

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA
SELECTIVA EN PACIENTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ ZAMÁCOLA ENERO- JUNIO AREQUIPA
2017**

Tesis presentada por la Bachiller:
Torres Herrera, Yamile
Para optar el Título Profesional de:
Licenciada en Obstetricia

Asesora:
Mg. Mesa Flores, Fabiola

Arequipa-Perú
2019



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, de del 2019

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mgter. Ricardina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Loides Areacio Heredia
Arnica Fernandez Varguez
Alfreda Rodriguez Zunayuca
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

"...Factores que influyen en la realización de Episiotomía selectiva en pacientes nulparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Lamacela Enero - Junio Arequipa 2019"

PRESENTADO POR:

Yamile Torres Herrera

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.

COD = 0790

COD 1550

COD 3098

DEDICATORIA

A Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante a pesar de las adversidades, él que en todo momento está conmigo, él es quien guía el destino de mi vida.

A mis padres que gracias a sus consejos, comprensión, amor y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye éste, gracias por enseñarme mis valores, principios que me llevaron a alcanzar una gran meta. Este primer logro se los dedico con mucho amor.



“El señor te muestra el camino que debes seguir, tiene sus
ojos puestos en ti, es tu consejero”

SALMOS 32:8

RESUMEN

Objetivo: El objetivo general es establecer cuáles son los factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en las pacientes nulíparas que tuvieron su parto en el Centro de Salud Zamácola entre enero y junio del año 2017.

Materiales y métodos: El presente trabajo de Investigación se realizó en las instalaciones del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamacola. Se realizó un estudio descriptivo, documental, transversal y retrospectivo de nivel relacional. Las variables han sido investigadas a través de la recopilación de datos usando una ficha dividida en factores maternos fetales y de parto. Las variables para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Las unidades de estudio fueron representativas de 142 historias clínicas de pacientes nulíparas que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de enero a junio 2017.

Resultados: el 44.4% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz se les realizó episiotomía; el 95.1% de las pacientes nulíparas atendidas tienen entre 15-35 años, el 76.1% de las pacientes tuvieron más de seis controles prenatales, mientras que el 92.3% de pacientes miden entre 1.40-1.55 centímetros; el 57.0% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro obstétrico tuvieron recién nacidos con un peso entre 3201-3800gr, el 97.2% presentaron perímetro cefálico entre 32-36 cm, mientras que el 98.6% nacieron entre las 37-42 semanas; el 99.3% de las pacientes nulíparas atendidas tuvieron parto espontáneo, 53 pacientes que se sometieron a episiotomía no tuvieron desgarros vaginales, mientras que 48 pacientes que no se les realizó episiotomía si tuvieron desgarros vaginales, mientras que el 50.7% se les presentó su parto durante el turno día.

Conclusión: Los factores que influyen en la realización de la episiotomía selectiva son la talla materna y los desgarros vaginales.

PALABRAS CLAVE: Factores determinantes, Episiotomía, pacientes nulíparas.

ABSTRACT

Objective: The general objective of this research is to establish the factors that influence the performance of selective episiotomy in nulliparous patients who delivered at the Zamácola Health Center between January and June of 2017.

Materials and methods: This research work was carried out at the facilities of the Maritza Campos Díaz Zamacola Health Center. A descriptive, observational, transversal and retrospective study of relational level was carried out. The variables have been investigated and the data collection form was used to collect the data. The variables for its processing have required the Chi square with a level of significance of 5%. The study units were representative of 142 clinical histories of nulliparous patients that met the inclusion criteria in the period from January to June 2017.

Results: 44.4% of the nulipara patients at the Maritza Campos Díaz Health Center were performed with episiotomy; 95.1% of nalypara patients in care are between 15-35 years old, 76.1% of patients had more than six prenatal checkups, while 92.3% of patients measure between 1.40-1.55 centimeters; 57.0% of nulipara patients at the Obstetric Center had newborns weighing between 3201-3800gr, 97.2% had cephalic perimeter between 32-36 cm, while 98.6% were born between 37-42 weeks; 99.3% of nulipara patients in care had spontaneous delivery, 53 patients who underwent episiotomy had no vaginal tears, while 48 patients who were not had episiotomy if they had vaginal tears, while 50.7% were given childbirth during the day shift.

Conclusion: Factors influencing the realization of selective episiotomy are maternal carving and vaginal tears.

KEY WORDS: Determinants, Episiotomy, nulliparous patients.

INTRODUCCIÓN

La palabra episiotomía proviene de los vocablos griegos “episio” que significa pelvis y “tomos” que significa corte, etimológicamente hablando se refiere al “corte de la pelvis”, es una intervención quirúrgica que se práctica a las mujeres grávidas en el momento del parto para ampliar la parte inferior de la vagina, anillo vulvar y el tejido perineal.

A principios del siglo XX las indicaciones que propiciaban la realización de una episiotomía era por sufrimiento fetal o un parto dificultoso y traumático tanto para la madre como para el niño por nacer, mas hoy en día se ha convertido en muchos lugares en una práctica con fines profilácticos para la prevención de laceraciones perineales y el tiempo de trabajo de parto excesivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte, recomienda que la episiotomía se utilice bajo indicaciones estrictas y bien definidas en cualquier lugar de atención de la salud donde se atienden partos. El registro de rutina en la sala de partos de las episiotomías practicadas facilita la supervisión o auditoría. Se recomienda que el personal tome conciencia sobre los riesgos del abuso de las intervenciones invasivas como la episiotomía de rutina. Las investigaciones más recientes defienden que su utilización debería restringirse a indicaciones fetales, basándose en que los desgarros perineales de I y II grado causan en la mujer problemas menores, que la propia episiotomía. Los fines académicos son otro de los aspectos elementales por el cual se continúa realizando la episiotomía en nulíparas, fundamentándose de la continuidad de la praxis entre los profesionales de obstetricia.

La presente investigación tiene como fin de determinar los factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:	2
1.1. ENUNCIADO:	2
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:	2
1.3. JUSTIFICACIÓN:	4
2. OBJETIVOS	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. MARCO CONCEPTUAL	7
3.1.1. PARTO	7
3.1.2. EPISIOTOMÍA	8
3.1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA	17
3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	27
3.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	27
3.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES	30
3.2.3. ANTECEDENTES LOCALES	31
4. HIPÓTESIS:	32
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	33
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	34
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
2.1. Ubicación espacial	35
2.2. Ubicación temporal	35
2.2.1. Cronología	35
2.2.2. Visión temporal	35
2.2.3. Corte temporal	35
2.2.4. Unidades de estudio	35
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.1. Organización	37
3.2. Recolección de datos	37
3.3. Aspectos éticos	37

3.4. Recursos.....	37
3.4.1. Humanos	37
3.4.2. Físicos	37
3.4.3. Económicos.....	37
3.4.4. Institucionales	38
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS:	38
4.1. PLAN DE PROCESAMIENTO:.....	38
4.1.1. Tipo de procesamiento	38
4.1.2. Operaciones de la sistematización	38
4.2. PLAN DE ANALISIS DE DATOS.....	38
4.2.1. Tipo de análisis	38
4.2.2. A nivel de sistematización:	38
4.2.3. A nivel de estudio de datos:.....	38
4.2.4. Estadística Descriptiva:.....	39
4.2.5. Estadística Analítica:	39
CAPITULO III RESULTADOS.....	40
CAPITULO IV DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	54
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	55
CONCLUSIONES	58
SUGERENCIAS	59
ANEXOS	63
ANEXO N° 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64
ANEXO N° 2 MATRIZ DE DATOS	65
ANEXO N° 3 MAPA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	69



CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

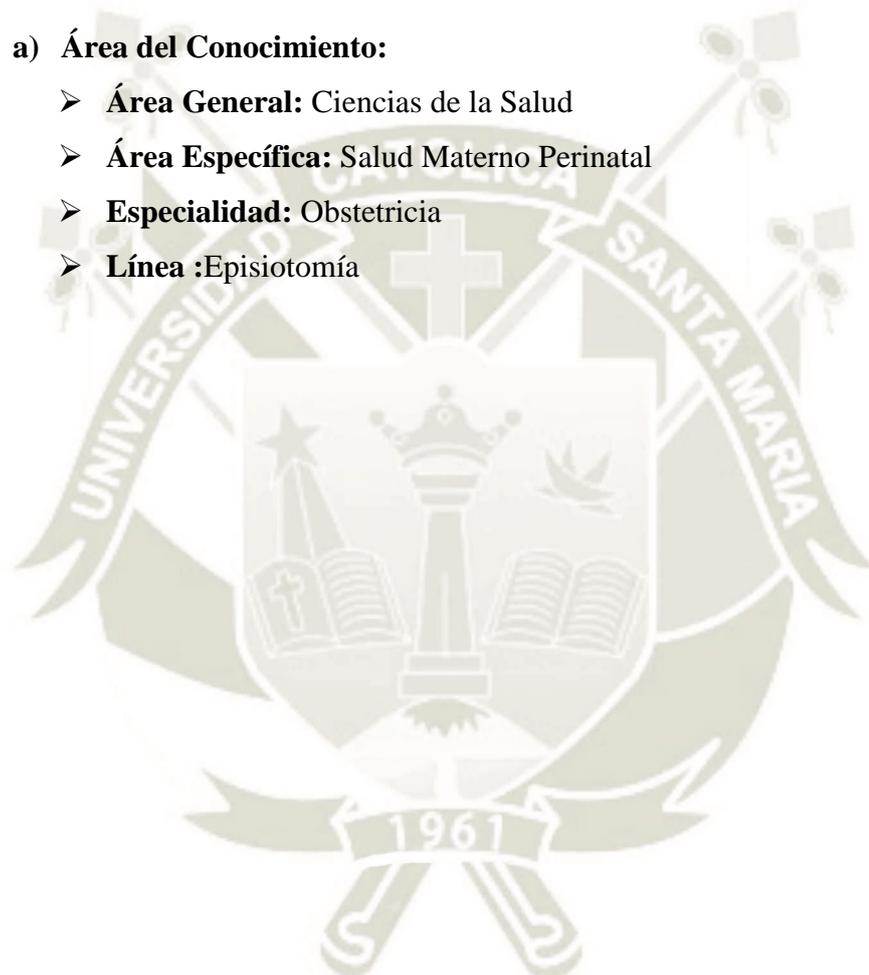
1.1. ENUNCIADO:

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA SELECTIVA EN PACIENTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ ZAMÁCOLA ENERO-JUNIO 2017

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

a) Área del Conocimiento:

- **Área General:** Ciencias de la Salud
- **Área Específica:** Salud Materno Perinatal
- **Especialidad:** Obstetricia
- **Línea:** Episiotomía



b) Operacionalización de Variables.

VARIABLES	INDICADORES	Escala
1. VARIABLES INDEPENDIENTES.		
1.1. Factores maternos	Edad materna	<15 años 15 – 35 años >35 años
	Nº Controles prenatales	1-3 4-6 >6
	Talla materna	< 140 centímetros 1.40- 1.55 centímetros > 1.55 centímetros
1.2. Factores fetales	Ponderado fetal	< 2500 gramos 2501- 3200 gramos 3201 – 3800 gramos 3801 gramos a más
	Perímetro cefálico del recién nacido	< 32 centímetros 32- 36 centímetros > 36 centímetros
	Edad gestacional	< 37semanas 37- 42 semanas
1.3. Factores del parto	Tipo de inicio de trabajo de parto	Espontáneo Inducido
	Presencia de desgarros	Presente Ausente
	Horario de atención del parto	Diurno Nocturno
2. VARIABLE DEPENDIENTE		
2.1. Episiotomía	SI NO	

c) Interrogantes básicas:

- 1) ¿Cuáles son los factores maternos, fetales y de parto de las pacientes nulíparas que tuvieron su parto en el Centro de Salud Zamácola enero-junio 2017?
- 2) ¿Cuál es la incidencia de la realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas que tuvieron su parto en el Centro de Salud Zamácola enero-junio 2017?
- 3) ¿Cuáles son los factores maternos, fetales y de parto que influyen en la realización de episiotomía en pacientes nulíparas que tuvieron su parto en el Centro de Salud Zamácola enero-junio 2017?

d) Tipo de investigación: Estudio observacional, retrospectivo y transversal.

e) Nivel de investigación: Estudio documental.

1.3. JUSTIFICACIÓN:

RELEVANCIA CIENTÍFICA:

Al ser una acción que se realiza día a día, tener un trabajo que nos refiera de los factores que influyen en la realización de una episiotomía en un Centro de Salud, sería de gran ayuda para tomarlos en cuenta y así establecer parámetros definidos para su ejecución selectiva.

El presente trabajo contribuye a verificar que factores influyen en la realización de una episiotomía, ya que no se encontraron trabajos similares en esta ciudad.

RELEVANCIA CONTEMPORÁNEA:

Teniendo un trabajo de investigación actual en la Región de Arequipa que trate sobre este tema nos ayudaría a determinar si en los últimos 5 años nos encontramos a la vanguardia en episiotomía o si seguimos realizando una práctica que a nivel mundial está entrando en decadencia.

Es trascendental ejecutar este estudio, debido a que no se dispone de estudios similares en nuestra población; esta inexactitud de datos crea desconocimiento sobre el tema y provee un problema a resolver, los resultados derivados de esta investigación son totalmente concordantes con nuestra realidad; será útil ya que con

datos sobre factores de riesgo de episiotomía se contribuirá a reducir su uso y por ende las posteriores consecuencias.

FACTIBILIDAD:

El presente trabajo es factible, ya que para realizarlo se necesitan únicamente las historias clínicas del Centro de Salud Zamácola pertenecientes al área de Obstetricia, dicho establecimiento cuenta con una base de datos adecuada y que presenta de modo activo y participativo las historias clínicas necesarias.

RELEVANCIA SOCIAL:

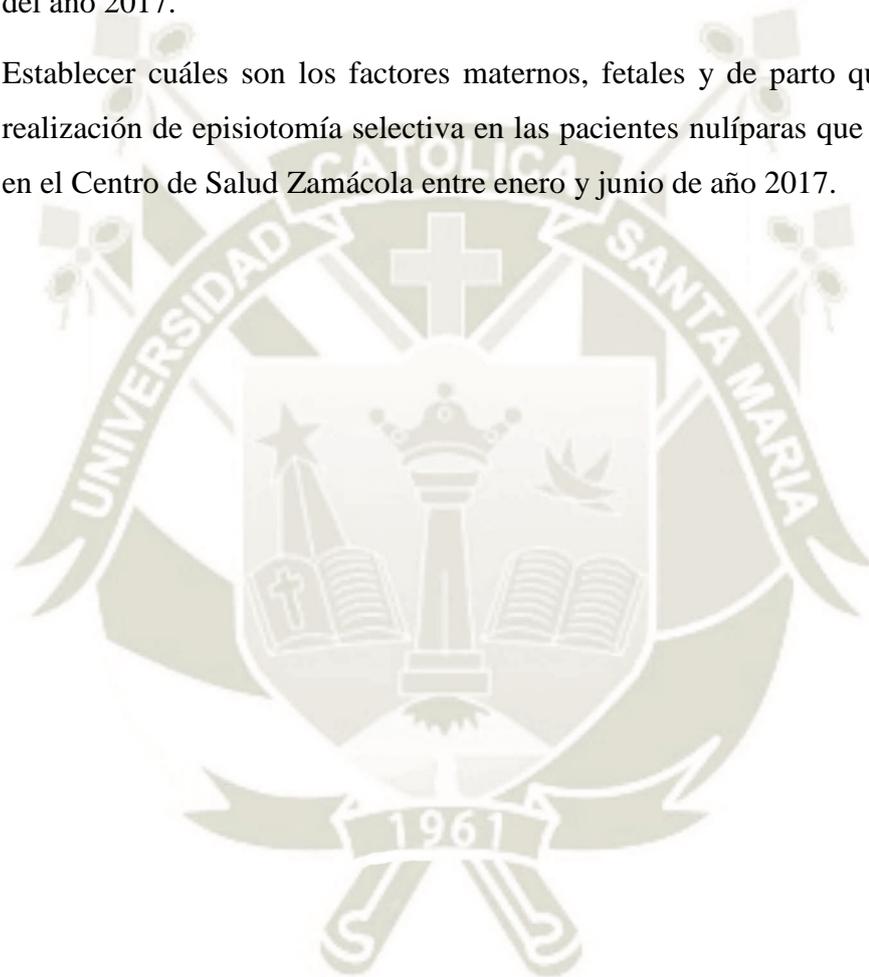
Dado que en nuestra práctica clínica hemos observado que la mayoría de mujeres primíparas se desgarran o se les realiza la episiotomía, el presente estudio contribuye a ver cuáles son los factores que conllevan a realizar una episiotomía y de esa manera poder brindar a las pacientes una mejor calidad de vida post parto, pues una menor tasa de episiotomías condicionara una menor tasa de complicaciones.

INTERES PERSONAL:

Mi primordial motivación para llevar a cabo esta investigación es evitar las molestias post parto a causa de la realización de la episiotomía.

2. OBJETIVOS

- a) Determinar cuáles son las características maternas, fetales y de parto en las pacientes nulíparas que tuvieron su parto en el Centro de Salud Zamácola entre enero y junio del año 2017.
- b) Determinar cuál es la incidencia de realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas que tuvieron su parto en el Centro de Salud Zamácola entre enero y junio del año 2017.
- c) Establecer cuáles son los factores maternos, fetales y de parto que influyen en la realización de episiotomía selectiva en las pacientes nulíparas que tuvieron su parto en el Centro de Salud Zamácola entre enero y junio de año 2017.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. PARTO

TIPO DE PARTO SEGÚN SU INICIO

- A. PARTO ESPONTÁNEO, NORMAL O EUTÓCICO:** Es el proceso fisiológico con el que la mujer termina su gestación a término. Su inicio, desarrollo y término se dan de manera natural y sin complicaciones. No implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (1).
- B. PARTO INDUCIDO:** Práctica por la cual se intenta lograr un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil, se logra un inicio artificial de trabajo de parto para producir borramiento y dilatación cervical (2).

TIPO DE PARTO SEGÚN LA TÉCNICA REALIZADA

- A. Parto vaginal:** Es el método más frecuente por el que una mujer para, ya que es la forma más recomendable de que un niño nazca cuando no existen complicaciones, ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el vacuum o el fórceps, que sujetan la cabeza del bebé con la finalidad de asirlo y tirar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles (3).
- B. Parto por cesárea:** es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la parte abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales (4).

En los últimos años se observa un considerable y progresivo aumento en la frecuencia de cesárea, antes sólo se observada para situaciones en que el parto vaginal ponía en riesgo a la madre o al feto (4).

3.1.2. EPISIOTOMÍA

DEFINICIÓN:

Esta intervención consiste en la incisión que se realiza en el periné materno, intentando controlar la distensión excesiva de los músculos perineales y los tejidos de la parte posterior de la vulva creando así espacio suficiente para el pasaje del polo de presentación fetal durante la última parte del periodo expulsivo del parto, evitando la excesiva compresión al feto y previniendo complicaciones perineales (5).

TIPOS DE EPISIOTOMÍA:

Existen 3 tipos de episiotomía, al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo, los músculos bulbo esponjoso y el perineal transversal. Además, existe posibilidad de dañar el nervio pudendo (6).

A. Episiotomía central o media:

Consiste en practicar la incisión en línea recta del rafe perineal desde la horquilla vulvar hasta 2 a 3 cm por encima del esfínter anal. Este tipo de episiotomía tiene como ventaja que es menos sangrante, de fácil reparación quirúrgica ya que no obliga a seccionar grandes masas musculares, la cicatrización es buena, el dolor postoperatorio es mínimo y tienen buen resultado estético y la dispareunia es rara. Tiene la desventaja de que no se puede ampliar y si se produce un desgarramiento puede comprometer el esfínter anal, el plexo hemorroidal o la propia mucosa anorectal pudiendo ocasionar complicaciones posteriores, por lo que no se recomienda, especialmente en los servicios obstétricos con personal profesional de entrenamiento (6).

B. Episiotomía medio lateral:

Parte desde la horquilla vulvar dirigiéndose en forma oblicua en ángulo de 45° hacia el isquion alejada del recto, en una longitud de 4 a 5 cm. Puede ser derecha o izquierda y secciona algunos haces del músculo elevador del ano. En comparación con la episiotomía de la línea media esta sangra más, su reparación quirúrgica es más compleja por lo tanto demora más al comprometer masas musculares, produce mayor dolor durante el puerperio y el resultado estético depende de una

buena sutura. Su mayor ventaja es que de prolongarse está exenta de complicaciones importantes (7).

C. Episiotomía lateral:

Es una variante de la anterior, la sección se realiza en ángulo a más de 45°, comienza en el introito vaginal y se extiende hacia la tuberosidad isquiática. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Este tipo de episiotomía no la aconsejamos ya que implica seccionar completamente el bulbo cavernoso, de por sí más sangrante, y así mismo porque suele dejar una cicatriz antiestética y muy dolorosa (8).

Es importante puntualizar que la episiotomía no debe considerarse de realización obligatoria en todos los partos. En muchos casos apropiados se puede evitar con una expulsión bien controlada de la cabeza en un parto eutócico. Al objeto de producir el menor trauma posible y la mayor facilidad de reparación, la episiotomía debe realizarse en el momento adecuado, esto es, cuando la presentación distiende la vulva. La expulsión incontrolada de la cabeza produce sin embargo desgarros vaginales, vulvares y perineales, a pesar de la realización previa de una episiotomía (9).

ANATOMÍA DEL PISO PELVICO

“La pelvis es un espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano). Estas estructuras se apoyan y se anclan en el piso pélvico, una estructura de músculos y tejido conectivo. Su principal componente es el músculo elevador del ano (MEA), un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos y que su forma de “U” o “V” abierta hacia adelante permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo. Además, existen otras estructuras de tejido conectivo fibroso que sirven de soporte y suspensión para estas estructuras, como ligamentos, arcos tendinosos, etc. (10).

Periné: El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacro ciático mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma

romboidal (10). Una línea arbitraria que une las tuberosidades isquiáticas divide el perineo en un triángulo anterior, también llamado triángulo urogenital, y uno posterior, denominado triángulo anal (11).

Músculos del periné:

- **Bulbo cavernoso:** Se origina en el tendón central delante del esfínter externo del ano, a cada lado de la línea media y de allí se dirigen hacia delante y hacia arriba, describiendo una curva de concavidad interna, rodeando la vagina, por debajo de los labios mayores y cubriendo las glándulas de Bartholino, cada uno oponiendo sus fibras a la del otro. En el otro extremo, se unen al cuerpo cavernoso y ligamento suspensorio del clítoris (11).
- **Isquiocavernoso:** Se origina en la tuberosidad isquiática dirigiéndose hacia arriba insertándose en la cara anterior de la sínfisis púbica, en la base del clítoris y rodeando el cuerpo cavernoso del mismo; también, envía fibras decusantes a la región de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando la mayor parte del esfínter externo de la misma. Comprime el cuerpo cavernoso del clítoris (12).
- **Transverso perineal superficial:** Se inicia en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose horizontalmente “en busca de la otra”, insertándose en el tendón central (12).
- **Esfínter externo del ano:** Anillo de músculo estriado que se une al cuerpo perineal en la parte anterior y al cóccix en la posterior. Mantiene un estado de contracción constante en reposo que provee aumento de tono y fuerza cuando está en riesgo la continencia, y se relaja para la defecación (12).
- **Transverso profundo del perineo:** Se prolonga hacia delante en forma de un diafragma fibroso que se inserta en las ramas isquiopubianas, por encima de los músculos isquiocavernosos (13).
- **Elevador del ano:** El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. El músculo elevador del ano en conjunto con el músculo coccígeo, forman diafragma pélvico, siendo el primero el componente principal (14). El músculo coccígeo se inserta en la espina ciática y sus ramas

se abren en abanico fijándose en las caras laterales de los segmentos sacros inferiores y cóccix (10).

Cambios durante el trabajo de parto.

Durante el parto existen cambios biomecánicos en el suelo pélvico. El elevador del ano consiste en los músculos pubovesical, puborrectal e iliococcígeo, que cierran el extremo inferior de la cavidad pélvica como un diafragma. Por lo tanto, se presentan una superficie superior cóncava y una inferior convexa. El grosor del músculo elevador del ano varía de 3 a 5 mm, aunque los márgenes que rodean al recto y la vagina son un poco más gruesos. El cambio más notorio consiste en el estiramiento de las fibras musculares del elevador del ano. Esto se acompaña del adelgazamiento de la porción central del perineo, que se transforma de una masa cuneiforme de tejido de 5 cm de espesor, a una estructura membranosa delgada, casi transparente, con menos de 1 cm de espesor. Cuando el perineo se distiende al máximo, el ano se dilata mucho y presenta una abertura de 2 a 3 cm de diámetro por la cual se abulta la pared anterior del recto. El número y tamaño extraordinarios de los vasos sanguíneos que irrigan la vagina y el piso pélvico producen una hemorragia fuerte si estos tejidos se desgarran (11).

MOMENTO DE SU EJECUCIÓN.

Ya teniendo clara la anatomía de la zona perineal tanto interna como externa es de extrema importancia saber determinar el momento correcto en el que se debe realizar la episiotomía, siendo este uno de los factores fundamentales a la hora de valorar los Si se realiza una episiotomía temprana de modo innecesario, la hemorragia de la incisión puede ser considerable durante el ínterin entre la episiotomía y el parto. Si se la realiza demasiado tarde, los músculos del piso perineal ya habrán sufrido un estiramiento excesivo y se anula uno de los objetivos de la intervención. Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza es visible durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm (15).

El catgut crómico es una sutura comúnmente usada para la episiotomía y que demora 2 a 3 semanas en absorberse. Los errores se pueden cometer haciendo un reparo apresurado o con mala visualización del área que va a ser reparada. Poca luz, sangrado excesivo, o paciente poco colaboradora también pueden dificultar el reparo del área. Si el área no es correctamente afrontada o incluso, si los puntos son estirados luego, los bordes de la herida pueden no cicatrizar correctamente.

Algunas mujeres cicatrizan "demasiado bien" y forman un tejido granulado, que puede crear "spotting" y dolor. En otros casos, se forma una especie de punto, usualmente a horas 6 en la parte inferior de la vagina, lo que puede causar dolor extremo a la inserción de un tampón, un dedo o el pene (16).

CLASIFICACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA SELECTIVA.

Siete tipos de episiotomía han sido relatados en la literatura médica

A.- Mediana: comienza la incisión en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Este tipo de episiotomía es realizada con mayor frecuencia en Estados Unidos y Canadá.

B.- Mediana modificada: Se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.

C.- Episiotomía en forma de J: Esta técnica quirúrgica comienza con una incisión media y se va lateralizando con dirección hacia la tuberosidad isquiática para poder evitar proximidad con el esfínter anal externa. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas.

D.- Medio lateral: Es el tipo de episiotomía más usado en la región europea y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.

E.- Lateral: Esta fue descrita en 1850, comienza en la zona del introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

F.- Lateral radical: Esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

G.- Anterior: Esta episiotomía ha sido relacionada con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica. De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan. Al hacer estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos del esfínter uro-genital: bulboesponjoso y el perineal transversal. Además, existe posibilidad de dañar el

nervio pudiendo, el cual podría ser causante de la grave dispareunia que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía (17).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Es imprescindible saber cuál es el momento apropiado para practicar esta técnica, puesto que “el corte” en un momento inadecuado puede generar complicaciones. El momento idóneo de realización variará dependiendo del tipo de parto que se esté atendiendo. En un parto espontáneo el momento elegido será cuando el feto esté con presentación de vértice, apoyándose la misma en el periné, se esperará hasta que esté completamente distendido. Es fácil de apreciar puesto que la piel perineal parece pálida por la falta de riego. La cabeza del bebé será visible en el introito vulvar, en unos 3 o 4 cm de diámetro y no se elevará en la pausa contráctil. Sin embargo, cuando el tejido tiene poca elasticidad, tiene lugar la ruptura de la mucosa anticipadamente, el signo de alarma es un hilo de sangre saliendo por la horquilla vulvar después de una contracción expulsiva. Cuando esto ocurre hay que realizar la episiotomía inminentemente puesto que es muy posible que ocurra un desgarro severo, por la ruptura del anillo himeneal.

En una intervención obstétrica, el criterio varía dependiendo del autor. Algunos prefieren realizar la episiotomía en el primer tiempo de la operación, antes de introducir la mano o el instrumental (fórceps, ventosa...) cuando el motivo del “corte” sea un tejido perineal rígido, la incisión también se hará de forma precoz.

La técnica empleada también tiene variaciones en función de la persona que la lleva a cabo, desde el tipo de episiotomía a realizar, hasta el uso o no uso de anestesia. En el caso de que se utilice anestesia, se emplea lidocaína al 1%, pudiéndose utilizar también a la hora de la sutura. Seguidamente se separan los labios con el segundo y tercer dedo de la mano que no sujete la tijera se visualiza el plano muscular y se introduce la tijera a unos 6-9 cm de profundidad. Cuando la zona del corte está localizada, se procede a realizarlo aprovechando que la cabeza del recién nacido empuja el periné, desplazando el esfínter anal. En este momento mejora la visualización del mismo y se puede evitar lesionarlo y además se disminuye la pérdida hemática. Cuando no se emplea anestesia, se aprovecha cuando la parturienta esté teniendo una contracción y así el dolor de la incisión se mitiga o se despista con el propio de la misma.

Es muy importante saber interpretar el momento preciso para llevar a cabo la incisión, puesto que la realización de la misma antes o después de tiempo o puede llevar a la presencia de complicaciones, Si la incisión se realiza prematuramente, la parturienta puede tener una pérdida hemática importante y si se hace demasiado tarde, cuando la cabeza del feto está casi desprendiéndose, la lesión músculo nerviosa ya habrá tenido lugar, con lo que el efecto beneficioso de la técnica no tendrá validez (18).

Consideraciones clínicas

Puesto que existe gran divergencia de opiniones y alto grado de variabilidad en la gestión de la episiotomía, se han propuesto una serie de indicaciones y recomendaciones, recogidas por varios organismos, que pueden servir como guía para su ejecución. Así pues, en 2006, el Colegio Americano de Obstetras Ginecólogos publicó y estableció en su boletín de la práctica clínica, en vista de las preocupaciones que acarrea y en base a la evidencia científica, las siguientes directrices destacables: “Es preferible el uso restrictivo de la episiotomía que el uso rutinario de la episiotomía”. Con respecto a episiotomía medio lateral vs mediana, los datos son insuficientes para determinar la superioridad de un enfoque sobre el otro, pero plantea: “el uso de la episiotomía medio lateral puede ser preferible a la episiotomía medial en los casos seleccionados”.

Con respecto a las indicaciones fetales, afirma: “hay pocos datos disponibles para apoyar cualquiera de sus beneficios” En 2007, el Centro Nacional de Colaboración para la Salud de las Mujeres y Niños, en su primera edición de su guía clínica, recomendó lo siguiente: - “Una episiotomía de rutina no debe llevarse a cabo durante el parto vaginal espontáneo ”. - Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es una episiotomía medio lateral originándose en la horquilla vaginal y generalmente dirigida hacia el lado derecho. El ángulo con el eje vertical debe ser entre 45 y 60 ° en el momento de la episiotomía”. Una episiotomía debe realizarse si hay una necesidad clínica tal como nacimiento instrumental o sospecha de compromiso fetal "La episiotomía no se debe ofrecer de forma rutinaria en el siguiente nacimiento vaginal con un traumatismo previo de 3er o 4º grado (19).

COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

Independientemente del tipo de episiotomía realizada, se producen una serie de complicaciones relacionadas con el uso de esta práctica. Una de las principales complicaciones son los tipos de desgarros que se pueden producir que se clasifican de la siguiente manera: Desgarro de primer grado: afecta a la piel perineal solamente. Desgarro de segundo grado: afecta a los músculos perineales y la piel. Desgarro de tercer grado: Lesión del esfínter anal 1° = < 50 % del esfínter anal externo desgarrado. 2° = > 50% del esfínter anal externo desgarrado y 3° = lesión del esfínter anal externo e interno. Desgarro de cuarto grado: la lesión del periné incluyendo el esfínter y el epitelio anal.

Según Buitrago, referido por Marín (2014), las complicaciones directamente relacionadas con el uso de la episiotomía son:

- a) Desgarros por extensión: esta complicación está directamente relacionada con el tipo de episiotomía realizada, siendo más frecuente para la mediana. Estos desgarros asociados, suelen ser más dolorosos que los desgarros espontáneos, el inicio de la actividad sexual se hace más tardíamente y el análisis del piso pélvico en estas pacientes muestra mayor debilidad.
- b) Dehiscencia de la sutura e infección: ocurre en el 0,5 % de las episiorrafias, se encuentra asociada a infección en el 79% de los casos.
- c) Trastornos crónicos: el 50% de las pacientes que tienen comprometido el esfínter anal durante el parto, sufrirán crónicamente de trastornos (en el mejor de los casos) como incontinencia fecal, dolor pélvico crónico y dispareunia (20).

A. Complicaciones inmediatas:

- Hemorragia.
- Desgarros.
- Hematoma.
- Edema.
- Infección.
- Dehiscencia.

B. Complicaciones tardías:

- Dolor en la región perineal espontánea.
- Dispareunia.
- Procesos adherenciales vaginales o bridas.
- Endometriosis en la cicatriz de episiotomía.
- Quiste de glándula de Bartholino.
- Fístulas recto vaginal.

C. Infección de la episiotomía:

Para poder sospechar de una infección de alguna episiotomía realizada anteriormente debe haber:

- Dolor en sitio de la episiotomía
- Secreción purulenta de dicha zona
- Edema
- Fiebre

El diagnóstico se sustenta por la historia clínica y los signos detectados en el examen físico.

Esta complicación se presenta en 0,5 al 3% de las episiotomías, la falta de asepsia, existencia de hematoma, sutura con mala técnica, múltiples tactos, infecciones genitales previas o RPM sin protección antibiótica son factores de riesgo de esta complicación.

Los microorganismos más frecuentemente hallados en esta complicación son gram negativos como enterococos, estreptococo grupo B, Gardnerella vaginalis y bacterias anaerobias. Las cefalosporinas de primera y tercera generación son la primera elección.

D. Hematoma:

Los pacientes con signos de pérdida de volumen pese a reposición de fluidos o con hematoma en aumento requieren una incisión del hematoma y evacuación del coágulo.

Se sospecha hematoma puerperal si hay dolor, tumefacción bulbar, edema o induración de la zona.

El tratamiento es expectante y con antiinflamatorios no esteroideos (20).

3.1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

FACTORES MATERNOS:

○ EDAD MATERNA

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (21). La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística (22).

Se observó un incremento en los porcentajes de episiotomía a medida que aumentaba la edad materna, pasando de un 52,38% en el grupo de 15 a 19 años, a un 77,27% a partir de los 40 años. Sin embargo, al comparar la edad materna media en ambos grupos (episiotomía o no) no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables (23).

○ ATENCIÓN A LA GESTANTE

Es cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal en el establecimiento de salud

- Gestante atendida: es la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo.
- Gestante controlada: gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.
- Gestante reenfocada: es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto antes de las 14 semanas de gestación, para lograr brindar un paquete básico de atenciones que permia la detección temprana de signos de alarma, factores de riesgo, educación para el autocuidado y participación de la familia.

Los establecimientos de salud deben cumplir bajo norma técnica lo establecido que son como mínimo 6 atenciones prenatales, la cual la primera o segunda atención debe ser realizada por profesional médico gineco-obstetra, en caso que un establecimiento no cuente con tal personal debe ser realizado por un médico cirujano para que de esta manera se pueda realizar un examen físico general minucioso, para la detección temprana de patologías que puedan afectar el embarazo.

Toda información deberá ser registrada tanto en la historia clínica de la gestante como en la CLAP.

○ **MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LA GESTANTE (17)**

El riesgo de problemas nutricionales durante la gestación es mayor en adolescentes, mujeres de bajo peso pre gestacional, gestantes con sobrepeso y obesas. Estudios sobre ganancia de peso correlacionan la desnutrición materna con el peso del niño al nacer, específicamente con el retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) y también con el parto prematuro espontáneo, mortalidad y morbilidad perinatal. De otro lado, las mujeres que ganan insuficiente peso durante el embarazo tienden a presentar complicaciones maternas como amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y recién nacidos con bajo peso al nacer. La excesiva ganancia de peso está asociada con complicaciones como diabetes gestacional y dificultades durante el parto debido a recién nacidos macrosómicos. Debido al fuerte impacto que la ganancia de peso tiene sobre el embarazo, el monitoreo para una óptima ganancia de peso debe constituir una actividad muy importante en los establecimientos de salud, es así que la antropometría juega un rol importante en la evaluación nutricional de la madre. La valoración antropométrica comprende la toma de medidas de talla, peso actual, peso usual o pregestacional e índice de masa corporal. Estas medidas tomadas a inicios de la gestación deben ser utilizadas para evaluar el estado nutricional de la gestante. La toma de peso en los controles sucesivos es imprescindible para su registro y gráfica en la Ficha de Monitoreo. El control del peso es parte del control prenatal el que, en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, permite la identificación precoz de los problemas que pueden perjudicar a la madre, al feto, o al recién nacido, evitando la morbilidad y mortalidad perinatal (17).

Otro dato de relevancia es la talla materna como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio; la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico.

Sokareporta que en Burkina Faso las mujeres de hasta 155 cm de talla tienen 4,9 veces más probabilidad de tener un parto por cesárea que las mujeres de

mayor estatura. Molloy refiere un incremento de más de dos veces de cesáreas en mujeres con menos de 152,4 cm de talla, al compararlas con las de mayor estatura; sin embargo, en su población no considera algún factor de exclusión, como presentación anormal, paridad, edad de la madre o peso del recién nacido, entre otros. Frame y col no encuentran diferencia significativa entre cesáreas por DCP en mujeres de talla baja y alta. La primigestación asociada a talla baja es otro factor que determina un mayor número de cesáreas por DCP. En Tanzania se refiere que 90% de primigestas menores de 146 cm necesita cesárea por DCP. Liu en un trabajo realizado en el Hospital Belén de Trujillo encuentra que la talla materna baja (<145 cm) está asociada a una mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulípara como en multíparas.

En países en vías de desarrollo, la atención del embarazo y parto en áreas rurales es realizada, en gran porcentaje, por parteras; por ello es importante determinar la talla baja como factor de riesgo de parto por cesárea, lo que permitirá adoptar acciones adecuadas, al referir en forma oportuna a un hospital a las mujeres que lo ameriten. La talla es una medida fácil de realizar, barata y sólo requiere una medición en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer después de la adolescencia. También podría prevenir muertes maternas y perinatales (24).

○ **EDAD GESTACIONAL**

La edad gestacional permite tener conocimiento de cómo va desarrollándose el embarazo, además determinar ciertos parámetros fetales y si estos corresponden a la edad gestacional.

La edad gestacional es útil tanto para ginecólogos como para obstetras ayuda a la determinación del parto, saber si el parto ya está a término, caso contrario puede estar adelantándose a la fecha probable de parto o si se debe provocar el parto por estar pasándose de fecha.

Existen diferentes métodos para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto, entre ellos:

- Regla de Pinard: al término de la última menstruación se le agregan 10 días y se retroceden 3 meses.

- Regla de Naegele: consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación y restar 3 meses.
- Regla de Wahl: al primer día de la última menstruación se le agrega 10 días y retroceder 3 meses.

Cabe resaltar que si se desconoce la fecha de última menstruación existen otros métodos para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto como por ejemplo las ecografías, donde a través de algunas medidas fetales ya sea la longitud céfalo caudal, o el diámetro biparietal, longitud del fémur, perímetro cefálico o abdominal, se puede saber la edad gestacional (24).

FACTORES FETALES

○ PONDERADO FETAL

- **Peso del Recién Nacido**

La evaluación nutricional está compuesta por la historia alimentaria, los hallazgos clínicos, los parámetros antropométricos y la realización de pruebas bioquímicas; en el recién nacido el peso al nacimiento es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento, el indicador más sensible de la salud posnatal. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso al nacer:

- Macrosómico: > 4 000 gr.
- Peso normal: 2 500 a 3 999 gr.
- Bajo peso: < 2 500 y >1 500 gr.
- Peso muy bajo: <1500 gr.

La evaluación antropométrica constituye una parte fundamental de la evaluación clínica no invasiva del estado nutricional. Una parte importante de la evaluación antropométrica del neonato se basa en los índices que permiten estimar la magnitud de las reservas energéticas (25).

Durante los 3-5 primeros días el recién nacido pierde hasta un 10% del peso que tenía al nacer. Es la llamada disminución fisiológica del peso, que se debe a la pérdida de líquidos tisulares a través de la orina, meconio, respiración y evaporación aparte de una deficiente ingesta de líquidos. Hacia el quinto día la curva ponderal empieza a ascender y el

neonato recupera su peso de nacimiento al 10mo y 14avo día, desde ese momento asciende en unos 200 a 250 gramos por semana (24).

○ EXAMEN DEL CRÁNEO DEL RECIÉN NACIDO

• **Perímetro Cefálico**

Se mide teniendo como puntos de referencia la protuberancia externa del occipital y las dos protuberancias anteriores del frontal. Su valor promedio oscila entre 33-35 cm.

Se debe tener mucha precaución al interpretar el perímetro cefálico después del parto ya que durante este momento la cabeza del feto sufre un moldeamiento, el cual vuelve a la normalidad al cabo de una semana, es por ello que se recomienda constantemente tomar nuevamente la medida al dar el alta del recién nacido.

Cabe recalcar que cuando la cabeza es muy pequeña se debe sospechar de síndromes dismórficos, infección congénita o microcefalia aislada; caso contrario cuando la cabeza es muy grande se debe considerar la posibilidad de hidrocefalia en particular cuando este tiene relación al peso sobre el promedio (26).

• **Suturas**

Examinar especialmente la separación de la sutura sagital buscando una separación excesiva lo normal hasta 1 cm.

El cabalgamiento es normal y se debe al moldeamiento de la cabeza durante el parto.

Se debe examinar la movilidad de las líneas de sutura para descartar la craneosinostosis. Esto se comprueba colocando cada dedo pulgar en los costados opuestos de la sutura, empujando alternativamente mientras se percibe el movimiento.

La craneotabes es un fenómeno ocasional sobre todo en recién nacidos dismaduros, que por regla general no tiene importancia clínica y desaparece en cuestión de días.

- **Fontanelas**

Se investigan sus dimensiones, tensión y pulsación. Al nacer las fontanelas pueden encontrarse cerradas o ser muy pequeñas debido al amoldamiento normal del parto.

La fontanela anterior mide de 1-4cm en cualquier dirección, es suave, normalmente pulsa con el pulso del bebe y se deprime ligeramente cuando el niño está de pie o quieto, la fontanela posterior mide 1cm de diámetro (26).

FACTORES DEL PARTO

- **TRABAJO DE PARTO**

Es la duración de diferentes periodos del parto, su principal propósito es la identificación precoz de algunas alteraciones de este.

- **Dilatación:**

Comprende de dos fases:

Fase latente: El inicio del parto acompañado de contracciones irregulares hasta alcanzar los 4 cm de dilatación. No existe una duración establecida para este periodo.

Fase activa: Periodo que va desde los 4 cm hasta los 10 cm de dilatación acompañados de dinámica regular.

La duración promedio es de:

Primíparas: 8 horas (no + de 18 horas).

Múltiparas: 5 horas (no + de 12 horas).

- **Expulsivo:**

Posee dos fases:

Fase no activa o preexpulsiva: Pese a haber alcanzado la dilatación completa aún no se siente la necesidad de pujar, debido a que la cabeza aún no ha descendido lo suficiente esto quiere decir que aun esta alta. En esta fase se recomienda que la madre camine o que ella se mueva libremente, todo esto guiado por las necesidades de su cuerpo para sentirse lo más cómoda posible, cabe resaltar que no es necesario forzarla a que pujan antes de tiempo si aún no tiene deseos de hacerlo.

Fase de expulsivo activo: Es cuando la mujer siente la necesidad de pujar y expulsar al bebe en cada pujo. Como se mencionó anteriormente se debe evitar hacer pujar a la mujer antes de tiempo, parte de una atención de parto fisiológicamente hablando se debe esperar a que la mujer desee pujar, incluso en ocasiones aun estando en dilatación completa y sin necesidad de pujar basta esperar 10 a 20 minutos para que esta sensación comience. La duración en promedio es de 3 horas en primíparas y 2 horas en múltiparas.

En esta sección cabe resaltar que en el momento del pujo se debe recomendar a la madre pujar con la glotis abierta esto quiere decir con la boca abierta dejando escapar el aire, existen estudios que demuestran que de esta manera la oxigenación del feto es mayor y permite que el periné sea más elástico y se distienda evitando así la realización de episiotomía y desgarros perineales (27).

- **Alumbramiento**

Existe evidencia de que el manejo activo del alumbramiento en comparación con el fisiológico conlleva un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.

El manejo activo del alumbramiento puede incluir las siguientes acciones: administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé, aplicar tracción controlada del cordón umbilical, y aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado.

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos. El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes: Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo). Animar a la mujer a pujar con

las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.

Debería facilitarse un ambiente adecuado para el primer contacto madre-hijo/hija y la liberación de oxitocina endógena, pudiendo así obtener su pico máximo; de esta forma madre e hijo/hija podrían beneficiarse de los efectos de ésta, tanto a nivel fisiológico como conductual.

El grado de pérdida de sangre depende de la velocidad con la que se desprenda la placenta de la pared uterina, además de las contracciones uterinas durante y después de la separación, si los músculos no se contraen lo suficiente puede ocurrir una hemorragia post parto.

Durante este periodo se presenta un sangrado menor a los 500 ml en un parto por vía vaginal, y 1000 ml en una cesárea.

La duración es:

- Normal: hasta 10 minutos.
- Prolongado: de 10 a 30 minutos.
- Retención placentaria: más de 30 minutos (28).

○ **DESGARROS VAGINALES (28):**

Pueden ocurrir durante el parto en diversas localizaciones del área vaginal y sus alrededores.

● **Tipos de desgarros.**

Existen 4 tipos de desgarro perineal:

- **Primer Grado:** Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación.
- **Segundo grado:** Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación. (Grado de desgarro que se logra con una episiotomía).
- **Tercer Grado:** Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal.
- **Cuarto Grado:** Esta involucra la mucosa rectal.

- **Tratamiento de los desgarros vaginales:**

- **Desgarro de Primer Y Segundo Grado:** En la sutura de cualquiera de estos dos grados primeramente una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.
- **Sutura de Mucosa Vaginal:** Primero se necesitará Vycril 2/0, luego de ello se procederá a la identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo. Posteriormente realizar una sutura continua del ángulo hasta anillo himeneal. Englobar la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal.
- **Sutura de Músculos Perineales:** Identificación de los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximación de los mismos. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos. Identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl 2/0. Es importante identificar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Debemos objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura.
- **Sutura de Piel:** La piel debe quedar correctamente aproximada, pero sin realizar tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto.

- **Reparación de Desgarros de Tercer y Cuarto Grado:**

Para una buena exploración perineal se debe realizar, de forma sistemática, un tacto rectal con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. El esfínter interno se puede identificar como una banda fibrosa blanquecina entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento inmediatamente posterior al parto. Estas fibras son responsables del 75% del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser visible al inicio debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de musculatura

estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno.

- Se consideran lesiones contaminadas, por lo que antes de iniciar su reparación, asegurar un campo quirúrgico limpio y con asepsia adecuada, realizando lavados si es necesario.
- Conseguir una buena relajación y analgesia de la zona para poder suturar correctamente.
- Administrar una profilaxis antibiótica: dosis única de cefalosporina de 2ª o 3ª generación EV o IM.
- **Sutura Mucosa Rectal:** La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Sutura de esfínter: Las fibras del esfínter externo suelen retraerse hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para identificar y aislar los extremos (28).

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

A. Autor(es): Hernández Perez J, Azon López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa Ruth, Val Lechuz B, Merida Donoso Ángel

Título: Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas.

Fuente: Revista Scielo- Enfermería y Perspectiva de Género- Murcia 2014.

Resumen:

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas

Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza con una muestra de 568 mujeres nulíparas. Se comparó la existencia o no de episiotomía tras el parto con las variables: edad materna, nacionalidad, edad gestacional, peso fetal, hora de nacimiento, sexo fetal, analgesia empleada y profesional que asiste el parto, así como la existencia de desgarros y los resultados del pH de la arteria umbilical fetal.

Resultados: La tasa de episiotomía en las mujeres nulíparas en el HUMS de Zaragoza es de un 62%. Entre los factores que influyen en la realización de una episiotomía se encuentran el mayor peso del feto ($p=0,000$), así como el criterio individual del profesional que asiste el parto. Otros factores como la edad gestacional, el sexo fetal, la analgesia epidural, la hora de nacimiento o la nacionalidad no influyen en su realización. El no hacer episiotomía incrementa los desgarros perineales de primer grado, y en menor medida los de segundo, sin que ocasione un mayor riesgo para el bienestar fetal. Además, su no realización permite la posibilidad de mantener el periné íntegro tras el parto, principalmente entre las mujeres más jóvenes.

Conclusiones: Sería recomendable revisar los protocolos de política selectiva de episiotomía para conseguir disminuir su tasa e igualar los porcentajes existentes entre los diferentes profesionales.

Palabras clave: episiotomía selectiva; episiotomía rutinaria; desgarro perineal; episiotomía restrictiva (26).

B. Autor(es): Cravchik, Samuel; Muñoz, Deila; Bortman, Marcelo.

Título: Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén, Argentina.

Fuente: Panamerican Journal of Public Health, Argentina 1998.

Resumen: Las indicaciones para realizar episiotomía en los partos vaginales es un tema controvertido que requiere revisión en todas partes del mundo. En 1995, en la provincia de Neuquén, Argentina, se elaboraron normas para la atención del parto de bajo riesgo, una de las cuales recomendaba reservar la episiotomía para los casos de alto riesgo de desgarro. Este estudio de cohortes retrospectivo se diseñó con objeto de comparar los criterios que se utilizaron en 1996 como indicación de episiotomía en los centros de maternidad del subsector público de esa provincia, así como el efecto de la paridad y otras variables en la frecuencia de esa intervención. Se examinaron 7 513 registros del Sistema Informático Perinatal, que representan 70% del total de partos atendidos ese año. Se excluyeron 830 correspondientes a partos por cesárea. Los 6 683 registros restantes se dividieron en ocho grupos según la institución donde se atendió el parto. Se calcularon las tasas de incidencia de episiotomía en esos grupos y se realizó una regresión de Poisson a fin de ajustar las tasas por peso al nacer de los niños, paridad y edad de la madre, y forma de presentación y de terminación del parto. Tomando al Hospital Neuquén como base por ser el más complejo y atenderse allí el mayor número de partos, dos hospitales tuvieron incidencias de episiotomía correspondientes a 70% (IC95%, 62 a 79) y 67% (IC95%, 57 a 78) de las de ese hospital. Otros dos hospitales tuvieron incidencias más altas que el Neuquén por 28% (IC95%, 13 a 45) y 17% (IC95%, 2 a 35), mientras que en los hospitales restantes no se observaron diferencias significativas. Mediante regresión estratificada según el número de partos vaginales previos, se observó que la variable con mayor efecto en la indicación de episiotomía fue la paridad. En las nulíparas, las tasas no mostraron diferencias según el lugar donde se atendió el parto, pero en las primíparas sí hubo diferencia, aún más marcada en las múltiparas. Se concluyó que todos los establecimientos incluidos en el estudio realizaban episiotomía casi de rutina en las parturientas nulíparas, que hay diferencias significativas en cuanto a su indicación en primíparas y que estas se incrementan con la paridad (29).

C. **Autor(Es):** Mejía Chicaiza, J; Gualan Cartuche, C; Mejia Calle, A.

Título: prevalencia de episiotomía y factores asociados en pacientes del centro obstétrico del hospital Vicente corral Moscoso, cuenca Ecuador.

Fuente: Revista de La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca Vol. 35- 2017, Ecuador.

Resumen:

Objetivo: 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:** Se realizó un estudio de prevalencia analítico en un universo de 3 798 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. **Resultados:** La prevalencia de episiotomía fue del 35.5%. Se encontró significancia estadística en la edad menor de 19 años, el peso del recién nacido mayor a 3000 gramos y el perímetro cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; no se encontró significancia estadística entre talla materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía.

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%), (30).

3.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

A. Autor(es): Ríos Linares Grecia.

Título: Factores de Riesgo que Contribuyen al desgarro perineal en Gestantes durante el Parto en el Hospital Regional de Loreto.

Fuente: Universidad Científica del Perú, San Juan, Iquitos 2015

Resumen: Introducción: Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto; se ha reportado que hasta 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y entre 2.2% y 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. Los desgarros perineales graves afectan a las mujeres durante o inmediatamente después del evento obstétrico, y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres en el largo plazo. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el hospital regional de Loreto, enero a diciembre 2015.

Metodología: El presente estudio es de diseño descriptivo correlacional retrospectivo. La población estuvo constituida por todos los casos de desgarro perineal en gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Regional de Loreto entre enero a diciembre del 2015. **Resultados:** Entre las características maternas de las gestantes se encontró que el 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas, el 72.1% tuvieron estudios secundarios, el 50.8% tuvieron anemia leve. Las principales características obstétricas de las gestantes fueron; el 73.8% multíparas, el 37.7% tuvieron intervalos de 3 a 5 años, el 71.3% tuvieron > 6 APN, el 82.8% realizaron psicoprofilaxis, el 96.7% no le realizaron episiotomía y el 78,7% tuvieron desgarro de primer grado En relación al peso del recién nacido, el 95.9% de las gestantes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado (2500 gr a 3999 gr) **Conclusión:** Se encontró relación entre la edad materna ($p=0.041$), grado de anemia ($p=0.000$) y paridad ($p=0.049$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes. No se encontró relación entre la psicoprofilaxis obstétrica ($p=0.726$), episiotomía durante el parto ($p=0.909$) y peso del recién nacido ($p=0.336$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes (31).

3.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

A. Autor(es): Muñoz Ortiz Rosmery del Carmen, Salinas Uribe Eileen Arlette.

Título: Factores Relacionados a la Práctica de la Episiotomía Restrictiva y del Perfil de la Nulípara en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola **Fuente:** Universidad Católica De Santa María, Arequipa 2011. **Resumen:** Se ha evaluado los Factores Relacionados a la Práctica de la Episiotomía Restrictiva y del Perfil de la Nulípara Centro De Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola – 2011, para lo cual se ha utilizado una muestra de 308 gestantes nulíparas, mediante una ficha de recolección de datos para evaluar las variables. **Metodología:** El método empleado ha sido la entrevista y el diseño del trabajo es descriptivo; habiéndose utilizado la estadística descriptiva para determinar la relación entre las variables. Las gestantes evaluadas en su mayoría tuvieron 38 semanas de gestación, siendo la mayoría de ellas amas de casa con edades entre los 19 a 23 años, quienes fueron atendidas de parto vaginal con presencia de la episiotomía restrictiva. **Resultados:** en los resultados se observa que uno de los factores con mayor importancia para la ocurrencia de la episiotomía restrictiva es la edad materna 19 a 23 años de edad, ya durante esta etapa las mujeres jóvenes presentan tejidos con mayor elongación y flexibilidad además la ganancia de peso adecuado materno que influyen en la ocurrencia de la episiotomía restrictiva. La evaluación previa identificando los parámetros de la ocurrencia de la episiotomía restrictiva, garantiza la salud integral de las gestantes nulíparas y su estado de salud sexual-reproductiva (32).

4. HIPOTESIS:

Dado que en los últimos años se promueve la atención del parto humanizado, priorizando las necesidades de la paciente, donde se expone que el personal de salud debería realizar intervenciones mínimas, rechazándose la aplicación de la episiotomía debido a los efectos negativos que originan tanto a nivel físico como psicológico en la mujer.

Es probable que existan algunos factores que indiquen de manera selectiva la realización de episiotomía de pacientes nulíparas con la finalidad de evitar eventos adversos en el feto y la gestante.





CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

VARIABLES	INDICADORES	Técnicas	Instrumentos
1. VARIABLES INDEPENDIENTES.			
1.1. Factores maternos	Edad materna	Observación documental	Ficha de recolección de datos
	Nº Controles prenatales		
	Talla materna		
1.2. Factores fetales	Ponderado fetal		
	Perímetro cefálico del recién nacido		
	Edad gestacional		
1.3. Factores del parto	Tipo de inicio de trabajo de parto		
	Presencia de desgarros		
	Horario de atención del parto		
VARIABLES	INDICADORES		
2. VARIABLE DEPENDIENTE			
2.1. Episiotomía	SI		
	NO		

Materiales de verificación:

- ✓ Material bibliográfico
- ✓ Fichas
- ✓ CD
- ✓ Tinta de impresora
- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Material de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en el Ámbito Institucional del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, el cual está ubicado en la esquina de la calle Yaraví con la calle Marañón en el distrito de Cerro Colorado, departamento Arequipa, perteneciente a la Microred Maritza Campos Díaz y a la Red Arequipa – Caylloma, cuya delimitación fue por medio de un croquis.

2.2. Ubicación temporal

2.2.1. Cronología

La investigación corresponde entre el 01 de enero del 2017 al 30 de junio del 2017.

2.2.2. Visión temporal

Retrospectivo.

2.2.3. Corte temporal

Transversal.

2.2.4. Unidades de estudio

- **Universo:** Gestantes que fueron a atender su parto en el Centro de Salud Zamácola en el periodo de enero a junio del 2017.

a) Universo cualitativo:

- ✓ **Criterios de inclusión:** Pacientes nulíparas que tuvieron su parto eutócico en el Centro de Salud Zamacola entre el 01 de enero del 2017 al 31 de junio del 2017.
- ✓ **Criterios de exclusión**
 - Gestantes nulíparas que tuvieron su parto en trayecto al Centro de Salud.
 - Gestantes que tuvieron un parto por cesárea.
 - Gestantes multíparas.
 - Partos distócicos.

b) Universo cuantitativo: el total de la población fue de 450 pacientes que tuvieron su parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

➤ **MUESTRA:**

- a) Confiabilidad: 95.5
- b) Margen de Error: +/-5%

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

Dónde:

- N = Total de la población = 450
- $Z_\alpha = 1.96$
- p = proporción esperada (50% = 0.5)
- q = 1 – p (1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (5%=0.05).

$$n = 207.489558$$

$$n = 208$$

$$n = 208 - 66 = 142$$

$$n = 142$$

Elegimos 142 Historias Clínicas de gestantes nulíparas ya que cumplieron con los criterios de inclusión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se solicitó autorización al Jefe del Centro de Salud al igual que a la Jefa del Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamacola.

Se localizó las historias clínicas para la realización del trabajo de investigación.

3.2. Recolección de datos

Luego de tener el permiso del personal respectivo, se procedió a la recolección de las historias clínicas según los criterios de exclusión y de inclusión para de esta manera tomar los datos necesarios en las fichas respectivas para su posterior análisis.

3.3. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación no tiene contraindicaciones éticas de ningún modo ya que será totalmente anónimo y no se violarán de ningún modo los derechos humanos ni personales de los pacientes cuyas historias clínicas entren en el mismo.

3.4. Recursos

3.4.1. Humanos

Autora:

Yamile Torres Herrera.

Asesora:

Mgtr: Fabiola Meza Flores

3.4.2. Físicos

En cuanto a recursos físicos se utilizó:

Fichas de recolección de datos.

Materiales de escritorio (lapiceros, lápices, borradores, engrapador)

3.4.3. Económicos

El valor económico de la investigación es técnicamente testimonial ya que se realizó solamente con la recolección de datos de las historias clínicas.

3.4.4. **Institucionales**

Se utilizó las instalaciones del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola-Arequipa.

4. **ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS:**

4.1. **PLAN DE PROCESAMIENTO:**

4.1.1. **Tipo de procesamiento**

En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual).

4.1.2. **Operaciones de la sistematización**

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple y doble entrada, estos además serán numéricos y literales; y en el plan de graficación, se utilizó gráficos de barras.

Los datos registrados en el protocolo de recolección de datos, fueron calificados, tabulados para su análisis e interpretación empleando cuadros y gráficos.

4.2. **PLAN DE ANALISIS DE DATOS**

4.2.1. **Tipo de análisis**

a) **Por el número de variables**

Es una investigación de análisis multi-variable.

b) **Por su naturaleza**

Es una investigación de análisis cuantitativo y cualitativo.

4.2.2. **A nivel de sistematización:**

Para el procesamiento de los datos se tabuló los datos recogidos, para luego convertirlos al sistema digital, para su análisis estadístico, en el programa Estadístico SPSS 20.0 for Windows.

4.2.3. **A nivel de estudio de datos:**

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS y el análisis estadístico correspondiente.

4.2.4. Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cuantitativas en estudio.

4.2.5. Estadística Analítica:

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2), para las variables cualitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si ($p < 0.05$).





CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N°. 1

**FACTORES MATERNOS DE LAS PACIENTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ ZAMÁCOLA ENERO-
JUNIO AREQUIPA 2017**

Factores maternos	N°.	%
Edad		
15 años	0	0,0
15 – 35 años	135	95,1
>35 años	7	4,9
CPN		
1-3	4	2,8
4-6	30	21,1
>6	108	76,1
Talla materna		
< 140 cm	7	4,9
1.40- 1.55 cm	131	92,3
> 1.55 cm	4	2,8
TOTAL	142	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 95.1% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 15-35 años, el 76.1% de las pacientes tuvieron más de seis controles prenatales, mientras que el 92.3% de las pacientes miden entre 1.40-1.55 centímetros.

TABLA N°. 2

**FACTORES FETALES DE LAS PACIENTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ ZAMÁCOLA ENERO- JUNIO
AREQUIPA 2017**

Factores fetales	N°.	%
Ponderado fetal		
<2500gr.	1	0,7
2501- 3200gr.	48	33,8
3201- 3800gr.	81	57,0
>3801gr.	12	8,5
Perímetro cefálico		
<32cm.	2	1,4
32- 36cm	138	97,2
>36cm.	2	1,4
Edad gestacional		
<37 semanas	2	1,4
37- 42 semanas	140	98,6
TOTAL	142	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 2 muestra que el 57.0% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tuvieron recién nacidos con un peso entre 3201-3800gr, el 97.2% presentaron perímetro cefálico entre 32-36 cm, mientras que el 98.6% nacieron entre las 37 – 42 semanas.

TABLA N°. 3
FACTORES DEL PARTO EN LAS PACIENTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ ZAMÁCOLA ENERO-
JUNIO AREQUIPA 2017

Factores del parto	N°.	%
Tipo de inicio		
Espontáneo	141	99,3
Inducido	1	0,7
Desgarros vaginales		
Presente	58	40,8
Ausente	84	59,2
Horario		
Día	72	50,7
Noche	70	49,3
TOTAL	142	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 3 muestra que el 99.3% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tuvieron parto espontáneo, no se presentaron desgarros en 59.2%, y el 50.7% tuvieron el parto durante el turno día.

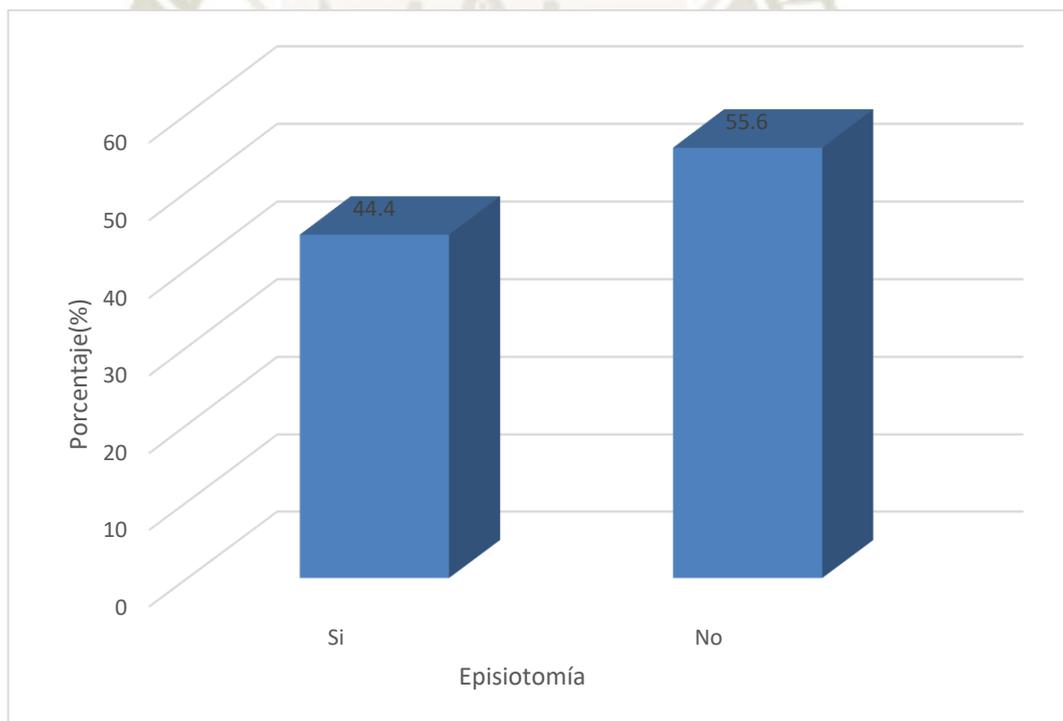
TABLA N°. 4

**INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA SELECTIVA EN
PACIENTES NULÍPARAS QUE TUVIERON SU PARTO EN EL CENTRO DE
SALUD ZAMÁCOLA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL AÑO 2017**

Episiotomía	N°.	%
Si	63	44,4
No	79	55,6
TOTAL	142	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 4 muestra que se realizó episiotomía al 44.4% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 5

RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA SELECTIVA Y LA EDAD MATERNA DE LAS PACIENTES NULÍPARAS QUE TUVIERON SU PARTO EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL AÑO 2017

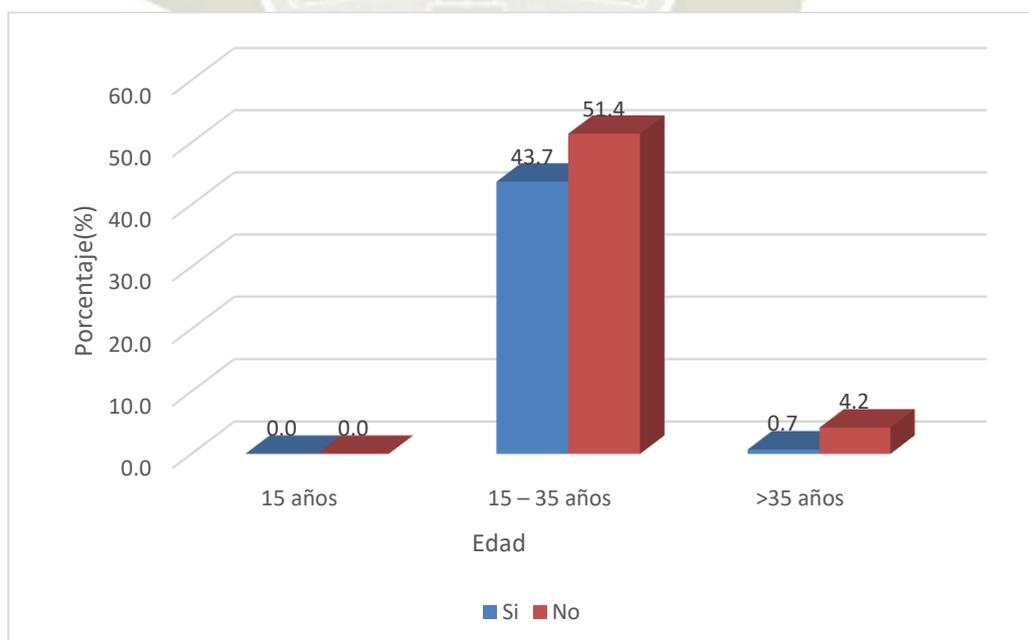
Edad materna	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
15 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 – 35 años	62	43,7	73	51,4	135	95,1
>35 años	1	0,7	6	4,2	7	4,9
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=2.69$ $P>0.05$ $P=0.10$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 5 se aprecia que el 43.7 del 44.4% de las pacientes nulíparas sometidas a episiotomía selectiva tienen una edad que oscila entre los 15-35 años.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.69$) muestra que la edad materna y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 6

RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA SELECTIVA Y LOS CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES NULÍPARAS QUE TUVIERON SU PARTO EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL AÑO 2017

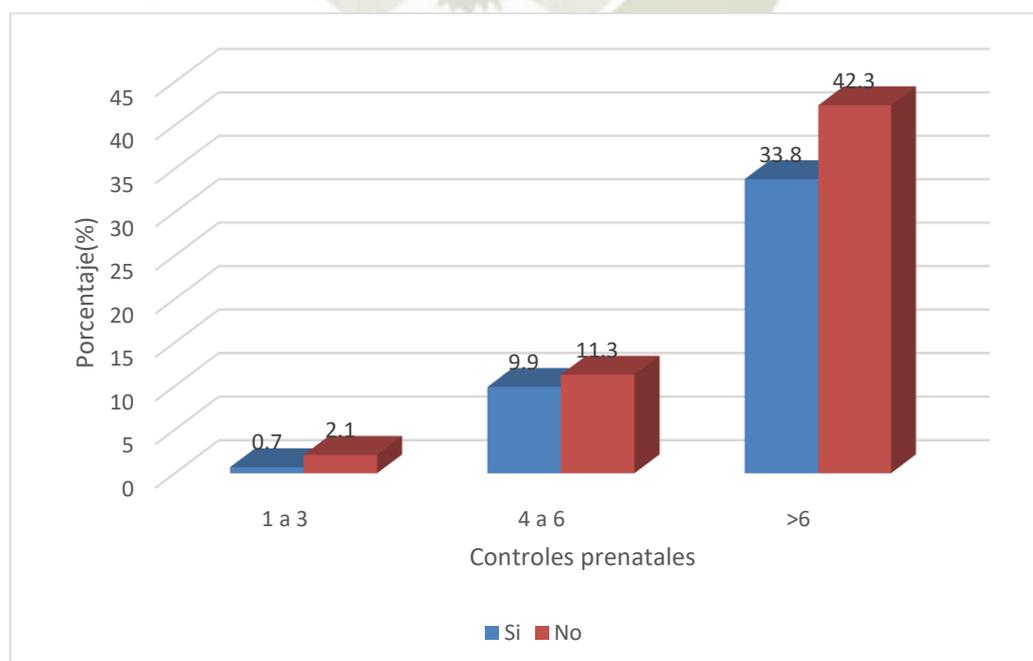
CPN	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
1-3	1	0,7	3	2,1	4	2,8
4-6	14	9,9	16	11,3	30	21,1
>6	48	33,8	60	42,3	108	76,1
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=0.67$ $P>0.05$ $P=0.71$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 6 se observa que el 33.8 del 44.4% de las pacientes nulíparas atendidas que se sometieron a episiotomía selectiva tuvieron más de 6 controles prenatales, mientras que el 11.3 del 55.6% de pacientes que no se les realizó episiotomía tuvieron de 4 a 6 controles prenatales.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.67$) muestra que los controles prenatales y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 7
RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA SELECTIVA Y LA TALLA MATERNA DE LAS PACIENTES NULÍPARAS QUE TUVIERON SU PARTO EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL AÑO 2017

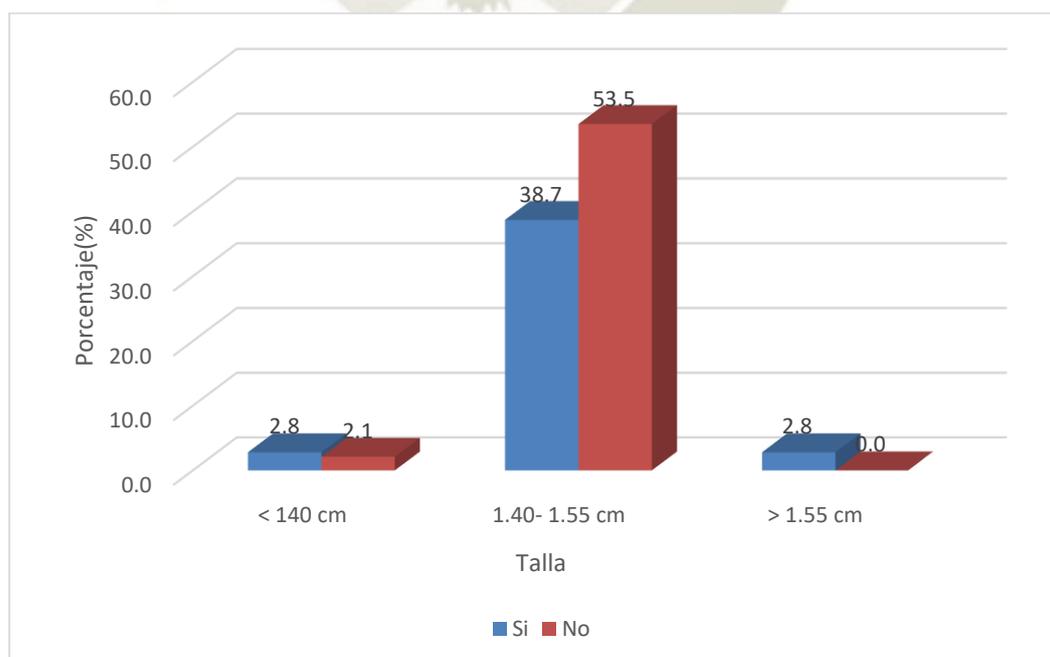
Talla materna	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
< 140 cm	4	2,8	3	2,1	7	4,9
1.40- 1.55 cm	55	38,7	76	53,5	131	92,3
> 1.55 cm	4	2,8	0	0,0	4	2,8
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=5.78$ $P<0.05$ $P=0.039$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 7 se observa que el 38.7 del 44.4% de las pacientes nulíparas que se sometieron a episiotomía selectiva miden entre 1.40 - 1.55 cm. y solo el 2.1 del 55.6% de mujeres a las que no se les realizó episiotomía miden menos de 1.40cm.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.78$) muestra que la talla materna y la incidencia de episiotomía presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N^o. 8

**RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA
SELECTIVA Y EL PONDERADO FETAL**

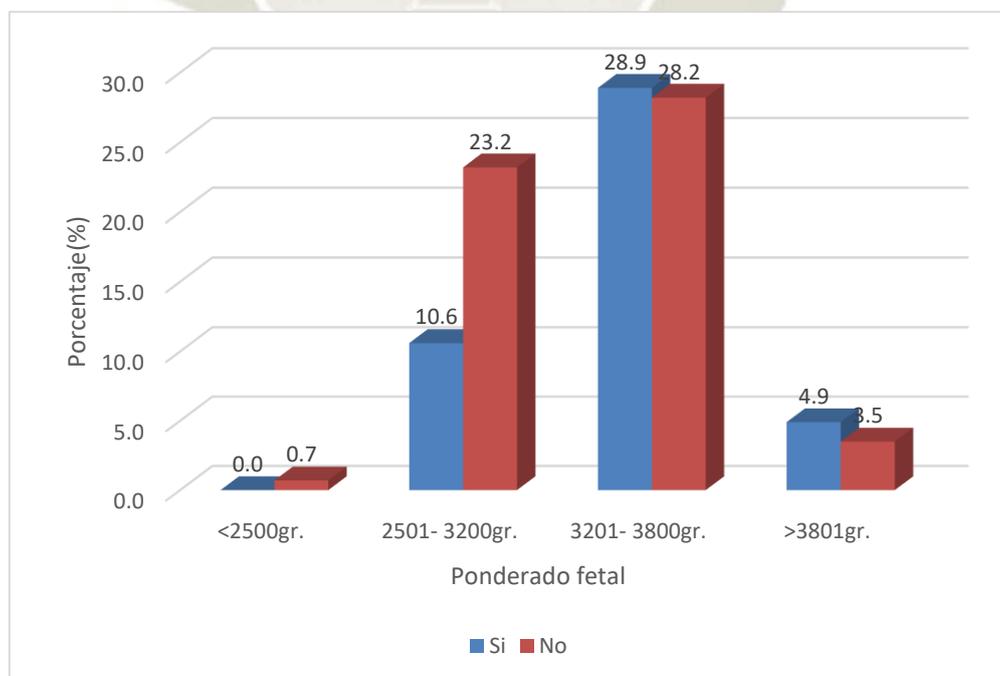
Ponderado fetal	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N ^o .	%
	N ^o .	%	N ^o .	%		
<2500gr.	0	0,0	1	0,7	1	0,7
2501- 3200gr.	15	10,6	33	23,2	48	33,8
3201- 3800gr.	41	28,9	40	28,2	81	57,0
>3801gr.	7	4,9	5	3,5	12	8,5
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=6.37$ $P>0.05$ $P=0.09$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N^o. 8 se observa que el 28.9 del 44.4% de las pacientes nulíparas que se sometieron a episiotomía tuvieron recién nacidos con peso entre 3201-3800 gr., y solo el 0.7 del 55.6% a las que no se les practicó episiotomía tuvieron neonatos con peso menor de 2500 gr.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.37$) muestra que el ponderado fetal y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 9

**RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA
SELECTIVA Y EL PERÍMETRO CEFÁLICO**

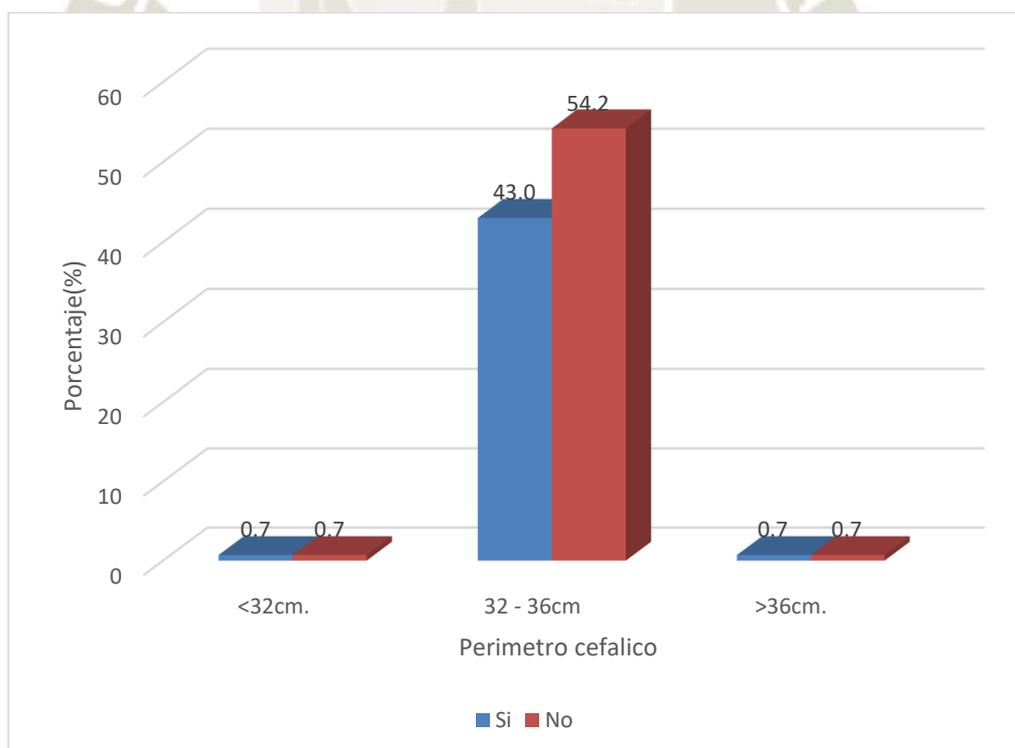
Perímetro cefálico	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<32cm.	1	0,7	1	0,7	2	1,4
32- 36cm	61	43,0	77	54,2	138	97,2
>36cm.	1	0,7	1	0,7	2	1,4
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=6.37$ $P>0.05$ $P=0.09$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 9 se observa que el 43.0 del 44.4% de las pacientes nulíparas que se sometieron a episiotomía tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 32-36 cm.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.37$) muestra que el perímetro cefálico y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 10

**RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA
SELECTIVA Y LA EDAD GESTACIONAL**

Edad gestacional	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<37 semanas	0	0,0	2	1,4	2	1,4
37- 42 semanas	63	44,4	77	54,2	140	98,6
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=1.62$ $P>0.05$ $P=0.20$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 10 se observa que el 44.4 del 44.4% de las pacientes nulíparas que se sometieron a episiotomía tuvieron edad gestacional entre 37-42 semanas.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.62$) muestra que la edad gestacional y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 11

**RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA
SELECTIVA Y EL TIPO DE INICIO DE PARTO**

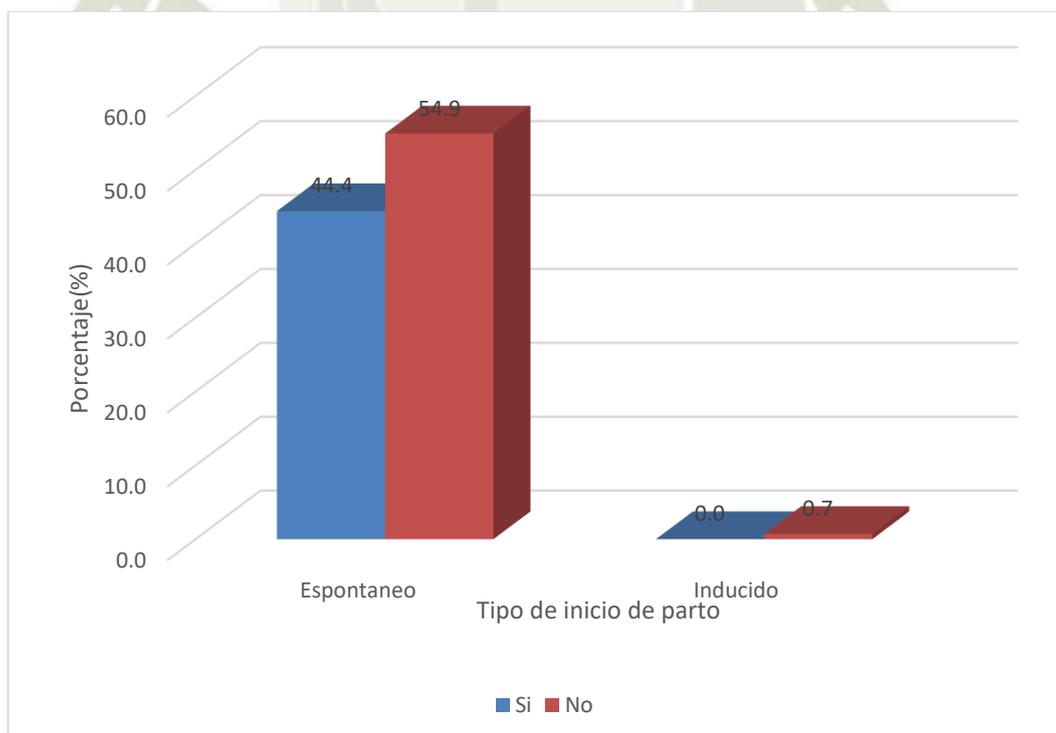
Tipo de inicio	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Espontaneo	63	44,4	78	54,9	141	99,3
Inducido	0	0,0	1	0,7	1	,7
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=0.80$ $P>0.05$ $P=0.37$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 11 se observa que el 44.4 del 44.4% de las pacientes nulíparas atendidas que se sometieron a episiotomía tuvieron inicio de parto espontaneo, mientras que el 0.7 del 55.6% de mujeres a las que no se les realizó episiotomía tuvieron parto inducido.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.80$) muestra que el tipo de inicio de parto y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 12

**RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA
SELECTIVA Y LOS DESGARROS VAGINALES**

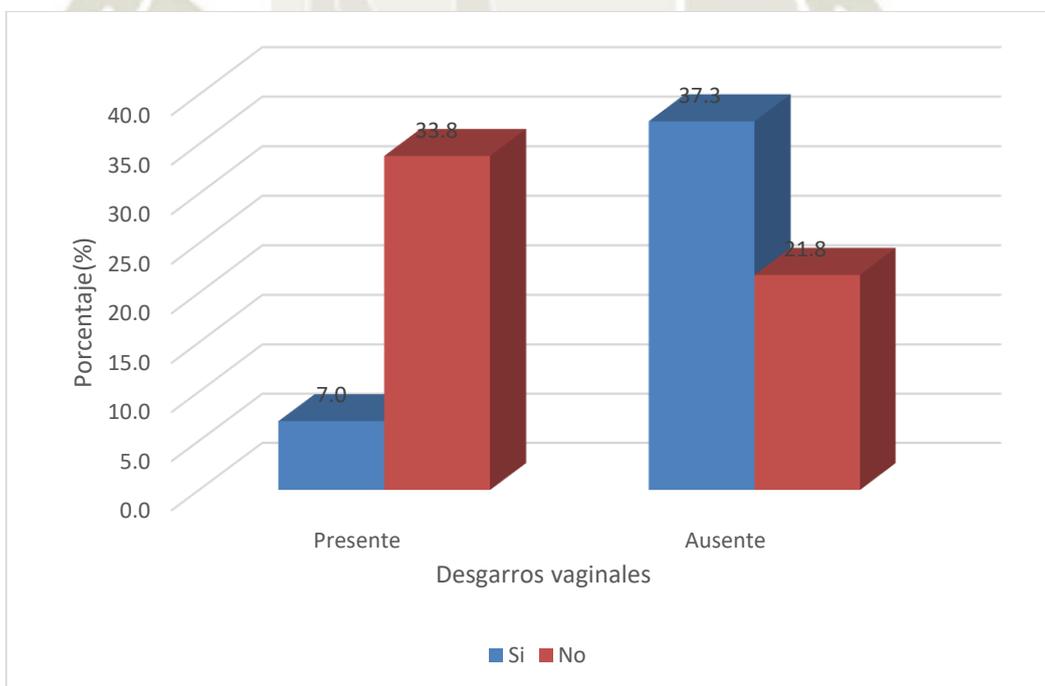
Desgarros	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Presente	10	7,0	48	33,8	58	40,8
Ausente	53	37,3	31	21,8	84	59,2
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=29.22$ $P<0.05$ $P=0.00$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 12 se observa que de 142 pacientes 53 de las pacientes nulíparas atendidas que se sometieron a episiotomía no tuvieron desgarros vaginales, mientras que 48 pacientes que no se les realizó episiotomía si tuvieron desgarros vaginales.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=29.22$) muestra que la presencia de desgarros vaginales y la incidencia de episiotomía presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 13

**RELACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA
SELECTIVA Y EL HORARIO DE ATENCION DEL PARTO**

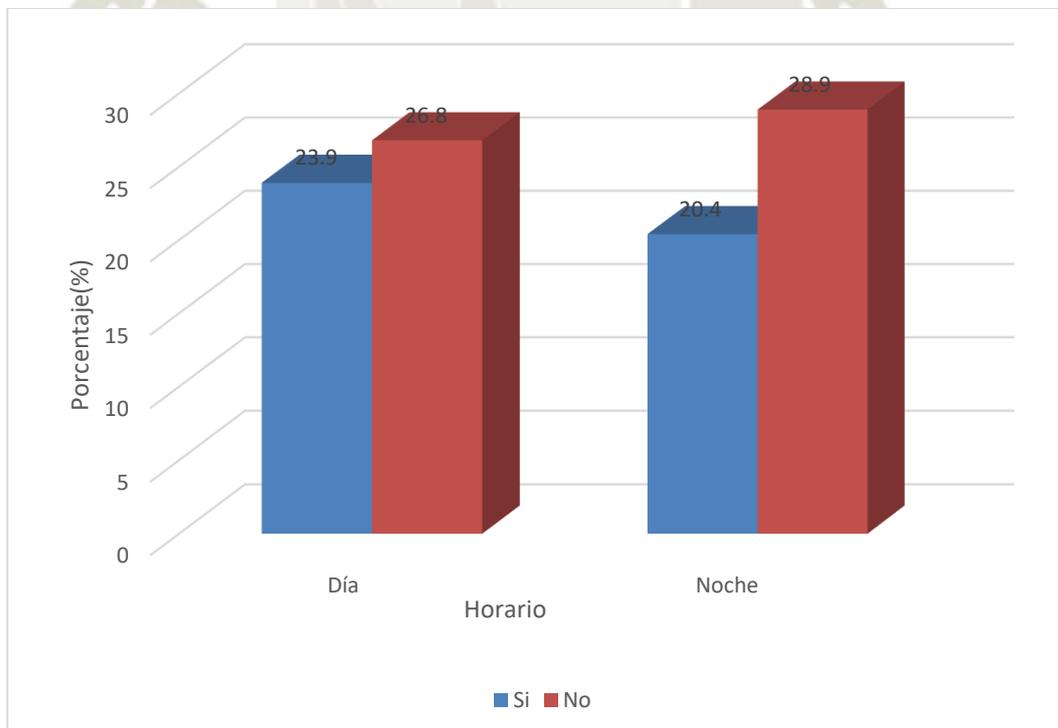
Horario	Episiotomía				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Día	34	23,9	38	26,8	72	50,7
Noche	29	20,4	41	28,9	70	49,3
TOTAL	63	44,4	79	55,6	142	100

$X^2=0.48$ $P>0.05$ $P=0.48$

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla N°. 13 se observa que el 23.9 del 44.4% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz que se sometieron a episiotomía tuvieron el parto en el día.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.48$) muestra que el horario de atención de parto y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).



Fuente: Elaboración Propia.



CAPITULO IV
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar los factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas atendidas en el centro obstétrico del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa del año 2017. El estudio es importante debido a que en múltiples ocasiones se realiza la práctica de la episiotomía sin razón alguna.

Para la realización del estudio se hizo una recolección de datos de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión, los resultados se muestran mediante estadística descriptiva y se relacionan con las variables cualitativas mediante χ^2 , considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$.

Los resultados generales nos dan a conocer que el 44.4% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz se les realizó episiotomía; el 95.1% de las pacientes nulíparas atendidas tienen entre 15-35 años, el 76.1% de las pacientes tuvieron más de seis controles prenatales, mientras que el 92.3% de las pacientes miden entre 1.40-1.55 centímetros; el 57.0% de las pacientes nulíparas atendidas en el Centro obstétrico tuvieron recién nacidos con un peso entre 3201-3800gr, el 97.2% presentaron perímetro cefálico entre 32-36 cm, mientras que el 98.6% nacieron entre las 37-42 semanas; el 99.3% de las pacientes nulíparas atendidas tuvieron parto espontáneo, 53 pacientes que se sometieron a episiotomía no tuvieron desgarros vaginales, mientras que 48 pacientes que no se les realizó episiotomía si tuvieron desgarros vaginales, mientras que el 50.7% se les presentó su parto durante el turno día.

En cuanto al porcentaje de la realización de episiotomía en pacientes nulíparas obtenido en el presente estudio fue del 44.4%. Que fue menor al estudio de Hernández Perez J, Azon Lopez E, Peinado Berzosa Ruth, Val Lechus B, Merida Donoso Angel (27), por lo tanto no coinciden con los resultados obtenidos en nuestro presente estudio porque concluyeron que la tasa de episiotomía en las mujeres nulíparas en el HUMS de Zaragoza es de un 62%, mientras que el estudio de Mejía Chicaiza J, Gualan Cartuche, Mejía Calle (29), obtuvieron resultados similares con los resultados obtenidos en nuestro estudio ya que concluyeron que la prevalencia de episiotomía fue del 35.5%.

En lo que respecta a los factores maternos (talla materna, edad materna, controles prenatales) se encontró que el 38.7% de las pacientes nulíparas que se sometieron a episiotomía miden

entre 1.40-1.55 centímetros; el 43.7% de las pacientes nulíparas con episiotomía tiene una edad que oscila entre 15-35 años; el 33.8% de las pacientes con episiotomía tuvieron más de 6 controles prenatales. El presente estudio encontró relación estadística significativa en la talla materna ($P < 0.05$); mientras que en la edad materna y los controles prenatales no presentaron relación estadística significativa con relación a la episiotomía. Nuestros hallazgos no coinciden con el estudio de Mejía Chicaiza, Gualan Cartuche, Mejía Calle, (29) porque concluyeron que se encontró significancia estadística con relación a la episiotomía en la edad menor de 19 años y no se encontró significancia estadística entre la talla materna menor a 1.45 centímetros y la realización de episiotomía. Resultados similares al estudio de Mejía Chicaiza, Gualan Cartuche, Mejía Calle, (29) obtuvo Ríos Linares Grecia (31) quien concluyo que la característica materna de las gestantes se encontró que el 74.6% tuvieron entre 20-34 años; el 71.3% tuvieron más de 6 controles prenatales. Al igual que los resultados obtenidos por Muñoz Ortiz Rosmery del Carmen, Salinas Uribe Eileen Arlette (32) quienes concluyeron que los factores con mayor importancia para la ocurrencia de la episiotomía restrictiva es la edad materna de 19 a 23 años de edad. Como se ve en estos tres estudios la edad materna tiene relación con la realización de episiotomía en pacientes nulíparas porque a menor edad menor incidencia de episiotomía ya que durante esta etapa las mujeres jóvenes presentan tejidos con mayor elongación y flexibilidad.

En cuanto a la relación entre los factores fetales y la incidencia de episiotomía no presentaron relación estadística significativa ($P > 0.05$); el 28.9% de las pacientes que se sometieron a episiotomía tuvieron recién nacidos con peso entre 3201-3800 gramos; el 43.0% de las pacientes nulíparas atendidas que se sometieron a episiotomía tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 32-36 centímetros y el 44.0% tuvieron edad gestacional entre 37-42 semanas. Resultados similares a nuestro estudio obtuvo Mejía Chicaiza, Gualan Cartuche, Mejía Calle (29) concluyeron que las mujeres con episiotomía tuvieron un recién nacido con un peso mayor a 3000 gramos y un perímetro cefálico mayor a 33 centímetros. Mientras que los resultados en el estudio realizado por Ríos Linares Grecia (31) no coincidió con nuestros resultados de nuestro estudio ya que concluyo que en relación al peso del recién nacido el 95.9% de las gestantes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado (2500 a 3999 gramos).

En cuanto a los factores de parto (tipo de inicio de trabajo de parto, presencia de desgarros, horario de atención de parto) se encontró que el 37.3 del 44.4% de las pacientes que se sometieron a episiotomía no tuvieron desgarros vaginales; el 44.4% de las pacientes que se

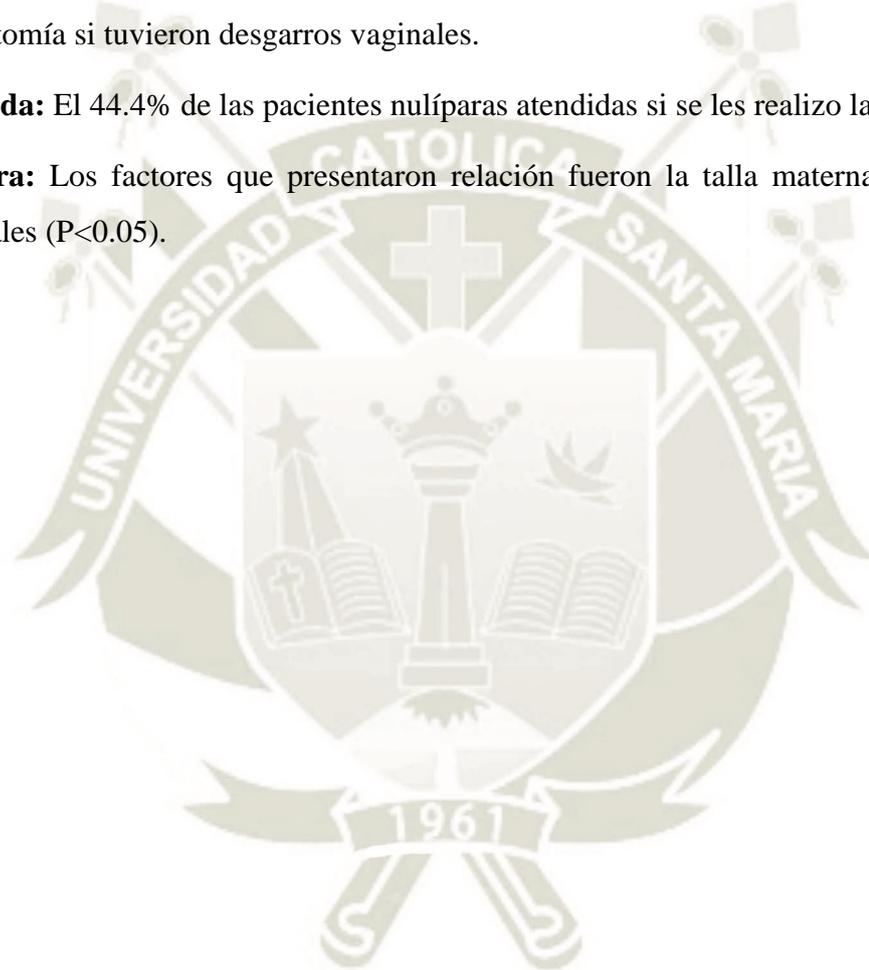
sometieron a episiotomía tuvieron inicio de parto espontáneo; el 23.9% de las pacientes nulíparas que se sometieron a episiotomía tuvieron su parto en el día. Se encontró relación estadística significativa en los desgarros vaginales ($P < 0.05$) mientras que las pacientes que tuvieron su parto espontáneo y tuvieron su parto en el día no presentaron relación estadística significativa con relación a la episiotomía. Los hallazgos de nuestro estudio coinciden con los resultados obtenidos en el estudio de Hernandez Perez, Azon Lopez, Mir Ramos, Peinado Berzosa Ruth, Merida Donoso Ángel (26) porque concluyeron que el no hacer episiotomía incrementa los desgarros perineales de primer grado, y en menor medida los de segundo grado, sin que ocasione un mayor riesgo para el bienestar fetal. Además, su no realización nos permite la posibilidad de mantener el periné íntegro tras el parto, principalmente en las mujeres jóvenes; mientras que los resultados obtenidos en el estudio realizado por Ríos Linares Grecia (31) no coinciden los resultados de su estudio con los resultados encontrados en nuestro presente estudio porque en su investigación concluyó que el 96.7% de las pacientes no les realizaron episiotomía y el 78.7% tuvieron desgarro perineal de primer grado.

CONCLUSIONES

Primera: El 95.1% de la población estudiada tienen entre 15-35 años, el 76.1% de la población tuvieron más de 6 controles prenatales, poco más del 90% de las mujeres tienen una talla materna entre 1.40- 1.55 cm, un 33.8% de los recién nacidos pesa entre 2501-3200gr y un 97.2% de los recién nacidos presentó un perímetro cefálico entre 32 - 36cm, 141 mujeres presentaron parto espontáneo y solo 53 pacientes que se sometieron a episiotomía no tuvieron desgarros vaginales, mientras que 48 pacientes que no se les realizó episiotomía si tuvieron desgarros vaginales.

Segunda: El 44.4% de las pacientes nulíparas atendidas si se les realizó la episiotomía.

Tercera: Los factores que presentaron relación fueron la talla materna y los desgarros vaginales ($P < 0.05$).



SUGERENCIAS

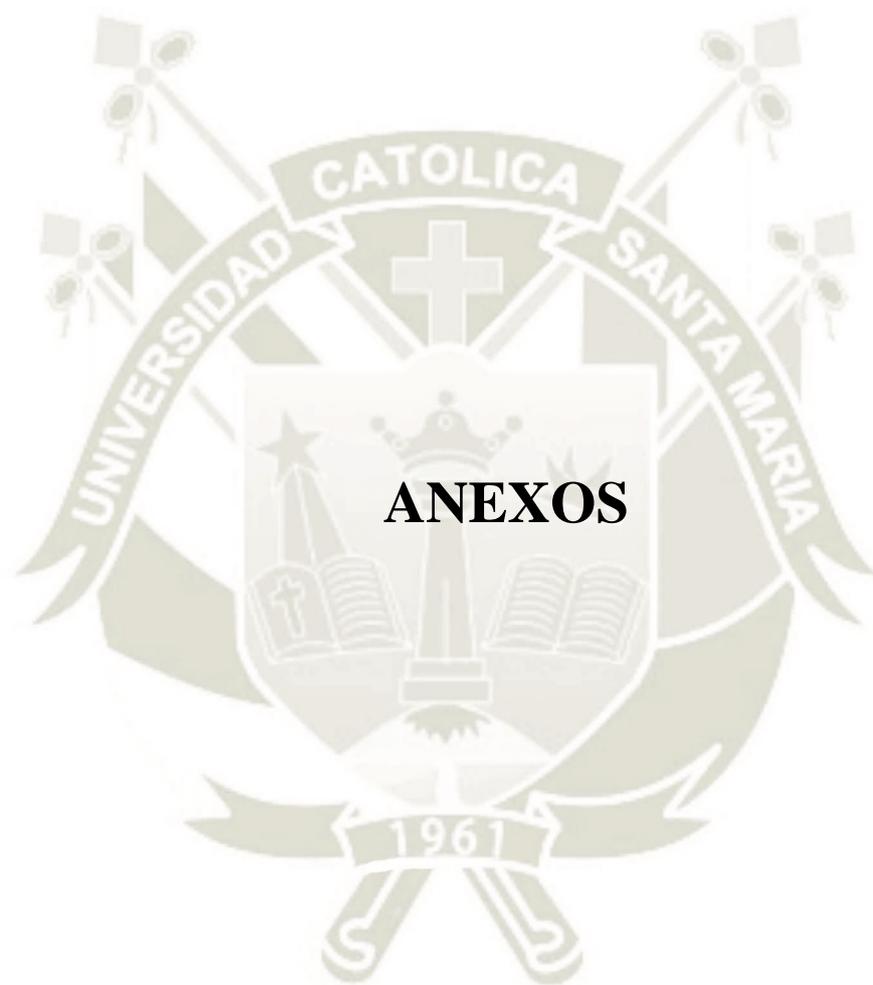
1. Se recomienda al Centro de Salud Maritza Campos Díaz mayor sensibilidad hacia la norma técnica parto vertical con adecuación intercultural, ya que está demostrado científicamente que en dicha posición aumentan los diámetros pélvicos para una atención sin desgarros y episiotomías.
2. Se recomienda al Centro de Salud que se realice una mejor capacitación a las internas que rotan en el establecimiento para cumplir la técnica que se realiza en la realización de la episiotomía, esto disminuirá notablemente la incidencia de desgarros y laceraciones perineales.
3. Se recomienda al Centro de Salud considerar el seguimiento de las pacientes hasta los seis meses y un año post parto con el fin de verificar los cuidados de la herida y sus posibles complicaciones; poder identificar posibles casos de dispareunia; incontinencia urinaria y si presentan algún grado de dolor al reinicio de su actividad sexual.
4. Se recomienda al personal de obstetricia implementar el masaje perineal en las sesiones de psicoprofilaxis para determinar los beneficios que pueda tener en la prevención de desgarros vaginales.
5. Se recomienda al personal de obstetricia comunicar y enseñar a las embarazadas las diferentes posiciones que se puede adoptar en el momento del parto y dejar que la madre decida en qué posición de su parto.
6. Se recomienda realizar un trabajo de investigación para saber el tipo de desgarro que se produce cuando se realiza episiotomía y cuando no se realiza episiotomía en pacientes nulíparas.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1. Arnau J, Martínez E, Nicolás D, Bas E. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado: El caso del área I de salud de la región de Murcia. *RevAntropIberoam*. 2012. Vol. 7 N°2. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4981/Parrales_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. OMS. Cuba debate. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 06. Available from:
<http://www.cubadebate.cu/noticias/2018/02/15/conoces-las-nuevas-recomendaciones-dela-oms-para-el-trabajo-de-parto/#.WvDJBpdG3IV>.
3. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.
4. Guías clínicas en Obstetricia y perinatología. Colegio Médico del Perú. 2006. 335-9.
5. MONGRUT-STEANE GCA. "Tratado de Obstetricia normal y patológica". 4ta Ed. Perú. P. 666-667. Disponible en:
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5985/63.0700.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. BERZAÍN MC, CAMACHO LA. "Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina". *Rev Cient Cienc Méd. Cochabamba* 2014; vol.17 n.2; P. 53-57.
7. ALEGRE RV. "Obstetricia Clínica del Parto". 1ra. Ed. Perú: Universidad Católica Santa María; 1999. P. 129-133.
8. GONZALES J, DEL SOL JR. "Obstetricia". 4ta. Ed. Barcelona: Editorial Masson, S.A; 2002. P. 245-247.
9. FAROOK AL-AZZAWI. "parto y técnicas obstétricas". 1ra. Ed. Madrid: editorial diorki, servicios integrales de edición; 1995. P. 37-43.
10. Parronde P, Pérez T, Álvarez J. Anatomía del aparato genital femenino. en: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT, et al, editores. *Fundamentos de obstetricia (SEGO)*. 1ª ed. Madrid; Graficas Marte; 2007.p.15-27.
11. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Hauth J, Rouse D., Spong C,editors. *Williams Obstetricia*. Vol. 1. 23ª ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
12. Moreira C, Torres A. Guía Didáctica para el Taller: "Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación". laboratorio de destrezas clínicas[internet].2013 [citado 15 de Enero del 2017]; 1(1):1-12 (50). disponible en:
<http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/images/Gui%CC%81a%20taller%20Episiotomi%CC%81a,%20episiorrafi%CC%81a.pdf>

13. Santisteban S. Parto normal. En: Rigol O, Sánchez T, Blanco F, et al, editores. Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. La Habana: Ciencias médicas; 2004.p. 85-106.
14. Mejía ME, Quintero VH, Tovar MC. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? Colomb Med [internet]. 2004 [citado el 18 de enero del 2017]; 35(2): 75-81.Disponible en:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/291>
15. Cunningham G, Mac Donald P. Williams Obstetricia. Vigésima Edición. Editorial Médica Panamericana. España. 1998.
16. Archives of the OBGYN. Episiotomy Revisited...The Case Against Routine Use. USA 1997.
17. Solis Almonacid N. Factores De Riesgo Asociados Al Traumatismo Perineal Posterior Grave En Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolome Entre 2000 y diciembre 2004. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima. 2006.
18. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. Trabajo de fin de grado. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2013.
19. Bernués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y el periné. Memoria del trabajo de fin de grado en fisioterapia. Navarra - España: Universidad Pública de Navarra; 2014.
20. Marín J. La práctica de la episiotomía y sus cuidados. Una revisión de la literatura. Andalucía - España: Univesidad de Jaén; 2014.
21. “Edad” (s/f). Real academia española diccionario usual. [citado el 27 de enero del 2017]. Disponible en : <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=EN8xffh>
22. Calderón J, Alzamora L. criterios profesionales para la realización de la episiotomía. Revista peruana de obstetricia y enfermería [internet]. 2005 [citado 12 de enero del 2017]; 1 (1):12-17. Disponible en:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/567/433>
23. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado R, Val B, Mérida Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas.enfer.glob [internet].2014 [citado 30 de Enero del 2017];13(35):1- 12.disponible en :
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300022
24. Guzmán V, García P, Liu H. Talla Materna Baja Como Factor De Riesgo De Cesárea, Revista De Ginecología De La UNMSM. 2001. Vol. 47, Nro. 2.
25. Perú, Norma Técnica Para La Valoración Nutricional Antropométrica De La Gestante, Lima 2005. 60:13.

26. Hernandez Perez J, Azon Lopez E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lexguz B, Merida Donoso A. Factores Que Influyen En La Realización De Una Episiotomía Selectiva En Mujeres Nulíparas, Revista Scielo. España. 2014. Volumen 13 Nro 35.
27. [Sede Web]. Barcelona: Medicinafetalbarcelona.Org; 2006, [Actualizada 18-02-2014; Acceso 19-07-2017]
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf.
28. Es El Parto Es Nuestro. [Sede Web]. Elpartoesnuestro.Es, 2016, [Actualizada 02-2016; Acceso 10-2017]. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/4-periodo-de-expulsivo>.
29. Cravchick Samuel, Delia M. E. Muñoz. Indicaciones De Episiotomía En Maternidades Publicas De Neuquen, Argentina, Revista Panamericana De Salud Pública. Argentina. 1998. Volumen 4 Nro. 1.
30. Mejia Chicaiza J, Gualan Cartuche C. Prevalencia De Episiotomía Y Factores Asociados, En Pacientes Del Centro Obstétrico Del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador, Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De La Universidad De Cuenca. Ecuador. 2017. Volumen 35 Nro. 1.
31. Ríos Linares Grecia. Factores De Riesgo Que Contribuyen Al Desgarro Perineal En Gestantes Durante El Parto En El Hospital Regional De Loreto, Universidad Científica Del Perú, Loreto. Perú. 2015. 61:7.
32. Muñoz Ortiz R, Salinas Uribe E. Factores Relacionados A La Práctica De La Episiotomía Restrictiva Y Del Perfil De La Nulípara En El Centro De Salud Maritza Campos Díaz- Zamácola, Universidad Católica De Santa María, Arequipa. Perú. 2011.
33. Erickson, M. (1976). The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor, and delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(3), 207-210.
34. Berzaín Rodríguez Mary Carmen, Camacho Terceros Luis Alberto. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Méd [Internet]*.2014 [citado 2019 Ago 18] ; 17(2): 53-57. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011&lng=es.



ANEXO N° 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente N°		
FACTORES MATERNOS		
Edad: (<15/ 15-35/ >35)	Episiotomía (si) (no)	Número de controles prenatales
	Talla: (<1.40/ 1.40-1.55/ >1.65)	
FACTORES FETALES		
Pond. Fetal a) < 2500 g. b) 2501 – 3200 g. c) 3201 – 3800 g. d) > 3801 g.	P.C. (<32cm/ 32-36cm/ >36cm)	E.G. (<37sem/ 37-42 sem)
FACTORES DEL PARTO		
Desgarros: (Presente) (Ausente)	Inicio de parto (E) (I)	Horario de atención de parto (D) (N)

ANEXO N° 2
MATRIZ DE DATOS

Id	Edad	Episiotomía	Talla	Controles	CPN	Peso	Cabeza	Gestación	Inicio	Desgarros	Horario
1	15- 35 años.	Si	-1.40	11	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
2	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
3	+35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
4	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
5	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	5	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
6	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
7	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
8	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
9	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
10	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
11	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	2501- 3200gr.	-32cm.	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
12	15- 35 años.	Si	mas 1.55	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
13	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
14	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
15	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	5	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
16	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
17	15- 35 años.	Si	-1.40cm	4	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
18	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
19	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	7	>6	>3801gr.	+36cm.	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
20	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	11	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
21	15- 35 años.	Si	mas 1.55cm	10	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
22	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	5	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
23	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
24	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
25	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
26	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
27	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
28	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	11	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
29	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	11	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
30	15- 35 años.	Si	-1.40	10	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
31	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
32	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
33	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
34	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
35	15- 35 años.	Si	mas 1.55	10	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
36	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
37	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
38	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
39	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
40	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	12	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
41	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche

42	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
43	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	3	1-3.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
44	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
45	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
46	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	13	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
47	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	7	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
48	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	4	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
49	15- 35 años.	Si	-1.40	11	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
50	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
51	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	7	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
52	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
53	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
54	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
55	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
56	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
57	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
58	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
59	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
60	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
61	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	7	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
62	15- 35 años.	Si	mas 1.55	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
63	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
64	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
65	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
66	15- 35 años.	Si	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
67	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	5	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
68	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
69	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
70	15- 35 años.	No	-1.40	5	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
71	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
72	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
73	15- 35 años.	No	-1.40	12	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
74	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	11	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
75	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
76	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
77	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
78	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
79	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
80	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
81	15- 35 años.	No	-1.40	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
82	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
83	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
84	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
85	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
86	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día

87	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
88	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
89	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
90	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
91	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
92	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
93	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
94	+35 años.	No	1.40-1.55cm	12	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
95	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	2	1-3.	2501- 3200gr.	32- 36cm	-37 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
96	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
97	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
98	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
99	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	4	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
100	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
101	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	5	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
102	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
103	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
104	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
105	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
106	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
107	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
108	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	11	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
109	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	1	1-3.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
110	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
111	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	12	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
112	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
113	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
114	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
115	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
116	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
117	+35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Inducido	Presente	Noche
118	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
119	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
120	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
121	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
122	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día
123	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	8	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
124	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
125	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	>3801gr.	+36cm.	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
126	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
127	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
128	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	9	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
129	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
130	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	12	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Día
131	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	12	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Día

132	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Dia
133	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	0	1-3.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
134	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
135	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	7	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Dia
136	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	5	4-6.	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Noche
137	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	10	>6	2501- 3200gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Dia
138	15- 35 años.	No	1.40-1.55cm	12	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Dia
139	+35 años.	No	1.40-1.55cm	12	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
140	+35 años.	No	1.40-1.55cm	12	>6	3201- 3800gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Ausente	Dia
141	+35 años.	No	1.40-1.55cm	4	4-6.	<2500gr.	-32cm.	-37 sem.	Espontaneo	Presente	Noche
142	+35 años.	No	1.40-1.55cm	6	4-6.	>3801gr.	32- 36cm	37- 42 sem.	Espontaneo	Presente	Noche



ANEXO N° 3

MAPA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

