



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.
ENERO – JUNIO 2015**

**PRESENTADA POR
ADELA CECILIA AVILA FABIÁN**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA ESPECIALISTA EN
EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA, PERÚ

2017



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

**PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.
ENERO – JUNIO 2015**

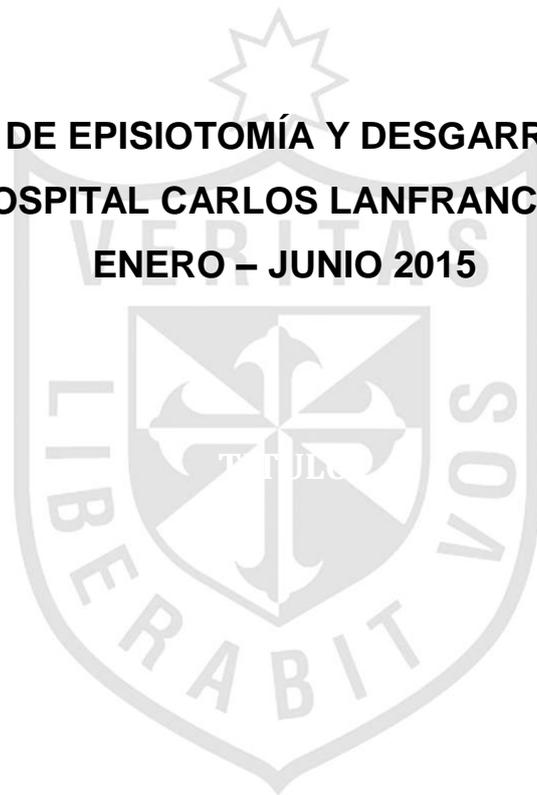
**PRESENTADA POR
AVILA FABIÁN, ADELA CECILIA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA, PERÚ

2017

**PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.
ENERO – JUNIO 2015**



ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Mg. Obst. Ericka Espino Cadenillas.

Miembros del jurado

Presidente	:	Mg. Obst. Flor de María Chumpitaz Soriano
Vocal	:	Mg. Obst. Yrene Mateo Quispe.
Secretaria	:	Mg. Pedro Bustíos Rivera.



DEDICATORIA

A Dios, que es el creador de todas las cosas, que me ha brindado los conocimientos y la fortaleza necesaria para poder culminar este trabajo de investigación.

A mis padres, por haberme inculcado valores y principios éticos, brindándome la mejor educación, que permitió que todo sacrificio valga la pena.

A mi hermano, que siempre ha estado junto a mí, brindándome todo su apoyo incondicional.

A las personas especiales en mi vida, que con su apoyo y comprensión lograron que continúe con este trabajo hasta culminarlo.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios, por haberme iluminado y guiado a lo largo de mi vida profesional.

Agradezco a mi madre, que fue el principal cimiento para la construcción de mi vida personal y profesional.

Gracias a la universidad San Martín de Porres, por haberme permitido formarme como especialista y a la vez agradezco a los docentes de esta digna Institución de haberme permitido adquirir todos los conocimientos necesarios para poder desempeñarme como una buena profesional.

Mi más sincero agradecimiento a mi asesora, que con sus conocimientos y orientaciones ha contribuido a la realización de este trabajo académico.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO	v
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	vi
DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTOS	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	xi
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
MATERIAL Y MÉTODO	12
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO	12
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	12
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	14
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	14
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	18
2.7. ASPECTOS ÉTICOS	18
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
TABLA 1	Porcentaje de episiotomía y desgarros perineales en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.	21
TABLA 2	Tipo y/o grado de episiotomía y desgarros perineales en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.	22
TABLA 3	Características maternas de las primíparas con episiotomía y desgarros atendidas en el tiempo de estudio.	24
TABLA 3a	Presencia y tipo de anemia de las primíparas con episiotomía y desgarros atendidas en el tiempo de estudio.	27
TABLA 4	Características obstétricas de las primíparas con episiotomía y desgarros atendidas en el tiempo de estudio.	29
TABLA 5	Características de la labor de parto de las primíparas con episiotomía y desgarros perineales atendidas en el tiempo de estudio.	32
TABLA 6	Características del recién nacido de las primíparas con episiotomía y desgarros perineales atendidas en el tiempo de estudio.	35

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Nº de la ilustración	Nombre de la ilustración	Nº de pagina
GRAFICO 1	Porcentaje de episiotomía y desgarros perineales en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.	21
GRAFICO 2	Tipo y/o grado de episiotomía y desgarros perineales en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.	23
GRAFICO 3	Características maternas de las primíparas con episiotomía y desgarros atendidas en el tiempo de estudio.	26
GRAFICO 3a	Presencia y tipo de anemia de las primíparas con episiotomía y desgarros atendidas en el tiempo de estudio.	28
GRAFICO 4	Características obstétricas de las primíparas con episiotomía y desgarros atendidas en el tiempo de estudio.	31
GRAFICO 5	Características de la labor de parto de las primíparas con episiotomía y desgarros perineales atendidas en el tiempo de estudio.	34
GRAFICO 6	Características del recién nacido de las primíparas con episiotomía y desgarros perineales atendidas en el tiempo de estudio.	37

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-Junio 2015.

Metodología: Estudio descriptivo simple, retrospectivo y de corte transversal. La muestra representativa fue de 81 primíparas que culminaron su parto por vía vaginal.

Resultados: Las primíparas con episiotomía representaron el 65.4% y las que sufrieron desgarros representaron el 34.6%, predominando los desgarros de I grado (23.5%). En primíparas con episiotomía, se encontró el 37.7% con edades de 25 a 29 años, el 50.6% presentaron anemia, el 96.2% tuvieron control prenatal completo, el 75.5% asistieron a las sesiones completas de psicoprofilaxis, el 67.9% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos, el 69.8% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. con perímetro cefálico mayor a 33 cm (54.7%). En el grupo primíparas con desgarros se encontró el 64.3% con edades de 25 a 29 años, el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de Psicoprofilaxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min. El 35.8% tuvieron recién nacidos macrosómicos y recién nacidos de 3500 a 3999 gr. con perímetro cefálico mayor a 33cm (78.6%).

Conclusiones: La mayoría de primíparas son sometidas a episiotomías. En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado, seguido de los desgarros de segundo grado. No se presentaron desgarros de tercer y cuarto grado

Palabras Claves: Episiotomía y desgarro perineal.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of episiotomy and perineal tears at the Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. January-June 2015.

Methodology: Simple, retrospective and cross-sectional descriptive study. The representative sample consisted of 81 primiparous women who ended their vaginal delivery.

Results: Primiparous with episiotomy accounted for 65.4% and those who suffered from tears accounted for 34.6%, with I-degree tears predominating (23.5%). In primitives with episiotomy, 37.7% were found between 25 and 29 years of age, 50.6% had anemia, 96.2% had complete prenatal care, 75.5% attended full sessions of psychoprophylaxis, 67.9% had an expulsive period Of 10 to 20 minutes, 69.8% had infants of 2500 to 3500 gr. With cephalic perimeter greater than 33 cm (54.7%). In the primiparous group with tears, 64.3% were found between 25 and 29 years of age, 3.7% had anemia, 96.4% had complete prenatal care, and 92.9% had incomplete sessions of psychoprophylaxis, 46.4% had an expulsive period of 10-20 min. 35.8% had macrosomic and newborn infants of 3500 to 3999 gr. With cephalic perimeter greater than 33cm (78.6%).

Conclusions: The majority of primiparous women undergo episiotomies. In primiparous suffered tears predominated first degree, followed by second degree tears tears. There were third- and fourth-degree tears.

Key words: Episiotomy and perineal tear.

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

La episiotomía sigue siendo un procedimiento muy común en obstetricia. Según Sheila Kitzinger, esta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente, sustituye por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizara este procedimiento. Por lo tanto se puede decir que la reparación de la episiotomía es más fácil.¹

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media. Esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto ².

El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. ³

Una episiotomía, según López, Solís, Serna, De la Flor, Tejada, & Martínez, (2014) afirman que es “una ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión en el periné que tiene como objetivo ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné durante la última parte del periodo expulsivo”⁴ Esta proporciona un área suficiente para la entrega del recién nacido y evitar laceraciones del perineo y el recto (Jovanovic, Kocijancic & Terzic, 2011) ⁵.

Más del 70% de las muertes maternas solamente son causados por las cinco siguientes factores: la hemorragia, la infección, el aborto inseguro, la presión arterial alta, y distocia; -en las que se incluye las perineales-, todos los cuales se consideran se puede prevenir ⁶. Además, se encontraron los siguientes factores que están asociados con la morbilidad debido a distocia: lesiones de nacimiento causados por parto difícil, muertes maternas con una prevalencia del 8%, aumento del sangrado durante y después del parto, infección de las membranas fetales, ruptura del útero y el canal vaginal (episiotomía y desgarros), trauma pélvico e infertilidad secundaria ⁷

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) y el Ministerio de salud brasileño, el uso de la episiotomía no es justificado. “La protección del periné a través de métodos alternativos debe ser evaluada y adoptada”, debe ser proporcionado y basado en investigaciones científicas.⁸ Su práctica habitual se clasifica como perjudicial; la situación ideal sería aplicarlo a un máximo del 15% de los partos espontáneos.⁹

Reportes actuales como el realizado en la en la universidad de Tel Aviv, Israel, por grupo de investigadores Linder N, Linder I, Fridman E, Kouadio F, Lubin D, Merlob P, et al, se plantearon identificar los factores de riesgo para el trauma perineal encontrándose asociación estadística significativa ($p < 0.001$) (OR 7.5, 95% CI 6.3–8.9), según factores de riesgo como el peso al nacer, tiempo de labor de parto durante las horas de riesgo, la paridad, la edad materna y el perímetro cefálico neonatal. ¹⁰

Llegando a la conclusión que en el parto hay factores de riesgo responsables de la mayoría de los casos de episiotomías y/o traumatismos obstétricos.

Así, datos obtenidos de trabajos realizados en el año 2012, en Estados Unidos se realiza la episiotomía al 62.5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9.7%) y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán (Berzaín & Camacho, 2014).¹¹

En algunos países como Bolivia estableció el uso restrictivo de la episiotomía Carroli & Mignini (Citado por Franco et al, 2010) afirmando que revisaron 8 estudios que compararon el uso restringido con el uso rutinario de la episiotomía, con una muestra total de 5541 mujeres. La restricción resultó en trauma perineal menos severo, menos necesidad de suturar, y menos complicación en la curación de heridas, aunque habían más traumas del periné anterior. No había ninguna diferencia en la frecuencia de casos de trauma severo, dispareunia, incontinencia urinaria y de dolor severo.¹²

De la Rosa et. al. en el año 2013, explica que la tasa de episiotomías varía entre el 8% en países bajos, el 13% en Inglaterra, el 25% en Estados Unidos y el 99% en los países del este de Europa. Estimándose que sufren desgarros espontáneos al menos un 41% de las mujeres en Inglaterra y Estados Unidos, aunque probablemente esta cifra esta subestimada debido a los desgarros que no se suturan. Las tasas más altas se observan en primíparas y parecen incrementarse con el peso del recién nacido, el diámetro de la cabeza fetal, las

malas posiciones fetales, el índice de masa corporal, la edad materna y la ganancia materna de peso en el embarazo.¹³.

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), lo define como “La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el recién nacido que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano y una salud materna sin deterioro”. En consecuencia mientras no se demuestre lo contrario toda gestante no controlada que por el simple hecho de estar embarazada, se catalogara como de alto riesgo obstétrico, más aun si se trata de un feto macrosómico¹⁴.

Entre las causas maternas que pueden indicar episiotomía, o causar desgarros perineales se consideran anormalidades en la pelvis ósea como pelvis límite, estrechez pélvica o asimetrías pélvicas, tumores uterinos o ginecológicos, atención prenatal, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazo post término, trabajo de parto prologado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo, obesidad materna y diabetes mellitus y que no han sido diagnosticadas oportunamente. Las causas fetales que se pueden determinar como factores condicionantes del desarrollo de un trabajo de parto difícil se pueden mencionar las presentaciones anómalas (entre ella las deflexiones en su diferente grado) macrosomía fetal, bajo peso fetal, presentaciones compuestas y mala situación: así mismo dentro de las causas anexiales podemos mencionar el cordón breve, circular de cordón simple o ajustado, oligohidramnios o polidramnios, placenta previa o de inserción baja¹⁵.

Durante la atención del parto, los profesionales obstetras especialistas deben activar una serie de eventos y actuar con alta capacidad de resolución proporcionando una entrega segura del recién nacido. Por ese motivo se debe realizar un plan para la entrega de fetos de alto riesgos el cual debe incluir un enfoque de trabajo multidisciplinario con profesionales certificados en partos como son los obstetras, liderando el grupo ¹⁶.

El periné o perineo es la zona que se extiende desde el introito vaginal hasta el ano, dentro de la cual encontramos los órganos genitales externos y el propio ano. Está formado por un entramado de tejido blando (músculos y ligamentos) que es lo que conocemos como suelo pélvico, y que tapizan el interior de la pelvis limitándola en su parte inferior. Tiene forma similar a un rombo, el cual se puede dividir en dos triángulos: el anterior donde se encuentran los genitales externos y la uretra (en mujeres) y el posterior donde está el ano ¹⁷.

Existe el postulado que indica que la episiotomía protege de las disfunciones del suelo pélvico y la incontinencia urinaria post puerperio, esto se vio negado en un estudio donde se observaron que los resultados desmienten tal postulado ¹⁸.

Como ya se mencionó, los desgarros se pueden clasificar de I o II grado, pero a diferencia de estos se ha observado que los desgarros de III y IV grado casi siempre son precedidos por una episiotomía, este es el caso de un estudio realizado con 568 mujeres que cumplían los criterios de inclusión de donde surgieron los siguientes resultados: desgarro de I grado (bordes irregulares, causada por presión sobre el suelo pélvico) con episiotomía 3.4% sin episiotomía 55.6%; desgarro de II grado con episiotomía 2.8% sin episiotomía 15.7%;

desgarro de III grado con episiotomía 0.3% sin episiotomía 0%. Del mismo estudio un 28.7% permaneció con el periné íntegro ¹⁹.

Se informa que en la actualidad en el campo de la obstétrica, el desgarro perineal sigue siendo un problema para las parturientas, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas, estas consecuencias que tienen un efecto negativo de la mujer, se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc. ²⁰

Existen muchos factores de riesgo para que una primípara haga desgarro en el periodo expulsivo del parto, tales como el peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc.

Para nuestro estudio se tomará la definición de Creus, Martínez, Olivera y Vela; quienes conceptualizan trauma obstétrico a las lesiones duraderas o permanentes en la puerpera, ocasionadas en el momento de la atención del parto o durante las maniobras utilizadas en la intervención del parto vaginal. ²¹

Los traumatismos perineales, tales como la episiotomía y los desgarros obstétricos constituyen la segunda causa de hemorragia postparto exclusivo en partos traumáticos en el cual lesionan el canal blando del parto; el sangrado suele ser constante, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta.

El trauma perineal es una de las principales y más frecuentes complicaciones que tienen lugar durante el periodo expulsivo del parto. Éste período, también denominado segunda etapa del parto, es aquel que tiene lugar entre el momento en el que se alcanza la dilatación completa y el instante en el que se lleva a cabo la expulsión fetal ²²

Este estudio se lleva a cabo por la alta frecuencia de traumatismos del parto, en la institución en estudio, presentándose la episiotomía y los desgarros vulvoperineales en mayor porcentaje a comparación de otros traumatismos, todos ellos ocurridos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, durante el periodo antes mencionado.



1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero –Junio 2015?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero-Junio 2015

1.2.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar el porcentaje de episiotomía y desgarros perineales en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.
2. Identificar el tipo y/o grado de episiotomía y desgarros perineales en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.
3. Identificar las características maternas como edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y anemia, en las primíparas que presentaron episiotomías y desgarros perineales.
4. Identificar las características obstétricas como control prenatal, psicoprofilaxis obstétrica y edad gestacional, en las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros perineales.
5. Identificar las características de la labor de parto como tiempo de período de labor de parto y tiempo del período expulsivo en las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros perineales.

6. Identificar las características del recién nacido como peso y perímetro cefálico en las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros perineales.





MATERIAL Y MÉTODO

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Descriptivo simple, retrospectivo y de corte transversal.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.2.1 Población de estudio

Todas las primíparas que presentaron episiotomía y desgarro en el parto, en el “Hospital Carlos Lanfranco La Hoz” de Enero a Junio del 2015, que según la Oficina de Estadística del Hospital fueron 135 primíparas por parto vaginal.

2.2.2 Muestra

Primíparas que presentaron episiotomía y desgarro en el parto en el “Hospital Carlos Lanfranco La Hoz” de enero a junio del 2015,

Para obtener el tamaño de la muestra representativa, se utilizó la fórmula estadística de proporciones para la población finita considerando para ello “p” como 0.5, con un nivel de confianza de 95% y un error de estimación de 0.1

Siendo la población es finita, es decir se conoció el total de la población y se obtuvo cuántos del total se tuvo que estudiar siendo la respuesta la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Total de la población (N)	135
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%

Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
(Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	
TAMAÑO MUESTRAL (n)	81

Por ello, la muestra representativa fueron **81** primíparas que culminaron su parto por vía vaginal, en los meses de estudio y que además cumplieron los criterios de selección.

La muestra fue tomada desde el mes de diciembre hasta la fecha en que se completó la información requerida.

2.2.3 Tipo de muestreo

Para el desarrollo de esta investigación se hizo uso del muestreo no probabilístico simple aleatorio.

2.2.4 Unidad de análisis

Primíparas que culminaron su parto por vía vaginal con episiotomía y desgarro perineal.

2.2.5 Unidad de Muestreo

La unidad de muestreo fue equivalente a la historia clínica de cada unidad de análisis.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión

- Constituido por historias clínicas de primíparas a término, entre 14 a 30 años, que culminaron su parto por vía vaginal con episiotomías y desgarros, con partograma según OMS, primíparas con o sin control prenatal, con o sin sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y que fueron atendidas en la institución, en el tiempo de estudio establecido.

2.3.2 Criterios de exclusión

- Multíparas, gran multíparas, primíparas referidas de otros centros de salud, primíparas con partos inducidos o acentuados y con historias clínicas incompletas o que no consignen la información requerida para el estudio.

2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.4.1 Variables

- **Variable 1** : Episiotomía.
- **Variable 2** : Desgarro Perineal

2.4.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Episiotomía	Tipo de Episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> • Media lateral derecha • Mediana • Media lateral izquierda 	Nominal	Historia Clínica Ficha de datos
Desgarro perineal	Grado de Desgarro Perineal	<ul style="list-style-type: none"> • Primer grado • Segundo grado • Tercer grado • Cuarto grado 	Ordinal	Historia Clínica Ficha de datos
Características Maternas	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 14 a 19 años • 20 a 24 años • 25 a 29 años • 30 a más años 	Intervalo	Historia Clínica Ficha de datos
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Conviviente • Soltera • Viuda • Divorciada 	Nominal	
	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior técnico • Superior universitario • Sin instrucción 	Ordinal	Historia Clínica

Características Maternas	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Dependiente • Independiente 	Nominal	Ficha de datos
	Anemia Grado de anemia	No Si <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leve ✓ Moderada ✓ Severa 	ordinal	
Características obstétricas	Control Prenatal	No Si <ul style="list-style-type: none"> ✓ Completa ✓ Incompleta 	Nominal	Historia Clínica Ficha de datos
	Psicoprofilaxis Obstétrica	No Si <ul style="list-style-type: none"> ✓ Completa ✓ Incompleta 	Nominal	
	Edad gestacional al momento del parto	<p>-Término temprano: Entre las 37 semanas, 0 días y las 38 semanas, 6 días.</p> <p>-Término completo: Entre las 39 semanas, 0 días y las 40 semanas, 6 días.</p> <p>-Término tardío: Entre las 41 semanas, 0 días y las 41 semanas, 6 días.</p>	Intervalo	Historia Clínica Ficha de datos

Características de la labor del parto	Tiempo periodo labor de parto según Partograma OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Precipitado • Normal • Enlentecido 	Intervalo	Historia Clínica Ficha de datos
	Tiempo de período expulsivo según Partograma OMS	<ul style="list-style-type: none"> • <10 min • 10-20 min. • >20 min. 	Intervalo	
Características del recién nacido	Peso	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso: <2500 gr. • Normal: 2500-3500 gr. • Grande: >3500 a 3999 gr. • Macrosómico: 4000 gr a mas 	Intervalo	Historia Clínica y Ficha de datos
	Perímetro cefálico	<ul style="list-style-type: none"> • ≤33 cm. • >33 cm. 	Ordinal	

2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó con las autoridades del “Hospital Carlos Lanfranco la Hoz”, en el mes de noviembre y diciembre hasta que se logró completar la información requerida.

La información de las primíparas se recolectó directamente para una ficha de datos utilizada en este estudio.

La ficha de recolección de datos, comprendió las siguientes partes:

- ✓ Tipo y/o grado de episiotomía y desgarro perineal
- ✓ Características maternas.
- ✓ Características obstétricas
- ✓ Características de la labor de parto
- ✓ Características del recién nacido.

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Recolectados los datos a través de las historias se procedió al ordenamiento y tabulación, se ingresó los datos a MS Excel, para la realización del análisis estadístico porcentual y de frecuencia, a su vez se desarrolló gráficos de barras que nos permitió tener una visión panorámica de los resultados. Posteriormente se utilizó el programa Word para el traslado de resultados obtenidos.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

La investigadora dio prioridad al mantenimiento de la privacidad, confidencialidad y anonimato de las historias de las pacientes en estudio, todo ello basado en la declaración de Helsinki que a la letra dice lo siguiente: El profesional de salud tiene

como misión natural la protección de la salud del hombre. La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad.

Por ello se vigiló que los datos que se recopilaron del libro de registro y/o de las historias clínicas fueran usados solamente para los fines del estudio.



RESULTADOS



PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-UNIO 2015.

TABLA N° 1

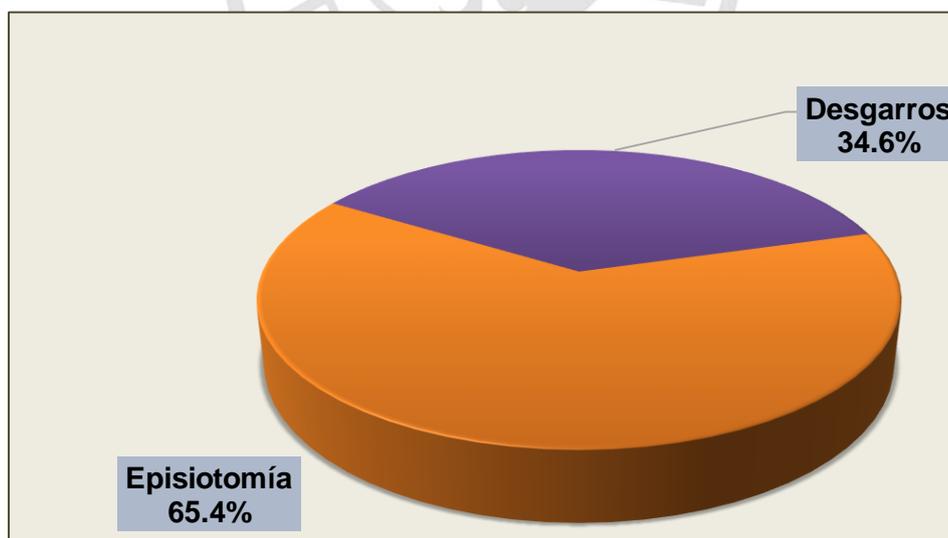
PORCENTAJE DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO

PRIMÍPARAS	N°	%
Con episiotomía	53	65.4
Con desgarros	28	34.6
TOTAL	81	100

En la tabla N°1, se observa que la mayoría de primíparas fueron sometidas a episiotomía, representando el 65.4% (53) y las que sufrieron desgarros representan el 34.6% (28)

GRÁFICO N° 1

PORCENTAJE DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.



PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

TABLA N° 2

TIPO Y/O GRADO DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.

TIPO Y GRADO	N°	%
Episiotomía sola	48	59.3
Epi+desgarro 1° G.	4	4.9
Epi+desgarro 2° G.	1	1.2
Desgarro 1°G.	19	23.5
Desgarro 2°G.	9	11.1
TOTAL	81	100

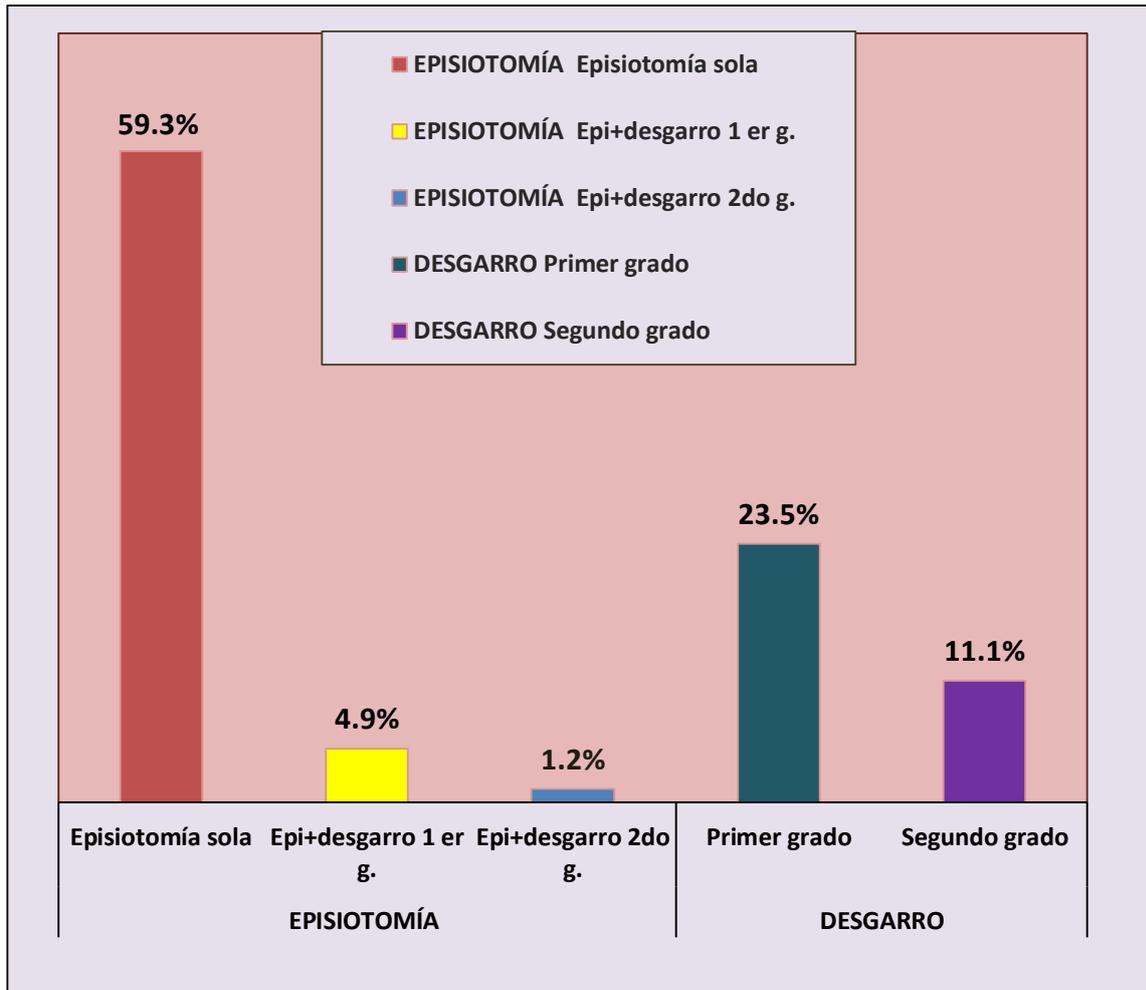
En la tabla N° 2, se observa lo siguiente:

- Se muestra que el 59.3%(48) de las primíparas presentaron solo episiotomía; el 4.9%(4) de ellas presentaron episiotomía más desgarro de primer grado y el 1.2%(1) presentaron episiotomía más desgarros de segundo grado.
- En cuanto a las primíparas que presentaron desgarros los que predominaron fueron los desgarros de primer grado con un 23.5 %(19) del total y los desgarros de segundo grado que representaron el 11.1%(9)

PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

GRÁFICO N° 2

TIPO Y/O GRADO DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.



PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

TABLA N° 3

CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.

CARACTERÍSTICAS MATERNAS	EPISIOTOMÍA		DESGARROS	
	N°	%	N°	%
EDAD				
14 a 19 años	9	17	6	21.4
20 a 24 años	18	34	3	10.7
25 a 29 años	20	37.7	18	64.3
30 a más años	6	11.3	1	3.6
TOTAL	53	100	28	100
ESTADO CIVIL				
Casada	8	15.1	6	21.4
Conviviente	31	58.5	9	32.2
Soltera	14	26.4	13	46.4
TOTAL	53	100	28	100
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
Primaria	10	18.9	10	35.7
Secundaria	27	50.9	8	28.6
Superior técnico	15	28.3	9	32.1
Superior universitario	1	1.9	1	3.6
TOTAL	53	100	28	100
OCUPACION				
Estudiante	6	11.3	2	7.1
Ama de casa	26	49.1	17	60.7
Dependiente	7	13.2	4	14.3
Independiente	14	26.4	5	17.9
TOTAL	53	100	28	100

En la tabla N° 3, se observa lo siguiente:

Edad:

- Fueron las primíparas de 25 a 29 años las que presentaron el 37.7%(20) del total de episiotomías y el 64.3%(18) del total de desgarros.

Estado Civil:

- El mayor porcentaje de las primíparas corresponde al estado civil de convivencia, representando el 58.5%(31) de las primíparas que presentaron episiotomía y el 32.2%(9) de las que presentaron desgarros.
- Se observa el 26.4%(14) de primíparas con estado civil soltera en el grupo de episiotomía y el 46.4%(13) en el grupo de desgarros.

Nivel de Instrucción:

- El grupo de las primíparas con episiotomía tienen nivel de instrucción secundaria representando el 50.9%(27)
- El grupo de primíparas con desgarros tienen nivel de instrucción secundaria representando el 28.6%(8)
- Las primíparas con nivel de instrucción superior universitario representan el 1.9%(1) en el grupo de primíparas con episiotomía y el 3.6%(1) en el grupo de primíparas con desgarros.

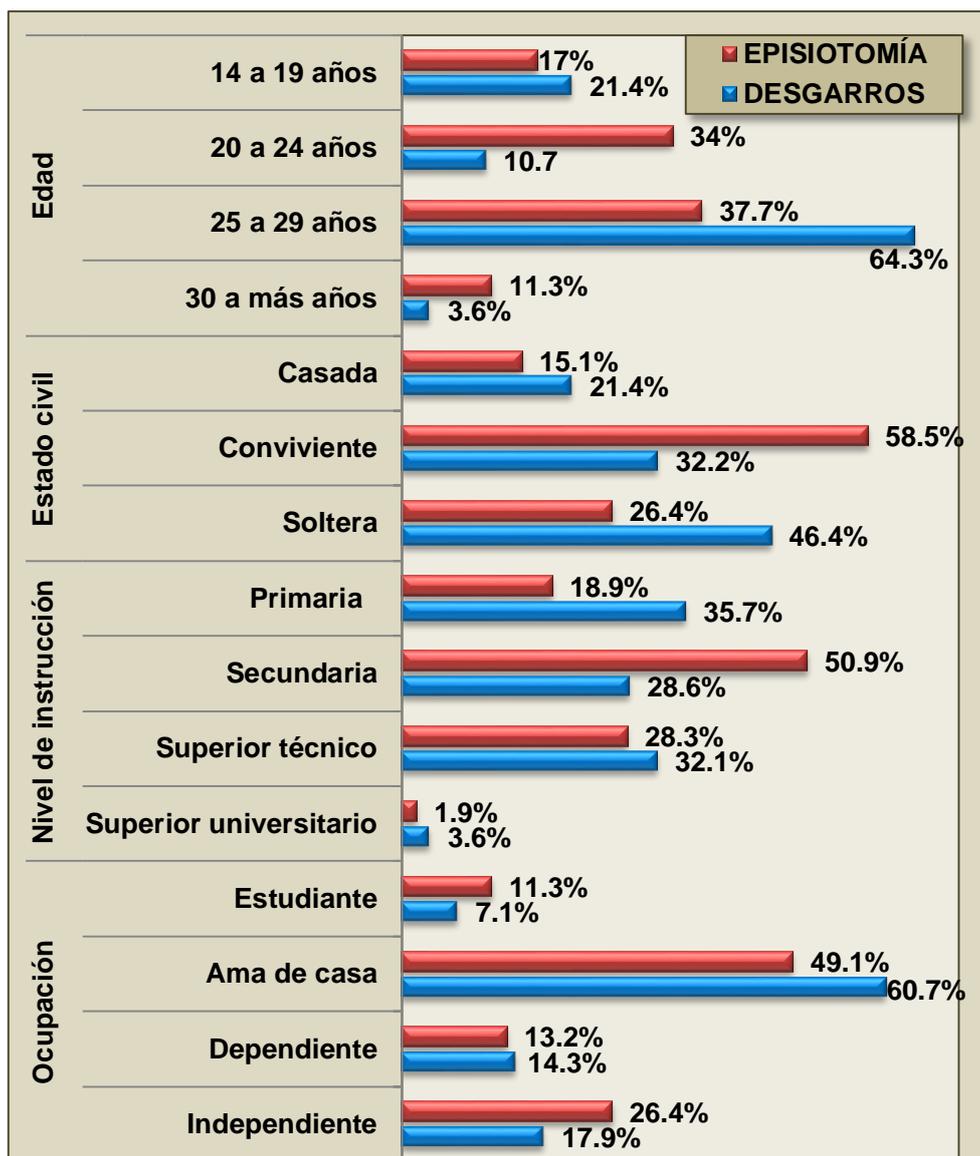
Ocupación:

- Se observa que el mayor porcentaje de primíparas son amas de casa, siendo el 49.1%(26) de primíparas con episiotomía y el 60.7%(17) de primíparas con desgarros.

PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL "HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ". ENERO-JUNIO 2015.

GRÁFICO N° 3

CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMIA Y DESGARROS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.



PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL “HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ”. ENERO-JUNIO 2015.

TABLA N° 3a

PRESENCIA Y TIPO DE ANEMIA EN LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.

CARACTERÍSTICAS MATERNAS	EPISIOTOMÍA		DESGARROS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin anemia	12	14.8	25	30.9	37	45.7
Anemia Leve	26	32.1	2	2.5	28	34.6
Anemia Moderada	15	18.5	1	1.2	16	19.7
Total	53	65.4	28	34.6	81	100

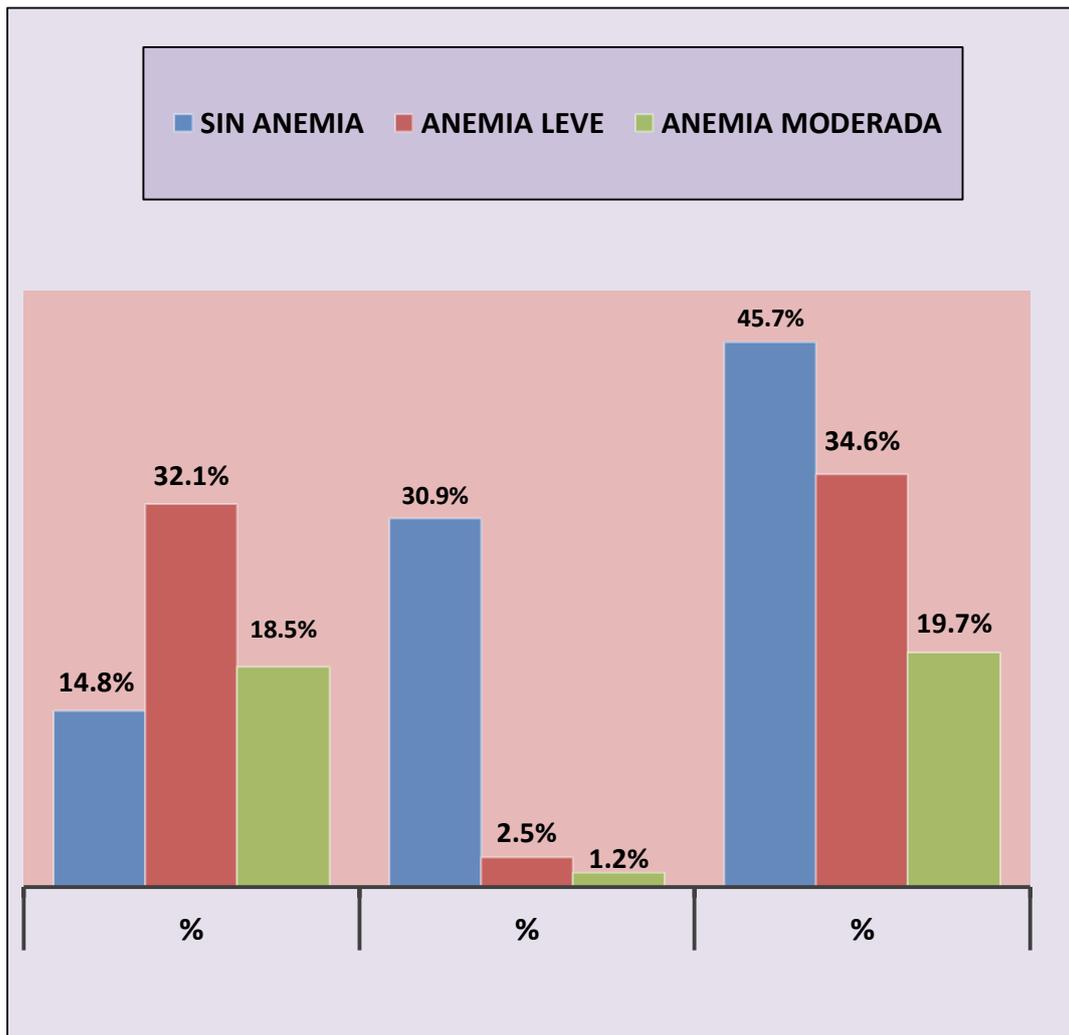
En la tabla 3a, se observa lo siguiente:

- En el grupo de episiotomía el 14.8%(12) de primíparas no presentaron anemia, mientras que en el grupo de desgarro no presentaron anemia el 30.9%(25).
- Las primíparas con episiotomía que presentaron anemia leve estuvieron en el orden del 32.1%(26) mientras que el 18.5%(15) tuvieron anemia moderada.
- En cuanto a las primíparas que sufrieron desgarros, el 2.5%(2) presentaron anemia leve y el 1.2%(1) presentaron anemia moderada

PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ENERO-JUNIO 2015.

GRAFICO N° 3a

PRESENCIA Y TIPO DE ANEMIA EN LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.



PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

TABLA N° 4

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	EPISIOTOMÍA		DESGARROS	
	N°	%	N°	%
Control Prenatal				
Completo	51	96.2	27	96.4
Incompleto	2	3.8	1	3.6
TOTAL	53	100	28	100
Psicoprofilaxis Obstétrica				
Sesiones Completas	40	75.5	2	7.1
Sesiones Incompletas	13	24.5	26	92.9
TOTAL	53	100	28	100
Edad Gestacional al momento del parto				
37- <39 ss. (Término temprano)	31	58.5	7	25.0
39 – 40 ss. (Término completo)	17	32.1	21	75.0
> 40-42ss. (Término tardío)	5	9.4	-	-
TOTAL	53	100	28	100

En la tabla N° 4, se observa lo siguiente:

Control prenatal:

- El mayor porcentaje de primíparas tuvieron control prenatal completo, siendo el 96.2%(51) en primíparas con episiotomía y el 96.4%(27) en primíparas con desgarros. En menor porcentaje se encontraron las primíparas que tuvieron control prenatal incompleto siendo las primíparas que presentaron episiotomía el 3.8%(2) y las que presentaron desgarros el 3.6%(1).

Psicoprofilaxis Obstétrica:

- Se observó que en el grupo de primíparas con episiotomía el 75.5%(40) asistieron a las sesiones completas de psicoprofilaxis y en el grupo de primíparas que sufrieron desgarros el 92.9%(26) tuvieron sesiones incompletas de psicoprofilaxis, observándose por lo tanto que en este grupo solo el 7.1%(2) asistieron a sesiones completas de psicoprofilaxis.

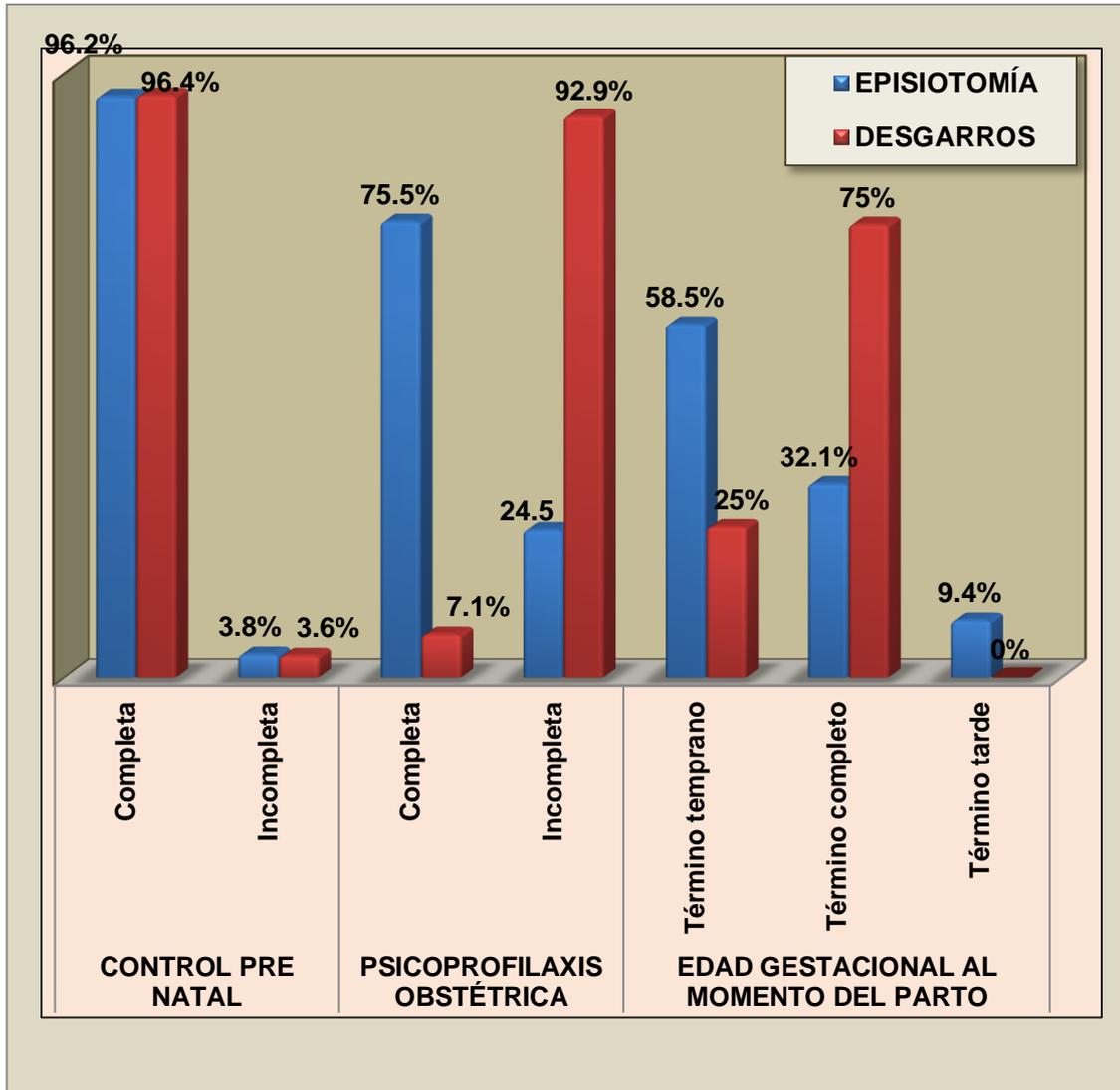
Edad gestacional al momento del Parto:

- Se observa que en el 58.5% (31) de primíparas con episiotomía la gestación fue a término temprano y 75.5% (21) de primíparas con desgarros la gestación fue a término completo.
- El 9.4% (5) de primíparas a las cuales se les realizó episiotomía la gestación fue a término tardío.

PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

GRÁFICO N° 4

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.



PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

TABLA N° 5

CARACTERÍSTICAS DE LA LABOR DE PARTO DE LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	EPISIOTOMÍA		DESGARROS	
	N°	%	N°	%
Tiempo del período de labor de parto según Partograma OMS				
Precipitado	12	22.6	13	46.4
Normal	28	52.8	13	46.4
Enlentecido	13	24.5	2	7.2
TOTAL	53	100	28	100
Tiempo del período expulsivo según Partograma OMS				
<10 minutos	13	24.5	7	25
10 a 20 minutos	36	67.9	13	46.4
>20 minutos	4	7.5	8	28.6
TOTAL	53	100	28	100

En la tabla N° 5, se observa lo siguiente:

Tiempo período labor de parto según Partograma OMS:

- En el grupo de episiotomía, el 52.8% (28) de primíparas tuvieron un período de labor de parto normal, el 24.5% (13) tuvieron un período enlentecido y el 22.6% (12) tuvieron un período de labor de parto precipitado.
- Se muestra que en el grupo de primíparas con desgarros el 46.4% (13) tuvieron un periodo de labor de parto normal, de igual manera el 46.4%(13) de ellas presentaron período de labor de parto precipitado y el 7.2% (2) presentaron periodo de labor parto enlentecido.

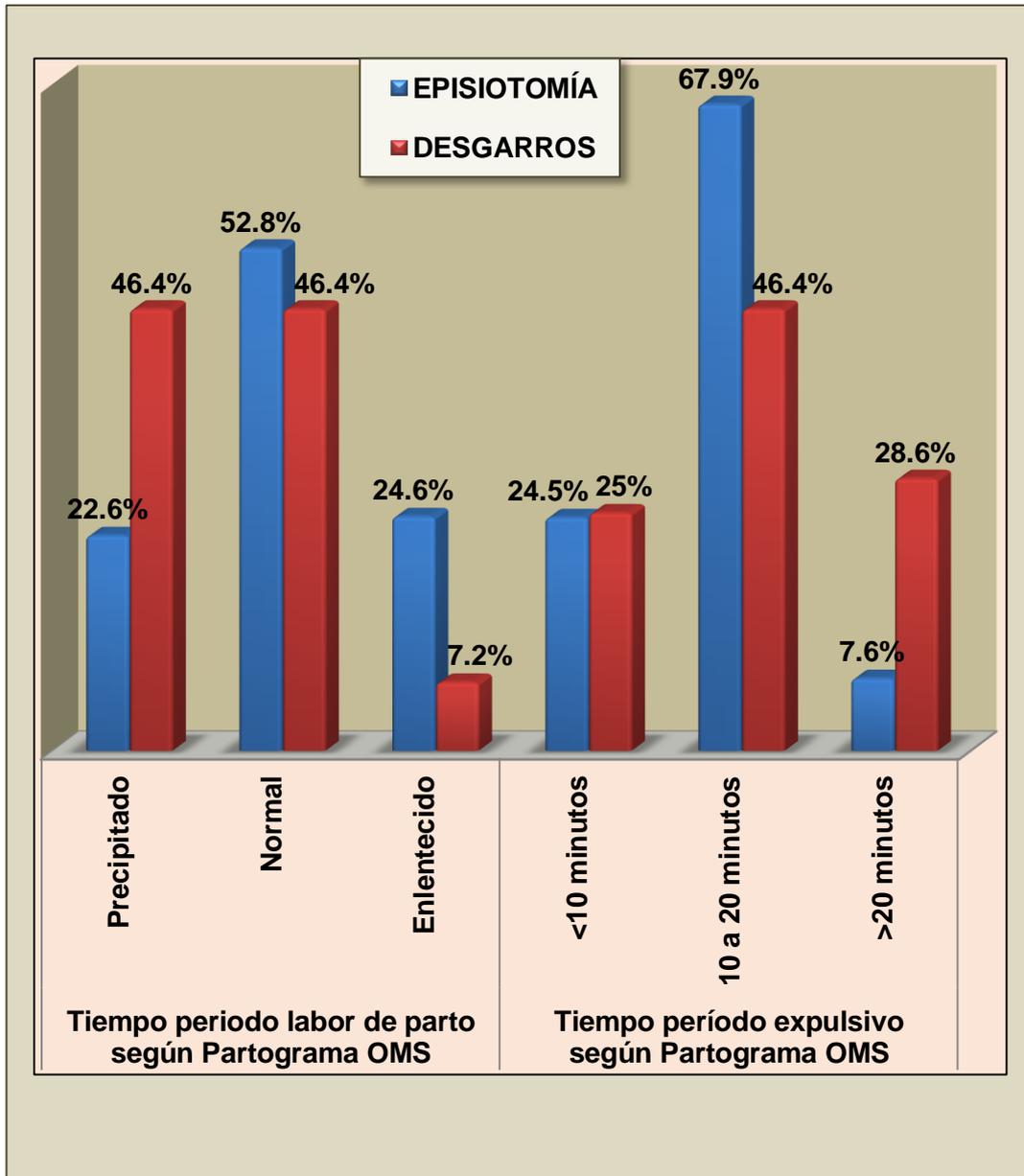
Tiempo período expulsivo según Partograma OMS:

- En el grupo de primíparas con episiotomía se encontró que el 67.9% (36) tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos y el 24.5%(13) tuvieron un periodo expulsivo menor de 10 minutos.
- En el grupo de primíparas que presentaron desgarros se encontró que el 46.4% (13) tuvieron un periodo expulsivo de 10 minutos a 20 minutos y el 28.6% (8) tuvieron un periodo de expulsivo mayor de 20 minutos.

PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

GRÁFICO N° 5

CARACTERÍSTICAS DE LA LABOR DE PARTO DE LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO.



PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO-JUNIO 2015.

TABLA N° 6

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PRIMÍPARAS CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO	EPISIOTOMÍA		DESGARROS	
	N°	%	N°	%
PESO				
Bajo peso: <2500 gr.	5	9.4	-	-
Normal: 2500-3500 gr.	37	69.8	9	32.1
Grande: 3500 a 3999 gr.	8	15.1	10	35.8
Macrosómico: 4000 gr a mas	3	5.7	9	32.1
TOTAL	53	100	28	100
PERÍMETRO CEFÁLICO				
≤33 centímetros.	24	45.3	6	21.4
>33 centímetros.	29	54.7	22	78.6
TOTAL	53	100	28	100

En la tabla N° 6, se observa lo siguiente:

Peso del recién nacido:

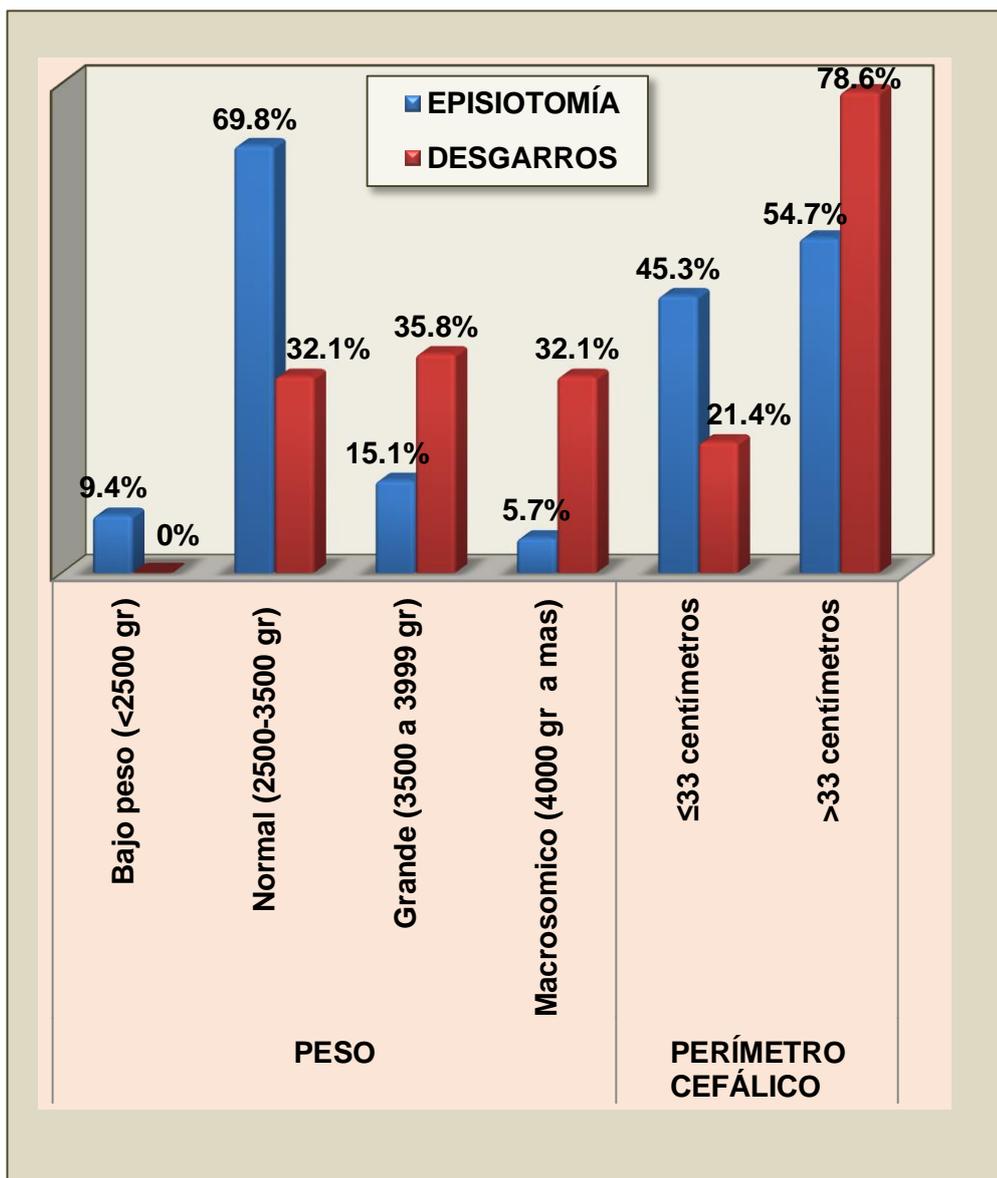
- Se muestra que en las primíparas con episiotomía, el 69.8%(37) tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. y el 15.1% (8) tuvieron recién nacidos de 3500 a 3999 gr.
- En el grupo de primíparas con desgarros el 35.8%(10) tuvieron recién nacidos de 3500 a 3999 gr. El 32.1% (9) tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. al igual que los recién nacidos macrosómicos que fueron 32.1% (9) del total.

Perímetro Cefálico:

- Se muestra que el 54.7% (29) de primíparas que fueron sometidas a episiotomía, tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico mayor a 33 cm. y el 45.3% (24) de primíparas tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico ≤ 33 centímetros.
- El 78.6% (22) de primíparas que presentaron desgarros tuvieron recién nacidos con perímetro mayor a 33 cm.

GRÁFICO N° 6

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PRIMÍPARAS EN CON EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES ATENDIDAS EN EL TIEMPO DE ESTUDIO-



DISCUSIÓN



DISCUSIÓN

En la Tabla N°1. Porcentaje de episiotomía y desgarros presentados en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.

Resulta importante destacar, que de las 81 primíparas, la mayoría fueron sometidas a episiotomía, representando el 65.4% y las que sufrieron desgarros representaron el 34.6%.

Pujay Escobal, Angela Chenyu, en el año 2015²³, encontró que en el Hospital de Tingo María, se realizó episiotomía al 94.5% siendo estas cifras muy altas en comparación de otros países y estudios realizados.

Calapaqui Gutierrez, Lucia Natalia en el 2015²⁴, afirmó que en el Hospital Provincial General Latacunga (Ecuador) en el año 2015, la incidencia de episiotomía en primíparas fue del 62% correspondiente a 85 pacientes; y un 38% correspondiente a 52 pacientes que no se les practicó episiotomía, de un total de 137 mujeres primigestas.

Pérez Torres Miguel Ángel y Linares Guerrero Cesar Augusto, en el año 2014²⁵, afirmó que en el Hospital Regional de Loreto, en el 78.43% de primíparas se requirió de dicho procedimiento (Episiotomía) y en el 21.57% no fue requerido.

Nima Valverde Nilda en el año 2014²⁶, mencionó que al revisar las 150 historias clínicas de las puérperas Primíparas, se observó que 67 (44.7%) presentaron desgarros vulvoperineales.

Gualán Cartuche Cristian Andrés, GuanoLuisa Cordero Óscar Ismael, en el año 2014²⁷, refirió que la prevalencia de episiotomías en pacientes primigestas que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2014 fue del 35.5% correspondiente a 206 pacientes del total de 580 mujeres embarazadas. Este valor es un poco mayor de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 20% (23); sin embargo fue significativamente menor en comparación con otros estudios realizados en primigestas.

Paliza López Oliver Uri, en el año 2014²⁸, mencionó que el 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, el 37.2% no lo presentaron, dentro de las principales complicaciones obstétricas se encontró el desgarro de primer grado (7.6%).

Guamán Gusqui Marcia Judith, en el año 2013²⁹, mencionó que a través de un estudio realizado, observó que un 52 % corresponde a desgarros perineales, 42 % desgarros vaginales, y un 6 % desgarros cervicales durante la atención del parto.

Calderón Aristondo Amalia Roxana, en el año 2012³⁰, mencionó que en el Hospital de Ventanilla se encontró que la episiotomía no influye en el grado de desgarro perineal ni en la presencia de granulomas a los 7 días postparto, refiriendo que un 88% de pacientes primíparas con episiotomía no presentaron desgarro perineal y el 16% presentaron solo laceraciones vaginales.

Zamora Cifuentes Lady Guisella, en el año 2011³⁴, afirmó que en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena (Ecuador) en el tiempo de estudio encontró a 123 puérperas a quienes no se les realizó episiotomía representando el 62% y 47 puérperas a quienes si se les realizó episiotomía representando el 38% del total de puérperas.

Rodríguez Góngora Edgar, Sánchez Inga Marino, en el 2010³¹, afirmó que en el Hospital de Tarapoto la incidencia de primíparas con episiotomía fue del 90.04%.³¹

En la Tabla N° 2. Tipo y/o grado de episiotomía y desgarros perineales en las primíparas atendidas en el tiempo de estudio.

Se muestra que el 59.3%(48) de las primíparas presentaron solo episiotomía; el 4.9%(4) de ellas presentaron episiotomía más desgarro de primer grado y el 1.2%(1) presentaron episiotomía más desgarros de segundo grado.

En el grupo de primíparas con desgarros, predominaron los desgarros de primer grado con un 23.5 %(19) y los desgarros de segundo grado que representaron el 11.1%(9)

Pacheco Zarate Milagros J, en 2014³², afirmó que encontró episiotomía medio lateral derecha en un 80% entre las que destacaron episiotomía más desgarro de

1er grado en un 43.2% con laceraciones de labio menor en 48.6%. En este estudio se dio a conocer las complicaciones como respuesta a la episiotomía siendo los desgarros en mayor proporción que las laceraciones edemas y hematomas.

Santos Malásquez Katherine, en el año 2014³³, mencionó que el desgarro perineal se halla asociado a la primiparidad las cuales presentaron el 16.7% del total de desgarros siendo los desgarros de primer grado 14.9%, siguiendo los desgarros de segundo grado con 1.4% y el de tercer grado 0.5%

Nima Valverde Nilda en el año 2014²⁶, mencionó que en la revisión de las 150 Historias clínicas de las puérperas se encontró que el más alto nivel de desgarro de las primíparas fue el 64.0% predominando el desgarro de primer grado, mientras que el 31.3% fue segundo grado, y el 4.0% fue tercer grado, y solamente el 0.7% fue de cuarto grado.

Herrera Valdivia Astrid Carolina, en el año 2014³⁶, refiere que se atendieron 1000 partos durante febrero del 2013 a febrero del 2014 encontrándose 278 puérperas con desgarro perineal; de los cuales, el desgarro perineal con mayor frecuencia fue el desgarro de primer grado con 180 casos.

Calderón Aristondo Amalia Roxana, en el año 2012³⁰, refiere que en el Hospital de Ventanilla, las pacientes primíparas con o sin episiotomía, presentan desgarro de primer grado (10% frente a un 14%) y de segundo grado (4% frente a un 6%).

Zamora Cifuentes Lady Guisella, en el año 2011³⁴, afirmó que en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena (Ecuador) el 62% de las que no se realizan

episiotomía se encontraron desgarros de 1er grado con 22.8%, segundo grado con 4.9%. Las que presentaron episiotomía existe desgarro de segundo grado (9.8%), desgarro de tercer grado (2.4%) y desgarro de cuarto grado (1.6%).

Atunca Sernaque Danae Olimpia y Huamán Tomairo Cynthia Simona en el año 2011³⁵, mencionaron que en el estudio realizado se formaron dos grupos, el primer grupo con 130 pacientes con desgarro perineal y el segundo con la misma cantidad de pacientes sin desgarro perineal. Del primer grupo el grado más frecuente de desgarro perineal fue el de primer grado con 103 casos (79.2 %) y el menos frecuente fue el de tercer grado con 1 caso (0.8%).

En la Tabla N° 3. Características maternas como edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y anemia en las primíparas que presentaron episiotomías y desgarros perineales.

En cuanto a la edad, en el grupo de primíparas que fueron sometidas a episiotomías, la edad que predominó fue de 25 a 29 años representando el 37.7% y en el grupo que presentaron desgarros el 64.3% de primíparas se encontró también en este grupo etéreo.

Pujay Escobal Angela Chenyu, en el año 2015²³, afirmó que la edad entre los 18 a 29 años representa el 62.59% del total de episiotomías realizadas en gestantes nulíparas atendidas en el segundo periodo de labor de parto.

Calapaqui Gutierrez Lucia Natalia, en el año 2015 ²⁴, mencionó que en el Hospital Provincial General Latacunga (Ecuador), las 85 pacientes a las que se les realizó episiotomía corresponden al 62% y la edad en que más se ha realizado la episiotomía es de 16 a 20 años con 42 pacientes (30.66%), seguida de la edad de 21-30 años con 34 pacientes equivalente a 25%, en <15 años se obtuvo 4 pacientes correspondiente al 2.92%, y en menor porcentaje de 30 -40 años con un 3.65%; obteniéndose el valor de p: 0.683 que no representa un valor significativamente estadístico con la edad materna.

Nima Valverde Nilda en el año 2014 ²⁶, mencionó que el estudio realizado estuvo conformado por 150 púerperas del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, donde se observó que el promedio de la edad de las pacientes fue de 23, 65 ± 5,713 años.

Pérez Torres Miguel Ángel y Linares Guerrero Cesar Augusto, en el año 2014²⁵, afirmó que en Hospital Regional de Loreto, uno los factores de riesgos maternos resaltantes en la presentación de desgarros vulvoperineales en púerperas son la edad de 21 a 30 años que fueron 67 (54%) seguido de igual o mayor de 30 años (24%).

Santos Malásquez Katherine en el año 2014³³, en cuanto a la edad de las pacientes del presente estudio, se encontró que el mayor número de desgarros (73.5%) lo presentaron las mujeres de 20 a 34 años siendo los desgarros de primer grado el 61.9% y los de segundo grado 11.6%.

Paliza López Oliver Uri en el año 2014²⁸, mencionó que se observaron en primíparas un incremento en los porcentajes de episiotomía a medida que aumentaba la edad materna, el 52.38% se encontró en mujeres de 15 a 19 años y 77.27% en mayores de 40 años.

Se evidencia además que en este hospital las mujeres con edad menor a 20 años tienen un riesgo mayor de recibir episiotomía.

Atunca Sernaque, Danae Olimpia y Huamán Tomairo Cynthia Simona en el año 2011³⁵, mencionó en cuanto a la edad de las pacientes del presente estudio se encontró que en ambos grupos la mayor prevalencia fluctúa entre los 20 y 34 años con 187 pacientes (71.9 %), lo cual indica que en la población estudiada las edades son las adecuadas para un parto, según la OMS. En menor porcentaje se encontró el grupo de edades mayor a 35 años consideradas como “añosas” con 49 pacientes (18.9%) y al grupo de edades menor o igual a 19 años consideradas como “adolescentes” con 24 pacientes (9.2 %).

Rodríguez Góngora Edgar, Sánchez Inga Marino en el año 2010³¹, en el Hospital de Tarapoto se observó que el promedio de edad reportado fue de 20.74 años (grupo en estudio) y 22.92 años (grupo control).

En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje corresponde a las primíparas con estado civil de convivencia, representando el 58.5% de las que presentaron episiotomía y el 32.2% de las que presentaron desgarros.

Pujay Escobal, Angela Chenyu, en el año 2015 ²³, menciona que en el Hospital de Tingo María, el estado civil conviviente fue el 68.75%.

Pérez Torres Miguel Ángel, Linares Guerrero Cesar Augusto, en el Año 2014 ²⁵, afirmó que en Hospital Regional de Loreto. La población estudio se caracterizó por ser conviviente 71.3% (82).

Nima Valverde Nilda en el año 2014 ²⁶, mencionó que mediante la revisión de 150 historias clínicas de las pacientes puérperas, se encontró que el 79.3% son de estado civil conviviente, el 14.7 % son solteras, 1.3 % son casadas, 0.7% son viudas y 0.4% son divorciadas

Gualán Cartuche Cristian Andrés, GuanoLuisa Cordero óscar Ismael, en el año 2014 ²⁷, mencionó que con respecto al estado civil el mayor porcentaje corresponde a las puérperas solteras con 35.3%, (205) mientras que el estado civil unión libre corresponden al 33.8% (196) y por último el 30.9% de las puérperas son casadas.

Rodríguez Góngora Edgar, Sánchez Inga Marino en el año 2010 ³¹, el 97.44% de las episiotomizadas tienen una unión no estable con su pareja.

En cuanto al nivel de instrucción, en el grupo de primíparas con episiotomía el mayor porcentaje tienen instrucción secundaria, representando el 50.9% y en el grupo de desgarros representa el 28.6%.

Pérez Torres Miguel Ángel y Linares Guerrero Cesar Augusto en el año 2014²⁵, afirmó que en Hospital Regional de Loreto la población de estudio se caracterizó por ser de educación primaria completa (43) 37.3% e incompleta (27) 23.4% %.

Nima Valverde Nilda en el año 2014²⁶, mencionó que de la Revisión de las 150 Historias clínicas de las puérperas, se encontró que en el grado de instrucción el 2.0% son analfabetas, el 12.7 % tienen solo primaria completa, el 84.7% estudió secundaria completa, y el 0.7% tienen estudio superior técnico.

Gualán Cartuche Cristian Andrés, GuanoLuisa Cordero óscar Ismael en el año 2014²⁷, el 67.2% de pacientes tiene instrucción secundaria, mientras que el 7.5% poseen instrucción superior, solo el 0.5% de pacientes no poseen educación.

Herrera Valdivia Astrid Carolina en el año 2014³⁶, mencionó que en cuanto a grado académico de la gestante fue 127 de las cuales tuvieron solo secundaria en su mayoría.

Atunca Sernaque, Danae Olimpia y Huamán Tomairo Cynthia Simona en el Año 2011³⁵, mencionó que del total de la muestra estudiada (57.3%) alcanzó el quinto de secundaria, técnico completo (8.5%) y el nivel superior completo (5.8%), estos datos fueron obtenidos con la intención de conocer las características sociales de nuestros grupos de estudio.

En cuanto a la ocupación, se observó que en el grupo de primíparas con episiotomía, el 49.1% fueron amas de casa y en el grupo de primíparas que presentaron desgarros fueron amas de casa el 60.7% del total de este grupo.

Pérez Torres Miguel Ángel, Linares Guerrero Cesar Augusto en el Año 2014²⁵, afirmó que en el Hospital Regional de Loreto la población de estudio se caracterizó por ser de ocupación ama de casa (97) 84.3%.

Atunca Sernaque, Danae Olimpia y Huamán Tomairo, Cynthia Simona en el Año 2011³⁵, refiere que en cuanto a la ocupación el de mayor porcentaje lo obtuvo “su casa” (70.4%) y comerciante (15 %).

En la Tabla N°3a. Presencia y tipo de anemia en las primíparas con episiotomía y desgarros atendidas en el tiempo de estudio.

En el grupo de episiotomía el 14.8%(12) de primíparas no presentaron anemia, mientras que en el grupo de desgarro no presentaron anemia el 30.9%(25).

Las primíparas con episiotomía que presentaron anemia leve estuvieron en el orden del 32.1%(26) mientras que el 18.5%(15) tuvieron anemia moderada.

En cuanto a las primíparas que sufrieron desgarros, el 2.5%(2) presentaron anemia leve y el 1.2%(1) presentaron anemia moderada.

Pérez Torres Miguel Ángel, Linares Guerrero Cesar Augusto en el año 2014²⁵, afirmó que, en Hospital Regional de Loreto la población en estudio se caracterizó por presentar anemia Leve en mayor porcentaje con 70 (56%) seguida de anemia Moderada con 39 (31.2%).

Santos Malásquez Katherine, en el año 2014³³, mencionó que en el Hospital de Vitarte, el 25.1% de desgarros vulvoperineales se encontraron en el grupo de púerperas con anemia leve, el 6.0% de desgarros se encontraron en el grupo de anemia moderada y el 2.3% de desgarros se encontraron en el grupo de anemia severa. Se puede notar a su vez que el mayor número de desgarros (66.5%) se encontró en púerperas que no presentaron anemia antes del parto.

Nima Valverde Nilda, en el año 2014²⁶, en un estudio realizado sobre “Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernal, se observó que de la revisión de las 150 historias clínicas de las primíparas, según resultados de los tipos de anemia, el 83.3% presento anemia leve, mientras que el 9.3% tuvo anemia moderada, y solamente el 7.3% tuvo anemia severa.

Flores Aranda Edgar Rolando en el año 2013³⁷, mencionó que el promedio de puérperas primíparas que presentaron anemia en la gestación y puerperio representaron factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafia en el grupo de estudio.

En la Tabla N°4. Características obstétricas como control prenatal, psicoprofilaxis obstétrica y edad gestacional en las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros perineales.

En cuanto al control prenatal, se observa que el mayor porcentaje de primíparas presentaron control prenatal completo, siendo el 96.2% en primíparas con episiotomía y el 96.4% en primíparas con desgarros.

Pujay Escobal, Angela Chenyu en el año 2015²³, mencionó que el 93.75% de las puérperas episiotomizadas tuvieron control prenatal.

Paliza López Oliver Uri en el año 2014²⁸, mencionó en un estudio realizado que las gestantes adolescentes que tuvieron un control prenatal adecuado (6 a más controles) presentaron mayor frecuencia complicaciones obstétricas como desgarros vulvoperineales (76.0%), que las que tuvieron un menor número de controles (29.3%), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.000$). Se aprecia que el 30.8% de las gestantes adolescentes tuvieron control prenatal adecuado y el 29.3% presentaron complicaciones perinatales, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.859$).

Herrera Valdivia Astrid Carolina en el año 2014³⁶, mencionó que se atendieron 1000 partos de febrero 2013 a febrero 2014, encontrándose 278 puérperas con desgarro perineal, de las cuales se pudo observar que 167 primíparas tuvieron más de 6 controles prenatales.

Hurtado Urrutia Christian Jesús en el año 2013³⁸, afirmó que en el grupo de gestantes adolescentes, las complicaciones obstétricas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes con 0 a 5 controles prenatales (50.0%) que las que tuvieron de 6 a más controles prenatales (26.8%); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.049$). En el grupo de gestantes añosas, las complicaciones obstétricas fueron con mayor frecuencia en las de 0 a 5 controles prenatales (43.1%) que las que tuvieron de 6 a más controles prenatales (29.4%); esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.764$).

Guamán Gusqui Marcia Judith en el año 2013²⁹, observó un 54% de pacientes con controles prenatales subsecuentes durante su embarazo, mientras que un 42 % tuvieron controles irregulares, y un 4 % no obtuvieron controles prenatales.

En cuanto a psicoprofilaxis Obstétrica, se observó que en el grupo de primíparas con episiotomía el 75.5% asistieron a las sesiones completas de psicoprofilaxis y en el grupo de primíparas que presentaron desgarros el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de psicoprofilaxis, observándose por lo tanto que en este grupo solo el 7.1% asistió a sesiones completas de psicoprofilaxis.

Nima Valverde Nilda, en el año 2014 ²⁶, mencionó que mediante la revisión de 150 Historias clínicas de las puérperas se observó que el 32.7% realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis, el 26.7% realizaron sesiones incompletas de psicoprofilaxis, sin embargo el 40.7% no realizaron sesiones de psicoprofilaxis.

Herrera Valdivia Astrid Carolina en el año 2014³⁶, mencionó que en 183 gestantes no se realizó ninguna sesión de psicoprofilaxis.

Atunca Sernaque Danae Olimpia, Huamán Tomairo Cinthia Simona en el año 2011³⁵, mencionó que en ambos grupos casos (con desgarros vulvoperineales) y controles (sin desgarros vulvoperineales) se obtuvo que el 73.9% (192) de pacientes presentó ausencia de psicoprofilaxis y el 26.1% acudieron a las sesiones por lo tanto estuvieron preparadas.

La relación entre psicoprofilaxis y desgarro resultó independiente por lo tanto no influye, no siendo considerado riesgo ni beneficio en la presentación de un desgarro perineal.

En cuanto a la Edad gestacional al momento del parto, se muestra que el 58.5% de primíparas con episiotomía, la gestación fue a término temprano y el 75.5% de primíparas que presentaron desgarros, la gestación fue a término completo.

Pujay Escobal, Angela Chenyu, en el año 2015 ²³, menciona que la edad gestacional con mayor porcentaje correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un 62%.

Calapaqui Gutierrez Lucia Natalia, en el año 2015 ²⁴, menciona que de las 137 pacientes primigestas, 85 de ellas corresponden al 62% y se les practicó episiotomía, obteniéndose el mayor porcentaje en los neonatos nacidos a término con 58%, seguidos de los neonatos nacidos pretérmino con 3% y en menor proporción posttérmino con 1% y con un valor de $p: 0.0144$ que es un dato significativamente estadístico para que se realice episiotomía.

Zamora Cifuentes Lady Guissela, en el año 2011 ³⁴, en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena (Ecuador), La edad gestacional no influye mayormente en la realización o no de episiotomía siendo a término el 96.7% de recién nacidos (37 a 41 semanas) y 2 recién nacidos en cada grupo fue pretérmino representando el 3.3%

En la Tabla N°5. Características de la labor de parto como tiempo de período de labor de parto y tiempo del período expulsivo en las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros perineales.

En cuanto al tiempo del periodo expulsivo según el partograma OMS, se observa que en el grupo de primíparas con episiotomía se encontró que el 67.9% de primíparas tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20

minutos y el 24.5% de ellas tuvieron un periodo expulsivo menor de 10 minutos.

En el grupo de primíparas que presentaron desgarros se encontró que el 46.4% de primíparas tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 minutos y el 28.6% tuvieron un periodo de expulsivo mayor de 20 minutos.

Herrera Valdivia Astrid Carolina en el año 2014³⁶, mencionó que se tomó en cuenta el tiempo del periodo de expulsivo encontrándose que 221 parturientas tuvieron un tiempo de expulsivo menor de 10 minutos.

Nima Valverde Nilda en el año 2014²⁶, se observó que de la revisión de las 150 historias clínicas de las pacientes púerperas se encontró que en el 41.3% el tiempo de expulsivo fue menos de diez minutos, mientras el que demoró más fue el 58.7% y fue de 11 a 30 minutos.

Atunca Sernaque, Danae Olimpia y Huamán Tomairo, Cynthia Simona en el año 2011³⁵, en cuanto al tiempo de expulsivo, del total de pacientes, se obtuvo que 191 (73.5%) presentó un segundo periodo de parto menor o igual a 10 minutos, el 26.5% entre 11 y 30 minutos. El riesgo para nuestro estudio representan aquellas mujeres que tuvieron un expulsivo menor a 10 minutos, nuestra media en el grupo de desgarro fue de 9.1 minutos.

En la Tabla N°6. Características del recién nacido como peso y perímetro cefálico, en las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros perineales.

En cuanto al peso del recién nacido, se muestra que en el grupo de primíparas con episiotomía, el 69.8% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. y el 15.1% tuvieron recién nacidos de 3500 a 3999 gr.

En el grupo de primíparas con desgarros el 35.8% tuvieron recién nacidos de 3500 a 3999 gr. y el 32.1% tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr.

Pujay Escobal, Angela Chenyu, en el año 2015²³, mencionó que las gestantes nulíparas atendidas en la segunda etapa de trabajo de parto en el “Hospital de Tingo María” de enero a diciembre 2015, fueron sometidas a episiotomías sistemática observándose que el peso de los recién nacidos se encuentran entre 3000 a 3499 gramos, con un (43.75%), seguido por el peso de recién nacidos de 3500 a 3999 gramos con un (25%), y en menor porcentaje están los recién nacidos de 2000 a 2499 gramos (6.25%) y los que pesan más de 4000 gramos (6.25%).

Santos Malasquez Katherine, en el año 2014³³, mencionó que se presentó el 86.0% de lesiones en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 2500-4000g. Siendo el de primer grado el de mayor frecuencia (72.1%). Mientras que el grupo de los recién nacidos macrosómicos presentó el 13.0% de lesiones, siendo el 10.7% de primer grado, 1.9% de segundo grado y 0.5% de tercer grado. El grupo de recién nacidos menor de 2500g, presentó el 0.9% de lesiones siendo solo desgarros de primer grado.

Pérez Torres Miguel Ángel, Linares Guerrero Cesar Augusto, en el año 2014²⁵, afirmó que en Hospital Regional de Loreto, el 69% de desgarros, se presentó en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 3501-4000g., por lo que se pudo afirmar que el peso del recién nacido ($\chi^2 = 13.91$), está asociado con los desgarros vulvoperineales en puérperas primíparas.

Gualán Cartuche Cristian Andrés, GuanoLuisa Cordero óscar Ismael, en el año 2014²⁷, mencionó que de las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 138 recién nacidos (67%), tienen peso mayor a 3001 gramos, 68 neonatos (33%) tienen un peso igual o menor a 3000 gramos; y un valor de p de 0,000, datos que son estadísticamente significativos.

Herrera Valdivia Astrid Carolina en el año 2014³⁶, refirió que en el estudio realizado de febrero 2013 a febrero 2014, se atendieron 1000 partos, encontrándose 278 puérperas con desgarro perineal, observándose que en 144 recién nacidos, el peso oscila entre 2500 a 3500 kg en gran porcentaje.

Guamán Gusqui Marcia Judith en el año 2012²⁹, mencionó que la frecuencia del trauma Obstétrico más alta se dio en el desgarro perineal con el 52% teniendo como riesgo asociado al peso del recién nacido encontrándose el 56% en un rango de 2501 a 3500 gr. el cual fue el porcentaje más alto.

Edgar Rodríguez Góngora, Marino Sánchez Inga, en el año 2012³¹, realizó un estudio en el Hospital II-2 de Tarapoto en el cual menciona que el peso del recién nacido no es un indicador de episiotomía ($p > 0.05$).

Zamora Cifuentes Lady Guissela, en el año 2011³⁴, mencionó que en el estudio realizado el 92.7% de los recién nacidos pesaron entre 2500 y 4000 gr. en los dos grupos (con episiotomía y sin episiotomía). Sin embargo hubo 4 casos de recién nacidos con episiotomía y uno sin episiotomía que presentaron peso mayor a 4000 gr.

Atunca Sernaque, Danae Olimpia y Huamán Tomairo Cynthia Simona en el Año 2011³⁵, el peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2501 a 3999 g con 237 pacientes (83.8%).

En cuanto al perímetro cefálico del recién nacido, el 54.7% de primíparas que fueron sometidas a episiotomía, tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico mayor a 33 cm. y el 45.3% de primíparas tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico menor o igual a 33 centímetros.

El 78.6% de primíparas que presentaron desgarros tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico mayor a 33 cm.

Calapaqui Gutierrez Lucia Natalia en el año 2015²⁴, mencionó que de 137 primigestas, de las cuales 85 (63%) se les practicó episiotomía, el 50% pertenece al perímetro cefálico comprendido entre 32- 37 cm, seguido del 7% perteneciente a un perímetro cefálico > 37cm, y un 6% perteneciente a un perímetro cefálico < 32 cm; con un valor de p: 0.0266 el cual demuestra una significancia estadística.

Pérez Torres Miguel Ángel, Linares Guerrero Cesar Augusto en el año 2014²⁵, afirmó que en Hospital Regional de Loreto, entre las pacientes a las cuales no se les realizó episiotomía se aprecia que la mayor frecuencia de desgarros ocurre en aquellas cuyos recién nacidos presentaron una circunferencia craneana entre los 34 y 36 cm (137 casos).

Gualán Cartuche Cristian Andrés, GuanoLuisa Cordero óscar Ismael, en el año 2014²⁷, afirmó que de las 206 pacientes que recibieron episiotomía, 170 recién nacidos (82.5%), tienen un perímetro cefálico mayor a 33.1 centímetros, 36 neonatos (17.5%) tienen un perímetro cefálico menor o igual a 33 centímetros con un valor de p de 0.003, siendo estadísticamente significativo. Las mujeres con recién nacidos cuyo perímetro cefálico fue mayor a 33.1 cm. tuvieron 0.65 veces más posibilidades estadísticas de recibir episiotomía que aquellas con neonatos cuyo perímetro cefálico fue menor o igual a 33.1 centímetros, con un intervalo de confianza (IC) del 95%; y un valor de p de 0.003.

Zamora Cifuentes Lady Guissela en el año 2011³⁴, en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena (Ecuador), en el año 2011, se observó que predominan los recién nacidos con perímetro cefálico entre 33 a 35 cm representando el 98.4%, el perímetro mayor de 36 cm, representa el 1.6% en los dos grupos (con episiotomía y sin episiotomía). En cuanto al perímetro menor de 32 cm, no hay diferencia significativa para los dos grupos de estudio



CONCLUSIONES

- En el estudio realizado se observó que la mayoría de primíparas fueron sometidas a episiotomía, y que solo algunas episiotomías fueron ampliadas.
- En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado.
- El mayor porcentaje de las primíparas con episiotomía corresponde a la edad de 25 a 29 años, estado civil de convivencia, nivel de instrucción secundaria, con ocupación ama de casa y en el grupo de primíparas con desgarros, el mayor porcentaje corresponde a primíparas de edad de 25 a 29 años, con estado civil soltera, nivel de instrucción primaria y ocupación ama de casa
- La anemia se presentó en mayor porcentaje en primíparas con episiotomía encontrándose anemia leve en mayor porcentaje.
- El mayor porcentaje de primíparas que presentaron desgarros tuvieron sesiones de psicoprofilaxis incompletas.
- Las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros tuvieron un periodo de expulsivo que duro de 10 a 20 minutos en mayor porcentaje.
- El grupo de primíparas con episiotomía tuvieron recién nacidos de 2500 a 3500 gr. en mayor porcentaje, a diferencia del grupo de primíparas con desgarros que tuvieron recién nacidos de 3500 a 3999 gr. en mayor porcentaje.
- El mayor porcentaje de las primíparas que fueron sometidas a episiotomía y las que sufrieron desgarros, tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico mayor a 33 cm.



RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Según la investigación realizada, se recomienda realizar una adecuada técnica de atención de parto, con la finalidad de evitar desgarros y complicaciones a corto y a largo plazo.
- Recomendar al personal de salud del servicio de Obstetricia, que el uso de la episiotomía, debe ser aplicado en primíparas con una exhaustiva y previa evaluación del canal del parto, con la finalidad de evitar episiotomías rutinarias.
- Considerar los datos antropométricos de la parturienta ya que esto ayudaría a determinar el uso o no de la episiotomía durante el parto.
- Mejorar las capacitaciones en atención de partos sin episiotomía.
- Se sugiere realizar más estudios en otros establecimientos de salud para comparar los resultados con este estudio, con la finalidad de establecer protocolos sobre el uso adecuado de la episiotomía.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kitzinger S. Episiotomy and the second stage of labor. Seattle, Wa: Pennypress 1991; 1.
2. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo. 2008.
3. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Facultad de Medicina “Dr. Aurelio Melean”, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia. En: Rev. Cient Cienc. Med 2014; 17(2): 53-57.
4. López, et al Eficacia de la sutura continua versus interrumpida en la reparación del periné en el parto eutócico. NURE Inv 11(70): 12 p. (2014). Disponible en http://www.fuden.es/ficheros_administrador/proyecto/nure70_proyecto_perine.pdf
5. Jovanovic, N., Kocijancic, D, & Terzic, N. Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? Central European Journal of Medicine. Pag. 685-690 (2011). Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.2478/s11536-011-0088-z>
6. Shachar BZ, Lyell DJ. Intervalo entre embarazos y obstétrica complicaciones obstétricas y Ginecológica Encuesta 2012; 67: 584-596
7. Eleje GU, Ezebialu IU, Eke No. Intervalo entre embarazos (IPI): ¿Cuál es el ideal Afri médico Diario 2011; 2:?. 36-8.

8. Melo B. Intervenciones intraparto para la prevención de la distocia de hombros (última revisión: 1 de marzo de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
Disponible en :
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/cd005543_melob/es/
9. Bezerra de Vasconcelos DI, de Cássi Tavares Da Fonseca L, Cartaxo Gomes de Arruda AJ. Episiotomy under the view of obstetric physicians and nurses: criteria. *Journal of Nursing. Revista de Enfermagem.*2012; 6(5):1038-1045
10. Linder N, Linder I, Fridman E, Kouadio F, Lubin D, Merlob P, et al. Birth trauma – risk factors and short-term neonatal outcome. *Tel Aviv, Israel. J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013; 1-5.
11. Medline Plus [Internet]. Rockville Pike. U.S. National Library of Medicine. Actualizado 6 Nov 2014; [citado 3 octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm>
12. Carroli, G. & Mignini, L., (2012) Episiotomía para el parto vaginal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11: 3pp (3). DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
13. De la Rosa Varéz Z, Rivas Castillo MT, Alguacil Sánchez MV. Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. *Revisión bibliográfica. Matronas Profesión.* 2013; 14(1):19-23.

14. Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzales C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered.2011; 22(4): 169-175.
15. Díaz Rojas Celedonia Norma. “Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2011”. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina Unidad De Post Grado. Lima – Perú 2015.
16. Vidarsdottir H, Tomas R, Hardardottir H, Valdimarsdottir U, Dagbjartsson A, Obstetric and neonatal risks among extremely macrosomic babies and their mothers. Am J Obstet Gynecol 2011; 204:423-429.
17. Jevitt C. Distocia de hombros: etiología, factores de riesgo comunes, y la gestión de la salud de las mujeres obstetricia J 2015; 50: 485-97
18. Luque R, Subirón A, Sabater B, Sanz de Miguel E, Juste A, Cruz E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años: Episiotomía Procedimiento a elección y no de rutina, 2011. En: Matronas Prof. 2011; 12(2): 41-8.
19. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado R, Val B, Mérida A. Factores que influyen en la realización de una Episiotomía Selectiva en Mujeres Nulíparas. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería: 2014. Acceso 30 de Julio de 2014; 398 (14). Disponible en: www.um.es/eglobal
20. Ballesteros C. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la región de Murcia [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014

21. Creus MD, Martínez C, Olivera G, Vela E. El masaje perineal. [Folleto en Internet]. Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2013. [Citado 19 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/documentos/profesionales/i/16942/124/el-masajeperineal>.
22. Acusi Quispe Julio Cesar “Factores de riesgo para hemorragia postparto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010”. Tacna- Perú 2012.
23. Pujay Escobal, Ángela Chenyu. “Complicaciones De La Aplicación Sistemática de La Episiotomía en Gestantes Nulíparas Atendidas en Trabajo De Parto en el “Hospital de Tingo María”– Enero-Diciembre 2015”. Huánuco -Perú 2016
24. Calapaqui Gutiérrez Lucia Natalia. “Episiotomía en pacientes Primigestas del Hospital Provincial General Latacunga. Periodo Abril – Mayo 2015”. Ambato – Ecuador 2016.
25. Pérez Torres, Miguel Ángel; Linares Guerrero, Cesar Augusto Factores de riesgo asociado a desgarros Vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero – Abril del 2013. Tarapoto - Perú 2014
26. Nima Valverde, Nilda “Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014” Lima-Perú 2016
- Disponible en:
- <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/29>

27. Gualán Cartuche Cristian Andrés, Guanoluisa Cordero óscar Ismael. Tesis prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - Ecuador 2015.
- Disponible: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21517>
28. Paliza López Oliver Uri “Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba julio a diciembre 2014. Iquitos Perú 2015
29. Guamán Gusqui Marcia Judith. Trauma obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Lima-Perú 2014
- Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1799>
30. Calderón Aristondo Amalia Roxana. “Complicaciones en pacientes Primíparas con o sin episiotomía. Hospital de Ventanilla. Febrero–Marzo 2012.” Lima-Perú 2013
31. Rodríguez Góngora Edgar, Sánchez Inga Marino. “Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA”. Universidad Nacional De San Martín. Facultad De Ciencias De La Salud. Escuela Académica Profesional De Obstetricia. Tarapoto – Perú 2012.
32. Pacheco Zarate Milagros J. “Complicaciones de la Episiotomía en Puerperas Primíparas Jóvenes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

durante el periodo de Febrero-Abril del 2014” Facultad de Obstetricia y Enfermería. Lima-Perú 2014 ²⁸

33. Santos Malásquez. Katherine “Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014”. Lima-Perú 2016
34. Zamora L. “La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena. Enero- Agosto 2010.” Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina. Riobamba – Ecuador 2011.
35. Atunca Sernaque Danae Olimpia, Huamán Tomairo Cinthia Simona “Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el instituto nacional materno perinatal, noviembre-diciembre 2010”. Lima-Perú 2011. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2960>
36. Herrera Valdivia Astrid Carolina. “Factores de riesgo que influyen en los desgarros perineales en gestante atendidas en el Hospital René Toche Groppo - Chincha Alta, febrero 2013 - febrero 2014”. Ica-Perú 2014. Disponible en:
<http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1073>
37. Flores Aranda Edgar Rolando. “Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – Diciembre 2013.”Facultad de Medicina Escuela de Medicina Humana. Trujillo-Perú 2014.

38. Hurtado Urrutia Christian Jesús “complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital de Iquitos César Garayar García de Enero a Diciembre 2013”. Punchana – Iquitos. Perú. 2014.





**PREVALENCIA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS PERINEALES EN EL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
ENERO-JUNIO 2015.**

**ANEXO: 01
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

I. EPISIOTOMÍA Y DESGARRO PERINEAL

Tipo de Episiotomía

- Media lateral derecha Mediana Media lateral izquierda

- + desgarro,grado

Desgarros Perineales

- Primer grado Tercer grado
 Segundo grado Cuarto grado

II. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

Edad

- 14 a 19 años 25 a 29 años
 20 a 24 años 30 a más años

Estado civil

- Casada Soltera Divorciada
 Conviviente Viuda

Nivel de instrucción:

- Primaria Superior universitario
 Secundaria Sin instrucción
 Superior técnico

Ocupación:

- Estudiante Dependiente
 Ama de casa Independiente

Anemia

- No
 Si..... Grado de anemia:
 Leve Moderada Severa

III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Control Prenatal

- No
- Si
 - Completo
 - Incompleto

Psicoprofilaxis Obstétrica

- No
- Si
 - Completa
 - Incompleta

Edad gestacional al momento del parto

- Término temprano
- Término completo
- Término tardío

IV. CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA LABOR DE PARTO.

Tiempo del periodo de labor de parto según partograma OMS

- Precipitado
- Normal
- Enlentecido

Tiempo del período expulsivo según Partograma OMS

- <10 min.
- 10-20min.
- >20 min.

V. CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO

Peso

- Bajo peso: <2500 gr.
- Normal: 2500-3500 gr.
- Grande: 3500 a 3999 gr.
- Macrosómico: 4000 gr a mas

Perímetro cefálico

- ≤33 cm.
- >33 cm.

