

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**USO SELECTIVO Y RESTRICTIVO DE LA EPISIOTOMÍA Y SUS CONSECUENCIAS
EN PRIMIGESTAS, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.
HUÁNUCO, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016 Y ENERO-FEBRERO DEL 2017.**

PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE OBSTETRA

TESISTAS:

- RAMIREZ FERNANDEZ, Katy
- SALAS FERNANDEZ, Carinson Yelina

ASESORA:

- DRA. MARY LUISA MAQUE PONCE

HUÁNUCO – PERÚ

2018

TÍTULO

**USO SELECTIVO Y RESTRICTIVO DE LA EPISIOTOMÍA Y SUS
CONSECUENCIAS EN PRIMIGESTAS, HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. HUÁNUCO, NOVIEMBRE-
DICIEMBRE 2016 Y ENERO-FEBRERO DEL 2017.**

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a DIOS y a nuestros padres quienes supieron guiarnos por el buen camino. Por sus buenos consejos y por la educación que nos brindaron, que siempre llevamos presente, ya que nos impulsan cada día a seguir adelante.

A cada una de nuestras familias por brindarnos su apoyo moral e incondicional.

A todos los docentes de la Facultad de Obstetricia que aportaron sus conocimientos y enseñanzas, y principalmente a nuestra asesora Doctora Mary Luisa Maque Ponce por brindarnos conocimientos y apoyo durante toda la etapa.

AGRADECIMIENTO

A Dios Por habernos dado la vida y llegar hasta este punto y por darnos salud para lograr nuestros objetivos, agradecida de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres que gracias a ellos hemos llegado a ser personas de bien, que con sus consejos y ejemplos de perseverancia nos motivaron a seguir adelante, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de nuestras vidas y preparación académica.

A nuestros hermanos y hermanas por su apoyo moral y económico durante toda mi formación profesional.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, en especial a la facultad de Obstetricia por ser parte de nuestra formación profesional, donde obtuvimos grandes conocimientos científicos y morales.

Al Hospital Hermilio Valdizan Medrano, por permitirnos realizar nuestra investigación, por la experiencia y los conocimientos adquiridos para nuestra vida profesional.

A todos los Obstetras y Ginecobstetras del Hospital Hermilio Valdizan Medrano, que nos brindaron su conocimiento, durante el avance de nuestra investigación.

A nuestra asesora de tesis Dra. Mary Maque Ponce por su asesoramiento y dedicación para lograr nuestro proyecto de tesis.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general conocer las consecuencias del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017. La metodología fue relacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; con una muestra de 60 mujeres, 46 con episiotomía selectiva y 14 con episiotomía restrictiva. Fueron los resultados: en primíparas entre las edades de 18 - 29 años un 70%, grado de instrucción primaria en 33%, estado civil presentaron unión estable un 62% (casadas 25% y convivientes 37%) y procedentes de la zona urbana un 72%. Las complicaciones fueron los desgarros en la episiotomía selectiva 32% y en la restrictiva 23%, infecciones en episiotomía selectiva 25% y en la restrictiva 2%, sangrado en episiotomía selectiva 25% y en la restrictiva 10%, dolor en la episiotomía selectiva muy alto en un 33% y en la restrictiva muy alto y regular un 8%, disparidad anatómica en la episiotomía selectiva 20% y en la restrictiva 18%, dehiscencia en la episiotomía selectiva 21% y en la restrictiva 12% y hematomas en la episiotomía selectiva 23% y en la restrictiva 7%. Se concluyó que no existen consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas.

Palabras clave: Episiotomía selectiva, episiotomía restrictiva, consecuencias.

ABSTRACT

The general objective of the research was to know the consequences of the selective and restrictive use of episiotomy in primitives of the Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco Regional Hospital, November - December 2016 and January - February 2017. The methodology was relational, retrospective, transversal and descriptive; with a sample of 60 women, 46 with selective episiotomy and 14 with restrictive episiotomy. The results were: in primiparous women between the ages of 18 and 29, 70%, primary education degree in 33%, marital status, stable union, 62% (married 25% and cohabiting 37%) and from the urban area. 72%. Complications were the tears in the selective episiotomy 32% and in the restrictive 23%, infections in selective episiotomy 25% and in the restrictive 2%, bleeding in selective episiotomy 25% and in the restrictive 10%, pain in the selective episiotomy very high in 33% and in the restrictive very high and regular 8%, anatomical disparity in the selective episiotomy 20% and in the restrictive 18%, dehiscence in the selective episiotomy 21% and in the restrictive 12% and hematomas in the episiotomy selective 23% and in the restrictive 7%. It was concluded that there are no consequences associated with the selective and restrictive use of episiotomy in primigraves.

Key words: Selective episiotomy, restrictive episiotomy, consequences.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPITULO I.....	11
I. MARCO TEÓRICO	11
1.1 ANTECEDENTES.....	11
1.1.1. Antecedentes Internacionales	11
1.1.2 Antecedentes Nacionales.....	17
1.1.3. Antecedentes Locales.....	21
1.2 INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA.....	22
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BASICOS.....	33
1.4 HIPOTESIS.....	34
1.5 VARIABLES-DIMENSIONES E INDICADORES.....	34
1.5.1 Variable independiente.....	34
1.5.2 Variable dependiente.....	34
1.6 OBJETIVOS.....	35
1.7.1 Objetivo general.....	35
1.7.2 Objetivos específicos.....	35
CAPITULO II.....	36
II.MARCO METODOLOGICO.....	36
2.1 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	36
2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36

2.3 DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN.....	37
2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACION DE DATOS.....	38
CAPÍTULO III.....	41
RESULTADOS.....	41
3.1 RELATO Y DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD OBSERVADA.....	41
3.2 COMPROBACION DE HIPÓTESIS.....	56
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	63
SUGERENCIAS.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS	

INTRODUCCION

La episiotomía es una de las intervenciones médicas introducidas en la asistencia sin una base científica que la respalde; casualmente, su introducción en la asistencia en 1742 por parte de Ould supuso la integración del hombre en la atención del proceso del parto, que a esta fecha había sido territorio de mujeres. (1)

La episiotomía es la única intervención quirúrgica que se utiliza sin el consentimiento de la paciente. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituye por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizara. Su reparación es más fácil, pero no parece ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor post operatorio es menor y la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarro. También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura vagina. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto. (2)

La realización de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto al desgarro espontaneo, y su indiscriminado incremento incrementa el daño perineal y consecuentemente, la morbilidad de la mujer. Y aunque la episiotomía reduce el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina. Afirma que no hay evidencia de que la episiotomía reduzca la incontinencia urinaria postparto ni a corto y largo plazo, al tiempo que tampoco presenta ninguna protección hacia el suelo pélvico. En su revisión tampoco encontró evidencia

que apoyase la afirmación de que la episiotomía protege a los recién nacidos de bajo peso contra la hemorragia intracraneal o la anoxia fetal. (3)

De acuerdo a las descripciones realizadas se tuvo que formular el siguiente problema estudiado: ¿Cuáles son las consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre – diciembre del 2016 y enero – febrero del 2017?; cuyo objetivo general fue conocer las consecuencias asociadas al uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas; objetivos específicos: determinar las características sociodemográficas en las primigestas, indicar el porcentaje de casos en primigestas con episiotomía selectiva y restrictiva, determinar las consecuencias del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en las primigestas e identificar si existe relación entre el uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas según sus consecuencias; la hipótesis fue: existe consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017 y la metodología fue relacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

Por lo tanto, dicho estudio de la investigación presenta los siguientes capítulos: CAPITULO I: Marco Teórico (antecedentes, investigación bibliográfica, definición de términos básicos, hipótesis, variables y objetivos). CAPITULO II: Marco Metodológico (ámbito de estudio, nivel y tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos, procesamiento y análisis de la información). CAPITULO III: Resultados (tablas y gráficos). CAPITULO IV: Discusión de resultados. Conclusiones. Sugerencias.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1.1 Antecedentes

1.1.2 Internacionales

Franco Cedeño, Cira Viviana 2017 – 2018 en Guayaquil – Ecuador realizo un estudio denominado complicaciones inmediatas de la episiotomía en nulíparas atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo de agosto 2017 – enero 2018; se observó que en su grupo de estudio corresponde a 150 mujeres nulíparas que tuvieron parto eutócico, de las cuales al 76% se les realizo episiotomía y al 24% de las pacientes restantes no se les realizo este procedimiento. Se pudo observar que el 24% presento perdida sanguínea mayor a 190cc, el 32% presentando pérdida sanguínea entre 160CC- 180CC, 24% presento perdida sanguínea entre 130CC-150CC, y el 6% de pacientes tubo perdida sanguínea entre 100CC-120CC.y que en el grupo de pacientes que no recibieron episiotomía la perdida sanguínea fue menor, teniendo el mayor porcentaje de perdida sanguínea entre los 100-120cc con un porcentaje del 42%, seguido del 39% de perdida sanguínea entre 130cc-150cc. Lo que permite analizar que las mujeres que se realizan episiotomía presentan mayor pérdida sanguínea que aquellas que no se realizaron. (4)

Zamora Cifuentes, Lady Guísela 2011, en Ecuador realizo un estudio denominado: La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Ibarra Tena, que tuvo como objetivo identificar las ventajas y desventajas del uso y no uso de episiotomía en pacientes nulíparas de parto normal. Donde encontró, que el mayor número de desgarros tipo I se presentó en mujeres sin episiotomía, mientras que en

aquellas a las que se les realizó episiotomía presentaron desgarros de III y IV grado; sin embargo, de las complicaciones más frecuentes tubo los desgarros, encontrándose que sin la episiotomía 28 pacientes (22,8%) presentaron desgarró de I grado, (4,9%) desgarró de II Grado, sin presentarse desgarros de más alto grado a diferencia de las mujeres con episiotomía en que el 9,8% presentó desgarró grado II y 2,4% grado III. Los desgarros perineales Grado I y II se presentaron con más frecuencia en las pacientes a las que no se les practicó la episiotomía donde hubo mayor riesgo de desgarró Grado III y IV al realizar episiotomía. El mayor número de complicaciones se presentaron con la aplicación de la episiotomía. (5)

Vargas Baldares, María 2011 – Costa Rica y Centroamérica en la revista médica de episiotomía LXVIII 461-466-2011 Concluye que: la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados. Su uso fue justificado como prevención de desgarros perineales graves y complicaciones fetales. Luego de múltiples estudios que han evaluado los beneficios y riesgos de la episiotomía de rutina, se ha observado una menor frecuencia de laceraciones labiales y vaginales, pero muestran un incremento en la incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado con sus consecuentes efectos a largo plazo. Por esto, se ha visto que en Estados Unidos el uso de la episiotomía ha disminuido notablemente utilizando la política selectiva de su uso, de acuerdo con la evaluación de los factores de riesgo de cada paciente y la experiencia que tenga el personal responsable de la atención del parto. (6)

Salas S, Evelyn 2012- Costa Rica-San José. De la revista electrónica sobre “perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía” Concluyen que: la episiotomía debe realizarse antes de las indicaciones ya sean materno

y/o fetales; esto bajo criterio profesional. Los desgarros del perineo pueden ocurrir en presencia o no de una episiotomía, es decir, debido a la no ejecución de esta o por efectuarse de manera tardía. La consideración histórica de la práctica de episiotomía presenta aspectos relevantes, lo cual lleva a una reflexión continua sobre la normativa vigente para realizar procedimientos médicos, tanto en el ámbito público como privado, acerca de la corporalidad femenina y la cultura. Se debe establecer claramente de que, aunque se trata de un procedimiento relativamente simple, esto no está exento de complicaciones. (7)

Mendoza, Ana. Y col. 2013-México de la guía de práctica: imss-608-13 sobre “prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada” Concluyen que: el uso restrictivo o selectivo de la episiotomía es recomendable para disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un lapso de 7 días. La episiotomía media lateral se asocia a menos lesiones del esfínter anal y rectal. Cuando la episiotomía está indicada, la técnica medio lateral es recomendable, ya que se encuentra menos relacionada a desgarros del esfínter anal y rectal surgiendo que el corte de la episiotomía sea en un ángulo de 45 a 60 respecto a línea media para evitar lesión del esfínter. La episiotomía medio lateral presenta mayor riesgo de sangrado, dificultad en la reparación y molestia en posparto. Considerado que la episiotomía medio lateral se asocia a mayor sangrado y dificultad en su reparación se debe verificar la hemostasia y la reparación correcta en estas pacientes con fines de identificar su existencia no hematoma o sangrado activo. (8)

Carroli G, Belizan J, Argentina; 2011 realizaron un estudio denominado. Episiotomía en el parto vaginal: que pretendía evaluar los efectos del uso

restrictivo de la episiotomía en comparación con la episiotomía rutinaria durante el parto vaginal, obtuvieron como resultado que se realizó episiotomía al 72,7% de las mujeres, mientras que la tasa en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27,6%. El uso restrictivo de la episiotomía, en comparación con el uso rutinario, se asocia con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones de la cicatrización. No obstante, el uso restrictivo de la episiotomía se asoció con un mayor riesgo de trauma perineal anterior. Por otra parte, no hubo diferencias con respecto a la mayoría de las medidas que se adoptan para controlar el dolor y al trauma perineal o vaginal severo. (9)

Bustamante, S Y Col. 2011-Argentina, realizó un estudio denominado “la episiotomía restrictiva en parto normal”. Concluyen que: se debe efectuar estudios comparativos entre los siguientes factores:

- Presencia de desgarro perineal y circunferencia craneana de los recién nacidos, en pacientes con y sin episiotomía.
- Puntaje de Apgar a los 5 minutos y episiotomía restrictiva.
- Duración del período expulsivo en primíparas y multíparas, con y sin episiotomía.

La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. El procedimiento debe ser aplicado selectivamente para situaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen indicaciones fetales y operaciones de fórceps o espátulas de Thierry y en especial en aquellos casos en que a juicio del operador sea obvio que la falta de ejecución de una episiotomía producirá la ruptura perineal. Siempre debe primar el criterio clínico y el bienestar materno y fetal. (10)

Miriam Regina, Calezulato y Arancibia Ulloa, Fernando, en Bolivia, durante el año 2012 realizaron un estudio denominado: episiotomía y riesgos, siendo el objetivo analizar la técnica de incisión de la episiotomía, los beneficios y los riesgos posibles de su uso durante el parto y sus efectos en la salud de la madre y el niño, con los siguientes resultados: la episiotomía no se relaciona a mayor frecuencia de desgarros perineales, sin embargo estos significativamente más graves en el parto normal, ya que son de tercer y cuarto grado, mientras que el parto normal se dan en la modalidad de primer y segundo grado. (11)

Figueira Rodríguez, Lina y et al, en Venezuela, durante el año 2012 realizaron un estudio denominado: uso rutinario de la episiotomía y el daño perineal, siendo el objetivo comparar el daño perineal de la episiotomía rutinaria y la episiotomía selectiva, con los siguientes resultados: los desgarros perineales severos fueron poco frecuentes y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo rutinario y el selectivo (4% vs 0%, = 0,495), concluyendo que estos resultados no demuestran ninguna ventaja clínicamente significativa con el uso rutinario de la episiotomía; tasa superiores al 30% no se justifican. (3)

Mejía María, Elena y et al, en el año 2012, en el hospital Carlos Holmes Trujillo en Colombia, realizaron una investigación denominada: episiotomía de rutina y episiotomía no rutinaria, que tuvo como objetivo determinar la existencia de pacientes beneficiarias de la episiotomía de rutina y de la no rutinaria, utilizando un diseño experimental con selección aleatoria de dos grados de gestantes, la muestra estuvo conformada por 34 pacientes para el grupo control quienes recibieron el manejo rutinario de realizar episiotomía y 30

pacientes para el grupo experimental a quienes no se les realizó episiotomía de rutina, concluyendo que existe un grupo de pacientes que se benefician en forma importante de la episiotomía, motivo por el cual no se puede abolir completamente este procedimiento; pero la literatura y el presente estudio coinciden en sugerir que cuando se usa de manera selectiva en una inminencia de desgarro o compromiso de la vitalidad fetal, produce mayores beneficios a la gestante. (12)

Bernues Suarez, I. 2013–España “universidad pública de navarra en el estudio de “efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné” Concluye que: la episiotomía es una incisión que se realiza en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del parto. Se utiliza para acortar el expulsivo y prevenir posteriores problemas del suelo pélvico -como desgarros y prevenir lesiones fetales como la asfixia intraparto y la hemorragia intracraneal. (13)

Ortega Flores, Daphnee Lourdes, Nicaragua, durante el año 2014 realizó un estudio denominado: complicaciones inmediatas de la episiotomía, en mujeres primigestas. Siendo el objetivo conocer la frecuencia y tipo de complicaciones de la episiotomía en las primigestas, con los siguientes resultados: Se encontró que el rango de edad predominante fueron las adolescentes de 14 a 19 años, con un 72.5%, el estado civil acompañada, con un 58.8%, la complicación más frecuente se encontró el desgarro en un 21.25%, seguido de las prolongaciones de episiotomía en un 20.25%, hematomas en un 13.75%. Al comparar la edad de las pacientes con la complicación no se encuentra diferencia significativa ya que en todos los rangos tuvieron un alto porcentaje de complicación. Comparando la relación entre el médico que atendió el parto y

la frecuencia de complicaciones encontramos que el más alto porcentaje corresponde a los residentes de II año con el 67%. (14)

1.1.2 Nacionales

Casanova Chang, Mey Lin y Luna Zafra, Tania Jessica en el año 2011 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, realizó un estudio denominado: estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones; teniendo como objetivo comparar las complicaciones que se presentan en el uso sistemático y el no uso de la episiotomía media lateral. La complicación más frecuente que se presentó en el grupo de episiotomía con indicación y de episiotomía sistemática fue la dehiscencia parcial de episiorrafia (25% y 17.6% respectivamente), ésta aunada con el porcentaje de dehiscencia total (0.4%), nos da un total de 43% de dehiscencias en las pacientes en las que se realizó episiotomía, en comparación con 2.5% en las que no hubo episiotomía, pero tuvieron dehiscencia de sutura. Los investigadores llegaron a la conclusión que: al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones posparto, pero de menor severidad, que cuando esta se realiza de manera sistemática. La aplicación sistemática de la episiotomía se asocia a complicaciones posparto severas como son los hematomas las infecciones, los edemas, los desgarros perineales, las dehiscencias parciales y totales de episiorrafia. (2)

Rodríguez Góngora, Edgar y et al, en Tarapoto el año 2012 en el hospital II – 2 MINSA Tarapoto, realizaron un estudio denominado: complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas, que tuvo como objetivo determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía las complicaciones del uso rutinario en gestantes nulíparas. Los investigadores

llegaron a las conclusión que: De las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, 2010; el promedio de edad fue de 20.74 años; el 81.2 % tienen una unión estable con su pareja; el nivel primaria predominó en un 58,12% y el 68,38% procedió de la zona urbana. (15)

Albino Sánchez, Frank en el año 2013, en el Hospital de apoyo de Sullana, realizo un estudio denominado: uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal. Teniendo como objetivo determinar en gestante nulíparas con episiotomía y gestantes nulíparas sin episiotomía, la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones. encontró que el 33% de las mujeres con episiotomía presentaron desgarros, en tanto que las mujeres procedentes de parto normal solamente en el 25% de los casos presentaron desgarros, determinando que en el 13% presentaron desgarros de segundo grado, en el 14% de tercer grado y en el 6% de cuarto grado, mientras que las mujeres con parto normal tuvieron 19% de desgarros de primer grado y 6% de desgarros de segundo grado, no se presentó ningún caso de desgarros de tercer y cuarto grado, llegando a la conclusión que el parto con episiotomía incrementa la gravedad de los desgarros; Al evaluar la presencia de hematomas pudo encontrar que del total de mujeres con episiotomía el 62% presentó hematomas, mientras que las mujeres de parto normal sin episiotomía solamente presentaron hematomas en el 3%. Con respecto a la presencia de edemas encontró, que del total de mujeres episiotomizadas el 32% presentó edema en la zona perineal y vaginal, mientras que las mujeres procedentes de parto normal sin episiotomía solamente en un 5%. En relación a la presencia de dehiscencia pudo encontrar que del total de las mujeres episiotomizadas, el 21% presentó dehiscencia,

mientras que del total de las mujeres de parto normal sin episiotomía hicieron dehiscencia de sutura de desgarro en el 3%; asimismo, encontró que la presencia de infecciones vulvoperineales en mujeres a quienes se les realizó la episiotomía fue del 51%, mientras que del total de las mujeres con parto natural sin episiotomía solamente el 5% presentó infecciones. (16)

Ávila Fabián, Adela Cecilia. Lima-2016, realizó un estudio denominado prevalencia de episiotomía y desgarros perineales, teniendo como objetivo determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales. Los investigadores llegaron a la conclusión que en el estudio realizado se observó que la mayoría de primíparas fueron sometidas a episiotomía y que solo algunas episiotomías fueron ampliadas. En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado. La anemia se presentó en mayor porcentaje en primíparas con episiotomía encontrándose anemia leve en mayor porcentaje. Las primíparas que presentaron episiotomía y desgarros tuvieron un periodo de expulsivo que duro de 10 a 20 minutos en mayor porcentaje. (17)

Chozo Celis, Kerllyn Kiara, en Cajamarca 2017. Realizó un estudio denominado: Complicaciones de la práctica rutinaria de la episiotomía en comparación a la práctica restrictiva en primíparas. Hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2016. Donde se realizó en 110 mujeres; 51 (46.4%) con episiotomía rutinaria y 59 (53.6%) con episiotomía restrictiva. En la cual la mayoría de primíparas perteneció a las edades de 15-19 años (51,0% y 40,7%); la mayoría tuvo secundaria completa (45,1% y 47,5%); convivientes (72,5%) y procedentes de la zona urbana (64,4%). Las complicaciones inmediatas fueron laceraciones del canal del parto, con 27,5% y 28,8% en

primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva respectivamente; hematomas en 33,3% y 6,8% de primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, y desgarros, en 70,6% y 20,3% de primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, verificando que las complicaciones se presentaron en menor porcentaje en mujeres con episiotomía restrictiva, con excepción de laceraciones que fueron más frecuentes en éste último grupo. Como complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) se determinó que se presentaron infecciones en 43,1% y 3,4% en primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva; dehiscencia en 27,5% y 11,9% en primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva. Donde llegó a determinar que la episiotomía restrictiva es más beneficiosa que la episiotomía rutinaria. (18)

Zorrilla Herrera, Carmelí, en el año 2016 en el Hospital Tomás Lafora, Cajamarca. Realizó un estudio denominando: Anemia asociada a dehiscencia de episiorrafia en puérperas primíparas; siendo el objetivo: determinar y analizar la asociación entre anemia en embarazo y dehiscencia de la episiorrafia en primíparas. Teniendo como resultado: se encontró que la mayoría de primíparas perteneció al grupo etáreo de 20-24 años; el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria completa; son convivientes; amas de casa y procedentes de la zona urbana. El mayor porcentaje de primíparas tuvo más de 6 atenciones prenatales y la mayoría tomó sulfato ferroso. La mayoría de primíparas presentó una anemia leve (49%), seguido de un alto porcentaje que presentó anemia moderada (45,2%). (19)

1.1.3 Locales

Pujay Escobal, Ángela Chenyu Huánuco-2016 en su trabajo de 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 cuyo objetivo fue: determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto se llegó a la conclusión 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 la variable complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía, el (3,4%) del total de episiotomías realizadas presento complicaciones, pudiéndose, observar que el mayor porcentaje de complicaciones inmediatas correspondió al desgarro de primer grado (46,15%), seguido del desgarro de segundo grado y las hemorragias (23,07%) y el desgarro grado 3 con un (7,69%); y entre las complicaciones Tisulares el hematoma vulvar con un (66,66%) y en menor porcentaje el edema vulvar con un (33,33%); se pudo observar que el mayor porcentaje de la percepción dolorosa en la aplicación sistemática de la episiotomía en 46,15% fue de un regular, el 23,07% alto y el leve y 7,69% ninguna. (20)

Bacilio Cruz, S. 2011.P. Huánuco. Realizo un estudio denominado complicaciones en el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas del hospital regional Hermilio Valdizán de Huánuco Concluye que: la episiotomía influye en la aparición de complicaciones como desgarro, dolor y

dehiscencia de las pacientes nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco. (21)

Albornoz Piñan, Ciro 2012. Huánuco. En el centro de salud Carlos Showing Ferrari en Huánuco, realizo un estudio denominado: uso de la episiotomía restrictiva en comparación con la episiotomía tradicional en primigestas durante el parto vaginal, teniendo como objetivo evaluar los efectos de la episiotomía restrictiva en comparación con el uso de la episiotomía tradicional en primigestas durante el parto vaginal. Los investigadores llegaron a la conclusión que: en cuanto a la edad promedio para la episiotomía restrictiva fue de 23 años y 21 años para la episiotomía tradicional, dato concluyente y creyente que solo se aplica la episiotomía tradicional en aquellas primíparas de edades extremas como son adolescentes y añosas. En relación al número de complicaciones está comprobado que la episiotomía tradicional conlleva a un porcentaje elevado siendo el 91%, a diferencia que en la episiotomía restrictiva solo se presenta un 27%, porcentajes que son bastante elevados para la episiotomía tradicional, si se tiene en cuenta que muchos profesionales de la salud lo realizan en forma rutinaria. (1)

1.2 Investigación bibliográfica

Episiotomía:

Etimológicamente episiotomía significa "cortar el pubis" (episeion = pubis y temno = yo corto). Lo definen la episiotomía como un corte quirúrgico del cuerpo perineal que se practica para proteger el esfínter y el recto de laceraciones o desgarros severos durante el parto, como también para disminuir la duración de la segunda etapa del mismo y prevenir la aparición de futuros prolapsos genitales. (22)

Es una sección perineo vaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el perineo sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño. (23)

Historia de la episiotomía

La episiotomía es una de las intervenciones médicas introducidas en la asistencia sin una base científica que la respalde; casualmente, su introducción en la asistencia en 1742 por parte de Ould supuso la integración del hombre en la atención del proceso del parto, que hasta esa fecha había sido territorio de mujeres. (1)

Según Parvin, desde que Ould propuso por primera vez el uso de la episiotomía en 1742 recomendando su utilización en aquellos partos "extremadamente dificultosos.". Su utilización ha sido objeto de múltiples controversias. El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799. Según lo reporta Nugent, , Primer. el profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad medio lateral de episiotomía en Francia después del año 1847. El que le dio el nombre de episiotomía que deriva del griego episeion, vulva, pubis, y tomi o tome, sección, cortar, Carl Braun a mediados del siglo pasado (1857) quien fue el primero en criticarla y considerarla inadmisibles e innecesaria, desaconsejando su uso. Por entonces, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto. (24)

El “corte” no se popularizó hasta el siglo XIX porque los médicos se negaban explícitamente a aceptar una práctica “nueva” de maternidad que iba contra “la ley natural”. Anna Broomall en EEUU y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahl ²⁸ defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración integral del periné. No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse. (22)

Sin embargo, en el siglo XX, asistimos a un cambio radical en el sistema de creencias de los obstetras. En los EEUU, al principio del siglo XX, el proceso normal de nacimiento que no requiere apenas intervención se sustituye por una percepción del parto como un acontecimiento patológico, donde es necesario tomar medidas preventivas para evitar daños fetales y maternos. Médicos famosos e influyentes recomiendan la episiotomía. (25)

En 1918, Pomeroy lanza la acusación de “que un expulsivo largo ha destruido innumerables niños...” y De Lee escribe en 1920 que “La perineotomía sin duda preserva la integridad del suelo pélvico... y previene...un gran número de secuelas...” En Inglaterra, al aceptarse el “manejo activo del parto” en los años 70 se eliminan las barreras psicológicas que consideran el dar a luz como un proceso fisiológico, aceptando la superioridad de la intervención obstétrica. Como resultado, la episiotomía rutinaria, mediana o medio-lateral, se convierte en una parte esencial del parto “moderno”, la operación más común en obstetricia y entre las diez prácticas quirúrgicas más utilizadas. (26)

Es por ello que se pasa del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía, (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profiláctico, particularmente en primíparas. Los argumentos esgrimidos a favor de la episiotomía rutinaria fueron los siguientes:

"Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período dilatante y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado." (13)

1) "Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar". (26)

2) "Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc." (26)

3) "Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas" (15)

Según Sheila Kitzinger, esta es la única intervención quirúrgica que se realiza sin el consentimiento de la paciente. Las razones para su popularidad son claras, ya que sustituyen por una incisión quirúrgica limpia y recta, a la laceración de bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia si no se realizara. Su reparación es más fácil, pero no parecen ser verdaderas las ideas sostenidas durante mucho tiempo de que el dolor postoperatorio es menor y la cicatrización mejora con una episiotomía en comparación con un desgarro. También se creía que la misma ayudaba a tensar la vagina luego del parto y que evitaba el estiramiento de la apertura

vaginal. Investigaciones recientes sobre el tema están demostrando que esto podría no ser cierto. (26)

Ventajas de la episiotomía

- “Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período de dilatación y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado” (28)
- “Indudablemente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar.” (28)
- “Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc.” (28)
- “Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum vésico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas” (28)

En conclusión, y según De Lee la episiotomía practicada en forma rutinaria:

- Evitaba el dolor
- Prevenía desgarros
- Acortaba el parto y por ende disminuía la morbilidad perinatal
- Prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas. (22)

Desventajas de la episiotomía

Para Woolley, la realización de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto del desgarro espontáneo, y su uso indiscriminado incrementa el daño perineal y, consecuentemente, la morbilidad de la mujer. Y, aunque la

episiotomía reduce el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina. Afirma que no hay evidencia de que la episiotomía reduzca la incontinencia urinaria posparto ni a corto ni a largo plazo, al tiempo que tampoco presenta ninguna protección hacia el suelo pélvico. En su revisión tampoco encontró evidencia que apoyase la afirmación de que la episiotomía protege a los/as niños/as de bajo peso contra la hemorragia intracraneal o la anoxia fetal. (3) De la misma manera no halló una clara evidencia en la reducción del segundo período del parto, y menos aún dio con alguna investigación que apoyara la utilidad de la episiotomía en el sufrimiento fetal o en la distocia de hombros. Por otro lado, observó que se produce un aumento sustancial de pérdida de sangre con la episiotomía y que la morbilidad a largo plazo del daño del esfínter anal provocado por una episiotomía (sobre todo central) es superior al causado por un desgarro espontáneo. (29)

Una revisión más reciente de Renfrew MJ et al (29) (1998) concluye con la importancia del uso restrictivo de la episiotomía. Handa v.l y Harri (31) (1996) en una revisión sobre las conductas obstétricas para prevenir la incontinencia y los prolapsos de los órganos pélvicos, encontraron que el daño del suelo pélvico se puede reducir disminuyendo la cantidad de fórceps y episiotomías. Otra revisión importante es la realizada por Henci Goer (Obstetric Myths Versus Research Realities, 1995): concluyó que tanto la posición de litotomía como la anestesia epidural incrementaban la necesidad de una episiotomía, además de potenciar la instrumentalización de los partos. (12)

Debido a su implicación en la incontinencia anal, se han llevado a cabo numerosos estudios en los que se ha analizado la relación entre ésta y la

episiotomía central. Signorello LB et al en un estudio cohorte retrospectivo, llega a la conclusión de que la episiotomía central no protege el periné y/o el esfínter anal, sino que, por el contrario, puede dañarlos; se trata éste de un resultado independiente de edad materna, peso del bebé, partos instrumentales y/o complicaciones del parto. Al mismo tiempo, deduce que las mujeres con desgarros espontáneos tienen menos posibilidades de desarrollar una incontinencia rectal durante el posparto. (32)

Tipos de episiotomía

Hay dos clases de episiotomía, la medial y el medio lateral. A su vez, el medio lateral puede ser realizada hacia la derecha o hacia la izquierda. Una última variante de episiotomía, aunque escasamente practicada, es la lateral.

✓ La episiotomía medial o central

Se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano, tiene como ventajas que permite una mayor apertura del canal de parto, cicatriza más rápidamente porque este corte se efectúa en una zona de tejido conjuntivo, que no tiene demasiados vasos sanguíneos. Provoca menos hemorragia, técnicamente es más sencilla para suturar y suele provocar menos dolor en el posparto. (33)

✓ La episiotomía medio lateral

La mayoría de los médicos prefieren la incisión medio lateral, que se mantiene siempre alejada del recto y tiene menor riesgo de desgarro. La tijera secciona siguiendo un ángulo de 45° respecto a la horizontal. Se cortan la piel, algunos centímetros de la vagina y todo el haz puborectal del músculo elevador del ano. Se dirige en línea oblicua hacia la nalga. (33)

✓ La 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 central. Además, respecto a los otros tipos de corte, la sutura suele producir con más facilidad dolores en el periné. (33)

Como norma general, existiendo buenas condiciones perineales, la episiotomía media presenta más ventajas que la episiotomía medio-lateral, a excepción de la posibilidad de producción de desgarros complicados (esfínter del ano, pared rectal). Esta incidencia se cifra en el 8%. Otros autores, aportan cifras más elevadas, 9% en multíparas y 20% en primíparas. Es preciso recordar que estos desgarros no están exentos de morbilidad. En casos de primiparidad, expulsivo prolongado, occipito-posterior, aplicación de fórceps, vacuum, es más recomendable realizar una episiotomía medio-lateral, ya que en estas circunstancias una episiotomía media se asocia a desgarros complicados. (33)

Indicaciones de la episiotomía.

Las indicaciones de la episiotomía pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- ✓ Indicaciones fetales: En estos casos las indicaciones son de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar la anoxia del feto, resistencia que puede oponerse a la salida fetal es el plano perineal. La episiotomía, al eliminar la resistencia perineal evita el traumatismo sobre la cabeza fetal. Entre estas indicaciones se encuentran la macrosomía fetal, el expulsivo prolongado, las

presentaciones cefálicas deflexionadas o en occipito posterior, la sospecha o confirmación de hipoxia fetal en expulsivo, el feto pre término y la presentación podálica. (34)

- ✓ Indicaciones maternas: Las indicaciones maternas pueden agruparse en indicaciones vitales (periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, desgarro perineal inminente, etc.) y preventivas. La práctica de la episiotomía como indicación preventiva se ha fundamentado en sus beneficios, esto es evitar los desgarros perineales y la compresión y elongación prolongada de músculos y fascias perineales impidiendo así su lesión e hiperdistensión, y por lo tanto el prolapso urogenital y la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo. (34)

- Momento de realización de la episiotomía

El momento de realizar la episiotomía es un factor principal a la hora de valorarlos potenciales beneficios de esta técnica. Si la episiotomía se realiza de forma muy tardía, prácticamente a punto de desprenderse la cabeza fetal, la elongación, estiramiento y lesión músculo-nerviosa ya se habrá producido, invalidando muy probablemente los posibles efectos beneficiosos de la cirugía. Al contrario, si la episiotomía se realiza de forma muy precoz, la hemorragia puede ser considerable. (35)

En un parto eutócico se estima que el momento más oportuno para realizar la episiotomía es cuando la cabeza fetal es visible en el introito vulvar, en un diámetro de 3-4 cm. Común criterio práctico, el momento idóneo es cuando la cabeza apoya en el introito y ya no se eleva del mismo en la pausa contráctil.

(36)

- Momento de reparación de la episiotomía

La práctica más frecuente es diferir la reparación de la episiotomía hasta el alumbramiento de la placenta; así esta no es interrumpida por la necesidad obvia del alumbramiento placentario. (36)

Técnica

Para realizar la episiotomía se aplica anestesia local, previa aplicación en la zona donde se hará la incisión de un líquido antimicrobiano para prevenir la infección, y cuando la cabeza del bebé distiende el periné (partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis), 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 perineal. Generalmente se hace durante una contracción uterina, para que la embarazada no se dé cuenta que le están haciendo el corte. La mano libre del obstetra protege la cabeza del bebé, para evitar lesiones en la misma, y lo hace interponiendo los dedos índice y medio entre los tejidos maternos y la cabeza fetal. (33)

La sutura se comienza desde el ángulo vaginal, cuidando de que no quede ningún vaso sanguíneo sangrando que produzca después un hematoma. Primero se sutura los músculos, en segundo lugar, la mucosa vaginal y por último se aproximan los bordes de la piel. El hilo que se usa para este tipo de sutura es de un material reabsorbible, para que los puntos no haya necesidad de sacarlos y se caigan solos, sin que se abra la herida. (33)

EL catgut crómico es una sutura comúnmente usada para la episiotomía y que demora 2 a 3 semanas en absorberse. Los errores se pueden cometer haciendo un reparo apresurado o con mala visualización del área que se va ser

reparada. Poca luz, sangrado excesivo, o paciente poco colaboradora también pueden dificultar el reparo del área. Si el área no es correctamente afrontada o incluso, si los puntos son estirados luego, los bordes de la herida pueden no cicatrizar correctamente. Algunas mujeres cicatrizan demasiado bien y forman un tejido granuloso, que puede crear “spotting” y dolor. En otros casos, se forma una especie de punto, usualmente a horas 6 en la parte inferior de la vagina, lo que puede causar dolor extremo a la inserción de un tampón, un dedo o el pene. (5)

Complicaciones de la episiotomía

Entre las complicaciones tenemos la pérdida sanguínea excesiva, formación de hematoma, infección o absceso de episiotomía, pérdida del tono de la mucosa rectal y del esfínter del ano y fístulas. (36)

Desgarro: rasgados de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo de la vagina durante el parto. Generalmente se repara mediante una cirugía. (13)

Se clasifica en cuatro grados:

1º Grado: Afecta la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y el músculo

2º Grado: Afecta la fascia y el músculo del periné, pero sin comprometer el esfínter anal

3º Grado: Comprende piel, la mucosa, periné y esfínter anal

4º Grado: Se extiende a través de la mucosa rectal y exponen a la luz el recto, puede haber desgarros de la uretra. (2)

1.3 Definición de términos básicos

- ✓ Parto Eutócico: Proceso fisiológico por el cual se expulsa del útero al bebe a término y en presentación cefálica de vértice, vía vaginal. (37)
- ✓ Laceraciones: Desgarro o herida desgarrada. (37)
- ✓ Hematoma: Derrame sanguíneo que se produce en el espesor del tejido conectivo peri vaginal o peri vulvar sin ruptura, por lo menos al comienzo de los planos superficiales. (37)
- ✓ Edema: Presencia de volumen excesivamente grande de líquido intercelular en los tejidos del cuerpo. (37)
- ✓ Infección: Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales. (37)
- ✓ Dehiscencia: Abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica. (37)
- ✓ Episiotomía: Es una técnica quirúrgica simple de relajación (sección del anillo vulvo perineal) que se realiza con carácter profiláctico, para ensanchar el introito vaginal y así evitar que el desprendimiento de la presentación fetal provoque una hiperdistensión y posterior desgarro del periné, vagina y especialmente de los músculos y aponeurosis del suelo pélvico. (37)
- ✓ Episiotomía selectiva: Es aquella práctica obstétrica que se ha convertido en una parte del repertorio de intervenciones del parto en función de la teoría más que en algún valor demostrado y se ha mantenido como una práctica convencional (más o menos) a pesar de una fuerte evidencia empírica que no apoya su uso. (37)

- ✓ Desgarros perineales: Constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa. (37)

1.4 Hipótesis

Hipótesis general:

H₁ Existe consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

H₀ No existen consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

1.5 Variables-dimensiones e indicadores

1.5.1 Variable independiente:

- El uso de la episiotomía

Indicadores:

- Selectivo
- Restrictivo

1.5.2 Variable dependiente:

- Las consecuencias

Indicadores:

- Consecuencias del uso selectivo
- Consecuencias del uso restrictivo

1.5.3 Variable de interés:

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Procedencia

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general:

- Conocer las consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

1.6.2 Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas en las primigestas.
- Indicar el porcentaje de casos en primigestas con episiotomía selectiva y restrictiva.
- Determinar las consecuencias del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en las primigestas
- Identificar si existe relación entre el uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas según sus consecuencias.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1 Ámbito de estudio

El presente trabajo se desarrolló en el Hospital Hermilio Valdizán ubicado en el Jr. Hermilio Valdizán N° 950, en el Distrito de Huánuco, Provincia Huánuco y Región Huánuco.

2.2 Nivel y tipo de investigación

2.2.1 Nivel de investigación

Se realizará una investigación de nivel relacional.

- Relacional: porque tiene como objetivo determinar las características de un fenómeno social o clínico en una circunstancia geográfica, así como establecer relaciones entre variables en un determinado momento. (39)

2.2.2 Tipo de investigación

Según la intervención del investigador:

- Observacional: no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador. (39)

Según la planificación de toma de datos. (39)

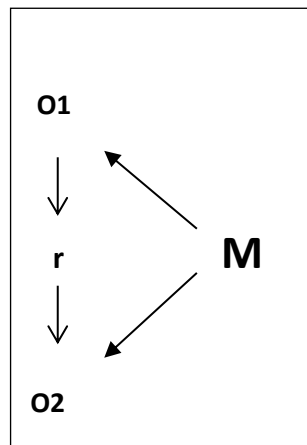
- Retrospectivo: los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios). No podemos dar fe de la exactitud de las mediciones. (39)

Según el número de ocasión en que se mide la variable de estudio:

- Transversal: todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes. (39)

2.3 Diseño y esquema de investigación

El diseño es no experimental porque las variables carecen de manipulación intencional y de corte transversal ya que se estudian las variables simultáneas en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.



M = Muestra

Ox = Observación de la variable independiente.

Oy = Observación de la variable dependiente.

R = Relación predictiva entre las variables.

2.4 Población y muestra

Población: estuvo constituida por 556 gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco noviembre-diciembre 2016 y enero-febrero 2017

Muestra: Estuvo constituida por una muestra seleccionada de 60 primigestas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Hermilio Valdizán

Medrano. Huánuco noviembre-diciembre 2016 y enero-febrero 2017. Se utilizó el muestreo no probabilístico bajo la modalidad por conveniencia de las investigadoras, asimismo se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Primigestas a término.
- Pacientes entre 13 a 30 años a más.
- Partos eutócicos.
- Pelvis ginecoide.
- Episiotomía medio lateral.
- Feto en presentación cefálica.
- Feto único.
- Pacientes que tuvieron por los menos un control puerperal.
- Pacientes que tuvieron como mínimo 6 controles prenatales.

Criterios de Exclusión:

- Primigestas posttermino.
- Pacientes menores de 13 años.
- Partos distócicos.
- Pelvis no ginecoide.
- Episiotomía mediana y lateral.
- Feto podálico.
- Fetos múltiples.
- Pacientes sin control de puerperio.
- Pacientes que no tuvieron controles prenatales.

2.5 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

2.5.1 Técnica:

La técnica es el análisis documental porque la información recolectada fue recopilada y analizada de las historias clínicas de todas las primigestas atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano. (39)

2.5.2 Instrumento:

- Fichas de recolección de datos

Se eligieron en forma aleatoria las historias clínicas de las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión y se tomó el número de historia clínica de dichas pacientes del libro de registro de partos del Centro Obstétrico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano para realizar el llenado de las fichas de recolección de datos. (39)

El contenido del instrumento fue validado por el juicio de 5 expertos:

Expertos	Calificación cualitativa	Calificación cuantitativa
Obs. Carlos Carrillo Espinoza	Muy Bueno	20
Obst. Melsi Aliaga Victorio	Muy Bueno	20
Obst. Rosario De La Matta Huapaya	Muy Bueno	20
Obst. Ruth Cordova Ruiz	Muy Bueno	20
Obst. Zoila Miraval Tarazona	Muy Bueno	20
Total	Muy Bueno	20

Para la validez de la consistencia interna se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach el mismo que tuvo como resultado un valor de 0,65 a 0,80 que corresponde a una fuerte confiabilidad.

2.5.3 Técnicas para el procesamiento y Análisis de la información

Los procedimientos para el procesamiento y Análisis de los datos fueron los siguientes:

1. El instrumento de recolección de datos fue revisado y valido por criterio de expertos, para determinar la validez y confiabilidad del instrumento elaborado.
2. Se solicitó el permiso del director del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano para la realización del proyecto de investigación.
3. La recolección de datos se realizó de noviembre a diciembre 2016 y enero a febrero 2017 en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.
4. Los datos acopiados fueron tomados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de las historias clínicas.
5. Habiendo obtenido los datos y la información necesaria tras la aplicación del instrumento, se procesaron estos datos haciendo uso de las técnicas básicas de estadística mediante programas como el Microsoft Excel.
6. El recuento de datos se hizo a través del paquete estadístico SPSS versión 22.
7. Los datos fueron analizados, tabulados y sometidos a pruebas de validez estadística a través de la prueba no paramétricas de Chi cuadrado con un nivel de significancia $p < 0,05$, para determinar si la variable uso selectivo de la episiotomía presentó mayores complicaciones que la no realización de la misma, en primigestas.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Relato y descripción de la realidad observada

Tabla 01. Tipo de procedimiento realizado en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
Episiotomía selectiva	46	77%
Episiotomía restrictiva	14	23%
Total	60	100%

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

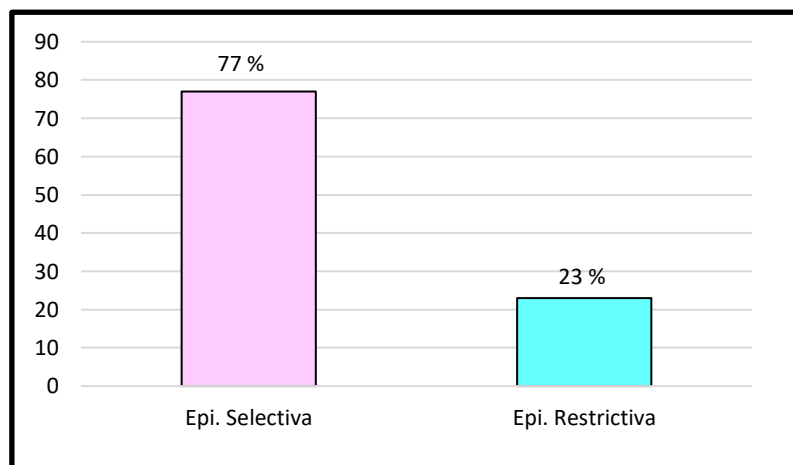


Figura 01. Tipo de procedimiento.

Interpretación: En la tabla 01 muestra que: del 100% (60) las pacientes atendidas, el 77% (46) se le realizó la episiotomía selectiva y el 23% (14) se le realizó la episiotomía restrictiva siendo con mayor frecuencia la episiotomía selectiva con un 77%.

Tabla 02. Edad de las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Edad	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
13 a 17 años	12	20%	1	2%	13	22%
18 a 29 años	30	50%	12	20%	42	70%
30 años a mas	4	6%	1	2%	5	8%
Total	46	76%	14	24%	60	100%

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

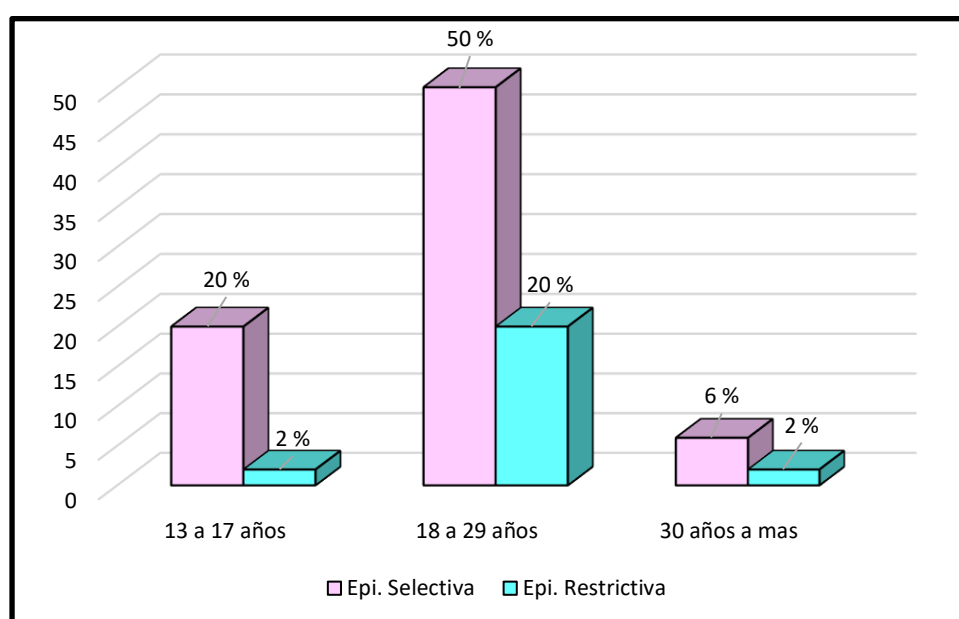


Figura 02. Edad de las primigestas.

Interpretación: En la tabla 02 muestra que: del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que la episiotomía selectiva se dio con más frecuencia con edades de: 13 a 17 años con 20% (12), de 18 a 29 años con un 50% (30) y 30 años a más con un 6% (4), mientras que en la episiotomía restrictiva fueron: de 13 a 17 años con 2% (1), de 18 a 29 años con un 20% (12) y 30 a más con un 2% (1).

Tabla 03. Estado civil de las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Estado civil	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	18	30 %	5	8 %	23	38 %
Casada	10	17 %	5	8 %	15	25 %
Conviviente	18	30 %	4	7 %	22	37 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

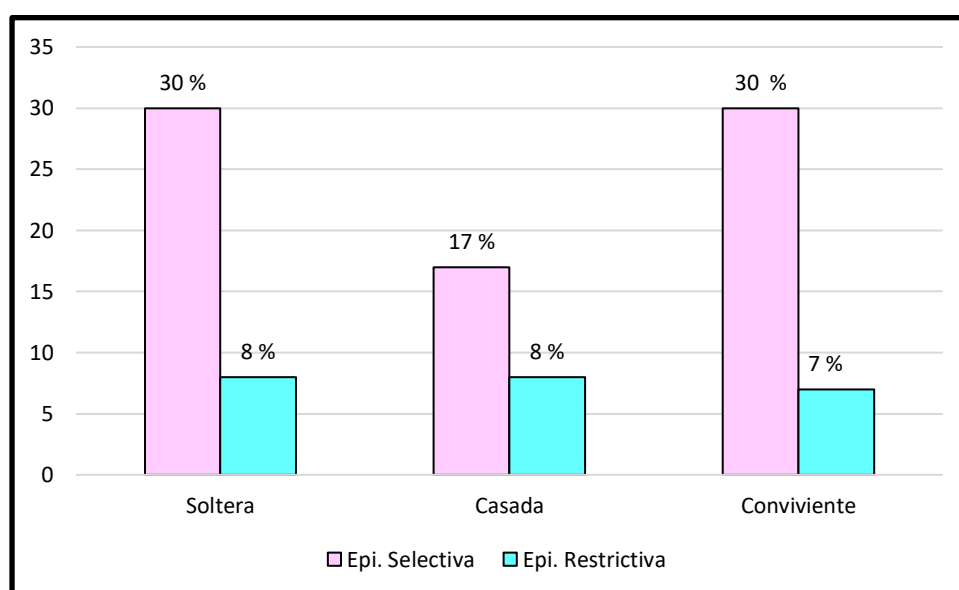


Figura 03. Estado civil de las primigestas.

Interpretación: En la tabla 03 muestra que: del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que en la episiotomía selectiva con más frecuencia se dan en las solteras y convivientes con un 30% (18) seguido de casadas con un 17% (10) mientras que en la episiotomía restrictiva las casadas y solteras tiene un porcentaje de 8% (5) y conviviente un 7% (4).

Tabla 04. Grado de instrucción de las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Grado de instrucción	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	7	12 %	1	2 %	8	14 %
Primaria	14	23 %	6	10 %	20	33 %
Secundaria	16	27 %	3	5 %	19	32 %
Superior	9	15 %	4	6 %	13	21 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

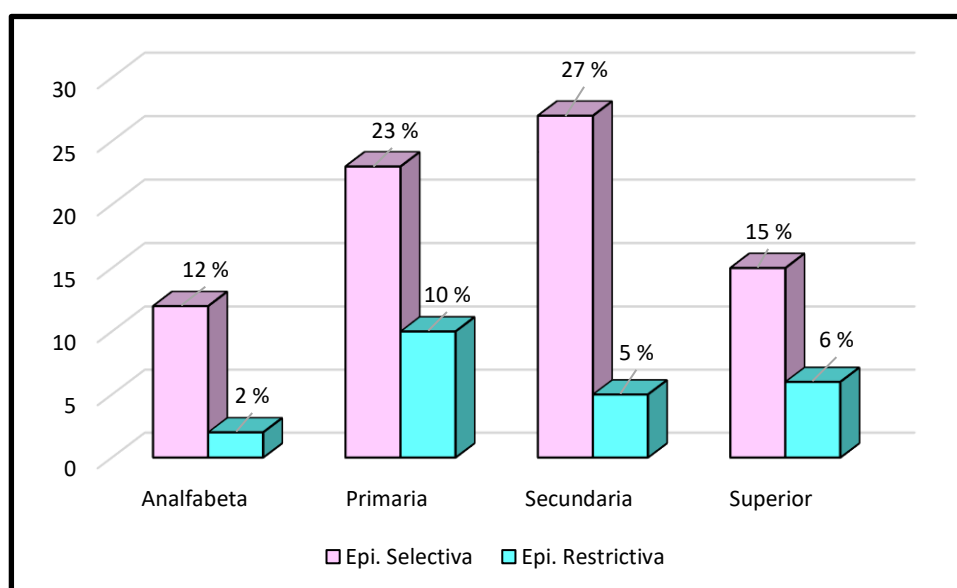


Figura 04. Grado de instrucción de las primigestas.

Interpretación: En la tabla 04 muestra que: del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que en la episiotomía selectiva con más frecuencia se dan; analfabeta con un 12% (7), primaria con un 23% (14), secundaria con un 27% (16) y superior con 15% (9) mientras que en la episiotomía restrictiva; las analfabeta con 2% (1), primaria con 10% (6), secundaria con un 5% (3) y superior con 6% (4).

Tabla 05. Procedencia de las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Procedencia	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Urbano	34	57 %	9	15 %	43	72 %
Rural	12	20 %	5	8 %	17	28 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

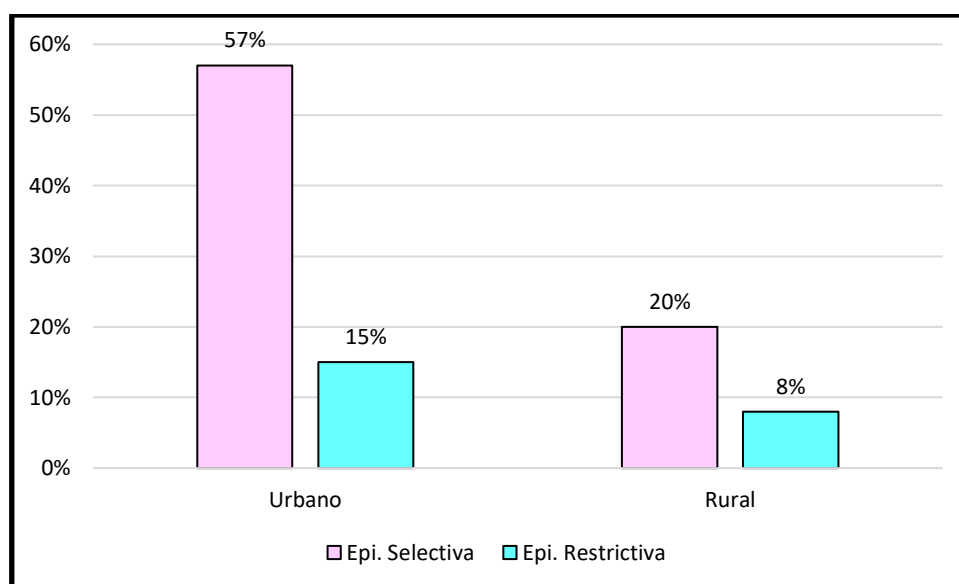


Figura 05. Procedencia de las primigestas.

Interpretación: En la tabla 05 muestra que: del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que en la episiotomía selectiva, con más frecuencia se dio, en las de procedencia rural con 57% (34) y de procedencia urbano 20% (12), mientras que en la episiotomía restrictiva; las de procedencia urbana con un 15% (9) y la de procedencia rural con 8% (5).

Tabla 06. Edad gestacional de las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Edad gestacional	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
35 a 36 ss	3	5 %	1	2 %	4	7 %
37 a 38 ss	23	38 %	6	10 %	29	48 %
39 a 40 ss	19	32 %	5	8 %	24	40 %
41 ss a más	1	2 %	2	4 %	3	5 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

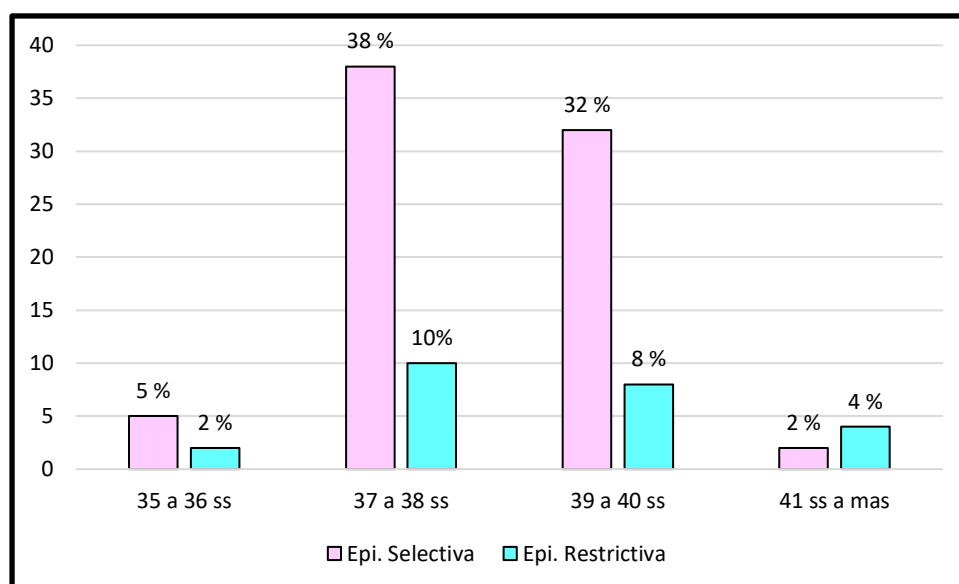


Figura 06. Según edad gestacional.

Interpretación: En la tabla 06 del 100% (60) las pacientes atendidas, muestra en la episiotomía selectiva con 38% (23) y episiotomía restrictiva con 10% (6) fueron con más frecuencia en la semana de gestación de 37 a 38.

Tabla 07: Ponderado fetal en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Ponderado fetal	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
2100-2499grs	4	7 %	1	2 %	5	9 %
2500-2999grs	19	32 %	6	10 %	25	42 %
3000-3999grs	22	37 %	7	12 %	29	47 %
4000grs a mas	1	2 %	0	0 %	1	2 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

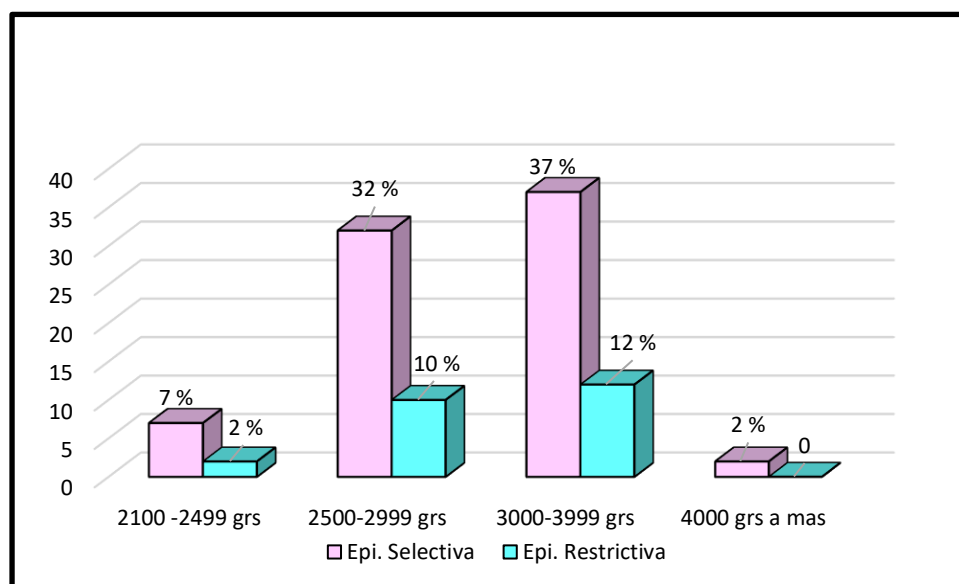


Figura 06. Según ponderado fetal.

Interpretación: En la tabla 07 del 100% (60) las pacientes atendidas, muestra que la episiotomía selectiva con 7% (4) con un bajo ponderado y episiotomía restrictiva con 2% (1) fueron los menos.

Tabla 08. Si hubo o no desgarro en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Desgarro	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	19	32 %	14	23 %	31	51 %
No	27	45 %	0	0 %	29	48 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

$$X^2 = 14.941 \quad (P = 0,000)$$

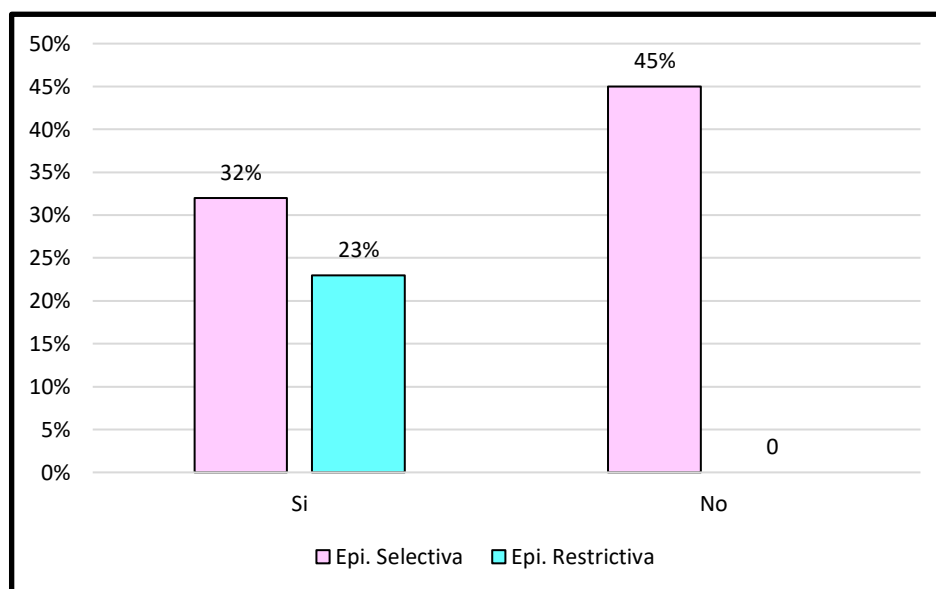


Figura 06. Según desgarro.

Interpretación: En la tabla 08 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que la mayor cantidad de desgarros tubo la episiotomía selectiva con 32% (19) seguido de la episiotomía restrictiva con 23% (14).

Tabla 09. Grado de desgarro perineal en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Grado de desgarro perineal	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Grado I	10	17 %	4	7 %	14	24 %
Grado II	5	8 %	6	10 %	11	18 %
Grado III	4	7 %	1	1 %	5	8 %
Grado IV	0	0 %	3	5 %	3	5 %
No hubo	27	45 %	0	0 %	27	45 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

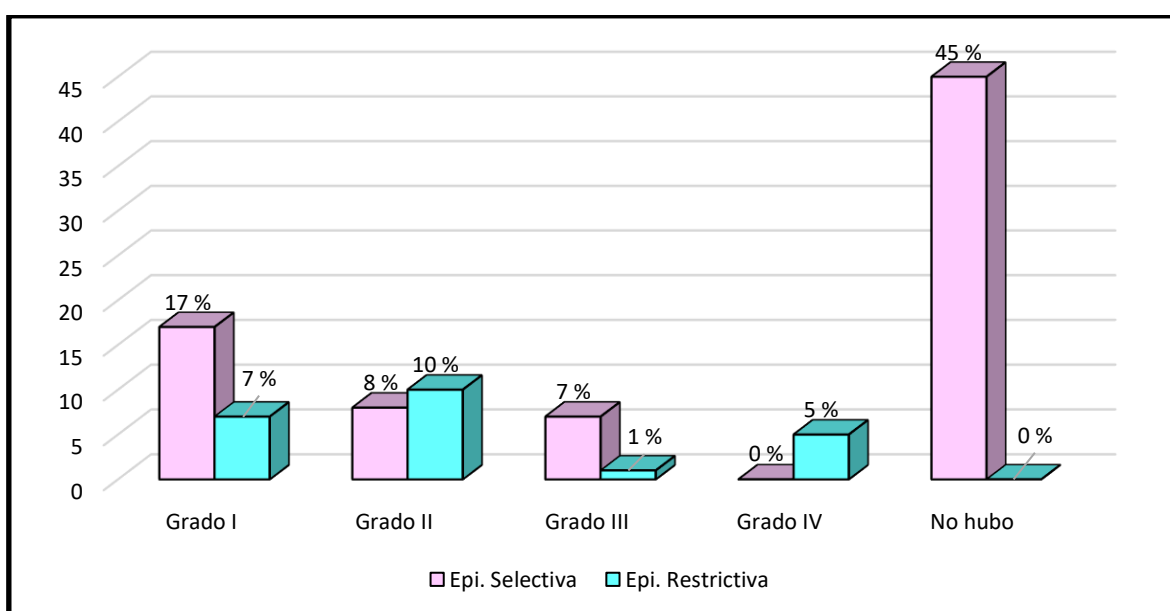


Figura 08. Según grado del desgarro.

Interpretación: En la tabla 09 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que los desgarros se produjeron mayormente en el grado I con 17% (10) la episiotomía selectiva y un 7% (4) la episiotomía restrictiva.

Tabla 10. Infección en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Infección	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	15	25 %	1	2 %	16	27 %
No	31	52 %	13	22 %	44	74 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

$$X^2 = 3.559 \quad (P = 0,059)$$

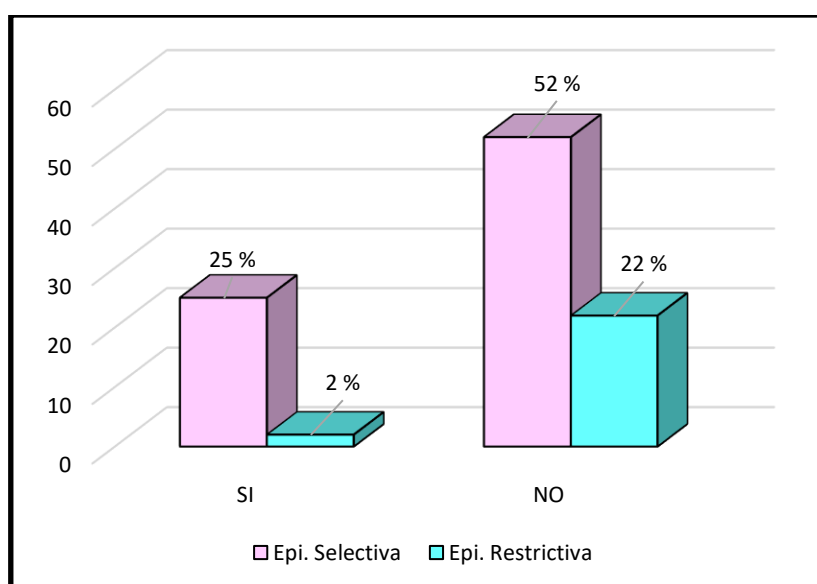


Figura 09. Según infección.

Interpretación: En la tabla 10 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que se produjeron mayormente infecciones en la episiotomía selectiva con un 25% (15) seguido de un 2% (1) de infección en la episiotomía restrictiva. Pero los q no tuvieron infección suman un 74%.

Tabla 11. Cantidad de sangrado en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Sangrado	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
150cc a 250cc	15	25 %	2	3 %	17	28 %
250cc a 350cc	11	18 %	6	10 %	17	28 %
350cc a 450cc	13	22 %	2	3 %	15	25 %
450cc a más	7	12 %	4	7 %	11	19 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

$$X^2 = 4.514 \quad (P = 0,211)$$

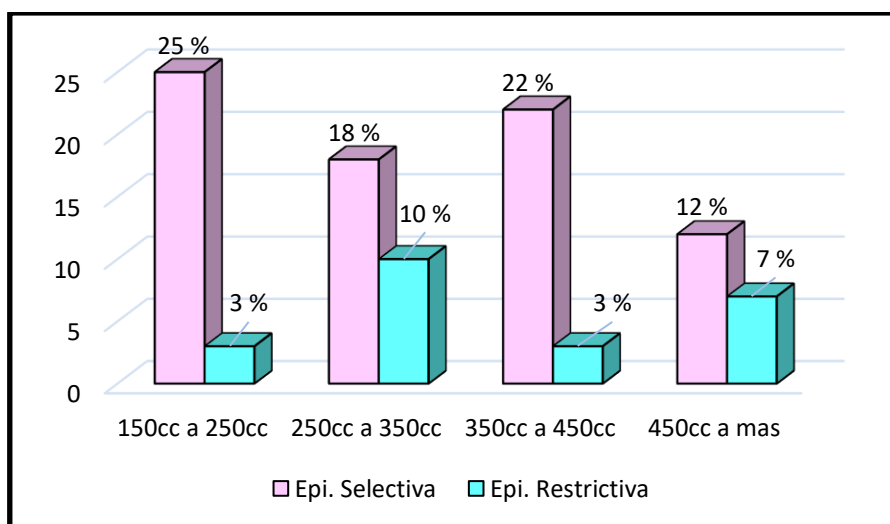


Figura 10. Cantidad de sangrado.

Interpretación: En la tabla 11 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa que sangrado con mayor frecuencia en la episiotomía selectiva: de 150cc a 250cc con un 25% (15), de 260cc a 350cc con un 18% (11), de 360cc a 450cc con 22% (13) y 460cc a más con un 12% (7), mientras que el sangrado en la episiotomía restrictiva: 150cc a 250cc con un 3%(2), de 260cc a 350cc con un 10%(6), de 360cc a 450cc con 3% (2) y 460cc a mas con un 7% (4).

Tabla 12. Umbral de dolor en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Umbral de dolor	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy alto	20	33 %	5	8 %	15	41 %
Alto	17	28 %	3	5 %	20	33 %
Regular	18	30 %	5	8 %	23	38 %
Escaso	1	2 %	1	2 %	2	4 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

$X^2 = 2.443$ (P = 0.486)

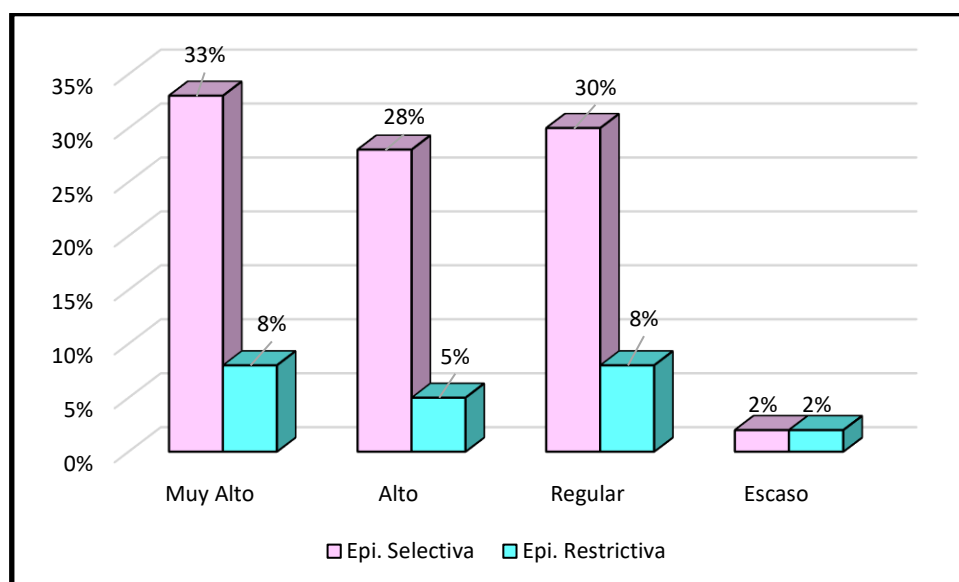


Figura 11. Según umbral de dolor.

Interpretación: En la tabla 12 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa con mayor frecuencia el dolor en la episiotomía selectiva fue muy alto con un 33% (20), alto 28% (17), regular con 30% (18) y escaso con un 2% (1) mientras que en la episiotomía restrictiva fue muy alto 8% (5), alto 5% (3), regular 8% (5) y escaso 2% (1)

Tabla 13. Disparidad anatómica en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Disparidad anatómica	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	12	20 %	11	18 %	23	38 %
No	34	57 %	3	5 %	37	62 %
Total	46	77 %	14	23 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

$$X^2 = 12.507 \quad (P = 0,000)$$

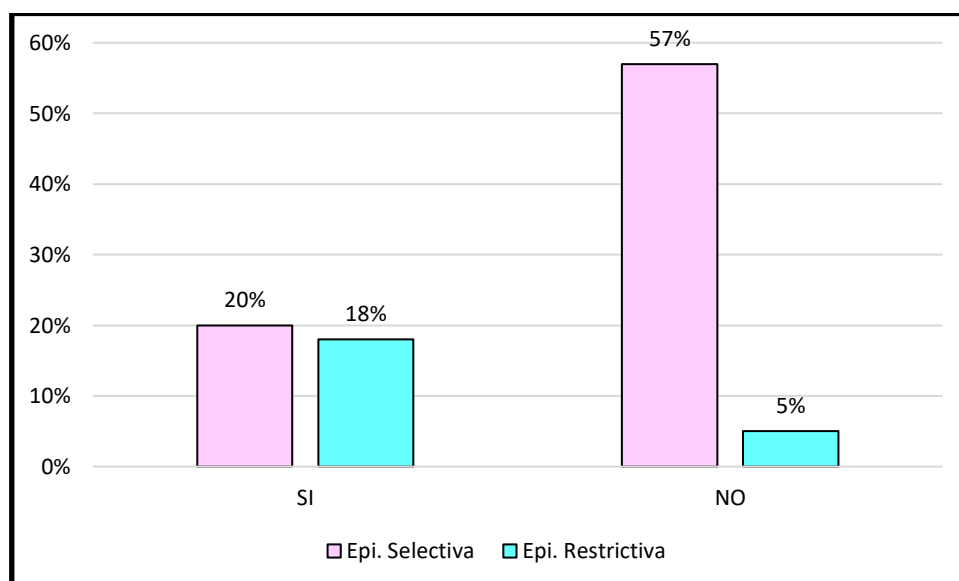


Figura 12. Según disparidad anatómica.

Interpretación: En la tabla 13 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa con mayor frecuencia de disparidad anatómica se dio en la episiotomía selectiva con un 20% (12) seguido de la episiotomía restrictiva con 18% (11).

Tabla 14. Dehiscencia en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Dehiscencia	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	13	21 %	7	12 %	20	33 %
No	33	55 %	7	12 %	40	67 %
Total	46	76 %	14	24 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

$$X^2 = 2.283 \quad (P = 0.131)$$

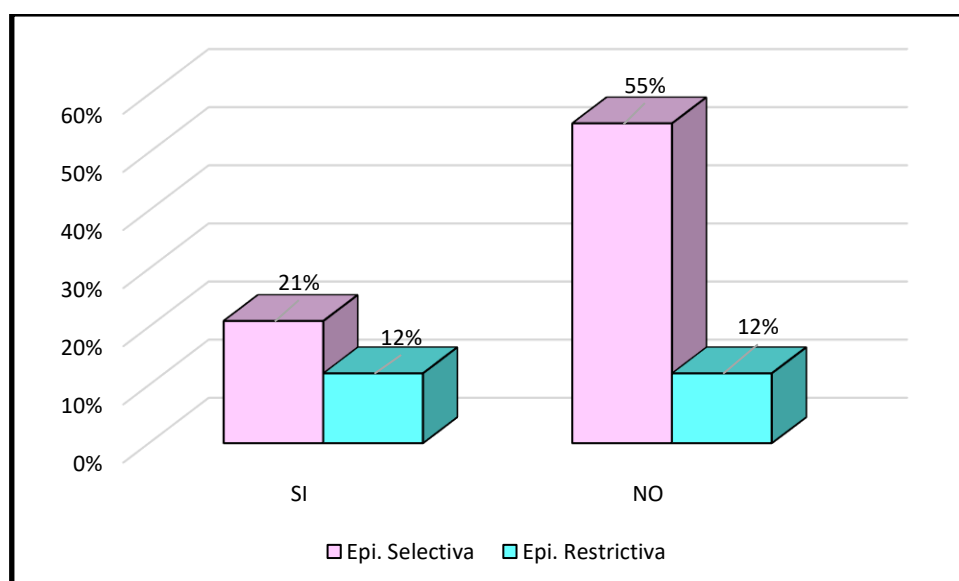


Figura 13. Según dehiscencia.

Interpretación: En la tabla 14 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa con mayor frecuencia de dehiscencia se dio en la episiotomía selectiva con un 21% (13) y en la episiotomía restrictiva con 12% (7).

Tabla 15. Hematoma en las primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Hematoma	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	14	23 %	4	7 %	18	30 %
No	32	53 %	10	17 %	42	70 %
Total	46	76 %	14	24 %	60	100 %

Fuente: Registro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

$$X^2 = 0.018 \quad (P = 0,894)$$

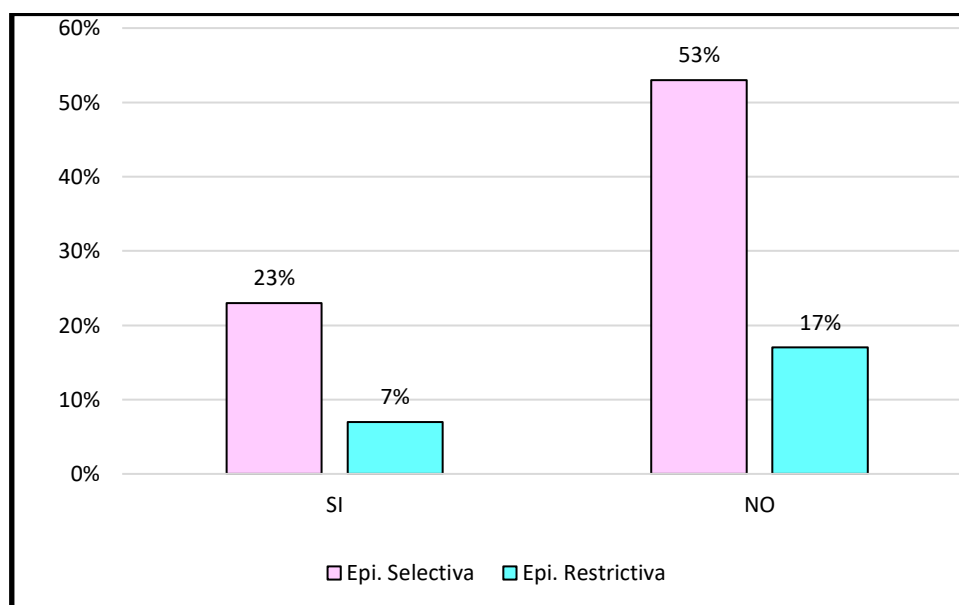


Figura 14. Según hematoma.

Interpretación: en la tabla 15 del 100% (60) las pacientes atendidas, se observa con mayor frecuencia que la dehiscencia se dio en la episiotomía selectiva con un 23% (14) seguido de la episiotomía restrictiva con 7% (4).

Análisis y organización de datos

Consecuencias	Prueba estadístico	
	Chi cuadrado	Valor (P)

3.2. Comprobación de hipótesis

Prueba y contrastación de hipótesis según la estadística inferencial de la

prueba no paramétrica según la significancia de chi-cuadrado: $\chi^2 = \left(\frac{F_o - F_e}{F_e} \right)^2$

A. Hipótesis general

Tabla 16

Consecuencias	Episiotomía selectiva		Episiotomía restrictiva		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	38	63.3%	11	18.3%	49	82%
No	08	13.3%	03	5%	11	18%
Total	46	77%	14	23%	60	100%

La tabla corresponde a 2x2 (2-1=1) (2-1=1) =1 grado de libertad a alfa 0.05

(3.84)

χ^2 : F_o .

Para obtener la frecuencia esperada se hizo el siguiente cálculo:

Dónde:

χ^2 : ?

Σ : Sumatoria

F_o : frecuencia observada.

F_e : frecuencia esperada

Para obtener la frecuencia (F_e) esperada se realizó la siguiente operación.

$$\frac{46 \times 49}{60} = 37.6$$

$$\frac{46 \times 11}{60} = 8.4$$

$$\frac{14 \times 49}{60} = 11.4$$

$$\frac{14 \times 11}{60} = 2.6$$

Remplazando la formula tenemos:

$$x^2 = \left(\frac{38-37.6}{37.6}\right)^2 + \left(\frac{11-11.4}{11.4}\right)^2 + \left(\frac{8-8.4}{8.4}\right)^2 + \left(\frac{3-2.6}{2.6}\right)^2$$

$$x^2 = 0.004 + 0.014 + 0.019 + 0.062$$

$$x^2 = 0.099 \text{ (Fe)}$$

Por lo tanto: $x^2 = 0.099 > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis nula (H_0) que afirma: no existe consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.

Análisis y organización de datos:

Consecuencias	Prueba estadístico	
	Chi cuadrado	Valor (P)
Desgarro	$X^2 = 14.941$	$p = 0.000$
Infección	$X^2 = 3.559$	$p = 0.059$
Sangrado	$X^2 = 4.514$	$p = 0.211$
Dolor	$X^2 = 2.443$	$p = 0.486$
Disparidad anatómica	$X^2 = 12.507$	$p = 0.000$
Dehiscencia	$X^2 = 2.283$	$p = 0.131$
Hematoma	$X^2 = 0.018$	$p = 0,894$

Interpretación: Como los valores de p son mayores a 0,05 en las dimensiones: infección (0.059), sangrado (0.211), dolor (0.486), dehiscencia (0.131) y hematomas (0.894) se concluye que no están asociados con las consecuencias de la episiotomía selectiva y restrictiva, entonces se acepta la hipótesis nula.

Toma de decisiones:

1. Con un p valor mayor de 0.05 la infección, dolor, sangrado, dehiscencia y hematoma no son consecuencias del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía aceptando la hipótesis nula.
2. Con un p valor menor de 0.05 el desgarro y la disparidad anatómica son consecuencias de uso selectivo y restrictivo de la episiotomía rechazando la hipótesis nula.

DISCUSION

Respecto a las características sociodemográficas siguientes: un 70% de primigestas estudiadas presentaron edad entre 18 a 29 años (50% en primigestas de episiotomía selectiva y 20% en la restrictiva), el 62% presentaron unión estable (25% casadas y 37% convivientes), el 33% tuvieron un grado de instrucción primaria (23% episiotomía selectiva y 10% en la restrictiva) y el 72% fueron de procedencia urbano (57% en episiotomía selectiva y 15% en la restrictiva). Rodríguez Góngora en su estudio menciona que el 65.81% la edad oscila entre 19 – 34 años en gestantes nulíparas, el 81.2% tienen una unión estable con su pareja, el nivel primario predominó en un 58.12% y el 68.38% procedió de la zona urbana. Resultados que informan que tienen relación directa con los datos encontrados y estudiados en nuestra investigación.

El porcentaje de casos de primigestas con episiotomía selectiva fue 77% y restrictiva del 23% resultados similares encontró Franco Cedeño en un grupo de estudio que correspondió a 150 mujeres nulíparas que tuvieron parto eutócico, de las cuales al 76% se les realizó episiotomía y al 24% de las pacientes restantes no se les realizó este procedimiento. Asimismo, Carroli y Belizán en su estudio mencionan que se realizó episiotomía a 72,7% de las mujeres, mientras que la tasa en el grupo de uso restrictivo de episiotomía fue de 27,6%.

Desde un punto de vista según las variables principales del estudio y los objetivos planteados se obtuvieron los siguientes resultados: en las primigestas presentaron consecuencias como: desgarro 32% en la episiotomía selectiva (siendo esto en su mayoría de I^o grado en un 17%) frente a un desgarro de

23% en la episiotomía restrictiva (siendo esto en su mayoría de II^o grado en 10%), infección 25% en la selectiva frente a infección 2% en la restrictiva, sangrado 77% (siendo mayor de 150cc a 250cc en un 25%) en la selectiva y 23% (siendo mayor de 250cc a 350cc en un 10%) en la restrictiva, dolor 77% (muy alto 33% y regular 30%) en la selectiva y 23% (muy alto y regular 8%) en la restrictiva, disparidad 20% en la selectiva y 18% en la restrictiva, dehiscencia 21% en la selectiva y 12% en la restrictiva y hematoma 23% en la selectiva y 7% en la restrictiva. Tal es así que al usar la episiotomía selectiva se presentó más consecuencias que la restrictiva. Frente a ello se encontró coincidencia con los resultados de Zamora Cifuentes quien encontró que las complicaciones más frecuentes fueron los desgarros, encontrándose que sin la episiotomía 28 pacientes es decir 22,8% presentaron desgarro de I grado; el 4,9% desgarro de II grado, sin presentarse desgarros de más alto grado a diferencia de las mujeres con episiotomía en el que el 9,8% presentó desgarro grado II y 2,4% grado III; los desgarros perineales grado I y II se presentaron con más frecuencia en las pacientes a las que no se les practicó la episiotomía; donde hubo mayor riesgo de desgarro grado III y IV fue al realizar episiotomía. Franco Cedeño pudo observar que en mujeres que se les practicó episiotomía el 24% presento perdida sanguínea mayor a 190cc, el 32% presentó pérdida sanguínea entre 160CC- 180CC, 24% presentó pérdida sanguínea entre 130CC-150CC, y el 6% de pacientes tubo pérdida sanguínea entre 100CC-120CC.y que en el grupo de pacientes que no recibieron episiotomía la pérdida sanguínea fue menor, teniendo el mayor porcentaje de pérdida sanguínea entre los 100-120cc el 42%, seguido del 39% de pérdida sanguínea entre 130cc-150cc. Lo que permite analizar que las mujeres que se realizan episiotomía

presentaron mayor sangrado. Albino Sánchez encontró que del total de mujeres con episiotomía el 62% presentó hematomas, mientras que las mujeres de parto normal sin episiotomía solamente presentaron hematomas en el 3%. En relación a la presencia de dehiscencia encontró que del total de las mujeres episiotomizadas, el 21% presentó dehiscencia, mientras que del total de las mujeres de parto normal sin episiotomía hicieron dehiscencia de sutura de desgarro en el 3%; asimismo, encontró que la presencia de infecciones vulvoperineales en mujeres a quienes se les realizó la episiotomía fue del 51%, mientras que del total de las mujeres con parto natural sin episiotomía solamente el 5% presentó infecciones. Casanova Chang y Luna Zafra encontraron que la complicación más frecuente que se presentó en el grupo de episiotomía con indicación y de episiotomía sistemática fue la dehiscencia parcial de episiorrafia (25% y 17.6% respectivamente), ésta aunada con el porcentaje de dehiscencia total (0.4%), nos da un total de 43% de dehiscencias en las pacientes en las que se realizó episiotomía, en comparación con 2.5% en las que no hubo episiotomía, pero tuvieron dehiscencia de sutura. Los investigadores llegaron a la conclusión que: al no usar la episiotomía se presentan más complicaciones posparto, pero de menor severidad, que cuando esta se realiza de manera sistemática. Chozo Celis, menciona que las complicaciones inmediatas fueron las hematomas en 33,3% y 6,8% de primíparas con episiotomía rutinaria y restrictiva, y desgarros, en 70,6% y 20,3% de primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva, verificando que las complicaciones se presentaron en menor porcentaje en mujeres con episiotomía restrictiva; como complicaciones mediatas (24-48 horas post parto) se determinó que se presentaron infecciones en 43,1% y

3,4% en primíparas con episiotomía rutinaria y episiotomía restrictiva; dehiscencia en 27,5% y 11,9% en primíparas con episiotomía rutinaria y con episiotomía restrictiva. Donde llegó a determinar que la episiotomía restrictiva es más beneficiosa que la episiotomía rutinaria. Pujay Escobal pudo observar que el mayor porcentaje de la percepción dolorosa en la aplicación sistemática de la episiotomía en 46,15% fue regular, el 23,07% alto y leve y 7,69% en ninguna. Según, Basilio Cruz en su estudio deduce que las episiotomías influyen en la aparición de complicaciones como desgarro, dolor y dehiscencia en las pacientes nulíparas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano - Huánuco; lo cual dichos resultados se asemejan con algunas complicaciones encontrados en nuestro estudio. Llegando a la conclusión que existe similitud de las consecuencias con los datos encontrados. Respecto a los resultados de disparidad presentes en el estudio no se ha encontrado referentes de investigación que señalan resultados similares.

CONCLUSIONES

- Dentro de las características sociodemográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan un 70% de primigestas estudiadas presentó edad entre 18 - 29 años, el 62% presentó unión estable, el 33% presentó el grado de instrucción primaria y el 72% fueron de procedencia urbana.
- El porcentaje de casos de primigestas con episiotomía selectiva fue de un 77% y del 23% con episiotomía restrictiva, siendo la práctica selectiva de mayor uso.
- Según las consecuencias que se pudieron observar en el grupo de primigestas que se realizaron episiotomía selectiva fueron: desgarro, infección, sangrado, dolor, disparidad, dehiscencia y hematoma a diferencia de la episiotomía restrictiva que fueron los desgarros y la disparidad; no existiendo relación entre el uso selectivo y restrictivo.
- El desgarro y la disparidad son consecuencias asociadas al uso selectivo y restrictivo de la episiotomía.

SUGERENCIAS

- Se sugiere al obstetra realizar actividades que promueven la calidad de vida en las primigestas en salud sexual y reproductiva.
- Recomendar a los profesionales de salud que la episiotomía debe ser previa indicación que amerite su uso necesario en el momento adecuado para evitar sus consecuencias, por lo que se sugiere realizar talleres de reforzamiento en la atención del parto para así evitar su uso frecuente.
- Se recomienda realizar en todos los puestos y centros de salud la práctica de la psicoprofilaxis obstétrica, enfocando en los ejercicios de Kegel ya que estos ayudan en el fortalecimiento de los músculos y así evitar el uso de la episiotomía.
- Recomendar al profesional obstetra especificar en las historias clínicas las indicaciones de la realización de la episiotomía con el objetivo de disminuir las tasas de este procedimiento y evitar sus consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Albornoz C. Uso de la episiotomía restrictiva en comparación con la episiotomía tradicional en primigestas durante el parto vaginal. Tesis para optar el grado de obstetra. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Vladizán; 2012.
2. Casanova M, Luna T. Repositorio. estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas. LIMA; 2011 y 2017 Julio 5. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4008/Guevara_cm.pdf?sequence=1.
3. Figueroa L. Repositorio: Uso de la episiotomía y daño perineal. VENEZUELA; 2012 017 Abril 20. Available from: <http://elsalvador.medicosdoctores.com/diccionario-medico/d>.
4. Franco C. Complicaciones inmediatas de la episiotomía en nulíparas; 2017-2018 2018 julio 11. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31648/1/CD-453-FRANCO%20CEDE%20C3%91O.pdf>.
5. Zamora L. La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal; 2011, 2017 julio 10. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4008/Guevara_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Vargas M. Episiotomía. Revista médica de episiotomía. 2011 Febrero; LXVII(461- 466).
7. Salas E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. Revista electrónica. 2012 junio; XXII(25).
8. Mendoza A. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada; 2013. 2017 julio 20. Available from: http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/3%20Guias/SH-S2G13-V2Guia_Episiotomia_Episiorrafia.pdf.
9. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal; 2011, 2018 enero 09. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31648/1/CD-453-CARROLI%20CEDE%20C3%91O.pdf>.
10. Bustamante S. La episiotomía restrictiva en parto normal; 2011, 2017 abril 22. Available from:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4008/Guevara_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

11. Calezulato M, Arancibia F. Episiotomia y riesgos; 2012, 2018 enero 12. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4260/426041229012.pdf>.
12. Mejia E. Episiotomia de rutina y episiotomia no rutinaria. COLOMBIA; 2012, 2017 mayo 14. Available from: <http://repositorio.edu.ni/6182/1/74427.pdf>.
13. Bernues I. Efectos de la episiotomia sobre el suelo pélvico y periné.; 2013, 2017 enero 12. Available from: [file:///C:/Users/Supervisor%20Modulo/Downloads/trabajode_investigacion_127a1360%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Supervisor%20Modulo/Downloads/trabajode_investigacion_127a1360%20(1).pdf).
14. Ortega D. Complicaciones inmediatas de la episiotomia en las primigestas; 2014, 2018 febrero 10. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1100/TESIS%20-%20Carmeli.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Rodriguez E. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomia en gestantes nuliparas. TARAPOTO: TES; 2012 [cited 2017 julio 8. Available from: <sisbib.unsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/.ch./resumen.pdf>.
16. Albino F. Uso rutinario de la episiotomia y complicaciones asociadas; 2013, 2017 Mayo 17. Available from: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/2694/3/albino_fac.pdf.
17. Avila A. Prevalencia de Episiotomia y desgarros perineales; 2016, 2017 enero 5. Available from: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2694/3/avila_fac.pdf.
18. Chozo K. Complicaciones de la practica rutinaria de la episiotomia en comparacion a la práctica restrictiva en primiparas; 2017, 2018 marzo 3. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4008/Guevara_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. Zorrilla C. Anemia asociada a dehiscencia de episiorrafia en puerperas primiparas; 2016, 2017 noviembre 5. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1100/TESIS%20-%20Carmeli.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
20. Pujay A. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomia en

- gestantes nuliparas. Tesis para optar el titulo profesional de obstetra. Universidad de Huánuco, Huánuco; 2016.
21. Bacilio S. Complicaciones del uso sistematico y el no uso de la episiotomia en pacientes nuliparas. tesis para optar el grado de magister. Universidad de Huánuco, Huánuco; 2011.
 22. Pérez A. Obstetricia. 4th ed.: Mediterráneo; 2011.
 23. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica. IV ed. Perú; 2000.
 24. Belizan J, Carroli G. Cuidado del perineo durante el periodo expulsivo de parto: DISCUSSION; 1882, 2017 Julio 2018. Available from: <http://www.update-software.com>.
 25. Lopez G, Comino R. Obstetricia y Ginecología. 4th ed. NICARAGUA: ARIEL; 2004.
 26. Casanova L, Luna J. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomia en pacientes nuliparas. LIMA; 2012, 2017 enero 11. Available from: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/39834/1/196531-720941-1-PB.pdf>.
 27. SIATEMA NACIONAL DE SALUD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; 2007, 2018 febrero 6. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>.
 28. De Lee J. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol. 1920; 1(34-44).
 29. Wolley. Benefits and risks of episiotomy: a review of the english language literature since 1980. Obstet Gynecol Survey. 1995; 50(806-835).
 30. RENFREW M, HANNA W. PRACTICAS QUE MINIMISEN EL TRAUMA DEL TRACTO GENITAL EN EL PARTO. ; 1998.
 31. Handa H. La protección del suelo pélvico. In Obstetricia y Ginecología.: 3º; 1996. p. 470-478.
 32. Signorello L, Harlow B. Episiotomia mediana y la incontinencia anal. BMJ 320. 2000;(XVI).
 33. Hernández J, Azón E. eglobal.Episiotomia; 1999 [cited 2017 mayo 25. Available from: file:///C:/Users/Supervisor%20Modulo/Downloads/trabajode_investigacion_12

[7a1360%20\(1\).pdf](#).

34. Gil E. La episiotomia contra el uso rutinario. Archivo del Ginecolo. 1997; VII.
35. Cunningham H. Obstetricia de williams. 22nd ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2006.
36. Schawarz R, Fescina R. Obstetricia. 5th ed. Argentina: El ateneo; 1995.
37. Mosby P. Diccionario del Ginecolo; 2008, 2017 abril 19. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf.
38. Bermúes I. Efectos de la episiotomia sobre el suelo pelvico y el periné. Navarra: Universidad Publica de Navarra, Navarra; 2014.
39. Supo J. Niveles de Investigación; 2014, 2016 mayo 24. Available from: <http://seminariosdeinvestigacion.com/niveles-de-investigacion/>.

ANEXOS

ANEXO N °01
MATRIZ DE CONSISTENCIA
USO SELECTIVO Y RESTRICTIVO DE LA EPISIOTOMÍA Y SUS CONSECUENCIAS EN PRIMIGESTAS, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. HUÁNUCO, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2016 Y ENERO - FEBRERO DEL 2017

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS	ESTADISTICO
<p>Problema General ¿Cuáles son las consecuencias del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. Noviembre – diciembre del 2016 y enero – febrero del 2017?</p> <p>Problemas Específicos -Cuáles son las consecuencias del uso selectivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017 -Cuáles son las consecuencias del uso restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. Noviembre - Diciembre 2016 y Enero - Febrero del 2017</p>	<p>OBJETIVO GENERAL. -Conocer las consecuencias asociadas al uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.</p> <p>Objetivos Específicos -Determinar las características sociodemográficas en las primigestas. -Determinar el porcentaje de casos en primigestas con episiotomía selectiva y restrictiva. - Determinar si existe homogeneidad entre el uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas según sus consecuencias.</p>	<p>H.A Existen consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. Noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017</p> <p>H.O No existen consecuencias asociadas del uso selectivo y restrictivo de la episiotomía en primigestas del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. Noviembre - diciembre 2016 y enero - febrero del 2017.</p>	<p>V. I. El uso de la episiotomía <u>Indicadores:</u> Uso de la episiotomía: - Selectivo - Restrictivo</p> <p>V.D. Las consecuencias <u>Indicadores:</u> -Complicaciones del uso selectivo -Complicaciones del uso restrictivo</p> <p>V.I. - Edad - Estado civil -Grado de instrucción - Procedencia</p>	<p>La Población de estudio: Estuvo constituida por 556 gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco noviembre-diciembre 2016 y enero-febrero 2017.</p> <p>Muestra: Estuvo constituida por una muestra seleccionada de 60 primigestas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco noviembre-diciembre 2016 y enero-febrero 2017.</p>	<p>NIVEL: Relacional TIPO : Observacional, transversal y retrospectivo.</p> <p>DISEÑO: De corte transversal ESQUEMA:</p>  <p>LEYENDA: M= Muestra Ox= Observación de la Var. Independiente. Oy= Observación de la variable dependiente. R= relación predictiva entre las variables.</p>	<p>Técnica: Documental</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>	<p>Prueba de hipótesis se realizará con Chi cuadrada de Pearson.</p> $\chi^2 = \sum \frac{(f_{oi} - f_{ei})^2}{f_{ei}}$



ANEXO N°02

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN FACULTAD DE OBSTETRICIA



“USO SELECTIVO Y RESTRICTIVO DE LA EPISIOTOMÍA Y SUS
CONSECUENCIAS EN PRIMIGESTAS. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZAN MEDRANO. HUANUCO, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2016 Y
ENERO – FEBRERO 2017.”

Nombres y apellidos:.....

Fecha:..... HC:

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1.1 Edad de las gestantes:

- a) 13-17 años de edad ()
- b) 18-29 años de edad ()
- c) 30 a más de edad ()

1.2 Estado Civil:

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Conviviente ()

1.3 Grado de instrucción:

- a) Analfabeta ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior ()

1.4 Procedencia:

- a) Urbana ()
- b) Rural ()

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

2.1. Edad Gestacional:

- a) 35 a 36 semanas ()
- b) 37 a 38 semanas ()
- c) 39 a 40 semanas ()
- d) 41 semanas a mas ()

2.2 Ponderado fetal:

- a) 2,100-2,499grs. ()
- b) 2,500-2,999grs. ()
- c) 3,500-3,999grs. ()
- d) 4,000grs. a más. ()

III. CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMIA SELECTIVA:

3.1 Desgarros:

- a) Si ()
- b) No ()

3.2 Infecciones:

- a) Si ()
- b) No ()

3.3 Sangrado:

- a) 150CC-250CC ()
- b) 250CC-350CC ()
- c) 350CC-450CC ()
- d) 450CC a mas ()
- e) No hubo

3.4 Dolor:

- a) Muy alto ()
- b) Alto ()
- c) Regular ()
- d) Escaso ()

3.5 Disparidad anatómica:

- a) Si ()
- b) No ()

3.6 Dehiscencia:

- a) Si ()
- b) No ()

3.7 hematoma

- a) Si ()
- b) No ()

IV. CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMIA RESTRICTIVA:

4.1 Desgarros:

- a) Si ()
- b) No ()

4.2 Infecciones:

- a) Si ()
- b) No ()

4.3 Sangrado:

- a) 150CC-250CC ()
- b) 250CC-350CC ()
- c) 350CC-450CC ()
- d) 450CC a mas ()
- e) No hubo ()

4.4 Dolor:

- a) Muy alto ()
- b) Alto ()
- c) Regular ()
- d) Escaso ()

4.5 Disparidad anatómica:

- a) Si ()
- b) No ()

4.6 Dehiscencia:

- a) Si ()
- b) No ()

4.7 hematoma

- a) Si ()
- b) No ()

ANEXO N°03

RESOLUCIÓN DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 104-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 28 de marzo de 2018.

VISTO:

El Informe N° 001-18-D-MQFyASR-FOBST de fecha 20.MAR.2018, presentado por la Mg. Mitsi Quiñonez Flores y Mg. Ana Soto Rueda;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ptoveído N° 0011-2018-UNHEVAL/OBST-D de fecha 10.ENE.2018, se designó a la Comisión Revisora Adhoc, integrado por las docentes Mg. Mitsi Marleni Quiñonez Flores y Mg. Ana Soto Rueda, para la revisión del aspecto metodológico y del aspecto temático del proyecto de tesis "*USO SELECTIVO Y RESTRICTIVO DE LA EPISETOMÍA Y SUS CONSECUENCIAS EN PRIMIGESTAS, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016 Y ENERO-FEBRERO 2017*", de las alumnas RAMIREZ FERNANDEZ Katy y SALAS FERNANDEZ Carinson; en cumplimiento al Art.4º del Reglamento de Grados y Títulos;

Que, con Informe N° 001-18-D-MQFyASR-FOBST, la Mg. Mitsi Marleni Quiñonez Flores y Mg. Ana Soto Rueda, miembros de la Comisión Revisoras Adhoc, informan que han concluido con la revisión del proyecto de tesis "*USO SELECTIVO Y RESTRICTIVO DE LA EPISETOMÍA Y SUS CONSECUENCIAS EN PRIMIGESTAS, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016 Y ENERO-FEBRERO 2017*", indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18º dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1º APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "*USO SELECTIVO Y RESTRICTIVO DE LA EPISETOMÍA Y SUS CONSECUENCIAS EN PRIMIGESTAS, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO, NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016 Y ENERO-FEBRERO 2017*", de las alumnas **RAMIREZ FERNANDEZ Katy y SALAS FERNANDEZ Carinson**, de la Facultad de Obstetricia, asesorada por la Dra. Mary Luisa MAQUE PIONCE.
- 2º DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

DISTRIBUCIÓN:

DUIFO
Asesor
Interesadas
Archivo.
MMP/mgr

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dra. Mary L. Maque Pionce
DECANA

ANEXO N°04

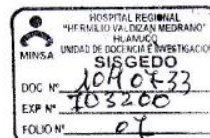
AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Huánuco, 22 de Mayo del 2018.

CARTA N° 0118 -2018-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.



Señoritas:

RAMIREZ FERNANDEZ, Katy y SALAS FERNANDEZ, Carrinson Ylina

Alumnas de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" de Huánuco.

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN para realizar proyecto de **INVESTIGACIÓN.**

REFERENCIA : Solicitud S/N de fecha 09 de Mayo del 2018

Proveído N° 025-2018-HRHVM-UEI-JE.

Es grato dirigirme a Ustedes, para saludarles cordialmente y en respuesta al documento de la Referencia inciso a), en la cual solicitan Autorización para realizar su Proyecto de Investigación, y contando con la opinión favorable de la Jefatura de la Unidad de Estadística e Informática de nuestra institución, la Dirección **AUTORIZA** la realización de su Proyecto de **INVESTIGACIÓN**, titulado **"Uso Selectivo y Restrictivo de la Episiotomía y sus consecuencias en Primigestas, Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, Noviembre – Diciembre 2016 y Enero – Febrero 2017 "** para cuyo efecto debe de coordinar con la Jefatura de Estadística e Informática a fin de que le brinde las facilidades del caso.

Es pertinente recordarle que del proceso de la investigación a desarrollarse, la información obtenida y los resultados alcanzados, deben ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora, así mismo al finalizar el trabajo deberá alcanzar un ejemplar a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Se remite la presente para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano"
Mg. HERIBERTO HIDALGO CARRASCO
CMP. 19586 - OME 12927
DIRECTOR EJECUTIVO

HTHC/LAYCH/laych.
Hco. 22.05.2018.
C.c. Jefatura Dpto. de Enfe.
Interesada
Archivo

www.hospitalvaldizanhco.gob.pe

Calle San Juan Bosco N° 220
Jancao-La Esperanza
Huánuco.
T(06251) 2400

ANEXO N°05

EVALUACIÓN DE EXPERTOS PARA ESCALA DE FIABILIDAD

CRITERIOS DE CONFIABILIDAD	VALORES
NO ES CONFIABLE	0,01 a 0,20
BAJA CONFIABILIDAD	0,21 a 0,40
MODERADA CONFIABILIDAD	0,41 a 0,60
FUERTE CONFIABILIDAD	0,65 a 0,80
ALTA CONFIABILIDAD	0,81 a 1,00