
**“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN
DE EPISIOTOMÍA, EN PACIENTES
PRIMÍPARAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DOMINGO OLAVEGOYA – JAUJA, DE
OCTUBRE DEL 2016 A MARZO DEL 2017”.**

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO FRANKLIN
ROOSEVELT**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**UNIVERSIDAD
ROOSEVELT**

“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE EPISIOTOMÍA,
EN PACIENTES PRIMÍPARAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DOMINGO OLAVEGOYA – JAUJA, DE OCTUBRE DEL 2016 A
MARZO DEL 2017”.

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

ELABORADO POR:

Bach. Davila Samaniego Edwar Victor

Bach. Huaroc Segovia Pamela Reyna

HUANCAYO – PERÚ

2017



DOCENTE ASESOR:

OBST. Mauricio Salvatierra Yarid J.



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Con amor a nuestros padres por hacer este trabajo posible, por confiar en nosotros, darnos años de educación, abrigarnos con su amor y brindarnos su comprensión.

A nuestros hermanos por divertirnos en momentos de presión y colaborarnos con su graciosa compañía.

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser la fortaleza en los momentos más difíciles y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad, a nuestros padres, no solo por su apoyo incondicional en todo momento sino también por el económico, a la universidad Franklin Roosevelt, por albergarnos en sus cálidas aulas y haber sido nuestra casa de estudios durante estos años, a nuestra asesora, Obst. Mauricio Salviatierra Yarid J, por otorgarnos parte de su valioso tiempo para tutelar nuestro proyecto, a los magisteres que participaron en el juicio de expertos para la respectiva validación de nuestro instrumento de recolección de datos, a nuestros jurados por tomarse la molestia de realizar las observaciones correspondientes de nuestro proyecto y sus sugerencias para la mejora del mismo, al Hospital Domingo Olavegoya de Jauja por haber aceptado nuestra petición de realizar un proyecto de investigación y proporcionarnos los datos estadísticos.

A todos ellos muchas gracias.

TÍTULO.....	i
CARATULA.....	ii
ASESOR.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xiii
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. Problema General.....	2
1.2.2. Problemas Específicos.....	2
1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.....	3
1.3.1. Objetivo General.....	3
1.3.2. Objetivos Específicos.....	3
1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	4
1.4.1. Relevancia Social.....	4
1.4.2. Implicancias Prácticas.....	5
1.4.3. Valor Teórico.....	5
1.4.4. Utilidad Metodológico.....	6
1.5. LIMITACION DE LA INVESTIGACION.....	6
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES.....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	11
2.2. BASES TEORICAS DE LA INVESTIGACION.....	14
2.2.1. Marco Conceptual.....	14
2.2.1.1. Episiotomía.....	14

2.2.1.2. Historia de la Episiotomía.....	15
2.2.1.3. Anatomía del piso pélvico.....	16
2.2.1.4. Periné.....	17
2.2.1.5. Clasificación.....	21
2.2.1.6. Factor de riesgo.....	24
2.2.1.7. Factores para su indicación.....	24
2.2.1.8. Factores maternos.....	25
2.2.1.9. Factores obstétricos.....	27
2.2.1.10. Factores intraparto.....	28
2.2.1.11. Factores fetales y neonatales.	30
2.2.1.12. Contraindicaciones.	32
2.2.1.13. Ventajas.....	35
2.2.1.14. Desventajas.....	36
2.2.1.15. Momento de la episiotomía.	37
2.3. HIPOTESIS.....	39
2.3.1. Hipótesis general.....	39
2.3.2. Hipótesis específica.....	39
2.4. VARIABLES.....	40
2.4.1. Variable independiente.....	40
2.4.2. Variable dependiente.....	40
3. METODOLOGIA.....	41
3.1. METODO DE INVESTIGACION.....	41
3.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION.....	41
3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	41
3.4. POBLACION DE ESTUDIO.....	42
3.4.1. Criterios de inclusión.....	42
3.4.2. Criterios de exclusión.....	42
3.5. MUESTRA.....	43
3.5.1. Calculo de la muestra.....	43
3.5.2. Unidad de análisis.....	45
3.5.3. Ámbito de estudio.....	45
3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45

3.7. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN (DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN).....	46
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	47
4.1. INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	62
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	67
6. CONCLUSIONES.....	72
7. RECOMENDACIONES.....	74
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
9. ANEXOS.....	82

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación que guardan los factores asociados y la indicación de episiotomías, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017. **METODO Y MATERIALES:** El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, transeccional y descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se elaboró un instrumento, en la que se recolecto información en relación a los factores asociados a la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, factores como: talla materna, primiparidad, ponderado fetal y sufrimiento fetal; el presente estudio estuvo constituido por una población de 212 pacientes y una muestra de 55 primíparas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. **RESULTADOS:** No existe relación entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas. Existe moderada relación entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas. No existe relación entre los factores del parto y la indicación de episiotomía en paciente primíparas. Finalmente observamos que no existe relación entre los factores maternos, intraparto, fetales, neonatales y la indicación de episiotomías, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017, salvo los factores obstétricos. **CONCLUSIONES:** Respecto a los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales, neonatales se observó que no existe relación con la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Correspondiente a los factores maternos como edad ($P = .132$), peso ($P = .116$), talla ($P = .353$), grado de instrucción ($P = .201$), se observa que no existe correlación significativa con la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Los factores obstétricos como edad gestacional ($P = .355$), altura uterina ($P = .445$), posición fetal ($P = .609$), y primiparidad ($P = .942$), tienen predominio y correlación con la indicación

de episiotomía, entre estos la posición fetal tuvo moderada correlación y la primiparidad, demostró tener ampliamente mayor correlación que el resto de factores con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.942 y una prevalencia del 91%. Y se concluye que entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, si existe una correlación significativa. Entre los factores intraparto, como tiempo del periodo expulsivo ($P = .086$), y el tipo de líquido amniótico ($P = .207$), se observa que no existe correlación con la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017. Se concluye que no existe correlación entre los factores fetales y neonatales como ponderado fetal ($P = .303$), peso del RN ($P = .556$), perímetro cefálico del RN ($P = .366$) y sufrimiento fetal agudo ($P = .151$) y la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

PALABRAS CLAVE: factores asociados, episiotomía, primiparidad.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between the associated factors and the indication of episiotomies in primiparous patients treated at the Domingo Olavegoya - Jauja Hospital, from October 2016 to March 2017. **METHOD AND MATERIALS:** The present research work is focused Quantitative, transectional and descriptive, retrospective cross-sectional study. An instrument was elaborated, in which information was collected regarding the factors associated with the indication of episiotomy in primiparous patients, factors such as: maternal size, primiparity, fetal weights and fetal distress; The present study consisted of a population of 212 patients and a sample of 55 primiparous women who met the inclusion and exclusion criteria. **RESULTS:** There is no relation between the maternal factors and the indication of episiotomy in primiparous patients. There is a moderate relationship between the obstetric factors and the indication of episiotomy in primiparous patients. There is no relationship between the factors of delivery and the indication of episiotomy in primiparous patients. Finally we observed that there is no relationship between maternal, intrapartum, fetal and neonatal factors and the indication of episiotomies in primiparous patients, attended at the Domingo Olavegoya - Jauja Hospital, from October 2016 to March 2017, except obstetric factors. **CONCLUSIONS:** Regarding the maternal, obstetric, intrapartum, fetal and neonatal factors, it was observed that there is no relation with the indication of episiotomy in primiparous patients, attended at the Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Corresponding to maternal factors such as age ($P = .132$), weight ($P = .116$), height ($P = .353$), degree of instruction ($P = .201$), there was no significant correlation with the indication of episiotomy in primiparous patients, attended at the Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Obstetric factors such as gestational age ($P = .355$), uterine height ($P = .445$), fetal position ($P = .609$), and primiparity ($P = .942$) predominate and correlate with episiotomy, Among these, the fetal position had a moderate correlation and the primiparity, showed to have broadly

greater correlation than the other factors with a coefficient of correlation of Pearson of 0.942 and a prevalence of 91%. And it is concluded that among the obstetric factors and the indication of episiotomy, in primiparous patients, attended at the Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, if there is a significant correlation.

Among the intrapartum factors, such as the time of the expulsive period ($P = .086$), and the type of amniotic fluid ($P = .207$), it is observed that there is no correlation with the indication of episiotomy in primiparous patients treated at Hospital Domingo Olavegoya - Jauja, from October 2016 to March 2017. We conclude that there is no correlation between fetal and neonatal factors such as fetal weighting ($P = .303$), weight of the newborn ($P = .556$), head circumference of the newborn $P = .366$) and acute fetal distress ($P = .151$) and the indication of episiotomy in primiparous patients, attended at the Domingo Olavegoya - Jauja Hospital, from October 2016 to March 2017.

KEY WORDS: associated factors, episiotomy, primiparity.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo; se efectúa hasta en el 60% de todos los partos vaginales y hasta en el 90% de partos de pacientes primíparas. La episiotomía es una palabra derivada de los términos griegos “epision” que significa región púbica y “tomé” que significa corte. Por lo tanto consiste en la incisión del orificio externo de la vulva con el objetivo de facilitar la expulsión fetal. Su uso fue propuesto por 1ª vez en 1742 por F. Ould, recomendó este procedimiento en partos extremadamente complicados. Fue el profesor Dubois el primero en sugerir la modalidad medio lateral en el año 1847. Y el doctor Carl Braun quien acuñó el término episiotomía además de considerarla inadmisibles e innecesaria. En 1878 Broomal, fue el primero en proponer la episiotomía en forma rutinaria, pero sólo hasta 1920, Pomeroy la protocoliza como rutinaria; Muchos autores entran en su favor, sin embargo son más quienes no lo aceptan por estar relacionado ampliamente a la mayor incidencia de complicaciones puerperales, los cuales alteran la salud física y psicológica de la paciente.

El parto humano es un proceso fisiológico, normal y maravilloso, que con el transcurrir del tiempo y los avances de la ciencia y la investigación, este proceso se ve alterado ya sea por la manipulación de instrumentos para su desarrollo o la aplicación de métodos para “facilitar” su progresión. La episiotomía es una de las operaciones más comunes en obstetricia, sus bases científicas hasta la actualidad no han llegado a convencer totalmente a los profesionales que en la necesidad de cumplir con la labor asistencial la realizan. En la actualidad se han adoptado medidas para la aplicación de este procedimiento las cuales favorecen a la parturienta sin embargo se han observado estudios donde la episiotomía de rutina se ha extendido a nivel global y se realiza sin indicaciones absolutas, más aun en primíparas atribuyendo prevención de laceraciones de periné anterior.

El presente trabajo de investigación se enfocara básicamente en determinar lo factores asociados y su relación con la indicación de episiotomía en primíparas, puesto que este procedimientos muchas veces es innecesario aún se sigue efectuando de forma indistinta o rutinaria sin precisamente existir indicaciones absolutas para su ejecución en gran parte de los casos ,esto en consecuencia afecta de forma directa la integridad física y psicológica de la parturienta ,que en la mayoría de veces desconoce el procedimiento que en ella se realiza. En nuestra experiencia como internos pudimos observar que las mujeres que dieron parto vaginal por primera vez, eran sometidas en su gran mayoría a episiotomía con el fin de prevenir laceraciones del periné y considerando solo algunos de estos criterios clínicos como: factores obstétricos (edad gestacional y altura uterina) factores maternos (talla, edad, peso, etc.) factores fetales y neonatales (ponderado fetal, peso del recién nacido y perímetro cefálico) factores intraparto (periodo expulsivo prolongado).

Los fines académicos son otro de los aspectos elementales por el cual se continúa realizando la episiotomía en primíparas, fundamentándose de la continuidad de la praxis entre los profesionales de obstetricia. Son por tales motivos que nuestra preocupación acerca de este tema nos lleva a realizar esta investigación en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, con la finalidad de identificar y determinar los factores asociados que consideramos nosotros son de inmensa relevancia en el momento de realizar una episiotomía, y que su procedimiento se ejecute cuando exista criterio clínico y el caso lo amerite, es decir cuando exista factores graves para su indicación y no de forma sistemática o de rutina por el simple hecho de ser una paciente primípara o por cumplir estrictamente con las guías y protocolos de salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A lo largo de la historia de la medicina y la obstetricia la episiotomía ha sido un procedimiento invasivo y desfavorable si se usa de manera sistemática o convirtiéndola en rutinaria, desde el punto de vista social este tema es de vital importancia especialmente en las mujeres que están en el proceso reproductivo ya que el parto es inherente a la biología humana, sin embargo en la mayoría de casos el parto está sujeto a la manipulación y uso de técnicas e instrumentos que alteran su proceso con el fin de mejorarla.

A nivel internacional este tema ha sido de gran importancia en algunos países hispanos como España y Ecuador donde se han llevado a cabo estudios para observar su prevalencia, incidencia y complicaciones los cuales concluyen que se debería adoptar una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos para favorecer el parto humanizado.

En el Perú son contados los estudios realizados que se realizaron sobre episiotomías y sus factores, por ejemplo Calderón J, Alzamora L. y su investigación “Criterios profesionales para la realización de la episiotomía” en 1997, Trujillo, Pujay Escobal, A, y su investigación: 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” en Tingo María en el 2016, Casanova Chang ML, Luna Zafra TJ. Y su “Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-agosto 2001”, Lima, Rodríguez Congora E, Sánchez Inga M, y su estudio: Complicaciones del uso rutinario

de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II- 2 Minsa en Tarapoto en el 2010, donde concluyen que se debería disminuir la incidencia de episiotomía sistemática.

A nivel regional no se encontraron estudios relacionados con la episiotomía lo cual nos brinda un amplio e inexplorado ámbito de investigación.

Ahora bien, de acuerdo a nuestras observaciones en el campo clínico como practicantes, es preciso mencionar que en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, donde realizamos el internado clínico se observó que gran porcentaje de mujeres primíparas eran atendidas y sometidas a episiotomía para “ayudar” en el momento del parto, y vimos por consiguiente que este es un problema que merece mayor atención ya que de una forma u otra la episiotomía protocolizada y sistemática vulnera la integridad física y psicológica de las primípara.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales, neonatales y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017?

-
2. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017?
 3. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores intraparto y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017?
 4. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores fetales, neonatales y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales, neonatales y la indicación de episiotomías, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar la relación que existe entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
2. Determinar la relación que existe entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas

en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

3. Determinar la relación que existe entre los factores intraparto y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
4. Determinar la relación que existe entre los factores fetales, neonatales y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. Relevancia social

Este estudio se realiza por que estamos seguros que nuestra investigación tendrá gran impacto social, en primer lugar porque es un estudio que se desarrolla principalmente personas, el cual involucra específicamente mujeres en edad reproductiva del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, que dan parto por primera vez y que cualquier acto o procedimiento que se realice en ellas tendrá gran significativo, sea positivo o negativo y resaltar que muchas de estas pacientes están en completo desacuerdo con la episiotomía ya que este procedimiento es invasivo y muchas veces se les realiza sin su consentimiento y por ser las madres de incomparable importancia para la familia y la sociedad, este estudio será de gran beneficio para aquellas mujeres gestantes y que darán parto por vez primera ya a partir de las recomendaciones de la investigación se espera que el personal médico y obstétrico encargado de realizar la atención del parto y por consiguiente la episiotomía, evalúe criterios muy

importantes para realizar tal procedimiento en lugar de hacerlo de manera sistemática o rutinaria.

1.4.2. Implicancias Prácticas

La episiotomía como procedimiento quirúrgico en obstetricia ha tenido muchas críticas al respecto y su uso sistemático y rutinario es un problema real, tangible y preocupante porque involucra de manera directa el bienestar físico y psicológico de mujeres primíparas especialmente en el puerperio; Sin embargo el personal de salud no es ajeno a este problema, es por eso que nuestro estudio se realiza con la finalidad de demostrar que en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja no se están considerando criterios necesarios para realizar la episiotomía, además ayudara a tomar conciencia sobre este procedimiento y que esperamos a partir de esta investigación mejore la atención a las parturientas.

1.4.3. Valor Teórico

Con nuestra investigación, definitivamente se ampliaran los conocimientos y se llenaran algunos espacios vacíos espacialmente en lo que refiere a estudios realizados, pues a nivel local y regional no se encontraron suficientes bases teóricas o antecedentes que respalden o apoyen nuestra investigación.

Los resultados de nuestra investigación se podrán generalizar a principios generales, siempre y cuando el contexto poblacional y el sistema de salud no difieran de la investigación original.

La información obtenida de nuestra investigación servirá para apoyar otras teorías que se oponen al uso rutinario y sistemático de la episiotomía.

Se podrá conocer el comportamiento entre cada uno de los factores asociados y la indicación de episiotomía o de la influencia que tengan entre ellas para tal procedimiento.

1.4.4. Utilidad Metodológica

Con la metodología empleada en nuestro estudio, el cual destaca las ventajas del enfoque cuantitativo, nuestra investigación servirá para que estudios posteriores hagan uso de las características, procesos y bondades que este enfoque usa, como la medición de fenómenos, uso de estadísticas, análisis de causa-efecto, además respeta el orden, es secuencial, deductivo, probatorio, y analiza la realidad objetiva, en consecuencia se podrán realizar una generalización de resultados, para la obtención de mejores resultados.

El instrumento de recolección de datos desarrollado y utilizado en nuestro estudio servirá para crear nuevos instrumentos que favorezcan otros trabajos de investigación especialmente en problemas relacionados a la salud.

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Errores en el libro de partos del hospital.

Se encontró errores y omisiones en el relleno de los datos de las pacientes en el libro de atención de partos del hospital el cual dificulta la recolección de datos de algunas pacientes.

Falta de documentación específica en las historias clínicas.

Se observó que en las historias clínicas materno perinatales no se documentaban los procedimientos realizados en la paciente de

forma específica, esto para mejor entendimiento y recolección de datos.

Dificultades en la documentación con el hospital.

Las diligencias tanto para la solicitud de llevar a cabo un trabajo de investigación en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja como para el seguimiento y respuesta de parte de la autoridad competente fue complicado por las demoras en la aceptación.

Del mismo modo los requisitos, trámites y aplazamientos para la recolección de datos de las historias clínicas de las pacientes, con el área de capacitación y estadística del Hospital fueron otros de los inconvenientes para desarrollar de la investigación con mayor anticipación y tiempo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Gualán Cartucho. C y Guanoluisa Cordero, O; en su estudio “Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca-Ecuador en el 2014”, tuvieron como objetivo de determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, obteniéndose los resultados: La prevalencia encontrada de episiotomía fue del 35,5%. La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística; de igual manera el Peso del Recién Nacido mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; sin

embargo no se encontró significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía¹.

Molina C, Huete MD, Pérez JCS, Ortiz MD, Barragán IJ, Ruiz MAA.; en su investigación: Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza en España en el 2011, realizaron un estudio analítico retrospectivo de los partos asistidos donde muestran que las tasas de episiotomía han descendido del 69% (89% de nulíparas y 51.75% de múltiparas) al 20% (35.7% de nulíparas y 8.43% de múltiparas). Los test de asociación muestran que la realización de episiotomía se relaciona con nuliparidad y edad materna avanzada. Y se concluye que la implantación de una política selectiva de episiotomía favorece el parto humanizado, sin empeorar los resultados materno-fetales².

Juste A, Luque R, Sabater B, Sanz E, Viñerta E, Cruz E. en su investigación “Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas”. Realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde abril de 2004 a diciembre de 2005, realizaron un estudio prospectivo experimental con el Objetivo de Identificar las ventajas y desventajas en un grupo de mujeres a las que se ha practicado la episiotomía según un protocolo selectivo, con respecto a las que se les ha practicado episiotomía según un protocolo rutinario en los periodos de dilatación, parto, puerperio y a los tres meses del parto en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Resultados: Se han estudiado 402 mujeres, 202 del grupo control y 200 del grupo experimental. Se realizaron un 83,7% de episiotomías en el

grupo rutinario y un 59,0% en el grupo experimental. La duración de los periodos de dilatación y expulsivo fue similar en ambos grupos. Conclusiones: La práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, en mujeres nulíparas a término, es segura³.

Rodríguez R.M en su estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural en Madrid - España en el 2010, realiza un estudio experimental tipo ensayo clínico con dos grupos, el de control formado por gestantes a las cuales se les realiza la episiotomía en el IV plano de Hodge y el grupo de intervención formado por gestantes a las cuales se les deja empujar en IV plano (conducta expectante) hasta deflexión de la cabeza fetal, el cual concluye que una conducta expectante puede evitar la episiotomía en gran parte de las nulíparas⁴.

Pérez Valero S. realiza un estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2011 el cual es “Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario La Ribera” en Valencia España, donde recoge la información de las variables episiotomía, desgarros perineales, paridad y técnica empleada, proporcionada por el propio hospital, obteniéndose como resultado: El porcentaje de episiotomías en partos vaginales eutócicos realizadas en este Hospital fue del 33.5%. Y se llega a la conclusión de que: El Hospital Universitario de la Ribera sigue una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos, favoreciendo el parto humanizado⁵.

Calapaqui Gutiérrez LN. En su estudio “Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga - Ecuador período abril-mayo 2015, realizaron una investigación para el cual se utilizó una modalidad cuali-cuantitativa, de tipo transversal, descriptivo, retrospectivo. El universo estuvo constituido por 210 pacientes que llegaron al Servicio de Ginecología para finalizar su embarazo por parto normal durante el periodo abril – mayo 2015, el propósito de este estudio fue determinar cuáles son los factores que conllevan en un elevado índice de episiotomía en pacientes primigestas de este Hospital por lo cual la muestra se constituyó por 137 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, los datos fueron recogidos mediante observación directa, utilizando tablas, barras y pasteles se graficó para la interpretación de los mismos. Resultados: La incidencia de episiotomía en pacientes primigestas fue de 62%, siendo este porcentaje alto en relación al que establece la OMS que es menor a 30%. Las variables que influyen para realizar episiotomía en pacientes primigestas fueron; talla materna, edad gestacional al nacimiento, perímetro cefálico del recién nacido, demostrando así una significancia estadística. La edad materna comprendida entre 16 - 20 años representa un 28% de un total de 62% de pacientes que se les realizó episiotomía⁶.

Rodríguez B, Carmen M, Camacho LA. En su estudio “Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina” en el 2014, España, realizaron la búsqueda en Pubmed, Cochrane, Biomed y SciELO. El intervalo de tiempo de búsqueda fue del año 1998 hasta 2014. Los términos de búsqueda fueron: "Episiotomía"; "ventajas de

episiotomía"; "complicaciones de episiotomía"; "desgarro perineal". Conclusiones: Aun después de diversos estudios, con diferentes metodologías, no se ha logrado descartar totalmente el uso de esta técnica. Actualmente el porcentaje de mujeres a las que se les realiza la episiotomía va disminuyendo con la tendencia del parto humanizado. Ya no es necesario realizar el corte a todas las mujeres. Este procedimiento debería ser considerado críticamente selectivo. Lo que queda por investigar son las verdaderas indicaciones para realizarla, puesto que variables como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no están ligadas a la no realización del corte⁷.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Calderón J, Alzamora L. En su investigación "Criterios profesionales para la realización de la episiotomía" en 1997, Trujillo, realizó un estudio descriptivo en 50 profesionales prestadores de salud obstétrica, con el fin de identificar los criterios clínicos por los cuales realizan la episiotomía. Los profesionales le atribuyen a este procedimiento beneficios como: La mejora de la sexualidad, evitar prolapsos, mejorar los tejidos, etc. En cuanto a las desventajas, los factores citados, si tienen relación con la literatura. Los criterios expuestos por dicho grupo no justifican la realización de la episiotomía, ya que no concuerdan con los estudios hasta hoy publicados, aunque sí coinciden con los textos clásicos de obstetricia. La episiotomía es considerada por los profesionales de la salud obstétrica como un procedimiento indispensable. Dicho procedimiento es aplicado en todos los centros de atención obstétrica donde se atienden partos (En la ciudad de Trujillo)

llegándose a generalizar al 91,98% de los partos vaginales en mujeres primíparas y solo 8,2% se atienden en forma natural⁸.

Pujay Escobal, A, en su investigación : 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” en Tingo María en el 2016, realizó un estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, analítico de corte transversal con el objetivo de determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas de este Hospital, la muestra estuvo conformada por 16 gestantes que presentaron complicaciones. Resultados: Existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un (62,59%), estado civil, conviviente con un (68,75%), grado de instrucción secundaria con un (56%), y procedencia rural con un (56,25%), los que mostraron estar relacionados muy significativamente a complicaciones del uso sistemático de la episiotomía en la población en estudio. En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%), el (93,75%) de los partos tuvieron atención pre natal, el peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos. La incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas fue del 94,5%, cifra muy elevada en relación a otros países y estudios⁹.

Casanova Chang ML, Luna Zafra TJ. “Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes

nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-agosto 2001”, Lima, realizaron un estudio tipo analítico, prospectivo, de corte transversal con una población que la constituyen 1341 mujeres gestantes a término, se toma una muestra representativa, es aleatoria y está formada por 494 gestantes a término, separadas en tres grupos, el primer grupo formado por pacientes con episiotomía con indicación, el segundo por pacientes con episiotomía sistemática y el tercero por pacientes sin episiotomía. Resultados: El tiempo del expulsivo entre los grupos de episiotomía sistemática y no episiotomía tuvieron diferencia significativa. Sin embargo, el tiempo para ambos grupos tuvo una duración menor a 30 minutos. En el grupo de episiotomía con indicación el tiempo de expulsivo fue mayor a 30 minutos. Entre las complicaciones, los desgarros de I^o y II^o se produjeron con mayor frecuencia en el grupo de no episiotomía y el resto de complicaciones mayores (dehiscencias, hematomas e infección), en el grupo de pacientes con episiotomía sistemática e indicada. Conclusiones: Al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones post parto, pero de menor severidad, que cuando ésta se realiza de manera sistemática. La aplicación sistemática de la episiotomía se asocia a complicaciones post parto severas como son los hematomas, las infecciones, los edemas, los desgarros perineales, las dehiscencias parciales y totales de episiorrafia. Cuando no se realiza episiotomía es mayor el número de laceraciones y desgarros de I^o y II^o. La dehiscencia de episiorrafia es la principal complicación que se presenta como resultado de la aplicación de la episiotomía sistemática. El tiempo de expulsivo aumenta discretamente cuando no se realiza la episiotomía¹⁰.

Rodríguez Congora E, Sánchez Inga M, en su estudio: Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II- 2 Minsa en Tarapoto en el 2010, Realizaron una investigación Cuantitativo, Explicativo, retro-prospectiva, de corte transversal, para determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas de parto vaginal. Las complicaciones a corto plazo del uso rutinario de la episiotomía presentado en gestantes nulíparas fueron: dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales y laceración en las no episiotomizadas. Las complicaciones a mediano plazo fue la dehiscencia. La dimensión uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas¹¹.

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.2.1. Marco Conceptual.

2.2.1.1. Episiotomía.

En un sentido estricto, la episiotomía es una incisión de las partes pudendas. La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común, el termino episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía¹².

Es una operación ampliadora que se realiza durante la expulsión del feto, mediante la sección quirúrgica de la región vulvar, tercio inferior de la vagina y tejidos perineales¹³.

Consiste en la ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando del parto¹⁴.

Es el agrandamiento de la abertura vulvar durante el parto; esta puede ser media o medio lateral¹⁵.

Consiste en la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto, con la finalidad de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvovaginoperineales¹⁶.

También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto. Es un gesto quirúrgico simple, pero no por ello es un acto menor¹⁷.

Consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media¹⁸.

2.2.1.2. Historia de la episiotomía.

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo; se efectúa hasta en el 60% de todos los partos vaginales y hasta en el 90% de partos de pacientes primíparas⁷.

La episiotomía es una palabra derivada de los términos griegos “epision” que significa región púbica y “tomé” que significa corte. Por lo tanto consiste en la incisión del orificio externo de la vulva con el objetivo de facilitar la expulsión fetal. Su uso fue propuesto por 1ª vez en 1742 por una matrona irlandesa F. Ould, quien en su tratado sobre partería (Teatrise of midwifery in three parts), recomendó una incisión desde la vagina hacia el ano en partos extremadamente complicados⁴.

El profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad medio lateral de episiotomía en Francia después del año 1847⁹.

Es el doctor Carl Braun quien acuñó el término episiotomía además de considerarla inadmisibile e innecesaria⁵.

En 1878 Broomal, fue el primero en proponer la episiotomía en forma rutinaria, pero sólo hasta 1920, Pomeroy la protocoliza como rutinaria¹⁹.

2.2.1.3. Anatomía del piso pélvico.

“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, etc²⁰.

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 haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo. El haz puborrectal es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U”. El haz pubococcígeo se origina lateral al origen

del haz puborrectal, en la sínfisis del pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) y hacia posterior se inserta en el ligamento anococcígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. La disposición de las fibras adopta una dirección hacia inferior y medial en dirección al conducto anal, formando un “embudo” con forma de V o de “alas de paloma” al observar cortes coronales a esta altura. El control de este músculo está dado por inervación proveniente del nervio para el músculo del elevador del ano proveniente del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior²⁰.

2.2.1.4. Periné.

El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopubianas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacro ciático mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal²⁰.

Una línea arbitraria que une las tuberosidades isquiáticas divide el perineo en un triángulo anterior, también llamado triángulo urogenital, y uno posterior, denominado triángulo anal¹².

1. El periné anterior está formado por tres planos musculo aponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial¹⁴.

-
- A) Plano superficial constituido por tres pares de músculos: bulbocavernoso, isquiocavernoso y transverso superficial del perineo¹².
- B) Plano medio constituido por el musculo transverso profundo¹³.
- C) Plano profundo conformado por el musculo elevador del ano y el musculo coccígeo que forman el diafragma pelviano¹³.
2. Los músculos que conforman el perineo en el área anterior son: el isquiocavernoso, bulbocavernoso y transverso superficial del periné, que son pares, éstos a cada lado forman un triángulo cuya hipotenusa es el isquiocavernoso, los otros dos se unen en el tendón central formando un ángulo recto¹⁶.
3. El triángulo posterior contiene la fosa isquiorrectal, el conducto anal, el complejo del esfínter anal, ramas de los vasos pudendos internos y el nervio pudendo interno.
- El triángulo anal contiene el conducto anal y sus esfínteres, el cuerpo ano coccígeo y las fosas isquiorrectales, que contienen una gran cantidad de tejido adiposo, los vasos y nervios hemorroidales inferiores y los vasos y nervios pudendos internos¹².

2.2.1.4.1. Músculos del periné.

A. 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 clítoris¹.

B. 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 clítoris¹⁶.

C. Transverso perineal superficial

Se inicia en el borde inferior de la tuberosidad isquiática dirigiéndose horizontalmente “en busca de la otra”, insertándose en el tendón central¹⁶.

D. 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 defecación¹².

E. 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 isquiocavernosos¹³.

F. Diafragma pélvico: 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 principal¹⁹.

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 cóccix²⁰.

2.2.1.4.2. 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 desgarran¹².

2.2.1.5. Clasificación.

2.2.1.5.1. Profiláctica

Esta episiotomía se realiza con el fin de prevenir un desgarro perineal.

2.2.1.5.2. Complementaria

Complementa otro procedimiento obstétrico como aplicación de Fórceps o Vaccum.

2.2.1.5.3. Iterativa

Cuando se incide un anillo vulvoperineal previamente incidido.

Además a pesar de que los textos estandarizados de obstetricia, por regla general, describan 3 tipos principales de episiotomía, en la literatura se describen hasta 7 tipos de

episiotomías realizadas. Todas ellas difieren en la trayectoria y angulación de su incisión.

2.2.1.5.4. Episiotomía mediana, medial o de la línea media.

Inicia en la horquilla vulvar posterior y corta el rafe medio en dirección medial, extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo¹⁶.

2.2.1.5.5. Episiotomía mediana modificada.

La modificación de la episiotomía mediana se lleva a cabo mediante la adición de dos incisiones transversales en direcciones opuestas justo por encima de la ubicación esperada del esfínter anal. La incisión transversal se realiza en cada lado, perpendicular a la línea media, de modo que mida 2,5 cm en total²¹.

2.2.1.5.6. Episiotomía en forma de “J”.

Comienza con una incisión realizada con tijeras curvadas en la línea media de la vagina, y se curva lateralmente para esquivar el ano, hasta que la incisión se encuentra a 2,5 cm del ano. Entonces la “J” se realiza por la dirección de la incisión hacia la tuberosidad isquiática lejos del esfínter anal²².

2.2.1.5.7. Episiotomía mediolateral.

La episiotomía media lateral, que puede ser derecha o izquierda dependiendo del operador, se realiza con un ángulo aproximadamente de 60 grados²².

Parte desde la horquilla vulvar dirigiéndose en forma oblicua hacia el isquion, en una longitud de 4 a 5 cm. Puede ser derecha o izquierda. Secciona algunos ases del musculo elevador del ano¹⁵.

Se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (derecha) en ángulo de 45° en relación con el rafe medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutaneo del ano¹⁶.

2.2.1.5.8. Episiotomía lateral.

Es una variante de la anterior, cuando el ángulo de corte se abre hacia la nalga más de 45°. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Protege el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión, pero no se suele practicar ya que afecta a casi todos los músculos de la zona y provoca una pérdida de sangre más abundante que la producida con el corte central⁹.

2.2.1.5.9. Episiotomía lateral radical (incisión de Schuchardt).

Se trata de una episiotomía completamente extendida, que llega profundamente al surco vaginal y se curva hacia abajo y hacia el lateral alrededor del recto²¹.

2.2.1.5.10. Episiotomía anterior.

Comienza en el introito vaginal, 1 o 2 cm laterales de la línea media y se dirige hacia abajo, hacia la tuberosidad isquiática. Pese a que rara vez se menciona en la literatura y sea menos frecuente, es la elección en muchos casos²¹.

2.2.1.6. Factor asociado.

Un factor asociado o de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión²³.

2.2.1.7. Factores para su indicación.

En una encuesta realizada por la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, se ha podido comprobar que durante el año 2006, la tasa de episiotomías en los partos eutócicos fue del 54,08% y en los partos instrumentales del 92,62%²⁴.

En Brasil llama la atención la tasa de 94.2% de episiotomías (el corte abajo) en las mujeres que tienen un parto vaginal, afectando a un 70% de las mujeres pobres que usan más el sector público²⁵.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (2006) concluyó que el uso restringido de la episiotomía era preferible que el sistemático. Los autores sostienen que el procedimiento debe aplicarse de manera selectiva bajo indicaciones apropiadas¹².

2.2.1.8. Factores maternos

2.2.1.8.1. Edad.

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales²⁶.

La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística⁸.

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 ²⁷.

2.2.1.8.2. Peso

Medida de un cuerpo calculado como la cantidad de masa que contiene y se puede expresar en gramos o kilogramos²⁸.

La Medicina toma el peso corporal del individuo como referencia del desarrollo y estado de salud del organismo humano. Del mismo modo, el peso es una medida de referencia en procesos de desnutrición, así como el aumento de peso puede constituir un síntoma de enfermedades que causan obesidad²⁸.

En el estudio en pacientes nulíparas encontraron que al comparar la episiotomía selectiva con la rutinaria en 100 pacientes (50 cada grupo) que ambos grupos fueron comparables en relación a las variables

maternas que afectan el pronóstico como edad, peso y antecedente de ejercicios prenatales¹.

2.2.1.8.3. Talla

La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales²⁹.

Sobre la talla materna y su implicancia para cesárea concluye que la talla materna menor de 146 cm está asociada a mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulíparas como en multíparas, lo cual podría verse relacionado a riesgo de desgarros perineales; no se han realizado estudios que relacionen la talla materna y la realización de episiotomía; sin embargo en nuestro estudio encontramos que la baja talla materna no presenta significancia estadística por lo cual no sería considerado como un factor de riesgo para el uso de episiotomía¹.

De 137 pacientes primigestas, 85 de ellas correspondiente al 62% que se les realizó episiotomía, el 36% corresponde a una talla materna baja, seguida de un 22% correspondiente a talla normal, y en menor porcentaje a talla materna alta con un 4%, que nos indica que la talla materna tiene significancia estadística al realizar episiotomía⁶.

2.2.1.8.4. Grado de instrucción

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en

cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos³⁰.

En las gestantes nulíparas atendidas con episiotomía, el promedio de edad fue de 20.74 años; el 81.2 % tienen una unión estable con su pareja y el nivel de grado de instrucción de primaria predominó en un 58,12%⁹.

2.2.1.9. Factores obstétricos

2.2.1.9.1. Edad gestacional

La edad gestacional o menstrual corresponde al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, momento que en realidad precede a la concepción¹².

En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%)⁹.

Con respecto a la edad gestacional del recién nacido en el momento de nacimiento, no se encontró relación estadísticamente significativa con la realización de la episiotomía²⁷.

2.2.1.9.2. Altura uterina

La técnica de McDonald se realiza con un centímetro, y se mide la altura del útero desde la porción superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino¹³.

En el estudio en pacientes nulíparas encontraron que al comparar la episiotomía selectiva con la rutinaria en

100 pacientes (50 cada grupo) que ambos grupos fueron comparables en relación a las variables maternas que afectan el pronóstico como edad, peso y antecedente de ejercicios prenatales. Igualmente no hubo diferencias estadísticamente significativas con relación a la altura uterina¹.

2.2.1.9.3. Posición fetal

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto¹².

Es la relación que guarda entre sí el dorso del feto con la pelvis materna. Existen cuatro variedades: derecha, izquierda, anterior y posterior¹⁴.

2.2.1.9.4. Primiparidad

Condición en el cual la mujer tiene parto por vez primera, y nos referimos a la paridad de las gestantes como antecedente obstétrico.

El principal factor determinante para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo es la nuliparidad¹.

2.2.1.10. Factores Intraparto

2.2.1.10.1. Duración del periodo expulsivo.

Periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior; es la fase más espectacular y en la que el descenso de la cabeza fetal

es más acelerada y llamativa, aunque ésta se inicia en la fase de dilatación.

El tiempo de expulsivo aumenta discretamente cuando no se realiza la episiotomía⁹.

La duración clínica aproximada de ese periodo es de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en multíparas. Este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, se consideran normales los tiempos de 2 horas de expulsivo en primigestas y de 1 hora en multíparas²⁰.

Se comienza cuando completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto; su duración promedio se aproxima a 50 minutos en nulíparas y alrededor de 20 minutos en multíparas¹².

De 137 pacientes primigestas , 85 pacientes que se les aplicó episiotomía, 71 de ellas correspondientes al 53 % presentaron un expulsivo prolongado menor a 15 minutos y el 14 de ellas correspondiente al 11% presentaron un expulsivo mayor a 16 minutos; No es estadísticamente significativo el periodo expulsivo prolongado para realizarse episiotomía en primigestas; al igual que un estudio de Bustamante y compañía 2007 señala que el tiempo de expulsivo prolongado en primíparas y en multíparas no es significativo para realizar episiotomía⁶.

Es preciso recordar que en casos de primiparidad, expulsivo prolongado, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas

circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados³¹.

2.2.1.10.2. Tipo de Líquido amniótico

Se intenta evitar la episiotomía y sólo se lleva a cabo por indicaciones fetales (bradicardia fetal, taquicardia, o líquido teñido de meconio) ³¹.

2.2.1.11. Factores fetales y neonatales.

2.2.1.11.1. Ponderado fetal

Es el peso fetal estimado clínicamente mediante observación y palpación¹⁰.

El peso fetal no es necesariamente un factor que predispone la ocurrencia de desgarros o laceraciones¹⁰. Hueston 1996 analizó 6500 partos en cinco centros norteamericanos y comprobó que tenían más probabilidades de recibir episiotomía las siguientes mujeres: nulíparas, partos instrumentales, fetos macrosómicos, analgesia epidural, que la paciente disponga de un seguro médico privado y parto atendido por un médico⁴.

2.2.1.11.2. Peso del recién nacido

Es una medida somatométrica que clasifica al recién nacido como: de bajo peso (menos de 2500 gr.), de peso muy bajo peso (menos de 1500 gr.), de extremadamente muy bajo peso (menos de 1000 gr.) y peso adecuado (mayor de 2500 gr.)¹⁰.

El peso fetal como principal factor que influye en la realización de una episiotomía. De hecho, se observa que el peso medio de los recién nacidos de las gestantes con episiotomía fue superior en 122,7 gr. a las gestantes que no tuvieron episiotomía (3.584,7 gr. y 3.462 gr. respectivamente) siendo estadísticamente significativo el aumento del peso fetal con la realización de episiotomía²⁷.

2.2.1.11.3. Talla del recién nacido

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso se ha visto influenciado además por la edad materna y con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía¹.

2.2.1.11.4. Perímetro cefálico del recién nacido

Es la medida del cráneo tomada teniendo como puntos de referencia la protuberancia externa del occipital y las dos protuberancias anteriores del frontal. Su valor promedio oscila entre 33 y 35 cm¹⁰.

El perímetro cefálico mayor a 33,1 centímetros, aumenta la probabilidad de realizar episiotomía¹.

2.2.1.11.5. Sufrimiento fetal agudo.

Perturbación metabólica por disminución de los intercambios feto materna, de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y puede provocar

modificaciones tisulares irreparables o la muerte del feto.

La forma crónica se caracteriza por la disminución del crecimiento del feto debido al aporte insuficiente, en forma prolongada, de los elementos necesarios para su desarrollo.

La forma aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. En la mayoría de los casos es la consecuencia de una distocia de la contractibilidad uterina. Se cree que se produce por una disminución en el aporte de oxígeno al feto (hipoxia) asociada a la retención de anhídrido carbónico en el mismo¹⁸.

En estos casos la indicación de episiotomía es de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto¹⁷.

2.2.1.12. Contraindicaciones.

- ✓ La episiotomía en la atención del parto es una intervención muy frecuente. Algunos estudios sugieren que la episiotomía aumenta la probabilidad de desarrollar disfunciones del piso pélvico; sin embargo, una revisión sistemática concluye que el efecto de la episiotomía en el desarrollo de las disfunciones del piso pélvico permanece desconocido²².
- ✓ La episiotomía es un procedimiento que genera controversias aun en la actualidad por lo que requiere revisión de las bases científicas que las sustentan, debido

a que no hay consenso sobre el tema entre los profesionales ginecólogos³².

- ✓ Incide lazadas musculares, mayor pérdida hemática, cierre con mayor dificultad, peor resultado anatómico-estético, cicatrización más difícil y defectuosa, dolor puerperal y dispareunia³³.
- ✓ Kudish et al. (2006) recomendaron no utilizar la episiotomía media durante el parto vaginal instrumentado debido al incremento de la incidencia de desgarros del esfínter anal¹².
- ✓ Evitarse la realización de pruebas de bienestar fetal invasivas, la instrumentación del parto y la episiotomía, para disminuir al máximo las posibilidades de lesión del feto y por consiguiente, de infección¹⁴.
- ✓ Si bien existen mujeres que se pueden beneficiar con la realización de una episiotomía, existen otras en las que se incrementa el riesgo de complicaciones, por lo que no se recomienda que sea un procedimiento rutinario³⁴.
- ✓ La aplicación sistemática de la episiotomía se asocia a complicaciones post parto severas como son las dehiscencias parciales, los desgarros perineales, los hematomas, las infecciones, los edemas y las dehiscencias totales de episiorrafia¹⁰.
- ✓ Carroli y Mignini (2009) revisaron el registro de estudio clínicos del Cochrane Pregnancy and Childbirth Group y encontraron tasas más bajas de traumatismo perineal posterior, reparación quirúrgica y complicaciones de la cicatrización en el grupo con uso restringido. De manera alternativa, la incidencia de traumatismo del perineo

anterior fue menor en el grupo con aplicación sistemática. Con estos hallazgos se comprendió que la episiotomía no protegía al cuerpo perineal y contribuía a la incontinencia del esfínter anal al elevar el riesgo de desgarro de tercer y cuarto grados¹².

- ✓ Signorello et al. (2000) notificaron un incremento de cuatro a seis veces de la incontinencia fecal y de gases intestinales en mujeres con episiotomía, en comparación con un grupo en el que el parto había ocurrido con el perineo intacto. Incluso al compararse con los desgarros espontáneos, la episiotomía triplicó el riesgo de incontinencia fecal y duplicó el que se relacionaba con gases intestinales.
- ✓ La episiotomía realizada para el primer nacimiento incrementaba cinco veces el riesgo de desgarro de segundo grado durante el segundo parto¹².
- ✓ Prolongación de episiotomía. El sangrado suele ser de escasa cuantía, pero constante, de sangre roja y puede comenzar después de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta, o bien tras el alumbramiento, de manera que el útero está contraído pero persiste el sangrado¹⁴.
- ✓ Infección puerperal. La herida placentaria, las heridas del canal blando incluidos episiotomía y posibles desgarros perineales junto con la hemorragia contribuyen a la contaminación bacteriana¹⁴.
- ✓ Vulvitis. A consecuencia de los traumatismos de la región: desgarros, episiotomía. Lo más frecuente es la infección de la episiotomía dado lo profuso de su utilización¹⁴.

-
- ✓ A la palpación, tanto externa como vaginal, de una episiotomía infectada, se aprecia induración y finalmente, fluctuación. Un caso particular lo constituye la “Fascitis necrotizante”, con edema que progresa con rapidez y se acompaña de necrosis y gangrena de piel y aponeurosis adyacente, y que precisa drenaje quirúrgico extenso¹⁴.
 - ✓ Aumenta el riesgo de dehiscencia si se produce una infección de la herida quirúrgica¹⁴.
 - ✓ Su complicación más frecuente es la infección y la dehiscencia que obliga a la resutura o a esperar la cicatrización por segunda intención¹⁵.
 - ✓ Los resultados de diversos estudios sugieren que la realización sistemática de la episiotomía no aporta beneficios y que, incluso, puede aumentar el riesgo de desgarros de tercero y cuarto grados¹¹.
 - ✓ La dimensión uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas¹¹.

2.2.1.13. Ventajas.

- ✓ La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo³¹.
- ✓ Una política de episiotomía selectiva es segura y reporta más beneficios que perjuicios. No obstante, el cambio de

una práctica sistemática a otra selectiva se produce con lentitud, ya que requiere un re-aprender de los profesionales³⁶.

- ✓ La episiotomía siempre es más ventajoso que un desgarro perineal, pero actualmente se preconiza no abusar de este proceder de no ser necesario¹³.
- ✓ La episiotomía presenta más ventajas que los desgarros, ya que en éstos últimos, la extensión no puede precisarse y la sutura es más difícil, con peor resultado. No es infrecuente la coincidencia de episiotomía y desgarros de III y IV grado¹⁴.
- ✓ La episiotomía cicatriza en una semana¹⁴.
- ✓ La perineotomía media secciona el rafe perineal desde la horquilla vulvar hasta 2 o 3 cm sobre el ano. Es una incisión fácil de realizar que sangra escasamente y que tiene gran ventaja de producir poco dolor en el puerperio¹⁵.

2.2.1.14. Desventajas.

- ✓ La episiotomía lateral no presenta ventajas. Los inconvenientes son: no brinda ampliación suficiente, puede lesionar la glándula de Bartholino, deja cicatrices viciosas²⁸.
- ✓ Este uso sistemático de la episiotomía, aparte de ocasionar un gasto sanitario importante, afecta la salud de la mujer, tanto física con psíquicamente³⁷.
- ✓ Hoy se sabe que una episiotomía eleva el riesgo de desgarro hacia el esfínter anal externo, el recto o ambos¹².
- ✓ La desventaja principal es la persistencia de la pérdida hemática hasta que se termina la reparación¹².

2.2.1.15. Momento de la episiotomía.

1. Si se efectúa en un momento innecesariamente temprano, la hemorragia puede ser considerable entre la incisión y el nacimiento. Si se realiza muy tarde, no se evitan las laceraciones. De manera característica, la episiotomía se lleva a cabo cuando es visible un diámetro de 3 a 4 cm de la cabeza durante una contracción¹².
2. La episiotomía se realiza en el acmé de la contracción, cuando la presentación está coronando¹⁴.
3. Es de importancia práctica el momento en que se efectúa la perineotomía, ya que si se realiza muy precozmente determina importante pérdida de sangre, y si se realiza muy tardíamente ya se puede haber producido desgarro de la mucosa vaginal o dislaceración de los músculos perineales¹⁵.

2.2.1.15.1. Técnica.

1. Antisepsia de la región: con agua y jabón y después una solución antiséptica¹³.
2. Se infiltra con lidocaína al 1 o 2% el trayecto de los tejidos a incidir, tanto en el plano superficial como profundo¹⁸.
3. Durante el período expulsivo, se realiza el corte con tijera o bisturí, desde adentro hacia fuera y de arriba hacia abajo, atravesando la mucosa vaginal, la piel y los músculos de la región perineal².

Sección con la tijera botonada: se introduce una de sus ramas en la vagina entre los dedos índice y medio de la mano del operador, los cuales le sirven

de guía al corte y de protección al polo fetal para no herirlo. La sección debe ser perpendicular a la superficie de la piel y firme tratando de realizarlo con un solo corte¹³.

2.2.1.15.2. Episiorrafia.

1. Es la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto¹⁶.
2. De manera característica, la reparación de la episiotomía se difiere hasta que la placenta se expulsa. Esta disposición permite no distraer la atención en cuanto a los signos del desprendimiento placentario y alumbramiento. El material de sutura empleado las más de las veces es catgut crómico 2-0. También es común usar suturas de derivados del ácido poliglicólico¹².
3. La episiorrafia se inicia habitualmente suturando la vagina, comenzando 1 cm detrás del ángulo distal con catgut cromado 00 ó 0 con puntos continuos o separados; se sigue la reconstrucción perineal de tejido muscular, conjuntivo y celular subcutáneo, con puntos separados y por último la piel a puntos separados de mayo o con sutura subdérmica, que puede resultar menos dolorosa en el puerperio¹³.

2.3. HIPÓTESIS.

2.3.1. Hipótesis general.

- ✓ **Hi.** Si existe relación entre los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales, neonatales y la indicación de episiotomías, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
- ✓ **H0.** No existe relación entre los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales, neonatales y la indicación de episiotomías, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

2.3.2. Hipótesis específica.

- ✓ **Hi1.** Si existe relación que existe entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
- ✓ **H01.** No existe relación entre los factores maternos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
- ✓ **Hi2.** Si existe relación entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
- ✓ **H02.** No existe relación entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

-
- ✓ **Hi3.** Si existe relación entre los factores intraparto y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
 - ✓ **H03.** No existe relación entre los factores intraparto y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
 - ✓ **Hi4.** Si existe relación entre los factores fetales, neonatales y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
 - ✓ **H04.** No existe relación entre los factores fetales, neonatales y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

2.4. VARIABLES.

2.4.1. Variable Independiente.

Factores asociados e Indicación de episiotomía.

2.4.2. Variable Dependiente.

Pacientes primíparas.

3. METODOLOGÍA.

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Método de enfoque cuantitativo, porque se respeta y mantiene los protocolos y el orden es riguroso, aunque, podemos redefinir alguna fase o proceso para hacer mejor acopio de los datos e información de las historias clínicas materno perinatal (CLAP) y obtener mejores resultados.

3.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Según el nivel de estudio será descriptivo porque nos permitirá exponer los hechos tales cuales suceden o se presentan en la realidad se describirá la variable principal a estudiar.

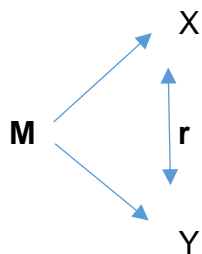
Según el tiempo de proceso será retrospectivo porque el tiempo de información que se registró son hechos ocurridos con anterioridad al diseño de estudio.

Correlacional porque nos permitirá saber si existe o no una relación entre los factores asociados y la indicación de episiotomía.

Según el periodo y secuencia de estudio, el tipo de estudio será transversal por lo que se estudiara la variable en un periodo de tiempo definido.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación es no experimental, transeccional, descriptivo ya que se determinara el valor en que se manifiesta la variable y así proporcionar una visión de mayor amplitud de casos con episiotomía en primíparas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja de octubre del 2016 a marzo del 2017.



Donde:

M = Muestra de la población de primíparas con episiotomía

X = Factores asociados

Y = Indicación de episiotomía

r = Relación que existe

3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población de estudio estuvo conformado por primíparas atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017, en total fueron 233 pacientes entre las cuales se encuentran mujeres que fueron y no fueron sometidas a episiotomía de las cuales 212 mujeres fueron sometidas a episiotomía y 21 mujeres a las que no se les realizo tal procedimiento. Estos datos estadísticos son precisamente con el fin de conocer la prevalencia de casos de pacientes primíparas que fueron atendidas con episiotomía en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017.

3.4.1. Criterios de inclusión.

- ✓ Pacientes primíparas que dieron parto vaginal en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.
- ✓ Pacientes que fueron sometidas a episiotomía.
- ✓ Pacientes de partos pre término, a término y Postérmino.

3.4.2. Criterios de exclusión.

- ✓ Pacientes que no fueron sometidas a episiotomía.
- ✓ Pacientes multíparas.

-
- ✓ Pacientes que no dieron parto institucional.
 - ✓ Pacientes primíparas que dieron parto en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, fuera del periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017.
 - ✓ Pacientes con embarazo múltiple.

3.5. MUESTRA.

Para el presente estudio la muestra está constituida por el total de puérperas primíparas que cumplen con los criterios de inclusión y está representada por 55 primíparas.

3.5.1. Cálculo de la muestra.

En nuestro estudio se utilizó el método probabilístico simple y aleatorio en conjunto ya que la cantidad de pacientes con episiotomía diferían entre uno y otro mes, por consiguiente se usó el método aleatorio estratificado de la siguiente forma:

N = tamaño de población = 212 pacientes que cumplen con el criterio de inclusión y exclusión, de tal manera que la fórmula que nos permite tener el tamaño de la muestra es la siguiente:

Para un nivel de confianza del 95%

$$n = \frac{N Z^2 * pq}{(N-1)*e^2 + (Z^2 * pq)}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra = ¿?
- N = Tamaño de población = 212
- Z = valor tabulado 1.96 , de la distribución al 95% de confianza
- p = probabilidad de ocurrencia de la características observada 0.95

-
- q = probabilidad de no ocurrencia de la característica observada 0.05
 - e = error de muestreo permitido, 0.05.

Reemplazando los valores se obtiene lo siguiente:

$$\frac{212(1.96)^2 * 0.95 * 0.05}{211(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.95 * 0.05}$$

$$n=55$$

Una vez conocida el tamaño de la muestra y puesto que como ya dijimos anteriormente la cantidad de pacientes con episiotomía varía entre un mes y otro, sería injusto escoger pacientes con el método probabilístico aleatorio simple puesto que es posible seleccionar a pacientes que no representen o guarden relación con la cantidad de mujeres con episiotomía, al mes que pertenecen, en consecuencia se procede a utilizar el método probabilístico estratificado, el cual divide o secciona la muestra para que así realmente adquiriera una cantidad confiable de representantes por cada mes como se detalla a continuación:

Población: 212 pacientes.

Muestra: 55 pacientes.

Para hallar la muestra probabilística estratificada se multiplica la cantidad de pacientes con episiotomía de cada mes por una constante “K” que en nuestro caso es la muestra total entre la población:

$$K = \text{Muestra total} / \text{población total.}$$

$$K = 55/212$$

Cuadro para Operacionalización de muestras por mes con el método probabilístico estratificado.						
Población total: 212 pacientes, Muestra total: 55 pacientes.						
Mes	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
Población por mes	42	32	29	36	34	39
desarrollo	42 x 55/212	32 x 55/212	29 x 55/212	36 x 55/212	34 x 55/212	39 x 55/212
Muestra por mes	11	8	8	9	9	10

3.5.2. Unidad de análisis.

Paciente primípara atendida en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

3.5.3. Ámbito de estudio.

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Domingo Olavegoya de que está ubicado en Jr. San Martín N°1153.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- ✓ Estadística del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, para saber la cantidad total de pacientes que acudieron al servicio de gineco-obstetricia.
- ✓ La fuente de información y datos utilizado para este proyecto de investigación fueron las historias clínicas perinatales el cual nos ayudó a recolectar la información requerida ya que es una manera con mayor factibilidad y credibilidad para identificar lo que queremos dar a conocer.
- ✓ El instrumento utilizado para nuestra investigación fue la ficha documental en el cual se grabó cada uno de los ítems requeridos para tal investigación. Se realizó una exhaustiva prueba de validez y confiabilidad de acuerdo al juicio expertos, y a la herramienta

“coeficiente alfa de Cronbach” en el programa SPSS, IBM versión 23, y llegando a un índice de 0.93 en la escala representativa de 0 a 1.

3.7.TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN (DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN)

Una vez recopilado el 100% de datos necesarios para nuestra investigación se inicia con el procesamiento de los mismos como se detalla a continuación:

1. Tabulación de datos en el programa Excel 2013.
2. Descarte datos irrelevantes para la investigación.
3. Categorización o clasificación de factores por grupos.
4. Asignación de valores numéricos a las variables para su mejor interpretación.
5. Consideración y enunciamiento de factores que tienen más probabilidad de episiotomía.
6. Introducción de datos obtenidos al programa SPSS, IBM versión 23, para obtener la suma numérica de valores representativos de las variables o factores.
7. Una vez obtenido la suma numérica de valores representativos de las variables o factores se procede al respectivo análisis de correlación bivariada utilizando la correlación de Pearson.
8. Obtenida el resultado de correlación de Pearson es necesario la realización de cuadros que nos ayuden a la interpretación de los mismos y por lo tanto se usa la opción “ejecutar estadísticos descriptivos” en la misma base de datos y obtendremos los respectivos cuadros de análisis de resultados y frecuencias.
9. Trasladamos al programa Excel 2013 los cuadros obtenidos para representarlos a través cuadros y gráficos (histogramas).

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

INTERPRETACIÓN: En el grafico se puede observar que de un total de 233 pacientes primíparas que fueron atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, el mayor porcentaje corresponde a las que fueron sometidas a episiotomía con un 91% equivalente a 212 pacientes y 9% correspondiente a 21 pacientes.

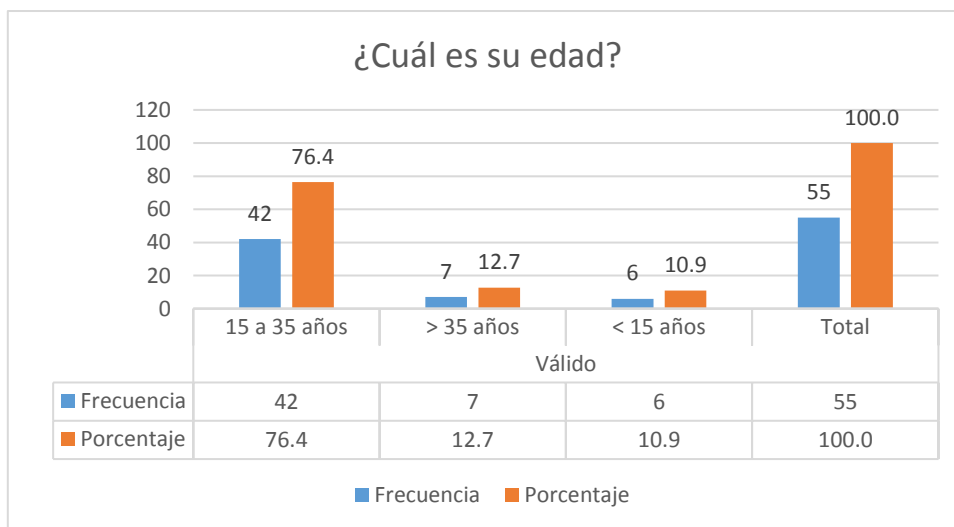
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN POR FACTORES

Cuadro N° 1

¿Cuál es la edad materna?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	15 a 35 años	42	76.4
	> 35 años	7	12.7
	< 15 años	6	10.9
	Total	55	100.0

Grafico N° 1



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

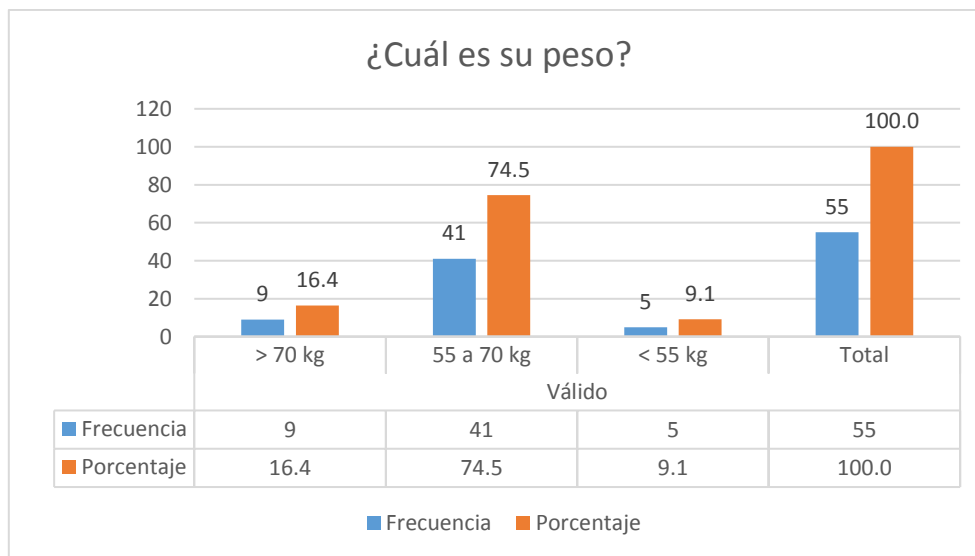
INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 1 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a las edades entre 15 a 35 años con un 76.4%, seguido de las edades mayor a 35 años con un 12.7%, y un 10.9% fueron el grupo de edades menor a 15 años.

Cuadro N° 2

¿Cuál es el peso materno?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	> 70 kg	9	16.4
	55 a 70 kg	41	74.5
	< 55 kg	5	9.1
	Total	55	100.0

Grafico N° 2



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 2 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde al peso entre 55 a 70kg con un 74.5%, seguido del peso mayor a 70kg con un 16.4% y un 9.1% fueron el grupo de peso menor a 55kg.

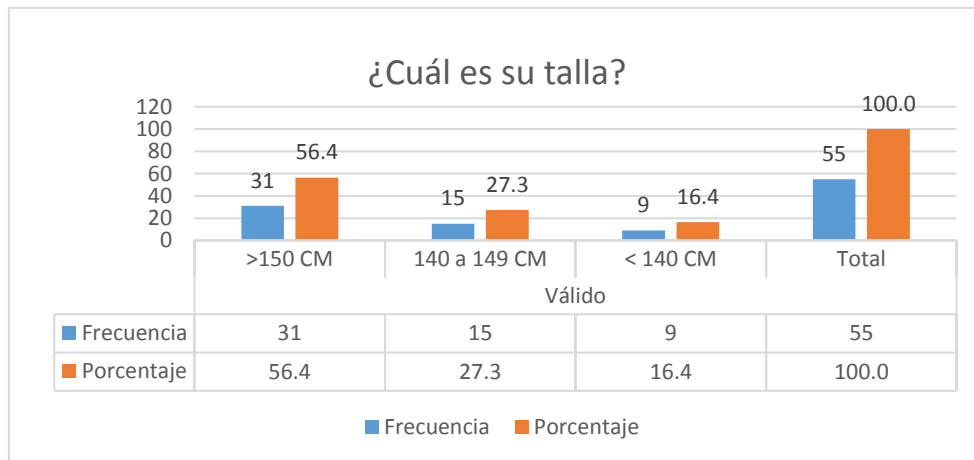


Cuadro N° 3

¿Cuál es la talla materna?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	>150 CM	31	56.4
	140 a 149 CM	15	27.3
	< 140 CM	9	16.4
	Total	55	100.0

Grafico N° 3



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 3 se observa el mayor porcentaje corresponde a la talla mayor a 150 cm con un 56.4%, seguido de la talla entre 140 a 149 cm con un 27.3%, y un 16.4% fue la talla menor a 140cm.

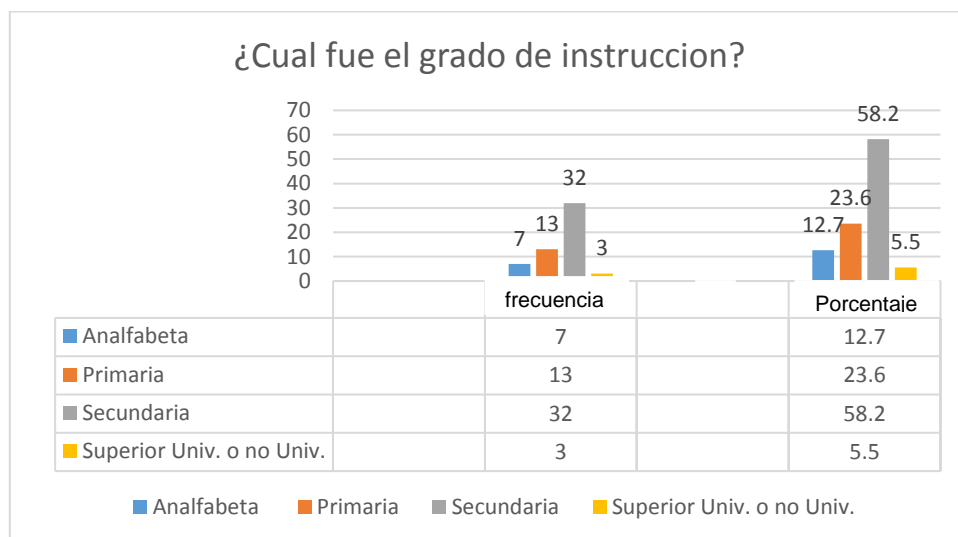


Cuadro N° 4

¿Cuál es el grado de instrucción materno?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Analfabeta	7	12.7
	Primaria	13	23.6
	Secundaria	32	58.2
	Superior Univ. o no Univ.	3	5.5
	Total	55	100.0

Grafico N° 4



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

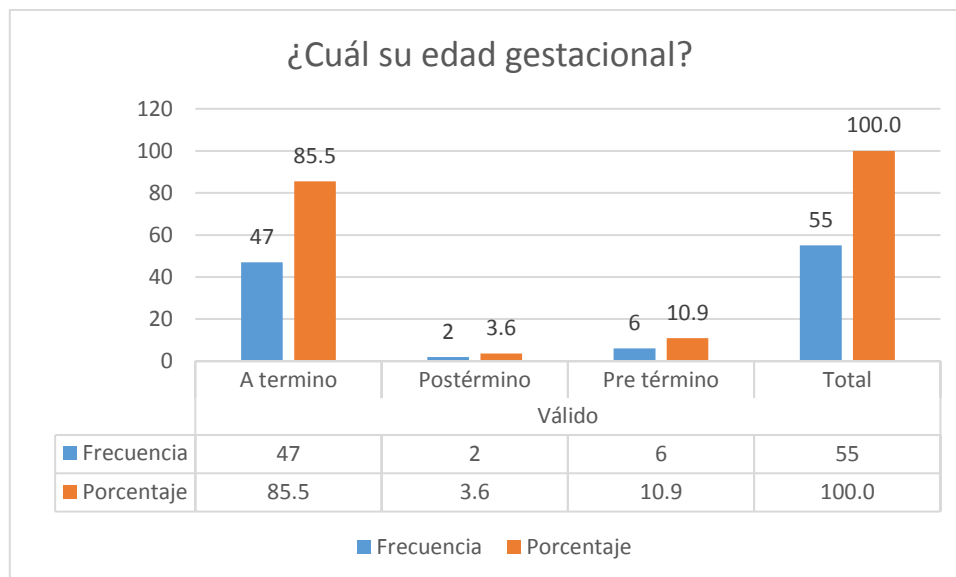
INTERPRETACIÓN: En el cuadro N°4 se puede observar que el más alto porcentaje corresponde al grado de instrucción secundaria con un 58.2%, seguido de instrucción analfabeta o primaria completa con un 36.4%, y un 5.5% fueron con instrucción superior universitario o no universitario.

Cuadro N° 5

¿Cuál es la edad gestacional?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A termino	47	85.5
	Postérmino	2	3.6
	Pre término	6	10.9
	Total	55	100.0

Grafico N° 5



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

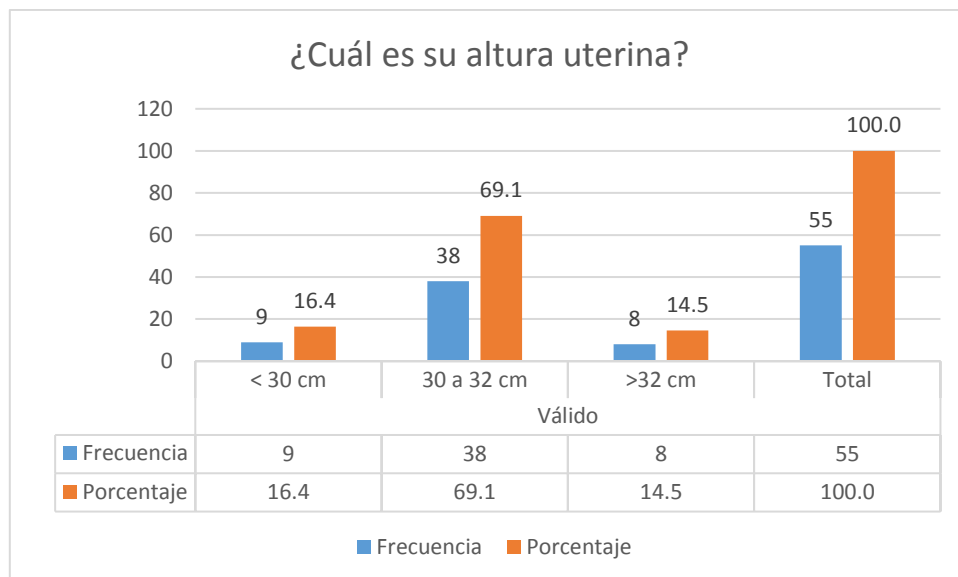
INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 5 se observa que el más alto porcentaje corresponde a la edad gestacional a termino con un 85.5%, seguido de la edad gestacional Pre término con un 10.9%, y un mínimo porcentaje de 3.6% fueron la edad gestacional Postérmino.

Cuadro N° 6

¿Cuál es la altura uterina?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 30 cm	9	16.4
	30 a 32 cm	38	69.1
	>32 cm	8	14.5
	Total	55	100.0

Grafico N° 6



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

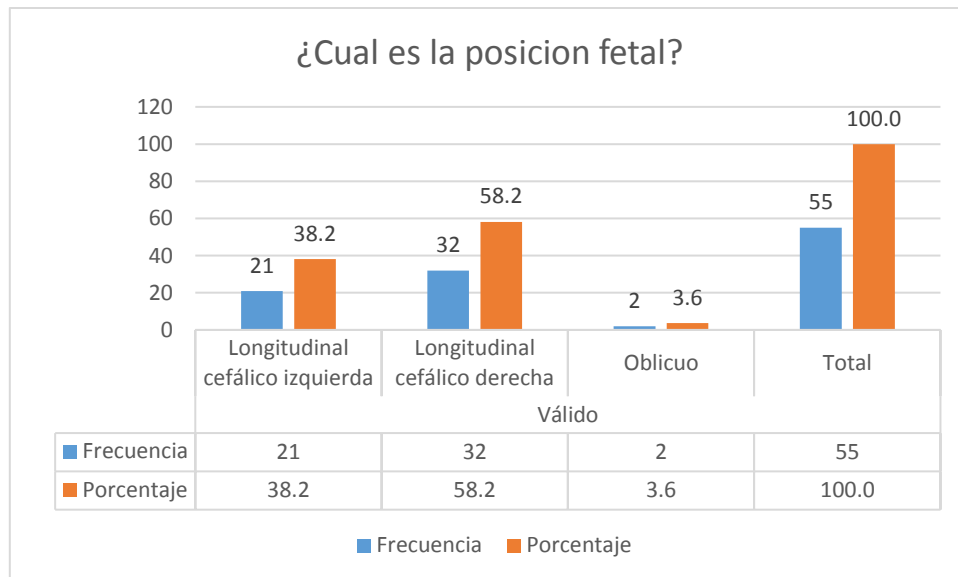
ELABORACION: Los autores

INTERPRETACION: En el cuadro N° 6 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a la altura uterina entre 30 a 32 cm con un 69.1%, seguido de la altura uterina menor 30 cm con un 16.4%, un 14.5% fueron la altura uterina mayor a 32 cm.

Cuadro N° 7
¿Cuál es la posición fetal?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Longitudinal cefálico izquierda	21	38.2
	Longitudinal cefálico derecha	32	58.2
	Oblicuo	2	3.6
	Total	55	100.0

Grafico N° 7



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

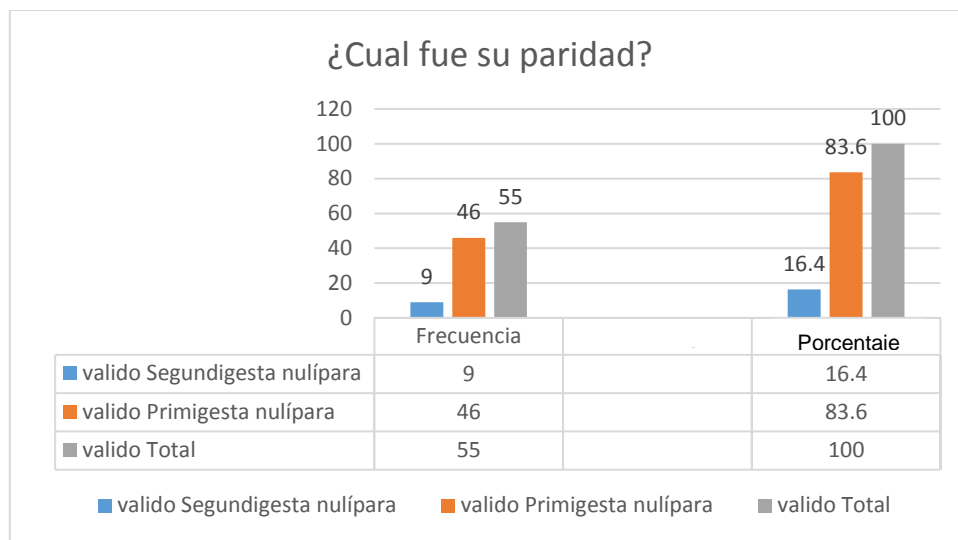
ELABORACION: Los autores

INTERPRETACION: En el cuadro N° 7 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a la posición longitudinal cefálico derecho con un 58.2%, seguido de la posición longitudinal cefálico izquierda con un 38.2%, y un mínimo porcentaje 3.6% fueron la posición oblicuo.

Cuadro N° 8
¿Cuál es su paridad?

		Frecuencia	Porcentaje
valido	Segundigesta nulípara	9	16.4
	Primigesta	46	83.6
	Total	55	100.0

Grafico N° 8



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

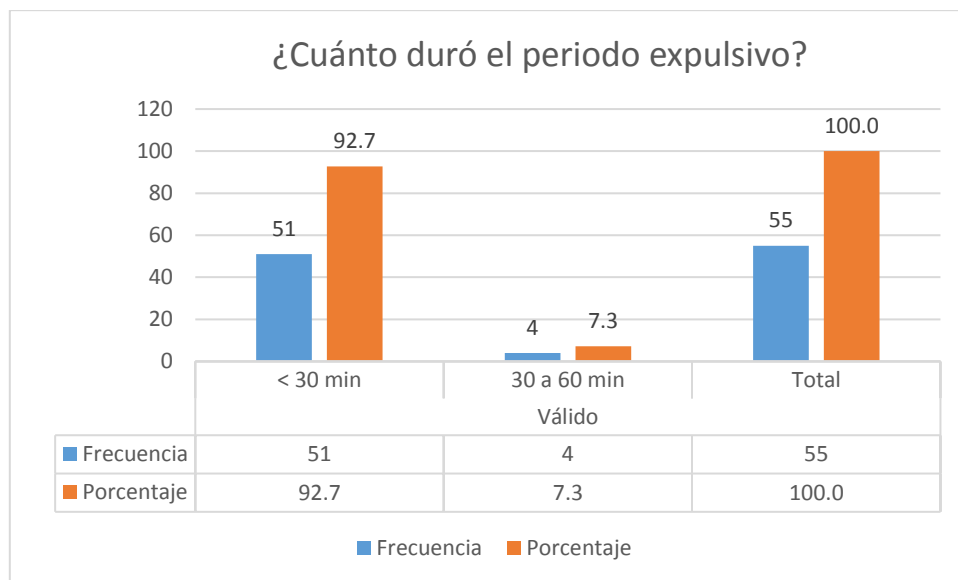
INTERPRETACION: En el cuadro N° 8 se puede observar que el más alto porcentaje corresponde a Primigestas con un 83.6%, seguido de segundigestas nulíparas con un 16.4%.

Cuadro N° 9

¿Cuánto duro el periodo expulsivo?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 30 min	51	92.7
	30 a 60 min	4	7.3
	> 30 min	0	0
	Total	55	100.0

Grafico N° 9



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

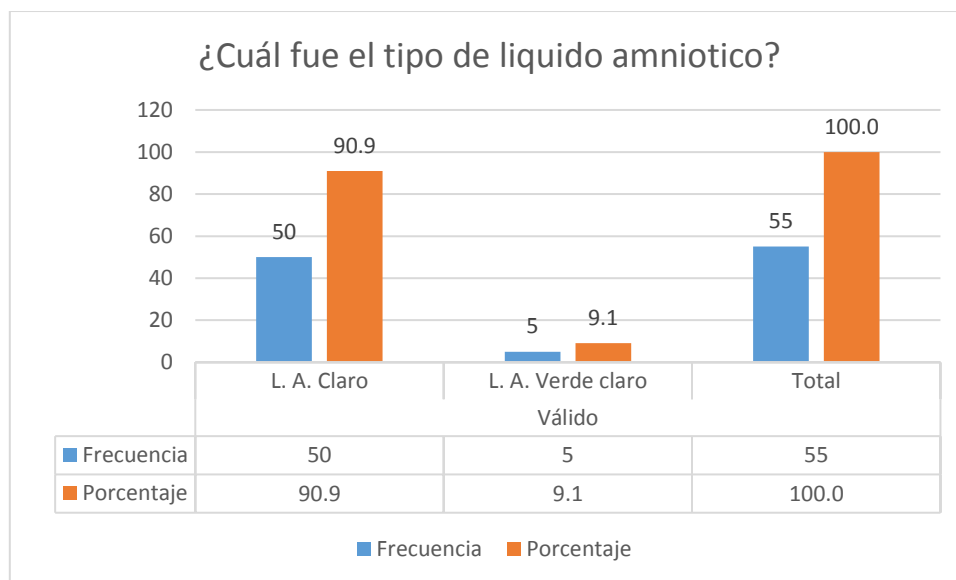
INTERPRETACION: En el cuadro N° 9 se puede observar que el mayor porcentaje que se encontró fue en el periodo expulsivo menor de 30 minutos con un 92.7%, y un mínimo porcentaje de 7.3% lo obtuvieron el periodo expulsivo entre 30 a 60 minutos.

Cuadro N° 10

¿Cuál fue el tipo de líquido amniótico?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	L. A. Claro	50	90.9
	L. A. Verde claro	5	9.1
	L. A. Verde oscuro	0	0
	Total	55	100.0

Grafico N° 10



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

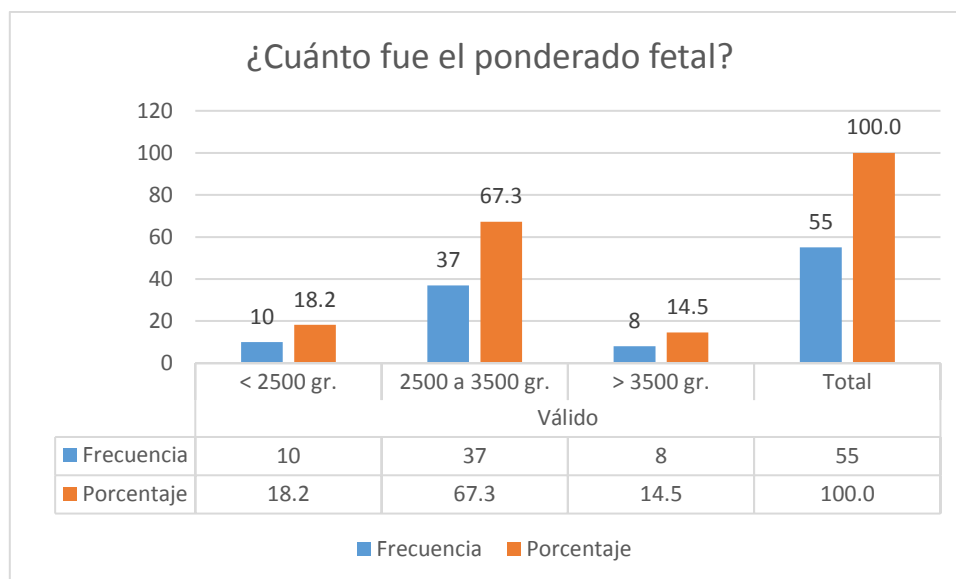
INTERPRETACION: En el cuadro N° 10 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde al líquido amniótico claro con un 90.9% y un porcentaje mínimo de 9.1% fue el líquido amniótico verde claro.

Cuadro N° 11

¿Cuánto fue el ponderado fetal?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 2500 gr.	10	18.2
	2500 a 3500 gr.	37	67.3
	> 3500 gr.	8	14.5
	Total	55	100.0

Grafico N° 11



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

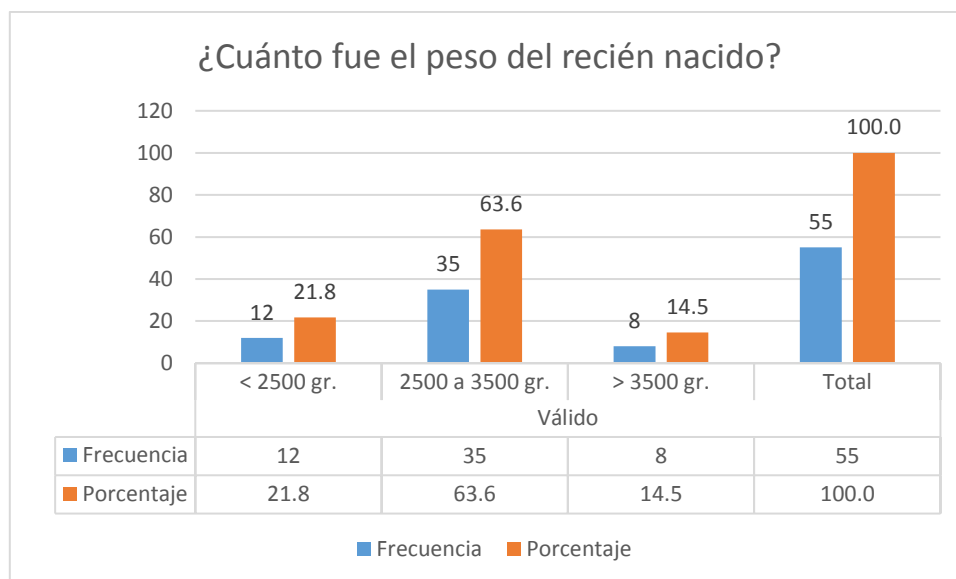
INTERPRETACION: En el cuadro N° 11 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde al ponderado fetal entre 2500 a 3500gr con un 67.3%, seguido del ponderado fetal menor de 2500gr con un 18.2%, y un 14.5% fueron el ponderado fetal mayor a 3500gr.

Cuadro N° 12

¿Cuánto fue el peso del recién nacido?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 2500 gr.	12	21.8
	2500 a 3500 gr.	35	63.6
	> 3500 gr.	8	14.5
	Total	55	100.0

Grafico N° 12



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

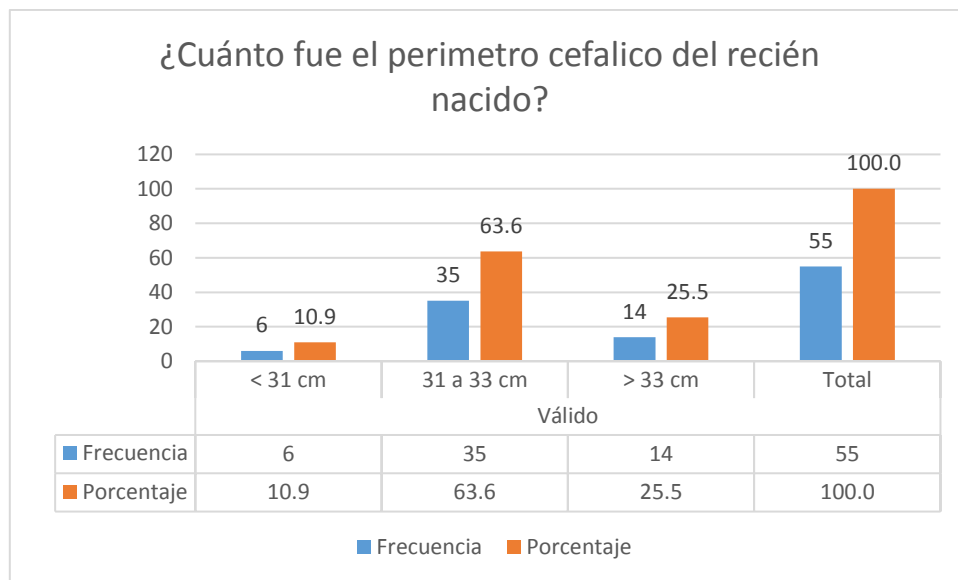
INTERPRETACION: En el cuadro N° 12 podemos observar que el mayor porcentaje corresponde al peso del recién nacido entre 2500 a 3500 gr con un 63,6%, seguido del peso del recién nacido menor de 2500gr con un 21.8%, y un 14.5% fueron el peso del recién nacido mayor a 3500gr.

Cuadro N° 13

¿Cuánto fue el perímetro cefálico del recién nacido?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 31 cm	6	10.9
	31 a 33 cm	35	63.6
	> 33 cm	14	25.5
	Total	55	100.0

Grafico N° 13



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

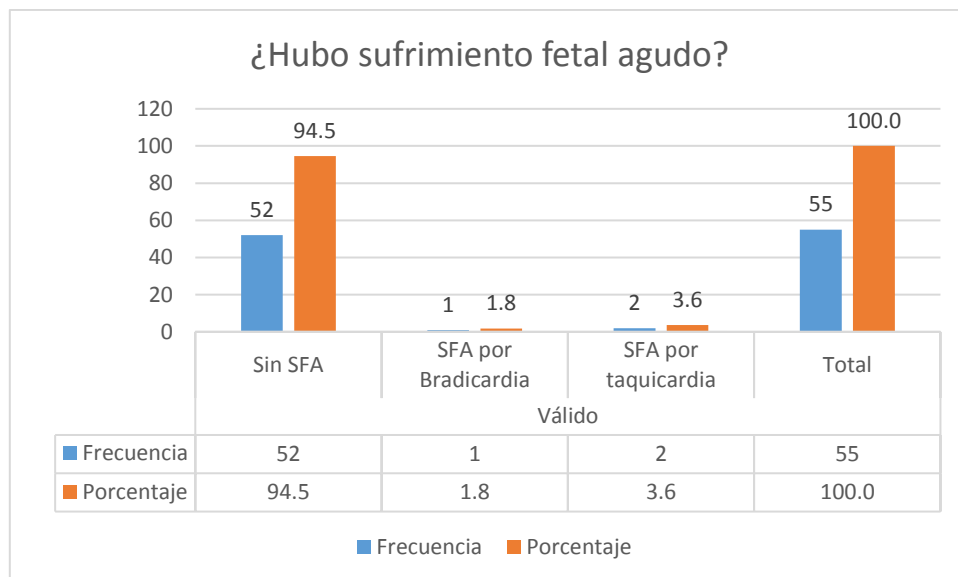
INTERPRETACIÓN: En el cuadro N° 13 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde al perímetro cefálico del recién nacido entre 31 a 33cm con un 63.6%, seguido del perímetro cefálico del recién nacido mayor a 33cm con un 25.5%, y un 10.9% fueron el perímetro cefálico menor de 31 cm.

Cuadro N° 14

¿Hubo sufrimiento fetal agudo?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin SFA	52	94.5
	SFA por Bradicardia	1	1.8
	SFA por taquicardia	2	3.6
	Total	55	100.0

Grafico N° 14



FUENTE: Historias clínicas del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja

ELABORACION: Los autores

INTERPRETACION: En el cuadro N° 14 se puede observar que el mayor porcentaje corresponde que no hubo sufrimiento fetal con un 94.5%, seguido de sufrimiento fetal por taquicardia con un 3.6%, y un mínimo porcentaje de 1.8% fueron el sufrimiento fetal por bradicardia.

4.1. INTERPRETACION DE RESULTADOS.

4.1.1. Interpretación del coeficiente de Pearson

INTERPRETACION	
Sin correlación	0.00 a 0.20
Escaza correlación	0.20 a 0.40
Moderada correlación	0.40 a 0.60
buen correlación	0.60 a 0.80
Muy buena correlación	0.80 a 1.00

4.1.2. Cuadro de factores maternos

COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON		
1. FACTORES MATERNOS		Coeficiente y muestra
Edad materna y episiotomía	Correlación de Pearson	.132
	N	55
Peso materno y episiotomía	Correlación de Pearson	.116
	N	55
Talla materna y episiotomía	Correlación de Pearson	.353
	N	55
Grado de instrucción materno y episiotomía	Correlación de Pearson	.201
	N	55

1. El factor edad materna no tiene correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
2. El factor peso materno no tiene correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
3. El factor talla materna tiene escaza correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.

-
4. El factor menor grado de instrucción materno tiene escasa correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
 5. No existe relación entre los factores maternos y la y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017, por lo cual nos quedamos con la primera hipótesis específica nula.

4.1.3. Cuadro de factores obstétricos

COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON		
2. FACTORES OBSTETRICOS		Coeficiente y muestra
Edad gestacional y episiotomía	Correlación de Pearson N	.355 55
Altura uterina y episiotomía	Correlación de Pearson N	.445 55
Posición fetal y episiotomía	Correlación de Pearson N	.609 55
Primiparidad y episiotomía	Correlación de Pearson N	.942 55

6. El factor edad gestacional tiene escasa correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
7. El factor altura uterina no tiene correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
8. El factor posición fetal tiene moderada correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
9. El factor primiparidad tiene muy buena correlación con la indicación de episiotomía en pacientes del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
10. Existe moderada relación entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017, por lo cual nos quedamos con la segunda hipótesis de investigación específica.

4.1.4. Cuadro de factores del parto

COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON		
1. FACTORES DEL PARTO		Coeficiente y muestra
Periodo expulsivo y episiotomía	Correlación de Pearson	.086
	N	55
Líquido Amniótico y episiotomía	Correlación de Pearson	.207
	N	55

11. El factor tiempo del periodo expulsivo del parto no tiene correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
12. El factor tipo de líquido amniótico no tiene correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
13. No existe relación entre los factores del parto y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017. Por lo cual nos quedamos con la tercera hipótesis específica nula.

4.1.5. Cuadro de factores fetales y neonatales

COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON		
1. FACTORES FETALES Y NEONATALES		Coeficiente y muestra
Ponderado fetal y episiotomía	Correlación de Pearson N	.303 55
Peso del RN y episiotomía	Correlación de Pearson N	.556 55
Perímetro cefálico del RN y episiotomía	Correlación de Pearson N	.366 55
Sufrimiento fetal agudo y episiotomía	Correlación de Pearson N	.151 55

14. El factor ponderado fetal tiene escasa correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
15. El factor peso del recién nacido, tiene moderada correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
16. El factor perímetro cefálico tiene escasa correlación con la indicación de episiotomía en primíparas del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
17. El factor sufrimiento fetal agudo no tiene correlación con la indicación de episiotomía en primíparas de Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
18. No existe relación entre los factores fetales, neonatales y la indicación de episiotomía en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017, por lo cual nos quedamos con la cuarta hipótesis específica nula.
19. Finalmente observamos que No existe relación entre los factores maternos, intraparto, fetales, neonatales y la indicación de episiotomías, en paciente primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017, salvo los factores obstétricos, por lo tanto nos quedamos con la hipótesis nula.

5. DISCUSIÓN

1. Para Gualán Cartucho. C y Guanoluisa Cordero, O; en su estudio “Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca-Ecuador en el 2014”, quienes concluyen que la prevalencia de episiotomía fue del 35,5%; la edad menor de 19 años, el peso del RN mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico mayor a 33 centímetros tuvo significancia estadística para la realización de episiotomía; sin embargo no se encontró significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y episiotomía; En nuestro estudio la prevalencia de episiotomía muestra un 91% y difiere mucho con el estudio anterior, por otro lado la edad materna entre 15 y 35 años tuvo mayor significancia lo cual no es comparable pues se tomaron diferentes parámetros etarios entre ambos estudios, el peso del RN entre 2500 y 3500 gr. tuvo relación significativa con la episiotomía y se asemeja a los resultados obtenidos en el estudio anterior, el perímetro cefálico mayor de 33 cm no tuvo correlación con la indicación de episiotomía a diferencia de lo que muestra el estudio de Gualán Cartucho. C y Guanoluisa Cordero. O, pero se concuerda con el estudio mencionado, que la talla materna menor de 140 cm no tuvo correlación con la episiotomía.
2. Molina C, Huete MD, Pérez JCS, Ortiz MD, Barragán IJ, Ruiz MAA.; en su investigación: Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza en España en el 2011, concluyen que la realización de episiotomía se relaciona con nuliparidad y edad materna avanzada. Y que la implantación de una política selectiva de episiotomía favorece el parto humanizado, sin empeorar los

resultados materno-fetales; Nosotros estamos de acuerdo con esta conclusión ya que nuestro estudio demuestra que la primiparidad o nuliparidad, es el principal factor para la indicación de episiotomía, como también en que la implantación de una política selectiva de episiotomía favorece el parto humanizado, el cual concuerda también con Juste A, Luque R, Sabater B, Sanz E, Viñerta E, Cruz E. en su investigación “Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas”. Realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde abril de 2004 a diciembre de 2005, quienes concluyen que la práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, en mujeres nulíparas a término, es segura; Sin embargo discrepamos en la edad materna avanzada en el cual no encontramos correlación significativa para su realización.

3. Rodríguez R.M en su estudio Incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural en Madrid - España en el 2010, concluye que una conducta expectante puede evitar la episiotomía en gran parte de las nulíparas, nosotros estamos de acuerdo y señalamos también que se deberían adoptar medidas para mejorar la protección del periné en el periodo expulsivo.
4. Pérez Valero S. realiza un estudio “Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario La Ribera” en Valencia España, concluye que el porcentaje de episiotomías en partos vaginales eutócicos realizadas fue del 33.5% similar a lo que concluyen Gualán Cartucho. C y Guanoluisa Cordero. Además, El Hospital Universitario La Ribera sigue una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos, favoreciendo el parto humanizado concordando

con Juste A, Luque R, Sabater B, Sanz E, Viñerta E, Cruz E y Molina C, Huete MD, Pérez JCS, Ortiz MD, Barragán IJ, Ruiz MAA, en sus respectivos estudios.

5. Calapaqui Gutiérrez LN. En su estudio “Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga - Ecuador período abril-mayo 2015, concluye que las variables que influyen para realizar episiotomía en pacientes primigestas fueron; talla materna, edad gestacional al nacimiento, perímetro cefálico del recién nacido, demostrando así una significancia estadística, nosotros discrepamos ampliamente ya que en nuestro estudio estos tres factores no tuvieron correlación significativa para la indicación de episiotomía.
6. Rodríguez B, Carmen M, Camacho LA. En su estudio “Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina” en el 2014, España, concluye que ya no es necesario realizar el corte a todas las mujeres y que este procedimiento debería ser considerado críticamente selectivo. Lo que queda por investigar son las verdaderas indicaciones para realizarla, puesto que variables como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no están ligadas a la no realización del corte. En nuestro estudio estamos de acuerdo en que no debería realizarse episiotomía a todas las primíparas, sin embargo el factor sufrimiento fetal en nuestro estudio no demostró correlación significativa y el factor incontinencia urinaria no se abordó en el estudio.
7. Calderón J, Alzamora L. En su investigación “Criterios profesionales para la realización de la episiotomía” en 1997, Trujillo concluye que

la episiotomía es considerada por los profesionales de la salud obstétrica como un procedimiento indispensable, llegándose a generalizar al 91,98% de los partos vaginales en mujeres primíparas y solo 8,2% se atienden en forma natural, nosotros no estamos de acuerdo ya que no consideramos que esta operación sea indispensable, sin embargo la prevalencia encontrada es equivalente en ambos estudios.

8. Pujay Escobal, A, en su investigación : 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” en Tingo María en el 2016, concluye que la incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes nulíparas atendidas fue del 94,5%, cifra muy elevada en relación a otros países y estudios, la edad, entre los 18 a 29 años con un (62,59%), estado civil, conviviente con un (68,75%), grado de instrucción secundaria con un (56%), y procedencia rural con un (56,25%), el peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos. la edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%); Estas conclusiones son similares a nuestro estudio y estamos de acuerdo con ellos.
9. Casanova Chang ML, Luna Zafra TJ. “Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-agosto 2001”, Lima, El tiempo del expulsivo entre los grupos de episiotomía sistemática y no episiotomía tuvieron diferencia significativa. Sin embargo, el tiempo para ambos grupos tuvo una duración menor a 30 minutos. En el grupo de episiotomía

con indicación el tiempo de expulsivo fue mayor a 30 minutos. En nuestro estudio el factor duración del periodo expulsivo no tuvo correlación significativa con la indicación de episiotomía. En otra de sus conclusiones, no usar la episiotomía se presentan más complicaciones post parto, pero de menor severidad, que cuando ésta se realiza de manera sistemática. La aplicación sistemática de la episiotomía se asocia a complicaciones post parto severas como son los hematomas, las infecciones, los edemas, los desgarros perineales, las dehiscencias parciales y totales de episiorrafia. Cuando no se realiza episiotomía es mayor el número de laceraciones y desgarros de I ° y II °. El tiempo de expulsivo aumenta discretamente cuando no se realiza la episiotomía. Sin embargo no podemos comparar resultados porque en nuestro estudio no se tomaron en cuenta las variables mencionadas.

10. Rodríguez Congora E, Sánchez Inga M, en su estudio: Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II- 2 Minsa en Tarapoto en el 2010, concluyen que la dimensión: uso rutinario de la episiotomía presenta mayores complicaciones que el no uso de la episiotomía en gestantes nulíparas. Con el cual estamos totalmente de acuerdo al tomar en cuenta los factores encontrados en nuestro estudio.

6. CONCLUSIONES

1. Respecto a los factores maternos, obstétricos, intraparto, fetales y neonatales se determinó que no existe relación con la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
2. Correspondiente a los factores maternos como edad ($P = .132$), peso ($P = .116$), talla ($P = .353$), grado de instrucción ($P = .201$), se observa que no existe correlación significativa con la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja.
3. Los factores obstétricos como edad gestacional ($P = .355$), altura uterina ($P = .445$), posición fetal ($P = .609$), y primiparidad ($P = .942$), tienen predominio y correlación con la indicación de episiotomía, entre estos la posición fetal tuvo moderada correlación y la primiparidad, demostró tener ampliamente mayor correlación que el resto de factores con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.942 y una prevalencia del 91%. Y se concluye que entre los factores obstétricos y la indicación de episiotomía, en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, si existe una correlación significativa.
4. Entre los factores intraparto como tiempo del periodo expulsivo ($P = .086$), y el tipo de líquido amniótico ($P = .207$), se observa que no existe correlación con la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

-
5. Se concluye que no existe correlación entre los factores fetales y neonatales como ponderado fetal ($P = .303$), peso del RN ($P = .556$), perímetro cefálico del RN ($P = .366$) y sufrimiento fetal agudo ($P = .151$) y la indicación de episiotomía en pacientes primíparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya – Jauja, de Octubre del 2016 a Marzo del 2017.

7. RECOMENDACIONES

1. Exhortar al personal de salud a cargo de las parturientas, realizar de forma idónea todos los procesos de evaluación para mejorar la atención.
2. Para un mejor manejo se recomienda Documentar todo los datos y procesos que se realizan en la historia clínica, ya que ayudara de forma considerable en la toma de decisiones para mejorar la atención a la paciente.
3. Se recomienda evitar en lo posible la episiotomía de forma rutinaria y protocolizada ya que en 3 estudios mencionados anteriormente se sugiere que una política selectiva de episiotomía en partos vaginales eutócicos favorece el parto humanizado.
4. Este estudio sirve para recomendar realizar más estudios para su mejor comprensión y mejorar las decisiones del personal de salud frente al uso frecuente de episiotomía.
5. Se recomienda tomar medidas para mejorar la técnica de protección del periné al momento del periodo expulsivo para evitar la realización de episiotomía.
6. Se recomienda disminuir la incidencia de episiotomía en primíparas con fines académicos y/o prácticos que sirvan exclusivamente para la enseñanza de los estudiantes.
7. Nuestro estudio recomienda que se debería informar de forma detallada y comprensible a la paciente, el procedimiento que se llevara en ella.
8. Se recomienda mejorar el rellenado de los datos de la paciente en el libro de atención de parto.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Gualán Cartucho. C, Guanoluisa Cordero, O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca-Ecuador 2014 [tesis para optar el título de médico]. Cuenca: universidad de Cuenca; 2015.
2. Molina C, Huete MD, Pérez JCS, Ortiz MD, Barragán IJ, Ruiz MAA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. Prog. Obst. Ginecol. [internet]. 2005[citado 03 de enero del 2017]; 54(3): 101-108. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/RevistaProgresos_v54n3.pdf
3. Juste A, Luque R, Sabater B, Sanz E, Viñerta E, Cruz E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof. [internet].2007 [citado 5 de enero del 2017]; 8(3-4): 5-11.Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/197/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/247/rqlang/es-ES/filename/vol8n3-4pag5-11.pdf>
4. Rodríguez R.M. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [internet]. 2010 [citado el 5 de enero del 2017]; 2(1).Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/123/142>
5. Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario" La Ribera". NURE Inv. [internet]. 2013 [citado el 8 de enero del 2017]; 10(63): 1-6. Disponible en:

<http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/620>

6. Calapaqui Gutiérrez LN. Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga período abril-mayo 2015 [tesis para optar el título de médico cirujano]. Ambato: Universidad regional autónoma de los andes; 2016.
7. Rodríguez B, Carmen M, Camacho LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencia Médica [internet]. 2014 [citado el 8 de enero del 2017]; 17 (2): 53-57. disponible en :
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxind.exe/ih/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p>
8. 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>
9. Pujay Escobal, A. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el “Hospital de Tingo María” enero - diciembre 2015 [tesis para optar el título de obstetra]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
10. Casanova Chang ML, Luna Zafra TJ. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-agosto [tesis para optar el título de obstetra]. Lima: Universidad nacional mayor de san marcos; 2001.

-
11. Rodríguez Congora E, Sánchez Inga M .Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital ii – 2 Minsa Tarapoto, periodo 2010. [tesis de licenciatura].Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
 12. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Hauth J, Rouse D., Spong C, editors. Williams Obstetricia. Vol. 1. 23ª ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
 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. Fernández D, Santamaría R, Bajo J, Melchor JC, et al. Asistencia del parto normal en sus diferentes periodos. En: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT, et al, editores. Fundamentos de obstetricia (SEGO).1ª ed. Madrid; Graficas Marte; 2007.p.369-376 final.
 15. Pérez A, Donoso E, editores. obstetricia.3ª ed. Santiago: Mediterráneo; 1999.
 16. 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>

-
17. De Miguel JR, Sánchez M. Episiotomía: criterio obstétrico actual. Hospital Universitario Márquez de Valdecilla [internet]. 2008 [citado 15 de Enero del 2017]; 6(1):98-100. disponible en :
<http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/documentos/obstetricia/nuevo/cap6a.pdf>
18. Poseiro J, Caldeyro R. Parto Normal. En: Schwarzc R, Fescina R, Duverges C, et al, editores. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires; El ateneo; 2008.p.432-500.
19. 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>
20. 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.
21. Bernués Suárez I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. [tesis de grado]. España: universidad pública de navarra; 2014.
22. Romero D, Vallejo E. Episiotomía selectiva versus episiotomía de rutina en la prevención de desgarros perineales en el hospital general de Medellín. CES Medicina [internet]. 1998 [citado el 18 de enero del 2017] ; 12(2): 21-28. Disponible en :

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=468859&indexSearch=ID>

23. “Factor de riesgo”(s/f).OMS.[citado el 23 de Enero del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
24. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España, Datos del año 2006. *Progresos de obstetricia y ginecología* [internet].2008 [citado el 23 de enero del 2017]; 51(9): 559-563. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030450130872329X>
25. Diniz SG, Chachamb AS. El “corte arriba” y el “corte abajo”: el abuso de las cesáreas y la episiotomía en Sao Paulo, Brasil. *Aborto: perspectivas globales* [internet]; 2004 [citado el 27 de enero del 2017]; 12(23):71. Disponible en: <http://www.diassere.org.pe/wp-content/static/pdf/rhm3.pdf#page=73>
26. “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>
27. 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

-
28. “Peso en medicina”(s/f).En significados .com. [citado el 30 de enero del 2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/peso/>
29. “Talla”.ccmsalud-ccm.net.[citado el 30 de enero del 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/17780-estatura-definicion>
30. “Nivel de instrucción”. Definición – instituto Vasco de estadística. [citado el 30 de enero del 2017]. Disponible en : http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html
31. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca Cochrane Plus [internet].2008 [citado 5 de febrero del 2017]: 1(1): 2. Disponible en: <http://maternoinfantil.org/archivos/B21.PDF>
32. Gamero C. El riesgo del parto vaginal en primigestas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital Nacional Juan José Fernández de El Salvador. Revista Universidad y Ciencia [internet]. 2013 [citado el 5 de febrero del 2017]; 7(10):1-29. Disponible en: <http://revistauniversidadyciencia.unan.edu.ni/index.php/ruc/article/view/76>
33. Scetti MR, Serracani GS, Zalazar LA. Uso selectivo de la episiotomía. Rev Post VI Cat Med [internet]. 2005 [citado el 5 de febrero del 2017]; 6(9):41. Disponible en: http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.htm

-
34. Villanueva LA, Juárez B. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. Revista CONAMED [internet]. 2013 [citado el 7 de febrero del 2017]; 18(3): 111-116. Disponible en:
<http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/118/437>
35. Cravchik S, Muñoz DM, Bortman M. Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén. Rev Panam Salud Publica [internet]. 1998 [citado el 7 de febrero del 2017]; 4(1): 1-31. Disponible:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7817/4n1a5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Progresos de Obstetricia y Ginecología [internet]. 2004 [citado el 7 de febrero del 2017]; 47(9):414-422. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030450130476029X>
37. García Cuesta E. La Episiotomía en la era del Parto Humanizado [tesis de grado]. Cantabria: universidad Cantabria; 2013.
38. Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. Rev Colomb Obstet Ginecol [internet]. 2005 [citado 7 de febrero del 2017]; 56(2): 116-26. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a02>
39. Universidad de Piura. Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas, según el estilo Vancouver 2011. Piura: Universidad de Piura; 2011.
40. Hernández R, Fernández, Baptista Metodología de la investigación. 5ªed. Mares Chacón J, editor. México: Mac Graw Hill; 2010.

9. ANEXOS

Fiabilidad

[ConjuntoDatos0]

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

Casos	Válido	N	%
		10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,939	15

CORRELATIONS
 /VARIABLES=edad peso talla educacion evaluacion edadgest alturauterina posicion primiparidad expulsivo liquidoamniotico ponderado pesoRN perimetrocefalico SFA suma
 /PRINT=TOTAL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

FRECUENCIAS VARIABLES=edad peso talla educacion evaluacion edadgest alturauterina posicion primiparidad expulsivo liquidoamniotico ponderado pesoRN perimetrocefalico SFA suma

Validación y fiabilidad del instrumento de recolección de datos usando el coeficiente de alfa de Cronbach en el programa estadístico SPSS.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,939	15

1: suma 18 Visible: 16 de 16 variables

	edad	peso	talla	educacion	evaluacion	edadgest	alturauterina	posicion	primiparidad	expulsivo	liquidoamniotico	ponderado	pesoRN	perimetrocefalico	SFA	suma
1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	18
2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	20
3	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	21
4	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	23
5	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	24
6	2	3	2	2	2	1	2	2	3	1	2	2	1	2	2	29
7	1	1	2	3	3	3	2	2	3	2	1	2	2	2	1	30
8	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	36
9	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	39
10	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	42
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																

Aplicación del coeficiente de alfa de Cronbach en el programa SPSS para validación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Númérico	8	0	¿cual es su ed... (1, >150 C...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
2	peso	Númérico	8	0	¿cual es su pe... (1, > 70 kg)...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
3	talla	Númérico	8	0	¿cual es su talla? (1, >150 C...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
4	educacion	Númérico	8	0	¿cual es su gra... (1, Analfabe...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
5	evaluacion	Númérico	8	0	¿tuvo evaluacio... (1, Periné a...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
6	edadgest	Númérico	8	0	¿cual es su ed... (1, A termin...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
7	alturauterina	Númérico	8	0	¿cual es su alt... (1, < 30 cm)...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
8	posicion	Númérico	8	0	¿cual es la pos... (1, Longitudi...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
9	primiparidad	Númérico	8	0	¿cual es su par... (1, Primipar...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
10	expulsivo	Númérico	8	0	¿cuanto duro el... (1, < 30 min...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
11	liquidoamni...	Númérico	8	0	¿cual fue el tip... (1, L. A. Cla...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
12	ponderado	Númérico	8	0	¿cuanto fue el ... (1, < 2500 g...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
13	pesoRN	Númérico	8	0	¿cuanto fue el ... (1, < 2500 g...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
14	perimetrocef...	Númérico	8	0	¿cuanto fue el ... (1, < 31 cm)...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
15	SFA	Númérico	8	0	¿hubo sufrimie... (1, < 31 cm)...		Ninguno	8	Centrado	Escala	Entrada
16	suma	Númérico	8	0			Ninguno	10	Centrado	Escala	Entrada

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Episiotomía	Cualitativa	Operación quirúrgica de la región vulvar, tercio inferior de la vagina y tejidos perineales.	En un sentido estricto, la episiotomía es una incisión de las partes pudendas.	Reporte obstétrico en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Se hizo • No se hizo
VARIABLES MATERNAS					
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Edad en años	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • < 15 años • 15 a 35 años • > 35 años
Peso	Cuantitativa	Medida de un cuerpo calculado como la cantidad de masa que contiene y se puede expresar en gramos o kilogramos	Peso en kilogramos	Peso en el momento del parto	<ul style="list-style-type: none"> • < 55 kg • 55 a 70 kg • > 70 kg
Talla	Cuantitativa	La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo.	Se expresa en centímetros.	Registro en Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • >150 CM • 140 a 150 CM • < 140 CM
Grado de Instrucción	Cualitativa	Grado más elevado de estudios realizados	Años aprobados	Nivel de instrucción cursado	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta y/o primaria • Secundaria • Superior
VARIABLES OBSTÉTRICAS					
Edad Gestacional	Cuantitativa	al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación	Edad en semanas gestacionales	Semanas gestacionales cumplidas	<ul style="list-style-type: none"> • Pretérmino • A término • Postérmino
Altura Uterina	Cuantitativa	se mide la altura del útero desde la porción superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino	Se expresa en centímetros	Registro en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • < 30 cm • 30 a 32 cm • >32 cm
Posición fetal	Cualitativa	relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto	Se expresa de acuerdo al lado correspondiente al dorso fetal	Registro de la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • izquierda • derecha • oblicua

Primiparidad	Cualitativa	Parturienta sin antecedentes de partos anteriores	Se expresa en la formula obstétrica	Registro de la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
VARIABLES INTRAPARTO					
Duración del periodo expulsivo	Cuantitativa	Periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior.	Expresado en minutos.	Registro en el partograma.	<ul style="list-style-type: none"> • < 30 min • 30 a 60 min • 60 min
Tipo de Líquido Amniótico	Cualitativa	Características del líquido amniótico en el momento del parto.	Color y cantidad	Registro en el partograma.	<ul style="list-style-type: none"> • L. A. Claro • L. A. Verde claro • L. A. Verde oscuro
VARIABLES FETALES Y NEONATALES					
Ponderado fetal	Cuantitativa	Peso fetal estimado clínicamente mediante observación y palpación.	Se expresa en gramos (aproximado)	Por ecografía o altura uterina.	<ul style="list-style-type: none"> • < 2500 gr. • 2500 a 3500 gr. • 3500 gr.
Peso del RN	Cuantitativa	Medida somatométrica del recién nacido.	Se expresa en gramos (exactos)	Registro en el partograma.	<ul style="list-style-type: none"> • < 2500 gr. • 2500 a 3500 gr. • > 3500 gr.
Perímetro cefálico	Cuantitativa	Medida del cráneo, puntos de referencia la protuberancia externa del occipital y las dos protuberancias anteriores del frontal.	Se expresa en centímetros	Registro en el partograma	<ul style="list-style-type: none"> • < 31 cm • 31 a 33 cm • 33 cm
Sufrimiento fetal agudo	Cualitativa	Perturbación metabólica por disminución de los intercambios feto maternos	Se expresa en alteraciones de la frecuencia cardiaca y líquido amniótico.	Registro en el partograma	<ul style="list-style-type: none"> • Sin SFA • SFA por Bradicardia • SFA por taquicardia