bulboesponjoso debido a que se extiende hacia el sitio de la incisión (vea, “Anatomía básica del perineo”). El extremo

superior del músculo, si hubiera sido transeccionado, se habrá retraído y deberá ser identificado, así como reaproximado. Las suturas se deben colocar en la cubierta fascial y no en el músculo. Una vez finalizada esta reparación, se puede reaproximar el tejido subyacente y la piel. Se deben usar suturas diagonales y no horizontales. La piel misma se aproxima mejor con una sutura subcuticular (Fig. 4D) (22).

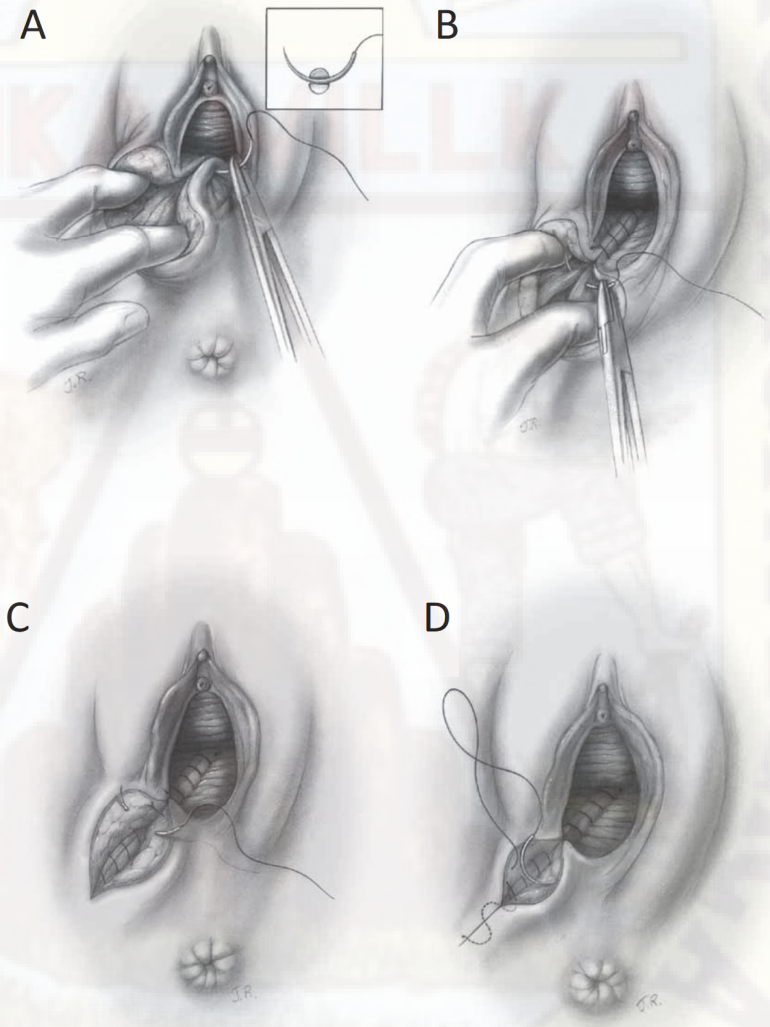


Fig. 4. Reparación de la episiotomía medio-lateral. A. Colocación de la primera sutura en la cúpula vaginal. B. Aproximación de a

mucosa vaginal. C. La herida vaginal se sutura en el nivel aproximado de la comisura posterior. D. Aproximación de los bordes de la piel perineales. (Hankins GDV, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LC. Operative obstetrics. New York [NY]: McGraw-Hill; 1995. Reproducido con permiso de The McGraw-Hill Companies).

2.2.2.7. Complicaciones de la Episiotomía

Hemorragia

Una de las complicaciones más frecuentes de la episiotomía es la hemorragia. El área circundante al perineo cuenta con una vasta vascularización, la cual se acentúa en forma secundaria debido a los efectos del embarazo. Durante la segunda etapa del trabajo de parto, la presión de la cabeza del feto ha comprimido muchos de estos vasos, de modo que éstos no se encuentran fácilmente visibles hasta después de efectuada la episiotomía y nacido el bebé. Se debe inspeccionar el sitio de la episiotomía inmediatamente después del parto y antes de la expulsión de la placenta. En ese momento, la compresión mediante una esponja de gasa estéril debería controlar la mayor parte de la hemorragia. Sin embargo, en caso de que exista una hemorragia de una arteria menor, ésta puede requerir acciones de pinzamiento y ligadura. Una vez comenzada la reparación, será generalmente suficiente la incorporación del tejido en la sutura. Sin embargo, se debe prestar especial atención a los sitios de la episiotomía que continúan presentando hemorragias con el objeto de evitar la formación de hematomas. En caso de que se forme un hematoma, dicha situación aumenta el riesgo de infección y produce un aumento del dolor. Los hematomas pequeños se pueden tratar con compresas de hielo y analgésicos. Los de mayor tamaño pueden requerir acciones de drenaje o evacuación (22).

Una episiotomía medio-lateral presentará un mayor sangrado que una episiotomía de línea media. Debido a que esta incisión es más probable que involucre músculos, el riesgo de una hemorragia considerable se encuentra aumentado. Generalmente, la hemorragia arterial de los músculos proviene de un vaso que se encuentra retraído en la profundidad del músculo, de modo que frecuentemente se dificulta la ligadura. Debido a que el área de la fosa isquio-anal se encuentra adyacente al sitio medio-lateral, es fundamental una cuidadosa hemostasis con el fin de evitar hematomas profundos que pueden disecarse en forma ascendente hacia la vagina superior y el ligamento amplio. En casos poco frecuentes, un hematoma se puede esparcir hacia la pared abdominal anterior por medio de un defecto en la conexión de la fascia de Colles con la rama púbica (22).

Infección

El área de la episiotomía se encuentra alta y naturalmente colonizada por bacterias y contaminada frecuentemente por materia fecal durante el proceso del parto. Por lo tanto, es muy alto el riesgo de infección. No obstante, las defensas propias de la mujer evitarán que se infecten la mayoría de las episiotomías. El obstetra también puede ayudar al irrigar suavemente el área usando agua o solución salina estéril, con o sin el uso de un antiséptico. En caso de que ocurra una infección, es fundamental el tratamiento rápido para evitar necrosis, aperturas del sitio y sepsis. Pueden tener lugar fascitis necrotizantes y la presencia de las mismas pueden ser una amenaza a la vida. Algunos médicos recomiendan la irrigación con una solución antibacterial en caso de una extensión de cuarto grado. En caso de que se coloque un dedo del cirujano en el recto durante una reparación, se debe cambiar los guantes una vez finalizado el cierre con el objeto de reducir la contaminación durante la reparación restante. En

ausencia de una infección no se indica una terapia con antibióticos. El uso de baños de asiento y laxantes pueden ser útiles y reducir la necesidad del empleo de medicamentos analgésicos (22).

Dolor y dispareunia

Es común el dolor en el sitio de la episiotomía. Si bien las mujeres que no sufrieron episiotomías presentan dolores perineales, aquellas pacientes con episiotomías presentarán, con frecuencia, dolores más localizados y con mayor duración. En caso de que la paciente presente dolores severos, es importante examinar el sitio con el fin de descartar un hematoma o una infección. Estas dos complicaciones pueden aumentar considerablemente el nivel de dolor. La mayoría de los dolores relacionados con una episiotomía de línea media responderá a analgésicos suaves y se resolverá en el lapso de tres a cinco días. Los dolores producto de una episiotomía medio-lateral pueden tener una mayor duración. El dolor será más perceptible durante los movimientos ambulatorios de la paciente. Una preocupación para la mayoría de las mujeres es el primer episodio de una relación sexual después del parto. Para algunas mujeres, el sitio de la episiotomía será una zona sensible. Casi el 40% de las mujeres padecen de dispareunia con posterioridad a una episiotomía. La asociación de la dispareunia pareciera ser más fuerte en el caso de incisiones medio-laterales que en el caso de incisiones de línea media, pero las comparaciones no son buenas. Existe cierta evidencia respecto a que las extensiones de tercer y cuarto grado producirán un mayor dolor durante las relaciones sexuales. El tipo de material de sutura empleado en la reparación también puede considerarse un factor y el uso de determinadas suturas de ácido poliglicólico sintético ha demostrado que está asociado con una reanudación temprana de las relaciones sexuales. La dispareunia también está

relacionada con la relación de la pareja tanto antes como después del parto. Cuando una mujer padece de dispareunia, dicha situación se debe evaluar y no presuponer de manera automática que se debe a un resultado de la episiotomía (22).

Extensión

Una complicación común de una episiotomía de línea media es la extensión hacia el recto. Es necesaria una exploración detenida de la incisión con el fin de evaluar si esto ha sucedido. Una vez producido el desgarro de los músculos perineales transversos y del esfínter anal, se debe inspeccionar detalladamente la mucosa rectal con el fin de determinar el grado de compromiso y de complicaciones. Al momento de la episiotomía, el perineo se estira y adelgaza, lo cual puede llevar a extensiones iatrogénicas. En caso de que no se puedan reconocer las extensiones, dichas situaciones pueden producir infecciones, formación de fístulas y hasta aperturas de la episiotomía (22).

Otras complicaciones

Si bien raras, las complicaciones más graves son dehiscencia, formación de fístulas e incontinencia anal. Dichos trastornos se encuentran fuera del alcance de la presente monografía, pero se deben tener presentes como complicaciones potencialmente graves.

Laceraciones perineales

Si bien no están relacionados con la episiotomía, pueden ocurrir desgarros durante el proceso del parto en diversas secciones del área vaginal y del área paravaginal. En la mayoría de los casos, son menores y no necesitan de una terapia específica. Sin embargo, es importante examinar el área de la vagina y el área

periuretral detenidamente con el objeto de determinar si han ocurrido desgarros (22).

Desgarros periuretrales

Se observan con frecuencia desgarros y abrasiones menores en el área periuretral y clitoral luego del parto. Esto es especialmente cierto cuando tiene lugar el parto sin una episiotomía. Estos desgarros presentan normalmente una longitud de 1 a 1.5 cm de longitud y no presentan sangrados. Sin embargo, en caso de que los desgarros presenten sangrados, se deben suturar. Se prefieren normalmente suturas muy pequeñas 4-0. Pueden tener lugar inflamaciones secundarias que producen dificultades en la micción y se deben evaluar como parte del examen posparto inmediato. Algunas mujeres pueden presentar disuria, pero una investigación cuidadosa revelará que el contacto de la orina sobre el sitio de la laceración es la causa del malestar y no una real disuria. Desgarros vaginales A medida en que la cabeza del feto desciende a través de la vagina, el pasaje sobre la espina ciática y a través de la salida puede comprimir la mucosa vaginal y producir abrasiones y desgarros. Estos desgarros pueden ser extensivos, especialmente en caso de presencia de una pelvis pequeña con columnas pronunciadas y un bebé grande. También son más frecuentes en caso de partos con fórceps. Luego del parto del bebé, ya sea con o sin episiotomía, se debe examinar la cúpula vaginal. Las áreas especiales que se deben examinar incluyen las áreas paracervicales, sobre la columna y cercanas a la salida. Las abrasiones menores que no producen sangrados no requieren de suturas, incluso cuando fueran vastas. Los desgarros más difíciles de reparar y los más graves son aquellos que ocurren en las áreas vaginales profundas. Éstos se deben suturar incluso cuando no presenten sangrados al momento de la exploración. Lo mejor es una sutura en corrida o interrumpida 2-0 o 3-0 debido a que

normalmente el tejido es edematoso y friable. La sutura debe comenzar por lo menos 1 cm por encima de la cúpula del desgarro debido a que los vasos pueden estar retraídos y el sangrando continuo puede llevar a que los hematomas se extiendan hacia arriba y hacia el ligamento amplio. Es importante inspeccionar el cuello uterino con el fin de asegurase de que el desgarro vaginal no sea efectivamente un desgarro cervical. Si se tratara de un desgarro cervical, normalmente en las posiciones de las 3 o 9 en punto, se debe reparar si presenta una hemorragia activa, se extiende hacia la vagina o es más largo de uno a dos cm (22).

Desgarros perineales

Los desgarros en el perineo pueden ocurrir cuando una episiotomía no se ejecuta o se ejecuta tardíamente en el parto. Estos desgarros se pueden observar dentados e irregulares en aspecto. No obstante, se deben reparar mediante los mismos procedimientos que se emplean cuando se repara una episiotomía similar. Desgarros más pequeños en la piel del perineo pueden ocurrir durante el parto. Estos desgarros normalmente no necesitan ser reparados salvo que presenten hemorragias. Una vez retiradas las piernas de la posición de litotomía, los desgarros se unirán y no se necesitarán de tratamientos adicionales. En caso de que se observen hemorragias activas, puede que se necesiten una o dos suturas menores (22).

2.2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS.

Los factores socioeconómicos son los determinantes más distales y en muchos casos se desconoce cómo la situación socioeconómica incrementa la frecuencia de algunas enfermedades. Algunos autores plantean que la marginación, el estrés social, el paro, las condiciones de vida en la primera infancia, la ausencia de redes de apoyo social y otros factores provocan cambios fisiológicos en los individuos que los hacen más susceptibles de

enfermar. Muchos programas de reducción de la pobreza o de mejora de la protección social podrían contribuir por tanto a mejorar la salud de ciertos grupos sociales. Los factores de riesgo proximales se dividen habitualmente en biológicos, ambientales y hábitos de vida. En algunos casos se desconoce también el mecanismo biológico mediante el que producen la enfermedad, aunque la relación causal esté demostrada por estudios epidemiológicos. Pero a la hora de analizar la situación de salud de una población debe evaluarse la presencia de estos factores, pues su modificación puede repercutir favorablemente en la salud de la población (23).

Esta variable es una sumatoria de situaciones que interactúan generando un círculo vicioso en el que participan la nutrición, la educación, el desempleo, el ambiente externo, el acceso a los servicios de salud, pobreza, ruralidad entre otros factores. El resultado final de este proceso es una atención deficiente a la gestante y al neonato.

2.2.4. Edad

Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Tiempo cronológico en la vida del ser humano; para aspectos del trabajo de investigación se considera "Mujer en Edad Fértil" (MEF), desde los 15 a los 49 años, fecha en que inicia y culmina su capacidad reproductiva.

2.2.4.1. Edad materna.

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrolló físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

Es el factor relevante en la mujer fértil con edad menor de 19 años o mayor de 35 años considerada como alto riesgo obstétrico ya que dentro de ese rango ocurren la mayor cantidad de complicaciones materno (24).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

2.2.4.2. Edad materna como factor de riesgo

La edad materna influye decisivamente sobre el curso de la gestación; los niños más livianos se obtienen de las mujeres más jóvenes y de las grandes multíparas; las malformaciones congénitas y en especial las trisomías son más frecuentes en los hijos de las mujeres añosas. En las madres de los niños de peso bajo son frecuentes la toxemia gravídica, la hipertensión inducida por el embarazo, la juventud extrema y la nuliparidad; en los hijos, la frecuencia de sufrimiento fetal y de hipoglucemia es alta (25, 26).

Debemos de tener en cuenta que en los extremos de la vida reproductiva el proceso tanto del embarazo como el parto son causales de patologías perinatales. Por lo cual es un factor preocupante para el personal de salud. Con el transcurso del tiempo han ido variando los intervalos de los límites de edad son muchos los autores que consideran a la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años como factor de riesgo. Se debe tener en cuenta que en el Perú se considera como riesgo a las mujeres menores de 15 años y mayores de 34 años (25, 26).

2.2.5. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la mortalidad materno perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la

maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual que esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna para definir mortalidad infantil, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (26).

La baja escolaridad de la madre, ruralidad y falta de acceso a servicios de salud; constituyen un factor de riesgo que tiene fuerte asociación con mortalidad materna. Instrucción, caudal de conocimientos adquiridos. Curso que sigue un proceso o expediente que se está formando o instruyendo este puede cursar por primaria, secundaria o superior, un sinónimo del termino escolaridad (27). La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la mortalidad y morbilidad materna. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual que esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres.

2.2.6. Estado civil

Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma. La familia basada en un matrimonio confiere a sus competentes un status familiar que difiere según la posición de cada uno de ellos. Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. Esta variable se ha asociado a ciertos riesgos relacionados a la salud (27).

2.2.7. Factores de riesgo biomédicos

Los factores biomédicos son los que están ligados a los procesos biológicos, como la salud mental y los trastornos genéticos. Estos factores biológicos en un intento de entender una enfermedad médica, daño o desorden de una persona. Se basan en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio o los descubrimientos de la anatomía patológica entre otros (23).

2.2.8. Edad gestacional

Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación. Se expresa en días o semanas completas. Por ejemplo, un evento que ha tenido lugar entre los 280 y 286 días después del inicio del último período menstrual se considera que ha sucedido a las 40 semanas de gestación (23). Con el objeto de evitar confusiones, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) insiste en que el primer día de la última regla normal debe considerarse como el día 0, y no el día 1, que los días 0-6 son la semana 0, que los días 7-13 son la semana 1 y que, al hablar de la semana 40, por ejemplo, nos estamos refiriendo realmente a una gestación de 39 semanas. En las tabulaciones, la duración de la gestación debería expresarse en semanas y días (28).

2.2.9. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo en la salud materna y eventuales resultados adversos del recién nacido. Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tiene una alta relación con complicaciones en el parto, morbilidad materna, mortalidad neonatal entre otros; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (26).

Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional. A su vez se subdivide en Nulípara: No tuvo ningún parto, Primípara: Solo tuvo 1 parto, Multíparas: Mujer que ha presentado 2 o más partos y Gran Multípara: Mujer con 5 partos a más.

Primiparidad: Se considera así, cuando es el primer parto vaginal de la mujer. Por ser un proceso nuevo para el cuerpo suele ocasionar más molestias ya que son estas por primera vez sentidas por el cuerpo de la madre. Algunos estudios nos indican que los tiempos de trabajo de parto en la primeriza son más prolongados por consecuente suelen tener más complicaciones que mujeres que han tenidos más de un parto. El primer periodo: puede ser mayor a 24 horas comenzadas las contracciones. El segundo periodo expulsivo se puede extender hasta las 2 horas. Y el tercer periodo puede complicarse con más frecuencia. La paciente primeriza será más sensible al proceso del parto, y su colaboración que es de igual manera importante se verá frustrada por el dolor y la desesperación por no saber que sucede, su poca colaboración puede ser un margen significativo entre la complicación del parto.

2.2.10. Atención prenatal

No existe duda de que la atención prenatal lo más pronto posible después de la concepción se asocia a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que conllevan a morbilidad materna, complicaciones en el embarazo y parto, procedimientos quirúrgicos de emergencia, nacimientos de bajo peso entre otros. Dollfus en una revisión de los factores de riesgo menciona que intervenciones simples como la atención prenatal, soporte social y servicios de educación son las mejores estrategias para disminuir la morbimortalidad materno perinatal y otras complicaciones; su eficacia está disminuida en países subdesarrollados debido a factores culturales y diferencias en el acceso a servicios de salud. La OMS define como ideal un mínimo de 5 controles prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación (26).

2.2.11. El Parto y sus condiciones de atención

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina a través del canal del parto. Tiene 3 etapas: Período de dilatación (se altera el intercambio gaseoso pero un feto normal tiene reservas para tolerar esta alteración transitoria), periodo expulsivo (Durante esta etapa el feto tolera la mayor dificultad en el intercambio gaseoso, por lo cual su prolongación se acompaña de distocias y traumatismo obstétrico) y alumbramiento (29).

La presentación de vértice u occipital es la presentación normal (eutócica), ocurre en el 95% de los partos y está determinada por las condiciones de normalidad materna, fetal y ovular. Gran parte de las tendencias de reducción de la mortalidad perinatal se deben a una mejor asistencia neonatal, pero parte es secundaria a los avances obtenidos por los obstetras en lograr un mejor ambiente intrauterino para el feto y evitar la asfixia y el traumatismo durante el parto. Lo anterior a permitido definir lo que se ha dado a llamar partos de alto riesgo, donde el obstetra notifica al pediatra el avance del trabajo de parto y la condición fetal. El conocimiento de la historia materna ayuda al pediatra a prepararse para problemas específicos que pueda encontrar (29).

La aplicación igualitaria de estos adelantos no ha sido posible en todos los lugares del mundo, más propiamente en los países subdesarrollados donde existe una alta tasa de atención domiciliaria de los partos. Esto como es de suponer conlleva a altos niveles de mortalidad debido principalmente a complicaciones de la segunda etapa del parto, atención no especializada del recién nacido de alto riesgo. Estudios realizados en Guatemala, Brasil y Sudán muestran gran correlación de la mortalidad neonatal con las complicaciones intraparto (26, 29).

2.3. Definición de términos

Episiotomía. realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto.

Característica. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, medico, personal biológico, económico, físico entre otros.

Puérpera. Mujer que se encuentra en el periodo posterior al parto, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico.

Factor social. Son los elementos que caracterizan las condiciones sociales de la o las personas; en su contexto o ambiente y que pueden afectar al individuo o producir un efecto. Englobamos como factores de riesgo social a los problemas económicos, culturales, conductas anómalas y otras circunstancias personales o del entorno que afecta a los cuidados del individuo.

Paridad. En obstetricia clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.

Estado civil. Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. El estado civil puede ser el de casado, si la persona celebró matrimonio ante las autoridades legalmente establecidas al efecto por cada Estado, con otro individuo de distinto sexo, o puede tenerse el estado de soltero si aún no se contrajo matrimonio; o el de viudo, si su cónyuge falleció. En este caso si el viudo o viuda contrae nuevo matrimonio, su estado civil será el de casado en segundas nupcias.

Nivel educativo. El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Lugar de residencia. Residencia es un término que procede del latín residens y que hace mención a la acción y efecto de residir (estar establecido en un lugar, asistir periódicamente por razones de empleo). Puede tratarse del lugar o domicilio en el que se reside.

Atención prenatal. La proporción de mujeres embarazadas atendidas al menos una vez durante su embarazo por un doctor, u otras personas con competencia en obstetricia, para supervisar el progreso de su embarazo.

2.4. Identificación de variables

Variable: Características de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki.

Dimensión: Características sociales de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki

Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada.

Ocupación de la paciente episiotomizada.

Estado civil de la paciente episiotomizada.

Nivel educativo de la paciente episiotomizada.

Número de atenciones prenatales de la paciente episiotomizada.

Dimensión: Características medicas de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki.

Edad de la paciente episiotomizada.

Paridad de la paciente episiotomizada antes del parto actual

Edad gestacional de la paciente episiotomizada.

Índice de masa corporal pre gestacional de la paciente episiotomizada.

Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada.

Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada.

Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada.

Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las puérperas con episiotomías atendidas en el Hospital de Pichanaki.	Son rasgos o singularidades de naturaleza social o medica que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades. .	Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes episiotomizadas y registro en la ficha de recolección de datos.	Características sociales	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada.	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada.	Nominal
				Ocupación de la paciente episiotomizada.	Tipo de ocupación de la paciente episiotomizada.	Nominal
				Estado civil de la paciente episiotomizada.	Madre soltera	1
					Madre conviviente	2
					Madre casada	3
					Madre viuda	4
					Madre divorciada	5
				Nivel educativo de la paciente episiotomizada.	Madre sin estudios	1
					Primaria Incompleta	2
					Primaria completa	3
					Secundaria incompleta	4
					Secundaria incompleta	5
					Superior incompleta	6
					Superior completa	7
				Número de atenciones prenatales de la paciente episiotomizada.	Ninguna atención prenatal	1
					Una atención prenatal	2
					Dos atenciones prenatales	3
					Tres atenciones prenatales	4
					Cuatro atenciones prenatales	5
					Cinco atenciones prenatales	6
					Seis a más atenciones prenatales	7
			Características medicas	Edad de la paciente episiotomizada.	Edad de la paciente episiotomizada en años	Numérico
				Paridad de la paciente episiotomizada antes del parto actual	Nulípara	1
					Primípara	2
					Multípara	3
					Gran Multípara	4
				Edad gestacional de la paciente episiotomizada.	Edad gestacional de la paciente episiotomizada en semanas	Numérico
				Índice de masa corporal pre gestacional de la paciente episiotomizada.	Bajo peso (<19.8)	1
					Normal (19.8-26.0)	2
					Sobrepeso (26.1-29.0)	3
					Obesidad (>29.0)	4
				Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada.	Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada.	Si (1) No (2)
				Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada.	Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada en minutos.	Numérico
				Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada.	Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada en gramos.	Numérico
				Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada.	Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada en centímetros.	Numérico

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo. Fue observacional porque no existió intervención del investigador los datos reflejaron la evolución natural de los eventos ajena a la voluntad del investigador, fue retrospectivo porque los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), fue transversal porque los datos se obtuvieron en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizarla en un momento dado (30).

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, busco especificar las propiedades, las características de los procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (31).

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Método general:

Se empleó el método inductivo. Según Pimienta (32) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora

conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.3.2. Método Básico

Se empleó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (32).

3.4. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue realizar una interpretación correcta del fenómeno (31).

Donde:

M O

M: Pacientes con episiotomías

O: Características sociales y medicas

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Fueron todas las pacientes episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017; según registros estadísticos fueron un total de 123 pacientes episiotomizadas.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen características comunes la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (31).

3.5.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituirán todas las pacientes episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, enero-junio del 2017 (31).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva del caso.

La técnica a utilizar fue el **análisis documental**; Esta técnica permite el análisis documental de las Historias Clínicas, de los pacientes atendidos en el Hospital de Pichanaki.

La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin. Los investigadores de campo realizaron el análisis documentario y fueron evaluando historias clínicas e informes.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica
- Informes

Control de calidad de los datos: (validación y seriedad)

Capacitación a los investigadores de campo que aplicaran la investigación. Reunión periódica con los investigadores y supervisores de campo para el control de calidad de los datos.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo las variables a estudiar que fue elaborada en base al planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores. Los datos recogidos fueron ingresados a una base de datos en SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilito el análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio.

El ingreso de datos lo realizo una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo, hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas y relativas, histograma y medidas de tendencia central.

Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando la población de estudio.

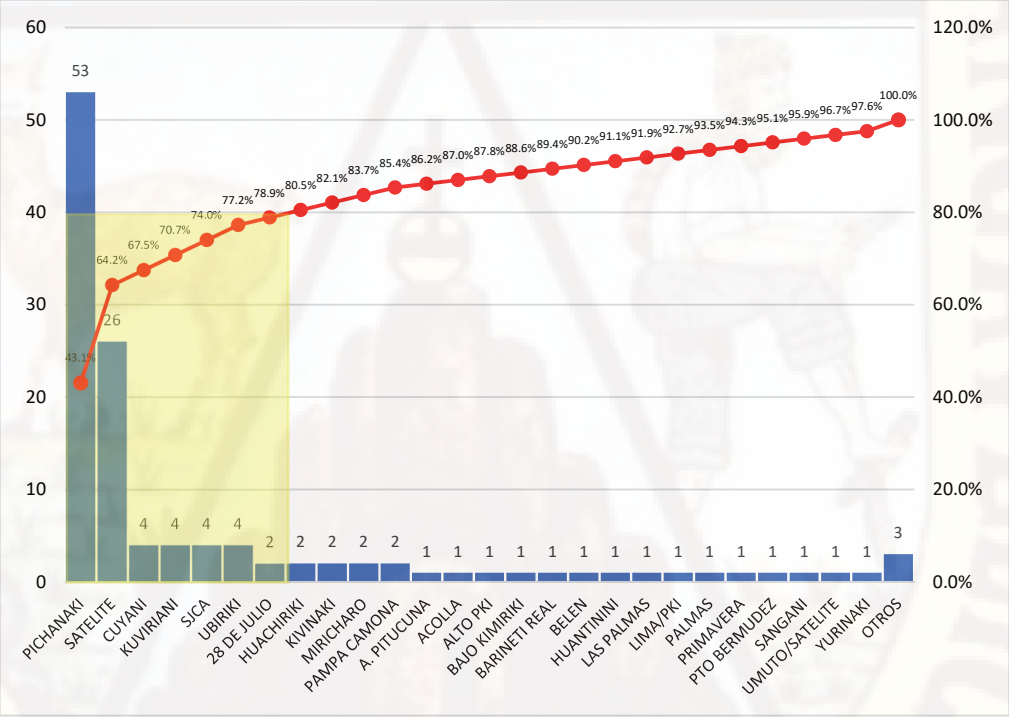
CAPITULO IV
RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

El presente trabajo de investigación incluyó a la totalidad de puérperas con episiotomía atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017, que fueron un total de 123 puérperas con episiotomía.

En la primera parte se muestran los resultados de las características sociales:

Grafico 1. Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En el grafico 1. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, 43.1 % procedían de Pichanaki, el 64.2% procedían de Pichanaki y Ciudad Satélite. Las pacientes tuvieron diversos lugares de procedencia y se destaca que el 80% del total de

pacientes episiotomizadas, tuvieron como lugar de procedencia de Pichanaki, Ciudad Satélite, Cuyani, Kuviriani, San Juan Centro Autiki (SJCA), Ubiriki y 28 de Julio.

Tabla 1. Ocupación de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Tipo de ocupación de la paciente episiotomizada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ama de casa	106	86.2%	86.2%
Estudiante	9	7.3%	93.5%
Comerciante	2	1.6%	95.1%
Empleada	2	1.6%	96.7%
Secretaria	2	1.6%	98.4%
Agricultora	1	0.8%	99.2%
Cosmetóloga	1	0.8%	100.0%
Total	123	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 1. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el 86.2% (106) son amas de casa, el 7.3% (9) son estudiantes, el 1.6% (2) son comerciantes, el 1.6% (2) son empleadas, el 1.6% (2) son secretarias, el 0.8% (1) son agricultoras, el 0.8% (1) son cosmetólogas. El 93.5% de las pacientes episiotomizadas son amas de casa o estudiantes.

Tabla 2. Estado civil de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Estado civil de la paciente episiotomizada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madre conviviente	92	74.8%	74.8%
Madre soltera	29	23.6%	98.4%
Madre casada	2	1.6%	100.0%
Total	123	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 2. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el 74.8% (92) son convivientes, el 23.6% (29) son solteras y el 1.6% (2) son casadas.

Tabla 3. Nivel educativo de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Nivel educativo de la paciente episiotomizada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin estudios	2	1.6%	1.6%
Primaria Incompleta	8	6.5%	8.1%
Primaria completa	12	9.8%	17.9%
Secundaria incompleta	47	38.2%	56.1%
Secundaria completa	39	31.7%	87.8%
Superior incompleta	9	7.3%	95.1%
Superior completa	6	4.9%	100.0%
Total	123	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 3. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el 1.6% (2) no tuvieron estudios, el 6.5% (8) tuvieron primaria incompleta, el 9.8% (12) tuvieron primaria completa, el 38.2% (47) tuvieron secundaria incompleta, 31.7% (39) tuvieron secundaria completa, el 7.3% (9) tuvieron superior incompleto y el 4.9% (6) tuvieron superior completa. El 17.9% (22) tuvieron primaria completa o incompleta o no tienen estudios. El 69.9% (86) tuvieron secundaria completa o incompleta.

Tabla 4. Atenciones prenatales de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Número de atenciones prenatales de la paciente episiotomizada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna atención prenatal	8	6.5%	6.5%
Una atención prenatal	1	0.8%	7.3%
Dos atenciones prenatales	4	3.3%	10.6%
Tres atenciones prenatales	5	4.1%	14.6%
Cuatro atenciones prenatales	9	7.3%	22.0%
Cinco atenciones prenatales	10	8.1%	30.1%
Seis a más atenciones prenatales	86	69.9%	100.0%
Total	123	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 4. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el 6.5% (8) no tuvieron atención prenatal, el 0.8% (1) tuvieron una atención prenatal, el 3.3% (4) tuvieron dos atenciones prenatales, el 4.1% (5) tuvieron tres atenciones prenatales, el 7.3% (9) tuvieron cuatro atenciones prenatales, el 8.1% (10) tuvieron cinco atenciones prenatales, el 69.9% (86) tuvieron 6 a más atenciones prenatales. El 30.1% (37) tuvieron cinco atenciones prenatales o menos.

Resultados de las características medicas:

Tabla 5. Edad de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Edad de la paciente episiotomizada en años	
Total de pacientes episiotomizadas	123
Media	19.59
Mediana	19.00
Moda	17
Mínimo	13
Máximo	32
Percentil 25	17.00
Percentil 50	19.00
Percentil 75	21.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 5. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, la edad promedio fue de 19.5 años, el 50% de las pacientes episiotomizadas tuvieron menos de 19 años, la edad que más se repetía en las pacientes episiotomizadas fue 17 años, la edad mínima fue de 13 años y la edad máxima de 32 años. El 25% de las puérperas episiotomizadas tuvieron menos de 17 años, el 75% de las puérperas episiotomizadas tuvieron menos de 21 años.

Tabla 6. Paridad de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Paridad de la paciente episiotomizada antes del parto actual	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	118	95.9%
Primípara	3	2.4%
Multípara	2	1.6%
Total	123	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 6. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el 95.9% (118) fueron nulíparas, el 2.4% (3) fueron primíparas, el 1.6% (2) fueron multíparas.

Tabla 7. Edad gestacional de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Edad gestacional de la paciente episiotomizada en semanas	
Total de pacientes episiotomizadas	123
Media	38.89
Mediana	39.00
Moda	39
Mínimo	30
Máximo	42
Percentil 25	38.00
Percentil 50	39.00
percentil 75	40.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 7. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, la edad gestacional promedio fue de 38.89 semanas, el 50% de las pacientes episiotomizadas tuvieron una edad gestacional mayor a 39 semanas, la edad gestacional más frecuente fue de 39 semanas. La edad gestacional mínima fue de 30 semanas y la edad gestacional máxima fue de 42 semanas.

El 25% de las puérperas episiotomizadas tuvieron una edad gestacional menor a 38 semanas, el 75% de las puérperas episiotomizadas tuvieron una edad gestacional mayor a 38 semanas, el 25% de las puérperas episiotomizadas tuvieron una edad gestacional mayor a 40 semanas.

Tabla 8. Índice de masa corporal pregestacional de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Índice de masa corporal pregestacional de la paciente episiotomizada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal (19.8-26.0)	35	28.5%	28.5%
Sobrepeso (26.1-29.0)	53	43.1%	71.5%
Obesidad (>29.0)	35	28.5%	100.0%
Total	123	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 8. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el 28.5% (35) tuvieron un índice de masa corporal pregestacional normal, el 43.1% (53) tuvieron como índice de masa corporal pregestacional el sobrepeso, el 28.5% (35) tuvieron como índice de masa corporal pregestacional la obesidad. El 71.5% (88) tuvieron como índice de masa corporal pregestacional la obesidad o el sobrepeso.

Tabla 9. Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada	Frecuencia	Porcentaje
Parto Eutócico	118	95.9%
Presentaciones anómalas en el parto	5	4.1%
Total	123	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 9. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el 95.9% (118) tuvieron parto eutócico, el 4.1% (5) tuvieron presentaciones anómalas en el parto.

Tabla 10. Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada en minutos	
Total de pacientes episiotomizadas	123
Media	14.76
Mediana	10.00
Moda	10
Mínimo	5
Máximo	90
Percentil 25	10.00
Percentil 50	10.00
percentil 75	15.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 10. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, la duración promedio del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada fue de 14.76 minutos, el 50% de las pacientes episiotomizadas tuvieron una duración del expulsivo en el parto menor a 10 minutos, la duración del periodo expulsivo en el parto que se repite con mayor frecuencia fue de 10 minutos.

La duración mínima del periodo expulsivo en el parto fue de 5 minutos y la duración máxima del periodo expulsivo en el parto fue de 90 minutos.

El 25% de las puérperas episiotomizadas tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 10 minutos, el 75% de las puérperas episiotomizadas tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 15 minutos y el 25% de las puérperas episiotomizadas tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto mayor a 15 minutos.

Tabla 11. Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada en gramos	
Total de pacientes episiotomizadas	123
Media	3239.67
Mediana	3200.00
Moda	3200
Mínimo	1410
Máximo	4700
Percentil 25	3010.00
Percentil 50	3200.00
percentil 75	3440.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 11. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el peso promedio de los recién nacido fue de 3239 gramos, el 50% de los recién nacidos de las pacientes episiotomizadas tuvieron un peso mayor a 3200 gramos, el peso más frecuente en los recién nacidos fue de 3200 gramos, el menor peso en los recién nacidos fue de 1410 gramos y el mayor de 4700 gramos. El 25% de los recién nacidos de las madres episiotomizadas tuvieron un peso menor a 3010 gramos, el 75% de los recién nacidos de madres episiotomizadas tuvieron un peso mayor a 3010 gramos.

Tabla 12. Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada atendida en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada en centímetros	
Total de pacientes episiotomizadas	123
Media	34.21
Mediana	34.00
Moda	34.00
Mínimo	28.00
Máximo	38.00
Percentil 25	33.00
Percentil 50	34.00
percentil 75	35.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, enero a junio del 2017

En la tabla 12. Del 100% (123) de las pacientes episiotomizadas, el perímetro craneal promedio del recién nacido de la madre episiotomizada fue de 34.21 centímetros, el 50% de los recién nacidos de las madres episiotomizadas tuvieron un perímetro craneal menor a 34 centímetros, el perímetro craneal más frecuente en los recién nacidos fue de 34 centímetros, el menor perímetro craneal en los recién nacidos fue de 28 centímetros y el mayor de 38 centímetros. El 25% de los recién nacidos de madres episiotomizadas tuvieron un perímetro craneal menor a 33 centímetros, el 25% de los recién nacidos de madres episiotomizadas tuvieron un perímetro craneal mayor a 35 centímetros.

4.2. Discusión

Análisis de las características sociales de las pacientes episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

El 64.2% de las madres episiotomizadas procedían de Pichanaki y Ciudad Satélite; zonas cercanas a la ciudad de Pichanaki y el 35.8% restante procedían de centros poblados rurales y población dispersa. No se encontró investigaciones similares para poder contrastar estos resultados; estos resultados probablemente se deban a que la mayoría de las madres fueron primerizas (nulíparas) y sentían estar más seguras por ser atendidas en un hospital.

Del total de pacientes episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, el 86.2% fueron amas de casa, no se encontró estudios similares para contrastar estos resultados; esta condición es muy particular en las mujeres jóvenes, primerizas; ya que de acuerdo al contexto social como es el caso de Pichanaki, las mujeres adolescentes y jóvenes que viven con sus parejas comúnmente se dedican a las labores del lugar donde viven.

Sobre el estado civil de las pacientes episiotomizadas, el 74.8% son convivientes, el 23.6% son solteras, estos resultados concuerdan con Ortega (15) y Pujay (10), quienes encontraron un porcentaje similar de mujeres convivientes episiotomizadas, la mayoría, son mujeres jóvenes, primerizas (nulíparas); esta situación probablemente se deba al contexto, la dinámica social, la autonomía de la mujer y el varón, que aunado a la pobreza puede generar problemas familiares, de salud, fragilidad y vulnerabilidad de las familias.

El 69.9% de la episiotomizadas tienen secundaria completa o incompleta, estos resultados concuerdan con Pujay (10), quienes encontraron un porcentaje similar de mujeres episiotomizadas con nivel de instrucción secundaria, esta situación muestra que muchas mujeres adolescentes y jóvenes truncan sus estudios y desarrollo personal por el embarazo a temprana y las acciones de los programas de salud sexual y reproductiva, no están teniendo el impacto debido.

El 69.9% de las episiotomizadas tuvieron 6 a más atenciones prenatales. estos resultados concuerdan con Pujay (10) y Ávila (11), quienes encontraron un porcentaje similar de mujeres episiotomizadas con atenciones prenatales; esta situación muestra que aún existen limitaciones en las gestantes para el acceso pleno a los servicios de salud y prevenir cualquier riesgo obstétrico.

Análisis de las características medicas de las pacientes episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.

Del total de puérperas episiotomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, la edad promedio fue de 19.5 años, el 50% de las pacientes episiotomizadas tuvieron menos de 19 años, el 75% de las puérperas episiotomizadas tuvieron menos de 21 años; estos resultados concuerdan con lo hallado por Gualán et al (14) y Ortega (15), quienes encontraron que la mayoría de las pacientes episiotomizadas fueron madres adolescentes y sobre todo primerizas; en Pichanaki probablemente esto se deba al contexto social y cultural que influye en el embarazo en adolescentes; por otra parte en los servicios de salud es frecuente la práctica de episiotomía en pacientes adolescentes. Los resultados difieren de lo hallado por Manzano (13) y Pujay (10) quienes encontraron que las pacientes episiotomizadas fueron adultas en gran proporción; esta situación probablemente se deba a que estas mujeres adultas en su gran mayoría fueron primerizas, lo cual tiene mucho que ver con la casuística del embarazo en mujeres en edad fértil, en diferentes contextos socioculturales.

El 95.9% de las pacientes episiotomizadas fueron nulíparas, estos resultados concuerdan con el estudio de Márquez et al (16) y Pujay (10), quienes encontraron más del 83% de episiotomías en los partos de primerizas y una asociación estadísticamente significativa; esto probablemente se deba a la episiotomía sistemática que se realiza a las gestantes nulíparas o primerizas por parte del personal de salud.

El 75% de las pacientes episiotomizadas tuvieron una edad gestacional mayor a 38 semanas, estos resultados concuerdan con lo hallado por Manzano (13) y Pujay (10), quienes encontraron que las episiotomías se realizaron en mujeres con embarazos a

término en su gran mayoría y en pretérminos para disminuir la incidencia de hemorragia intraventricular en el recién nacido pretérmino.

El 71.5% de las pacientes episiotomizadas tuvieron como índice de masa corporal pregestacional la obesidad o el sobrepeso; no se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. El sobrepeso y la obesidad previa al embarazo pueden generar situaciones de riesgo en las mujeres gestantes, como aumento de la presión arterial, diabetes gestacional, recién nacidos macrosomicos, entre otros; lo que amerita un adecuado seguimiento y acceso pleno a los servicios de salud.

El 95.9% de las puérperas episiotomizadas tuvieron parto eutócico y el 75% tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 15 minutos, estos resultados concuerdan con lo hallado por Ávila (11), estos resultados confirman que la episiotomía facilita la expulsión fetal, la fase del periodo expulsión se reduce significativamente, lo que ayuda mucho cuando se tiene un parto prolongado o se presenten casos de sufrimiento fetal.

El 50% de los recién nacidos de las pacientes episiotomizadas tuvieron un peso mayor a 3200 gramos, el 75% de los recién nacidos de madres episiotomizadas tuvieron un peso mayor a 3010 gramos, estos resultados concuerdan con lo hallado por Gualán et al (14), Ballesteros (2), Pujay (10) y Ávila (11). La gran mayoría de recién nacidos se encuentran dentro de un peso adecuado para la edad gestación; por lo cual se puede mencionar que la episiotomía realizada no corresponde a este criterio.

El 75% de los recién nacidos de madres episiotomizadas tuvieron un perímetro craneal mayor a 33 centímetros, estos resultados concuerdan con lo hallado por Gualán et al (14), por otra parte también se encontró en las madres episiotomizadas de Pichanaki que el 75% de sus recién nacidos tuvieron perímetros craneales menores a 35 centímetros, por lo cual este alto porcentaje se encuentra dentro de las medidas normales de perímetro craneal según la literatura científica (28); por lo cual la episiotomía en este caso, no se debió a este criterio.

Conclusiones

- De las madres episiotomizadas seis de cada diez, procedían de Pichanaki y Ciudad Satélite; zonas cercanas a la ciudad de Pichanaki y cuatro de cada diez procedían de centros poblados rurales y población dispersa.
- En el estudio mínimamente siete de cada diez madres episiotomizadas, fueron amas de casa, de estado civil conviviente, con nivel de instrucción secundaria completa o incompleta, con 6 a más atenciones prenatales,
- La edad promedio de las madres episiotomizadas fue 19.5 años y el 75% de las tuvieron menos de 21 años.
- El 95.9% de las pacientes episiotomizadas fueron nulíparas con parto eutócico y la mayoría tuvieron embarazos normales a término.
- El 71.5% de las pacientes episiotomizadas tuvieron como índice de masa corporal pregestacional la obesidad o el sobrepeso; lo cual fue un riesgo para el embarazo y su salud.
- En un 75% la episiotomía redujo la duración del periodo expulsivo en el parto a 15 minutos o menos; facilitando la expulsión fetal.
- La gran mayoría de los recién nacidos de las mujeres episiotomizadas tuvieron un peso adecuado para la edad gestación y un perímetro craneal dentro de lo normal.
- En el estudio se encontró pocas características que lleven a los profesionales a decidir por una episiotomía selectiva.
- Las episiotomías realizadas a las mujeres en este estudio en su gran mayoría corresponderían a procedimientos de rutina hospitalaria.

Recomendaciones

Al hospital de Pichanaki, capacitar al personal de salud, sobre las implicancias de las episiotomías en las mujeres en edad fértil, en nuevas técnicas para la atención del parto y evaluación clínica en gestantes primerizas y al uso de la episiotomía como procedimiento quirúrgico con criterios clínicos selectivos.

Al personal de salud, utilizar las nuevas técnicas de preparación en la gestante para el parto y atención del parto que permiten que el canal del parto responda mejor a este proceso fisiológico, sin necesidad de realizar una episiotomía.

Capacitar a las madres gestantes en la preparación del suelo pélvico para un parto adecuado, con participación activa de la futura madre.

Para mejorar los procesos de atención en obstetricia es necesario investigar de manera concienzuda las verdaderas circunstancias o criterios clínicos que indiquen que se debe realizar una episiotomía.

Referencias bibliográficas

1. Kalis V, Laine K, De Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology. 2012;119(5):522-6.
2. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche M. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Revista latino-americana de enfermagem. 2016;24.
3. Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Enfermería Global. 2014;13(35):398-411.
4. Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005;56(2).
5. 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. 2008;51(9):559-63.
6. Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ clinical evidence. 2008;09:1401-1418.
7. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2003.
8. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008(2).
9. Salinas Rojas M, Nuñez Morales L, Calderón Linares V. Episiotomía restrictiva. Experiencia en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno. Acta med. Puno;3(2):34-36, mayo-sept. 2004.
10. Pujay Escobal AC. 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 [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
11. Ávila Fabian A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. enero - junio 2015 [Tesis]. Lima: Universidad San Martin de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2015. .

12. Canevaro Meregildo L. Característica de pacientes con episiotomía y desgarro vaginoperineal en el Hospital María Auxiliadora entre los meses de setiembre - noviembre del año 2014. [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2015.
13. Manzano Roldan A. Desgarros y disfunciones del suelo pélvico a mujeres a las que no se les ha realizado una episiotomía atendidas en el Hospital General Universitario Los Arcos, Mar Menor en San Javier, Murcia 2016. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche, Facultad de Medicina; 2017.
14. Gualán Cartuche C, Guanoluisa Cordero O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2014 [Tesis de grado]. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
15. Ortega Flores D. Complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2014. [Tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
16. Marques Salge AK, Fleury Lôbo S, Machado Siqueira K, Calciolari Rossie Silva R, Valadares Guimarães J. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. Revista Eletronica de Enfermagem. 2012;14(4).
17. Gergen KJ. The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. American Psychologist. 1985;40(3):266-75.
18. Casas ES, Peñuela TMS. Álgebras y tramas en el cálculo de riesgos. Revista Colombiana de Antropología. 2004(40):1.
19. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiología básica. OPS Publicación Científica: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
20. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Revista cubana de medicina general integral. 1999;15(4):453-60.
21. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Williams. Obstetricia (24a. ed.): McGraw-Hill Interamericana; 2014.
22. Hale R, Ling F. Episiotomía: Los procedimientos y las técnicas de reparación. Washington: The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2008.
23. García García JF, Royo Bordonada MA. Salud pública y epidemiología. 1 ed. Barcelona: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2006.

24. Laurente Huamán LN. Factores socioreproductivos relacionados con el aborto incompleto en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte de enero a diciembre 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2017.
25. López J. Factores psicosociales del embarazo adolescente. En: Bracho C, González R, López J, Arias A, Codina L, editores. Producción Científica sobre la Adolescencia. Valencia: Venezuela; El viaje del pez; 2005.p.25-36. .
26. Cram L, Zapata M, Toy E. Genitourinary Infections and Their Association with Preterm Labor. American Family Physician. 2002;65(2):241-8.
27. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid; 2016. Decisión. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=BxP6lay.
28. Botero J, Júbiz A, Henao G, Londoño JG, Echavarría LG. Obstetricia y Ginecología. 9 ed. Medellín - Colombia: CIB Fondo Editorial; 2015. 928 p.
29. Lumley J. The epidemiology of preterm birth Clin Obstetr Gynecol, 57 (1993), pp. 477-498.
30. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
31. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Education; 2014.
32. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA -- TITULO DE INVESTIGACIÓN: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017? **Problemas específicos** ¿Cuáles son características sociales de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017? ¿Cuáles son características medicas de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017?	**Objetivo general** Determinar las características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017. **Objetivos específicos** Determinar las características sociales de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017. Determinar las características medicas de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017.	La episiotomía en el trabajo de parto por sus implicancias constituye en algunos casos un problema de salud pública; las características sociales pueden no ser muy favorables para su estado de salud, más aún si se le realiza un procedimiento quirúrgico y los cuidados posteriores que debiera recibir esta paciente. Por otra parte, las características medicas tienen que ver con el manejo o procedimiento que se le realice en el establecimiento de salud. Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características sociales y médicas dentro de este contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención del parto. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias en la atención del parto; que contribuyan a la utilización de la episiotomía de una manera más consciente evaluando las características del paciente tanto sociales como médicas, fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud más responsable en cuanto a este acto quirúrgico en el parto; por otra parte servirá para que los profesionales tengan un conocimiento de las condiciones sociales y medicas que se presentan en estas pacientes. Del mismo modo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.	**Caracterísi cas de las puérperas episiotomiza das atendidas en el Hospital de Pichanaki.**	Características Sociales de las puérperas episiotomizadas. Características medicas de las puérperas episiotomizadas	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada. Ocupación de la paciente episiotomizada. Estado civil de la paciente episiotomizada. Nivel educativo de la paciente episiotomizada. Número de atenciones prenatales de la paciente episiotomizada. Edad de la paciente episiotomizada. Paridad de la paciente episiotomizada antes del parto actual Edad gestacional de la paciente episiotomizada. Índice de masa corporal pre gestacional de la paciente episiotomizada. Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada. Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada. Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada. Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada.	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada. Tipo de ocupación de la paciente episiotomizada. Madre soltera Madre conviviente Madre casada Madre viuda Madre divorciada Madre sin estudios Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria incompleta Superior incompleta Superior completa Ninguna atención prenatal Una atención prenatal Dos atenciones prenatales Tres atenciones prenatales Cuatro atenciones prenatales Cinco atenciones prenatales Seis a más atenciones prenatales Edad de la paciente episiotomizada en años Nulípara Primípara Multípara Gran Multípara Edad gestacional de la paciente episiotomizada en semanas Bajo peso (<19.8) Normal (19.8-26.0) Sobrepeso (26.1-29.0) Obesidad (>29.0) Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada. Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada en minutos. Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada en gramos. Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada en centímetros.	Nominal Nominal 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 4 5 6 7 Numérico 1 2 3 4 Numérico 1 2 3 4 Si (1) No (2) Numérico Numérico Numérico	**Nivel de investigación** El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). **Tipo de investigación** investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo. **Diseño de Investigación** El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno Esquema: M O M: Puérperas episiotomizadas O: Características sociales y medicas. **Población, muestra, muestreo** **La población** Son todas las pacientes episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, región Junín, enero-junio del 2017; según registros estadísticos son un total de 123 pacientes episiotomizadas. **Muestra:** El estudio será censal. La muestra de estudio la constituirán todas las pacientes episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, enero-junio del 2017

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

FORMATO Nº 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI.

Investigación: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, e informe; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

1.1. Ficha N° | | | | | | | | |

1.2. Responsable del llenado: _____

1.3. Fecha del llenado: ____ /_____/2018. Hora del llenado: ____:____ horas

1.4. Provincia: _____

1.5. Distrito: _____

1.6. Nº de historia clínica: | | | | | | | | |

II. **DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (**marque con una "X" según corresponda en los recuadros)

a. Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada (barrio, comunidad u otras)
_____

b. Tipo de ocupación de la paciente episiotomizada _____

c. Estado civil de la paciente episiotomizada.
   a) Madre soltera (1)
   b) Madre conviviente (2)
   c) Madre casada (3)
   d) Madre viuda (4)
   e) Madre divorciada (5)

d. Nivel educativo de la paciente episiotomizada.
   a) Madre sin estudios (1)
   b) Primaria Incompleta (2)
   c) Primaria completa (3)
   d) Secundaria incompleta (4)

e) Secundaria incompleta (5)
f) Superior incompleta (6)
g) Superior completa (7)

e. Número de atenciones pre natales de la paciente episiotomizada.
   a) Ninguna atención prenatal (1)
   b) Una atención prenatal (2)
   c) Dos atenciones prenatales (3)
   d) Tres atenciones prenatales (4)
   e) Cuatro atenciones prenatales (5)
   f) Cinco atenciones prenatales (6)
   g) Seis a más atenciones prenatales (7)
f. Edad de la paciente episiotomizada _____ años.
g. Peso de la paciente episiotomizada _____._____ kilogramos.
h. Talla de la paciente episiotomizada _____._____ metros.
i. Paridad de la de la paciente episiotomizada antes del parto actual
   a) Nulípara (1)
   b) Primípara (2)
   c) Multípara (3)
   d) Gran Multípara (4)
j. Edad gestacional de la paciente episiotomizada _____ semanas.
k. Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada. Si (1) No (2)
l. Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada _____ minutos.
m. Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada _____ gramos.
n. Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada _____centímetros

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

Investigador: Obsta. EUCLIDES DEVY PAJUELO ISIDRO

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la **"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI"** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variable de Estudio: Características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki.	1	2	3	4	5
Dimensión: Características sociales de las puérperas episiotomizadas						
1	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada.				X	
2	Ocupación de la paciente episiotomizada.				X	
3	Estado civil de la paciente episiotomizada.					X
4	Nivel educativo de la paciente episiotomizada.					X
5	Número de atenciones prenatales de la paciente episiotomizada.					X
Dimensión: Características medicas de las puérperas episiotomizadas						
6	Edad de la paciente episiotomizada.					X
7	Paridad de la paciente episiotomizada antes del parto actual					X
8	Edad gestacional de la paciente episiotomizada.					X
9	Índice de masa corporal pre gestacional de la paciente episiotomizada.				X	
10	Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada.					X
11	Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada.					X
12	Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada.					X
13	Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada.					X

Recomendaciones:

.....

.....

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	Cecilia M. Aguirre Soto	**DNI N°**	22497174
Dirección:	Av. Micaela Bastidas	**Teléfono/Celular:**	999633119
Título Profesional:	Obstetríz		
Grado Académico:	Segunda Especialidad		
Mención:	Monitoreo Electrónico Fetal y Diagnóstico por Imágenes		

Firma

Lugar y Fecha Pichanaki, 26 de enero del 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI.
Investigación: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

1. **DATOS GENERALES**
   - 1.1. Apellidos y nombres del Juez : Aguirre Soto, Cecilia Matilde
   - 1.2. Grado académico : Segunda Especialidad
   - 1.3. Mención : M.E.F y Diagnóstico por Imágenes
   - 1.4. DNI/ Celular : 22497174 - 999633119
   - 1.5. Cargo e institución donde labora : Asistencial - Hospital Pichanaki
   - 1.6. Lugar y fecha : Pichanaki, 06 de febrero del 2018

2. **ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

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

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez $= \frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{46}{50} = 0.92$

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 HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

Investigador: Obsta. EUCLIDES DEVY PAJUELO ISIDRO

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la **"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI"** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variable de Estudio: Características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki.	1	2	3	4	5
Dimensión: Características sociales de las puérperas episiotomizadas						
1	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada.				X	
2	Ocupación de la paciente episiotomizada.				X	
3	Estado civil de la paciente episiotomizada.					X
4	Nivel educativo de la paciente episiotomizada.					X
5	Número de atenciones prenatales de la paciente episiotomizada.					X
Dimensión: Características medicas de las puérperas episiotomizadas						
6	Edad de la paciente episiotomizada.					X
7	Paridad de la paciente episiotomizada antes del parto actual					X
8	Edad gestacional de la paciente episiotomizada.					X
9	Índice de masa corporal pre gestacional de la paciente episiotomizada.				X	
10	Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada.					X
11	Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada.					X
12	Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada.					X
13	Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada.					X

Recomendaciones:

.....

.....

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	ROSA LUZ MAMANI MACHACA	**DNI N°**	07486531
Dirección:	AA.VV. III MILENIO M2-F LT-6	**Teléfono/Celular:**	971516089
Título Profesional:	LICENCIADA EN OBSTETRICIA		
Grado Académico:	SEGUNDA ESPECIALIDAD		
Mención:	MONITOREO ELECTRONICO FETAL y DIAGNOSTICO POR IMAGENES		

Firma

Lugar y Fecha PICHANAKI, 02 DE FEBRERO DEL 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI.
Investigación: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

1. **DATOS GENERALES**
   - 1.1. Apellidos y nombres del Juez : MAMANI MACHACA, ROSA LUZ
   - 1.2. Grado académico : SEGUNDA ESPECIALIDAD
   - 1.3. Mención : M.E.F y DIAGNOSTICO POR IMAGENES
   - 1.4. DNI/ Celular : 07486531 / 971516089
   - 1.5. Cargo e institución donde labora : ASISTENCIAL - HOSPITAL PICHANAKI
   - 1.6. Lugar y fecha : PICHANAKI, 05 DE FEBRERO DEL 2018

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.					5
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					5
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				4	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.				4	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				4	
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					5
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				4	
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.				4	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					5
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				4	
		↓	↓	↓	↓	↓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez $= \frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{44}{50} = 0.88$

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 HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

Investigador: Obsta. EUCLIDES DEVY PAJUELO ISIDRO

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la **"FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI"** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variable de Estudio: Características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki.	1	2	3	4	5
Dimensión: Características sociales de las puérperas episiotomizadas						
1	Lugar de procedencia de la paciente episiotomizada.				X	
2	Ocupación de la paciente episiotomizada.					X
3	Estado civil de la paciente episiotomizada.					X
4	Nivel educativo de la paciente episiotomizada.					X
5	Número de atenciones prenatales de la paciente episiotomizada.					X
Dimensión: Características medicas de las puérperas episiotomizadas						
6	Edad de la paciente episiotomizada.					X
7	Paridad de la paciente episiotomizada antes del parto actual					X
8	Edad gestacional de la paciente episiotomizada.					X
9	Índice de masa corporal pre gestacional de la paciente episiotomizada.				X	
10	Presentaciones anómalas en el parto de la paciente episiotomizada.					X
11	Duración del expulsivo en el parto de la paciente episiotomizada.					X
12	Peso del recién nacido de la paciente episiotomizada.					X
13	Perímetro craneal del recién nacido de la paciente episiotomizada.					X

Recomendaciones:

.....

.....

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	WIDE LINDO LEÓN LOBO	**DNI N°**	40209559
Dirección:	AV. SAN MARTIN N°205 - PKI	**Teléfono/Celular:**	955665234
Título Profesional:	LIC. EN OBSTETRICIA		
Grado Académico:	MAGISTER		
Mención:	ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD		

Firma

Lugar y Fecha PICHANAKI, 29 DE ENERO DEL 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI.
Investigación: CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

1. **DATOS GENERALES**
   - 1.1. Apellidos y nombres del Juez : LEÓN LOBO, WIDE LINDO
   - 1.2. Grado académico : MAGISTER
   - 1.3. Mención : ADMINISTRACIÓN y GERENCIA EN SALUD
   - 1.4. DNI/ Celular : 40209559 | 955665234
   - 1.5. Cargo e institución donde labora : ASISTENCIAL - HOSPITAL PICHANAKI
   - 1.6. Lugar y fecha : PICHANAKI, 02 DE FEBRERO DEL 2018

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.					5
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					5
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					5
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					5
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				4	
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					5
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					5
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.				4	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					5
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					5
		↓	↓	↓	↓	↓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez $= \frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{48}{50} = 0.96$

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	(X)	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

.....

.....

.....
Firma del Juez

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creado por Ley Nº 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR
Dr. ……..
DIRECTOR
HOSPITAL DE PICHANAKI
DISTRITO DE PICHANAKI - JUNÍN

SD.

Yo, _____ identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresado de la especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS EPISITOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, REGION JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.
Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancavelica, 15 de febrero del 2018

_____
Firma del Interesado

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD CHANCHAMAYO
HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI

REGIÓN Junín
SIERRA Y SELVA
DESARROLLO SOSTENIBLE CON IDENTIDAD

" AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

CONSTANCIA

El que suscribe, **Dr. Daniel Nehemías HUAMANI SOLANO;** Director Ejecutivo de la Red de Salud Pichanaki, hace constar que:

PAJUELO ISIDRO, Euclides Devy

Con Nº DNI 22469150, alumno egresado del Programa de Segunda Especialidad en Salud, mención en **"Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico"**, de la Universidad Nacional de Huancavelica, **ha realizado la ejecución de su proyecto de investigación, utilizando las historias clínicas y la ficha de recolección de datos** del Hospital Pichanaki, en el tema **"Características de las puérperas episiotomizadas atendidas en el Hospital de Pichanaki, Región Junín, enero a junio del 2017"**, desde el 08 de febrero hasta el 07 de marzo del 2018, mostrando en todo momento, respeto, responsabilidad y discreción en el manejo de las historias clínicas.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Pichanaki, noviembre del 2018

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI
DR. DANIEL NEHEMIAS HUAMANI SOLANO
C.M.P. 57628
DIRECTOR EJECUTIVO

DIRECCION EJECUTIVA - RED DE SALUD PICHANAKI