

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL COMO FACTOR PROTECTOR DE
DESGARRO PERINEAL EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO**

AUTOR: MAURICCI BRAVO, JULIO CÉSAR

ASESOR: DR. DANNY ALEXANDER MORÁN SOLANO

Trujillo – Perú

2018

DEDICATORIA

A mi abuelo, Dr. Guillermo Enrique Mauricci Valdivia, Q.E.P.D. Quien ejerció esta noble profesión, porque a pesar de haber dejado de existir cuando yo apenas tenía poco menos de 2 años y no tengo recuerdos de él en mi memoria, siempre tuve una muy buena imagen de él, gracias a relatos de mi familia y de sus amigos, quienes lo apreciaban y respetaban mucho.

Sé que durante todo este tiempo estuviste guiando mis pasos; ya que, por alguna extraña razón, la cual no sé describir muy bien hasta ahora, me incliné por la medicina y tomé este arduo pero maravilloso camino, que tu alguna vez tomaste, y no dejaste que jamás cayera en el intento, sino me hiciste perseverar y apasionarme por esta vocación, lo cual me llena de satisfacción, tanto a mí, como al resto de nuestras familias, que se merecen eso y más por todo el apoyo brindado.

El esfuerzo depositado en este trabajo y todos estos años de estudio, los cuales están a punto de cristalizarse en el tan ansiado título de médico cirujano, van dedicados para ti papa memo, hasta el cielo, estés donde estés.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Teresita y Julio, por el gran esfuerzo y confianza depositada en mi a lo largo de toda la carrera, sin duda alguna, nada hubiera sido posible sin su ayuda, la cual espero retribuirles en algún momento.

A mis abuelos Fabiola, Guillermo y Betty (Q.E.P.D.) un gran apoyo en todos los aspectos y quienes en muchas ocasiones se portaron como unos padres para mí y son hasta ahora mis principales seguidores, gracias por su motivación y cariño.

A mi hermano Renzo, por su motivación, ejemplo de fortaleza y habilidad, y apoyo en muchos aspectos en los cuales solo un hermano podría participar.

A mi padrino Percy, mi tía Chío y mi tío Willy, quienes, cuando los necesité, siempre estuvieron ahí, dándome todo su apoyo, aconsejándome y deseándome lo mejor.

A Fiorella, un apoyo especial y constante en los años más cruciales de la carrera, y de mi vida, y una de las artífices del desarrollo de este trabajo.

A mis maestros, por haberme brindado los conocimientos necesarios e inculcarme el hábito de estudio para superarme cada día y lograr mis metas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la episiotomía mediolateral es factor protector para Desgarros Perineales en parturientas del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo entre enero y diciembre del 2017.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en 148 parturientas del servicio de Obstetricia del HRDT en el 2017, de las cuales 74 pertenecieron al grupo de estudio (con episiotomía medio lateral) y 74 al grupo control (sin episiotomía). Se realizó medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (Edad, Talla, IMC, Estancia, peso del RN). Para el análisis estadístico para comparar las variables episiotomía mediolateral y desgarro perineal, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, seguido del Riesgo Relativo para estimación de riesgo.

Resultados: El promedio de edad de las parturientas fue de 28,3 (± 5.2). Asimismo la talla fue de 1,54 cm (± 0.04) y el IMC de 24,9 (± 3.3). La estancia hospitalaria promedio fue de 1,7 días (± 0.9) y el peso de los RN fue de 3322 grs (± 360). El 27% procedían de La Esperanza, el 28,4 % contaba con secundaria completa y el 25% una paragravidéz de 2002. En cuanto a la analítica, no se encontró asociación entre la episiotomía mediolateral y la protección de desgarro perineal ($p > 0,05$). Sin embargo, si hubo asociación entre la condición de gran múltipara y desgarro perineal ($p = 0,004$; RR=0,202 [0,03-0.639], haciendo que dicha condición sea considerada un factor protector para desgarros perineales.

Conclusión: La episiotomía mediolateral no constituye un factor protector de desgarro perineal.

Palabras clave: *Episiotomía; Laceraciones; Perineo.*

ABSTRACT

Objective: To determine if the mediolateral episiotomy is a protective factor for Perineal tears in parturients of the Hospital Regional Docente of Trujillo in the period between January and December 2017.

Material and methods: A retrospective cohort study was performed on 148 parturients in the obstetrics service of the HRDT in 2017, of which 74 belonged to the study group (with mediolateral episiotomy) and 74 to the control group (without episiotomy). We performed central tendency and dispersion measures for quantitative variables (Age, Size, BMI, Stay, RN weight). For the statistical analysis to compare the variables mediolateral episiotomy and perineal tear, the Chi-square test was applied, followed by the Relative Risk for risk estimation.

Results: The mean age of the parturients was 28.3 (\pm 5.2). Size was also 1.54 cm (\pm 0.04) and BMI of 24.9 (\pm 3.3). The mean hospital stay was 1.7 days (\pm 0.9) and the weight of the RN was 3322 grs (\pm 360). 27% came from La Esperanza, 28.4% had complete high school and 25% had a obstetric history of 2002. Regarding the analytical, no association was found between the mediolateral episiotomy and the perineal tear protection ($p > 0,05$). However, there was an association between the great multiparous women condition and the perineal tear ($p = 0.004$; RR = 0.202 [0.03-0.639]), so this condition was considered a protective factor for perineal tears.

Conclusion: Mediolateral episiotomy is not a protective factor of perineal tear.

Key words: *Episiotomy; Lacerations; Perineum.*

ÍNDICE

▪ DEDICATORIA	02
▪ AGRADECIMIENTOS	03
▪ RESUMEN	04
▪ ABSTRACT	05
▪ ÍNDICE	06
▪ INTRODUCCIÓN	07
▪ FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO.....	14
▪ HIPÓTESIS NULA Y ALTERNA.....	14
▪ OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	15
▪ MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
▪ DISEÑO DEL ESTUDIO.....	18
▪ PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
▪ MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	21
▪ ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN.....	22
▪ RESULTADOS.....	23
▪ DISCUSIÓN.....	27
▪ CONCLUSIONES.....	28
▪ RECOMENDACIONES.....	28
▪ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	33

I. Introducción

1.1. Marco teórico

La episiotomía, término propuesto por Braun, en 1857, deriva etimológicamente de 2 raíces griegas: *episeion* (Vulva, pubis) y *tomi* (cortar); el cual en realidad es usado para definir a una ampliación quirúrgica, mediante una incisión en el periné, del orificio vaginal, durante la segunda fase del trabajo de parto, la cual luego de culminado el parto, debe ser reparada mediante una sutura denominada episiorrafia. Debido a la inespecificidad de dicho término, Mandelberg en 1901 y luego Marinovich en 1936, creyeron conveniente reemplazar el termino por perineotomía, el cual define con mayor exactitud el procedimiento, sin embargo el termino episiotomía ya había adquirido una gran popularidad, y por eso se mantiene hasta la actualidad (1).

Los primeros escritos acerca de la práctica de la episiotomía datan de 1742, por Sir Fielding Ould, un partero irlandés que describía la técnica que aplicaba en casos de partos extremadamente complicados; Luego, los primeros reportes clínicos se remontan a finales del siglo XVIII, en Alemania y luego en Francia, a mediados del siglo XIX, surge la técnica mediolateral. Hasta entonces, las únicas indicaciones para la realización de la episiotomía eran la asistencia de un parto dificultoso y salvaguardar la vida del producto. En efecto, su uso fue ganando mayor popularidad alcanzando su auge en el siglo XX, con la aparición de nuevas técnicas, rápidamente se instauró a nivel mundial una cultura de realización de episiotomías de manera profiláctica, para prevenir desgarros frente a la utilizada antiguamente solo en casos de necesidad. Se cree que el advenimiento de nuevas y mejores técnicas quirúrgicas, así como los partos instrumentados, las innovaciones en anestésicos y el advenimiento de los antibióticos favorecieron su difusión y aceptación en todo el mundo, sin embargo, nunca se contó con una evidencia científica válida que sustente y fundamente la eficacia de su uso(1-3).

Se han descrito, a lo largo de su historia 7 tipos de técnicas de episiotomía las cuales son: Media o de Michaelis, Mediolateral o diagonal de Tarnier, Lateral o de

Eichelberg-Scanzoni, Lateral curva o de Eichelberg, En bayoneta o de Brindeau, En T invertida o de Waldstein, y en Y o de Tarnier y Chantreuil; de las cuales solo tienen importancia clínica actualmente la media y la mediolateral, Sin embargo, es importante conocer acerca de las diversas técnicas empleadas en su momento. En la episiotomía media, se realiza la incisión en la horquilla vulvar, siguiendo la línea media del rafe perineal en dirección al ano, pero sin llegar a él; mientras que en la técnica mediolateral, se inicia en la horquilla vulvar, pero en dirección hacia el costado y abajo, dentro de un ángulo entre 45 a 60° de la línea media (1,4).

Las razones e indicaciones de realizar una episiotomía han ido variando a través del tiempo y nunca han estado del todo claras o bajo algún fundamento sólido con base científica, en ese sentido, la OMS ha sugerido indicaciones explícitas para la realización de dicho procedimiento, las cuales son: en pacientes en quienes presentan cicatrices o lesiones induradas en el periné que impidan la salida normal del producto, o en quienes hayan sufrido un desgarro perineal de tercer grado en su anterior parto, debe valorarse la realización de la episiotomía en caso que se confirme o se tenga la seguridad que la obstrucción del parto sea debido a dicho motivo (5,6). Como se aprecia, se deja mucho a criterio de la persona que atiende el parto la decisión de realizar o no la episiotomía, por lo que existen diversos estudios los cuales incluyen algunas indicaciones seguidas para la realización de dicho procedimiento, por ejemplo en Singapur, se puede apreciar un estudio en el cual se incluyen a obstetras las cuales son consultadas acerca de que indicaciones siguieron en las episiotomías que practicaron las cuales comprenden: primiparidad, perineo corto, fase expulsiva prolongada, historia de desgarro perineal severo, agotamiento materno, feto macrosómico, pérdida del bienestar fetal, facilidad para reparar episiotomía frente a desgarros, prevención de laceración múltiple, prevención de desgarro perineal severo, aceleración del parto, por petición de la paciente y desgarro inminente, mostrando que las razones más frecuentemente utilizadas son la primiparidad con un 54%, seguido de sufrimiento fetal con un 28%, agotamiento materno (24%), macrosomía fetal (20,5%)(7). En Holanda, se realizó un estudio acerca del uso de la episiotomía, en la cual, se encontró que la indicación más frecuente para realizar la episiotomía en primíparas fue en casos de fase expulsiva prolongada, seguida de sufrimiento fetal; y

en multíparas la indicación más frecuente fue en casos de historia de episiotomía previa o en la prevención de un desgarro perineal severo (8). Además, Berzaín y Camacho, en su revisión consignan como indicaciones de episiotomía a las siguientes: coadyuvante en operatoria obstétrica (en partos instrumentados), para disminuir mortalidad fetal y acortar la fase expulsiva, y prevención de desgarros perineales severos y sus complicaciones a largo plazo; sin embargo, también se ha encontrado evidencia en contra de las ventajas que estas indicaciones poseerían (4). Por último un estudio en Arabia Saudita, demuestra que las indicaciones más frecuentes en su país, en primíparas, son el periné rígido y como coadyuvante en partos instrumentados, y en multíparas, es la historia anterior de desgarro perineal severo, asimismo se encuentran tasas mucho más altas de episiotomía en primíparas que en las multíparas (9).

En cuanto a las tasas de episiotomía presentadas en todo el mundo, es muy variable de acuerdo a cada continente e inclusive dentro de cada continente varían según país; por ejemplo, un estudio realizado en Europa, muestra variaciones significativas en las tasas de episiotomía de cada país mostrando una tasa tan alta como 75% en Chipre, 72.9% en Portugal, 67.5% en Polonia, contrastado con 6.6% en Suecia y 4.9% en Dinamarca, calculado en base a 100 partos vaginales durante el mismo periodo (10). Por otro lado, en Estados Unidos se encontró una tasa global cercana al 20% y en países latinoamericanos así como en el continente asiático la tasa puede llegar a ser mayor al 80%(4).

En adición a la variación encontrada en diferentes países, también se ha encontrado una variabilidad significativa en ciudades de un mismo país, un claro ejemplo es lo encontrado en un estudio en Eslovenia, el cual encontró tasas de episiotomía tan bajas como un 2,5% en Jesenice, hasta llegar a tasas tan altas como 51,7% en Ptuj (11). Por si fuera poco, existe evidencia que además de haber encontrado alta variabilidad entre las tasas entre los distintos continentes, países de un mismo continente, hasta incluso entre ciudades dentro de un mismo país; también hay alta variabilidad en la aplicación de dicha técnica entre el personal de salud, un estudio en España nos muestra la variabilidad entre obstetras de un mismo centro la cual muestra unas tasas que varían

entre 19.5% hasta 50.1%. (12) Esto denota la gran controversia y la falta de indicaciones estandarizadas y con base en fundamento científico para la aplicación de dicha técnica. Sin embargo, la OMS, en una de sus publicaciones da a conocer, con base en diversos estudios, una tasa máxima de episiotomía recomendada del 10% la cual denomina como una buena meta a perseguir (13).

Por otro lado, la episiotomía al ser un procedimiento traumático, viene acompañado de múltiples complicaciones, las cuales pueden ser inmediatas (hemorragia, desgarros, hematoma, infección, dehiscencia) o tardías (dispareunia, adherencias vaginales, endometriosis, quiste de bartolino, fistula rectovaginal), las cuales vienen precedidas de distintos factores de riesgo los cuales incluyen: nuliparidad, inducción del trabajo de parto, expulsivo prolongado, feto macrosómico, distocia de hombros, parto instrumentado, infecciones previas, múltiples tactos vaginales, entre otros (14). Estas complicaciones hacen que surja la pregunta de si es realmente necesaria la realización de dicho procedimiento o si en realidad sus indicaciones son favorables o previenen resultados más adversos; Por ejemplo, en cuanto a la técnica, existen reportes que muestran una diferencia significativa entre la tasa de desgarros perineales severos (grado III y IV) entre la media y la mediolateral, mostrando una menor tasa, cuando se realiza la técnica mediolateral, e incluso se concluye en que la técnica de episiotomía media constituye un factor de riesgo para dicho tipo de desgarros (15). Siendo los desgarros perineales severos, la complicación más severa y con grandes repercusiones, se investigó acerca de algunos factores que puedan predecir dichas lesiones encontrando que la biometría fetal, la primiparidad, la edad y el índice de masa corporal constituían factores importantes en la predicción de dichos desgarros, al mismo tiempo que no se encontraron diferencias significativas entre las tasas de dichos desgarros en los partos en los que se aplicó la episiotomía en comparación con los que no se realizó (16). Otro estudio en Francia demostró que la nuliparidad, parto instrumentado, peso aumentado del producto, variedad de presentación occipitoposterior persistente constituyen factores de riesgo independientes para realizar desgarro perineal severo, a su vez que demostró que la episiotomía mediolateral constituye un factor protector para dicho tipo de desgarro (17). Asimismo, el RCOG reconoce dichos factores de riesgo para realizar dicho tipo

de desgarros y además afirma que la episiotomía mediolateral, cuando es realizada a un ángulo de 60° de la línea media constituye un factor protector (18). Esto, ha sido denotado en otro estudio, el cual demuestra la importancia de la aplicación adecuada de la técnica y quizás sea el centro del debate actualmente, en dicho estudio, se realizaba el marcaje de la zona en la cual se realizaría la episiotomía, entre 45 a 60 grados, mientras la parturienta aún se encontraba en la primera fase del trabajo de parto, y luego se tomaba nuevamente la medida una vez que el producto se encontraba coronado y en plena contracción, los resultados fueron sorprendentes, el ángulo de 60° marcado inicialmente, se prolongó en plena coronación del producto hasta 94° y el de 45° llegó hasta 78°(19). Otro estudio mostró las diferencias entre los ángulos de corte entre distinto personal de salud encargado de la atención de partos, mostrando que casi la mitad de las obstetras realizaban el corte a un ángulo menor de 45° comparado con solo un 7% de ginecobstetras experimentados (20). Esto tiene importancia debido a que como hemos visto anteriormente, esta descrito que la realización de la episiotomía debe realizarse a un ángulo adecuado para poder constituir un factor protector (21)

En contraste, existen estudios que ponen en debate dicho hallazgo; En Austria, se encontró que la tasa de episiotomía mediolateral era más elevada en aquellas pacientes en quienes habían sufrido un desgarro perineal severo (22). En adición, un estudio en Israel demostró que la episiotomía mediolateral, además de constituir independientemente un factor de riesgo para sufrir desgarros perineales severos, también tiene significancia como factor de riesgo para desgarro perineal severo cuando se la aplica en situaciones de partos complicados como partos instrumentados o distócicos (23). Incluso en los partos complicados con distocia de hombros, un meta análisis demostró que no existe evidencia científica que fundamente su utilidad en la atención de dichos partos (24)

En cuanto a otras complicaciones, la episiotomía por si misma ha sido identificada por diversos estudios como factor de riesgo independiente para el desarrollo de hematomas puerperales frente a aquellas púrpuras que no fueron sometidas a dicho procedimiento (25,26). En el caso de la episiotomía realizada en partos con

presentación occipito posterior, un estudio con simuladores y con medidas de fuerza ejercida sobre los tejidos perineales durante el parto muestra que la episiotomía disminuye la tensión en dichos casos y podría contribuir en disminución de daño de piso pélvico (27). En los casos de aquellas pacientes que han sido sometidas anteriormente a episiotomías, dicho hecho por si solo constituye un factor de riesgo para sufrir desgarros perineales espontáneos o realizar una episiotomía ulterior debido a que contribuye a darle rigidez a dicho periné (28,29). En otro aspecto, un estudio acerca de la calidad de atención medida por la satisfacción de las puérperas, denotó que se encuentran más satisfechas cuando son atendidas por obstetras, resultado que puede contrastarse con la menor tasa de episiotomías realizadas por ellas (30).

Por tal motivo, se ha impulsado una cultura de restricción en la práctica de la episiotomía, lo que actualmente se conoce como episiotomía selectiva; en un meta análisis, en el cual se comparan la episiotomía selectiva con la rutinaria, evidencia que la episiotomía selectiva no muestra mayores tasas ni diferencia significativa alguna en desgarros perineales severos, y por el contrario, no encontró evidencia alguna que la práctica rutinaria de la episiotomía tenga algún beneficio sobre la selectiva (31). Estudios en Francia, acerca del impacto de dicha política muestran tasas de episiotomía actuales de menos de la mitad comparadas a las de 10 años antes y sin variaciones en las tasas de desgarros perineales severos, solo se reportan mayores tasas de desgarros de 1° grado, las cuales son reconocidas como lesiones “benignas” y algunas no requieren sutura (32,33). Asimismo otro estudio realizado en mujeres vietnamitas residentes en Australia, país en el cual actualmente realizan episiotomías selectivas, quiso demostrar que la raza no es un factor importante para sufrir desgarro perineal, demostrando que disminuyendo las tasas de episiotomía practicadas en esta mujeres, las tasas de desgarros perineales severos no variaba de los resultados en su país de origen (34). Los últimos estudios realizados comparan un régimen de no realización de episiotomía con la episiotomía selectiva, para valorar si la episiotomía es válida aun frente a alguna situación en especial, a lo que sus resultados muestran que no hay diferencias significativas, sin embargo, pueden estar comprendiendo algún sesgo debido que aun en los grupos en los que implemento la

política de no realizar la episiotomía, se realizaron algunas episiotomías por ser necesarias (35,36).

Finalmente, algunos investigadores han propuesto algunas alternativas frente a la episiotomía en la prevención de desgarros, por ejemplo, el masaje perineal y las compresas calientes durante la segunda fase del trabajo de parto reduce la incidencia de desgarros perineales severos (37,38). Otros estudios muestran que la aplicación del masaje perineal precoz o antenatal, aplicado desde las 35 semanas en adelante entre 1 a 2 veces por semana han logrado reducir las tasas de episiotomía necesarias en algunas parturientas y han disminuido la tasa de trauma perineal (39). Otro metaanálisis prueba la eficacia de la hialuronidasa con base en sus propiedades como desestabilizantes y relajantes del tejido conjuntivo, mostrando entre sus resultados un beneficio significativo respecto de aquellas que no recibieron manejo alguno sin embargo no hay diferencia significativa cuando se la comparó con el placebo, sin embargo, se continuará el estudio en búsqueda de una dosis y tiempo de aplicación adecuado que logre mostrar algún beneficio (40).

1.2. Identificación del problema

El Hospital Regional Docente de Trujillo, uno de los hospitales de referencia más importante en el área de ginecobstetricia dentro de la región, presenta una casuística importante en la atención de partos por vía vaginal, atendiendo aproximadamente, según la estadística manejada en el servicio de obstetricia, 150 partos, vía vaginal, mensualmente, llegando a los 1800 anuales, muchos de ellos complicados y referidos por dicho motivo. En contraste con lo encontrado en la bibliografía, el HRDT no es esquivo a los resultados encontrados en estudios similares dentro del país y en otros países, presentando una alta tasa de realización de episiotomías y dentro de las cuales, no existe indicación específica descrita para realizar dicho procedimiento, además que existe controversia hasta la actualidad en cuanto al beneficio de dicha técnica, con lo que, la practica rutinaria de la episiotomía en dicho hospital, se ha hecho cotidiana en los últimos años. Considerando la amplia variabilidad de resultados y

aplicación de la técnica entre razas y continentes, no se tiene evidencia suficiente, a nivel local y regional, que indique que la técnica aplicada en la realización de la episiotomía en el HRDT, realmente constituya un acto de prevención y con efectos favorables para las parturientas.

1.3. Justificación

La realización del presente trabajo se origina en la necesidad de implementar ciertos criterios para la realización de la episiotomía, la cual debe realizarse únicamente en situaciones especiales, lo que actualmente se denomina episiotomía selectiva, además de la controversia encontrada entre diversos estudios que la catalogan como factor de riesgo y otros, por otro lado, como protector del desgarro perineal. Dicho tema se encuentra en boga desde hace algunos años hasta la actualidad, por la interrogante de, si en realidad, la episiotomía constituye un procedimiento beneficioso para la parturienta aplicándolo rutinariamente o simplemente se acompaña de resultados similares en un escenario donde no se la aplique. El presente estudio es conveniente entonces, debido a que sus resultados influirán en la futura toma de decisiones del servicio de obstetricia del HRDT, en la aplicación de la episiotomía y su conveniencia con base y fundamento en la evidencia científica y a su vez, tiene relevancia social en el impacto que dicho procedimiento deja en las pacientes a las cuales se le practica la episiotomía, quienes, muchas veces no son informadas de dicho procedimiento.

1.4. Enunciado del problema

¿Es la Episiotomía mediolateral un factor protector para el Desgarro Perineal en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo?

1.5. Hipótesis

HIPÓTESIS ALTERNA: La episiotomía mediolateral es factor protector para Desgarros Perineales.

HIPÓTESIS NULA: La episiotomía mediolateral no es factor protector para Desgarros Perineales, constituyendo una técnica sin beneficios para las pacientes.

1.6. Objetivos

Objetivo General

- Determinar si la Episiotomía mediolateral es un factor protector para los desgarros perineales de las parturientas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Objetivos Específicos

- Precisar la incidencia de los diferentes grados de Desgarro perineal presentado en parturientas del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Establecer la relación entre Episiotomía mediolateral y desgarros perineales de las parturientas del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Evaluar el grado de asociación existente entre la episiotomía mediolateral y desgarros perineales según su grado en las parturientas del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

II. Material y Método

2.1 Población

2.1.1. Población Diana o Universo

Todas las parturientas sometidas a episiotomía mediolateral.

2.1.2. Población de Estudio

Todas las parturientas sometidas a episiotomía mediolateral del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo Enero 2017 – Diciembre 2017.

2.2. Criterios de selección: Inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión
 - Parturientas con diagnóstico de gestación única, con presentación cefálica, variedad de vértex y, feto vivo.
 - Parturientas con edades comprendidas entre 18 - 35 años.
 - Parturientas con talla entre 1,50m y 1,65m; asimismo con IMC en el rango de 18 – 30 kg/m².
 - Parturientas con antecedente de parto vaginal y duración de la segunda fase de parto <2 horas.
 - Pacientes que tengan historia clínica con datos completos incluyendo el partograma y CLAP.

- Criterios de Exclusión
 - Parturientas con diagnóstico de gestación múltiple o macrosomía fetal.
 - Parturientas con diagnóstico de parto pre término.
 - Parturienta con producto de presentación pélvica o deflexión cefálica.
 - Parturientas que fueron sometidas a parto instrumentado.

- Pacientes que hayan sido sometidas a episiotomía extramuro.

2.3 Muestra

Tipo de muestreo

Muestreo aleatorio simple

Unidad de análisis

Pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Unidad de muestreo

Parturientas sometidas a parto vaginal del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tamaño muestral

Se utilizó la fórmula para cálculo del tamaño muestral en estudios de cohortes retrospectivos.

$$n = \frac{(7\alpha/2 + 7\beta)^2 [p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)]}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

p_1 : La frecuencia de desgarros perineales entre el grupo de estudio.
(29%)

p_2 : La frecuencia de desgarros perineales entre el grupo control.
(11%)

$$n = \frac{7,84[0,29(0,71) + 0,11(0,89)]}{(0,29 - 0,11)^2} = 73,5$$

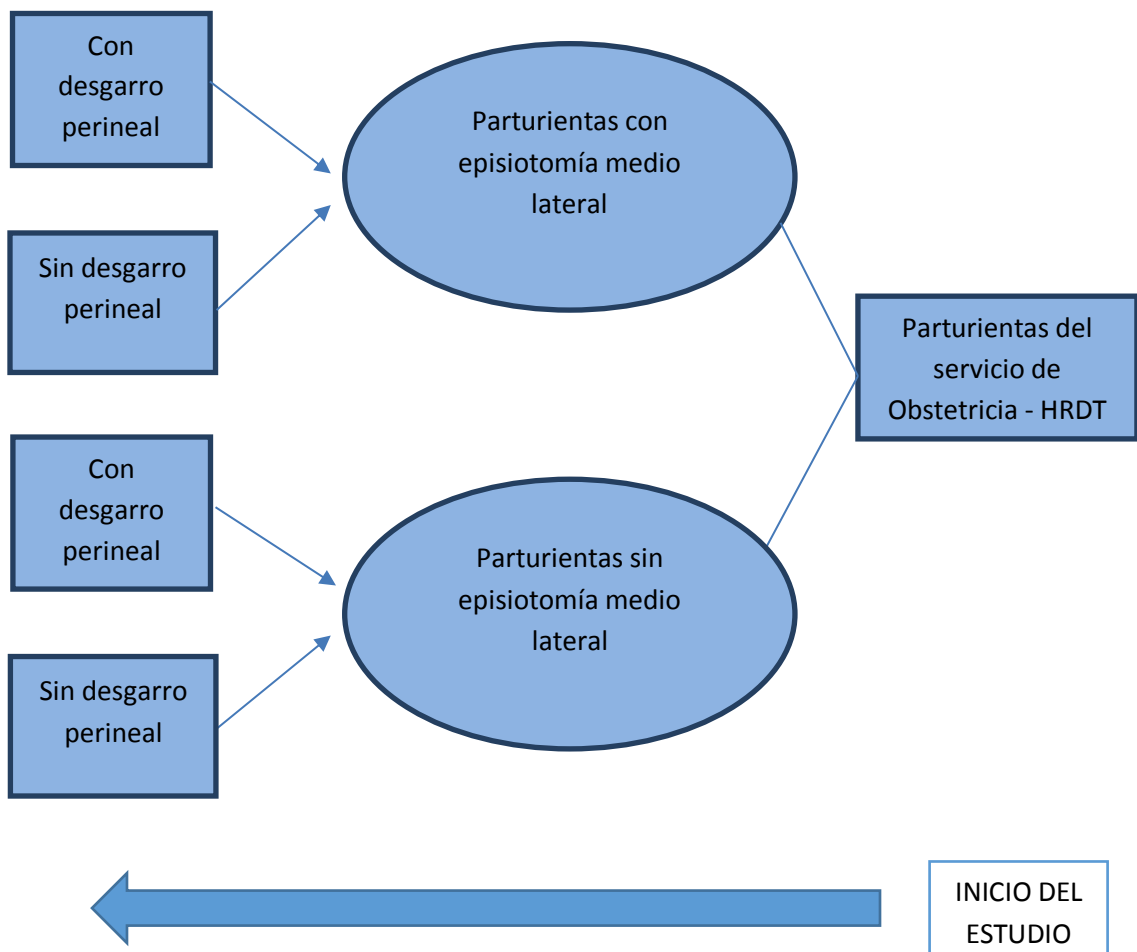
Se incluirán 74 pacientes en el grupo de estudio y 74 pacientes en el grupo control

2.4. Diseño de estudio

2.4.1. Tipo de estudio

- Observacional
- Analítico
- Cohortes
- Retrospectivo

2.4.2. Diseño específico



2.5. Definición operacional de variables

2.5.1. Variables

VARIABLES	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
INDEPENDIENTE Episiotomía medio lateral	Cualitativo	Nominal	Encuesta	SI, NO
DEPENDIENTE Desgarro perineal	Cualitativa	Ordinal	Clasificación de Sultán	Grado I Grado II Grado III: a,b y c Grado IV

2.5.2 Definiciones operacionales

Episiotomía medio lateral:

Incisión realizada en el periné, con tijeras especiales, realizado durante la segunda fase del trabajo de parto, cuando es visible un diámetro de 3-4 cm de la cabeza fetal y durante la contracción uterina, iniciando el corte en la línea media de la horquilla vulvar y dirigiéndose en sentido lateral y hacia abajo en ángulo entre 45 a 60° de la línea media; en la cual se seccionan, piel, tejido celular subcutáneo, mucosa vaginal, músculo bulbocavernoso, músculo transverso perineal y haces pubianos del elevador del ano.

Desgarro perineal:

Lesión provocada por la salida del producto en su paso por el canal blando del parto, durante la segunda fase del trabajo de parto y la cual se clasifica según Sultán en 4 grados:

- Grado I: Laceración que compromete mucosa vaginal y/o piel perineal.
- Grado II: Lesión que se extiende además a fascia y músculos del periné.
- Grado III: Lesión que además afecta esfínter anal, existen 3 subtipos:
 - A: Afecta menos del 50% del esfínter anal externo.
 - B: Afecta más del 50% del esfínter anal externo.
 - C: Afecta esfínter anal externo e interno.
- Grado IV: Lesión extendida hasta la mucosa anorrectal.

2.6. Procedimientos y técnicas

- a) Se obtendrá la autorización del “Hospital Regional Docente de Trujillo” para la realización del estudio por medio de una solicitud dirigida al director de la institución informando los objetivos de la investigación y los procedimientos que se realizará.
- b) Se recolectarán las historias clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.
- c) Se procederá a efectuar el llenado de la ficha de recolección de datos (ANEXO 01) con las historias clínicas.
- d) Se realizará la debida tabulación.

- e) Se hará uso del análisis estadístico para determinar la significancia de la relación entre variables.
- f) Se procederá a la interpretación de los resultados obtenidos.
- g) Se emitirán las conclusiones y recomendaciones.

2.7. Procesamiento y análisis estadístico

La información será analizada en un ordenador y se procesará utilizando el programa estadístico SPSS versión 24, el cual permitirá obtener a información en una forma resumida y ordenada para realizar el análisis respectivo.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Se utilizarán los gráficos de barras y tablas de doble entrada (2x2) para la presentación de frecuencias.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Se emplearán las medidas de tendencia central, empleando la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para determinar si la episiotomía medio lateral se asocia con Desgarros Perineales.

Se determinará además el valor de RR e intervalos de confianza, considerándose que existe significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Para la cuantificación del riesgo se empleará el estadígrafo y el riesgo relativo. Se considerará el valor de $RR > 1$ como factor de riesgo, $RR < 1$ como factor protector y $RR=1$ ni como factor protector, ni como factor de riesgo. Haciendo uso del siguiente esquema:

Estadígrafo de estudio (Tabla de contingencia)

	Con Desgarros Perineales	Sin Desgarros Perineales
Con episiotomía medio lateral	a	b
Sin episiotomía medio lateral	c	d

Riesgo Relativo se calcula con la siguiente fórmula:

$$RR = \frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

2.8. Consideraciones éticas

El presente trabajo se realizará respetando la ética médica en la recolección y análisis de datos teniendo en cuenta los principios éticos de privacidad y de confidencialidad establecidos por la declaración de Helsinki II en el punto 24 de la 64° Asamblea General en Fortaleza, Brasil de Octubre del 2013. Asimismo se considerará el inciso “c”, del artículo 25 de la Ley General de Salud N°26842, en el cual se explica que toda información que sea obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima y siempre que fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica. Y de igual modo, se valorará el artículo 48 del Código de Ética del Colegio Médico del Perú el cual expone que el médico debe presentar la información proveniente de una investigación médica, para su publicación, independientemente de los resultados, sin

incurrir en falsificación ni plagio y declarando si tiene o no conflicto de interés. Teniendo en cuenta que toda la información proporcionada a través de las historias clínicas será de carácter confidencial, sólo tendrá acceso a ella el investigador y serán tratadas de acuerdo a los principios actualmente vigentes.

Es importante recalcar que no se aplicará el consentimiento informado porque este estudio no pone en riesgo la salud y la integridad de los pacientes.

III. RESULTADOS

Se encontró que el promedio de edad de las parturientas del estudio fue de 28,3 (± 5.2) años, con un mínimo de 18 y máximo de 35 años; en cuanto a la talla, el promedio fue de 1,54 cms (± 0.04) de un rango comprendido entre 1.50 – 1.65 cms; el IMC promedio fue de 24.9 (± 3.3) con un mínimo de 18 y máximo de 30; La estancia hospitalaria promedio fue de 1.7 días (± 0.9) con un mínimo de 1 y máximo de 5 días; además el peso promedio de los productos fue de 3322 grs (± 360), de un rango comprendido entre 2200 – 3990 (Tabla 1, Figura 1). En cuanto a las variables categóricas, se encontró que el 27% procedían de La Esperanza, el 28,4 % contaba con secundaria completa y el 25% una paragravidéz de 2002. (Tabla 1).

En la estadística analítica, luego de aplicar el test de Chi Cuadrado, comparando las variables episiotomía mediolateral y desgarro perineal, se obtuvo un valor de p igual a 0.098, denotando falta de significancia estadística. (Tabla 2).

Además de analizar las variables independientes en estudio, se analizaron otras variables a partir de los datos obtenidos, las cuales fueron peso del producto mayor de 3500, la estimulación del trabajo de parto y la condición de gran múltipara, mostrando que no hubo asociación entre desgarro perineal y el peso del producto ni con la estimulación, pero si hubo asociación con la condición de gran múltipara, obteniendo un valor de p de 0.004 y un RR de 0.202 IC 95% [0.03-0.639] (Tabla 2).

Tabla 1: Distribución de pacientes según características generales

CARACTERÍSTICAS GENERALES	DESGARRO PERINEAL		*Valor P
	SI (43)	NO (105)	
EDAD	26,6 ± 5,4	29,6 ± 4,7	0,096
IMC	24,6 ± 3,1	25,2 ± 3,4	0,080
PESO RN	3236,3± 376,2	3387,1 ± 335,5	0,068
ESTANCIA HOSPITALARIA (DÍAS)	1,7± 0,9	1,7 ± 0,8	0,16
GRADO DE INSTRUCCIÓN (secundaria completa)	30,2%	27,1%	0,09
PARAGRAVIDEZ (segundo parto)	41,3%	12,9%	0,001

*Calculado con prueba T de student.

Figura 1: Proporción de parturientas según su edad

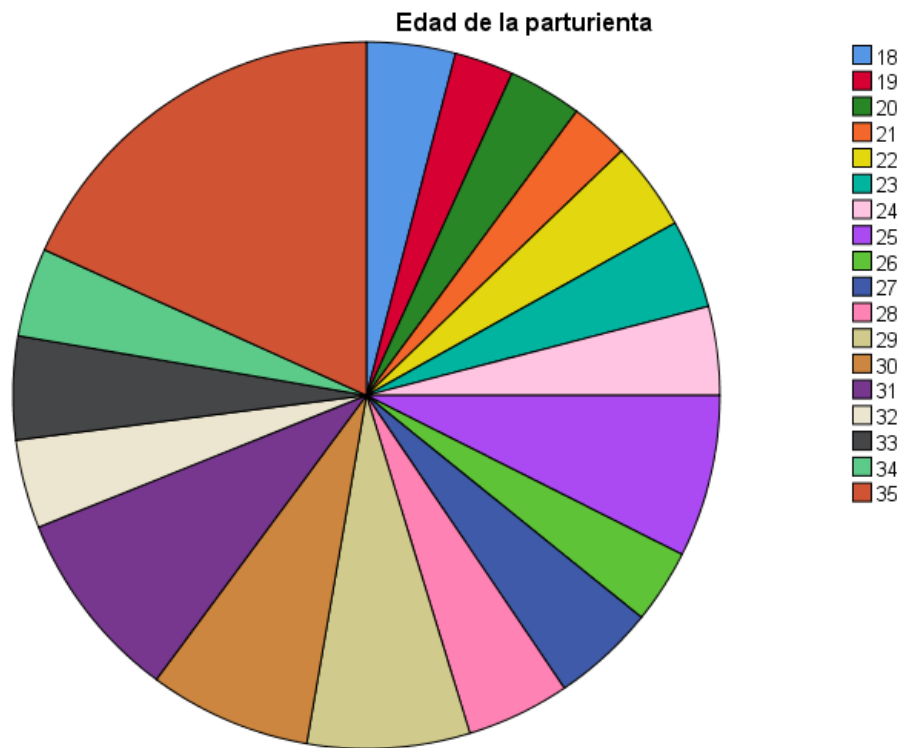


Figura 2: Proporción de desgarros perineales según su grado



Tabla 2: Análisis bivariado identificando factores independientemente asociados a la protección de desgarro perineal

FACTOR DE EXPOSICIÓN	Valor p*	RR	IC 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL VS DESGARRO PERINEAL	,098	0,626	0,35	1,10
PESO DEL RN > DE 3500 GRS VS DESGARRO PERINEAL	,267	2,520	0,89	5,45
ESTIMULACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO VS DESGARRO PERINEAL	,825	4,478	1,94	8,23
GRAN MULTIPARA VS DESGARRO PERINEAL	,004	0,202	0,05	0,79

*Aplicando chi cuadrado; RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de Confianza

IV. DISCUSIÓN

Este estudio buscó encontrar la asociación entre la realización de la episiotomía en parturientas y la producción de desgarros perineales y si constituye un factor protector contra dichos desgarros, ya que lo encontrado en la literatura muestra controversia, sumado a lo visto dentro de un hospital importante de la ciudad en donde no existe evidencia necesaria para apoyar la utilización de dicha técnica.

Dentro de los hallazgos de este estudio, pese a encontrar mayor proporción de desgarros perineales en el grupo en el cual no se desarrolla la episiotomía mediolateral, no se encontró asociación estadística alguna entre la realización de la episiotomía y la producción de desgarros perineales, lo cual nos acepta la hipótesis planteada, consistente en que la episiotomía mediolateral no constituye un factor protector de desgarro perineal, y solo es una técnica la cual debería aplicarse selectivamente, como en algunos países se aplica según la literatura consultado como son Francia y Australia (32-34).

Un dato importante que se reporta en la literatura donde muestran que factores como la nuliparidad, constituyen un factor de riesgo independiente para desarrollar desgarro perineal (17), y por otra parte se determinó la primiparidad como un predictor de desgarro perineal severo (16). Sabido esto, se buscó, asociación alguna entre la multiparidad y los desgarros perineales, de la cual no se encuentra evidencia científica, y nos arrojó una asociación entre dichas variables, que, al estimar el riesgo, muestra como factor protector de desgarro perineal a la condición de multiparidad, resultado que apoya lo descrito anteriormente.

En cuanto a las limitaciones dentro de la ejecución del estudio, se encontró una deficiente descripción acerca de la técnica y procedimiento efectuado, el cual solo se refiere si se aplicó o no, habiendo sido realmente importante saber, las condiciones en las cuales se realizó la episiotomía mediolateral y si la técnica empleada fue la correcta, exactamente como describe la literatura.

Finalmente, lo encontrado en este estudio, denota un paso importante en la toma de decisiones dentro de la atención de partos por vía vaginal a nivel local regional y nacional, debido a que la aplicación indiscriminada de dicha técnica se practica en la mayoría de hospitales de nuestro medio, sin embargo, con esta base científica, se

espera que pueda cambiar algunos dogmas en la atención de partos y así mejorar su calidad, obteniendo satisfacción por parte de las pacientes y sin afectar sus buenos resultados, reflejados en una baja tasa de complicaciones.

V. CONCLUSIONES

La episiotomía mediolateral no se asocia con los desgarros perineales y por lo tanto no constituye un factor protector de los mismos, siendo una técnica la cual debe realizarse selectivamente y en casos realmente necesarios según indica la OMS (en pacientes con cicatrices o lesiones induradas en el periné que impidan la salida normal del producto, o en quienes hayan sufrido un desgarro perineal de tercer grado en parto anterior, con riesgo inminente de desgarro). Por otro lado, La condición de gran múltipara constituye un factor protector de desgarro perineal.

VI. RECOMENDACIONES

Debido a que en la población estudiada se abarco muy pocos casos de desgarro perineal severo (3° y 4° grado), los cuales dentro de todo el año en cuestión solo se reportaron 9 según la estadística manejada en el HRDT (Figura 2), se sugiere realizar un estudio, tomando como base el presente, el cual incluya únicamente los casos de desgarras perineales severos y se investigue si en dichos casos, la episiotomía si tenga utilidad como factor protector.

Por otro lado, se sugiere restringir en la medida de lo posible, la aplicación de esta técnica, con base en lo encontrado en este estudio, ya que no se tiene evidencia la cual indique que genere un efecto protector en la prevención de desgarras perineales y, además, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas.

Finalmente, se espera generar impacto y motivar la ampliación de este estudio, investigando el efecto positivo de alguna técnica distinta o algún procedimiento a fin de evitar los desgarras perineales eficazmente, a la vez que disminuya las complicaciones obstétricas que una episiotomía contrae (dispareunia, trastornos del piso pélvico, etc.) y así mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Félix Báez CAF. Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. McGraw-Hill Interamericana; 2006. 555 p.
2. Sánchez Casal MI. Episiotomía versus Desgarro, revisión de las evidencias científicas. *Enfermería Docente*. 2012;97:27-32.
3. Muhleman MA, Aly I, Walters A, Topale N, Tubbs RS, Loukas M. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy: To Cut or Not to Cut, That is the Question. *Clin Anat*. 2017;30(3):362-72.
4. Rodríguez B, Carmen M, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Científica Cienc Médica*. 2014;17(2):53-57.
5. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care A Guide for Essential Practice*. World Health Organization; 2016.
6. *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Wu LC, Malhotra R, Allen JC, Lie D, Tan TC, Østbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(6):1249-56.
8. Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, Diem M van, Klomp T, Lagro-Janssen ALM, et al. The Use of Episiotomy in a Low-Risk Population in The Netherlands: A Secondary Analysis. *Birth*. 2013;40(4):247-255.
9. Saadia Z. Rates and Indicators for Episiotomy in Modern Obstetrics - a study from Saudi Arabia. *Mater Socio Medica*. 2014;26(3):188.
10. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(7):746-54.
11. Jug Došler A, Mivšek AP, Verdenik I, Škodič Zakšek T, Levec T, Petročnik P. Incidence of episiotomy in Slovenia: The story behind the numbers: Incidence of episiotomy in Slovenia. *Nurs Health Sci*. 2017;19(3):351-7.
12. Hernández-Martínez A, Pascual-Pedreño AI, Baño Garnés AB, Melero-Jiménez M del R, Molina Alarcón M. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. *Enferm Clínica*. 2014;24(5):269-75.
13. Ahmed Y, Baveja R, Foord F, Gonzales R, Mpanda S, Musbah A. *Care in normal birth: a practical Guide*. Dep Reprod Health Res World Health Organ. 1996.

14. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la episiotomía complicada. Instituto Mexicano del Seguro Social - Dirección de Prestaciones Médicas. 2013;Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica:1-7.
15. Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamadilok J, Seekorn K, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health* 2007.
16. Drusany Starič K, Bukovec P, Jakopič K, Zdravevski E, Trajkovik V, Lukanović A. Can we predict obstetric anal sphincter injury? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;210:196-200.
17. Schmitz T, Alberti C, Andriss B, Moutafoff C, Oury J-F, Sibony O. Identification of women at high risk for severe perineal lacerations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;182:11-5.
18. Fernando R, Sultan A, Freeman R, Williams A, Adams E. The Management of Third-and Fourth-Degree Perineal Tears. *R Coll Obstet Gynaecol.* 2015;Green-Top Guideline N°29:1-19.
19. Ginath S, Elyashiv O, Weiner E, Sagiv R, Bar J, Menczer J, et al. The optimal angle of the mediolateral episiotomy at crowning of the head during labor. *Int Urogynecology J.* 2017;28(12):1795-9.
20. Ma K, Byrd L. Episiotomy: What angle do you cut to the midline? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 213:102-6.
21. Menzies R, Leung M, Chandrasekaran N, Lausman A, Geary M. Episiotomy Technique and Management of Anal Sphincter Tears—A Survey of Clinical Practice and Education. *J Obstet Gynaecol Can.* diciembre de 2016;38(12):1091-1099.e2.
22. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: Role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(3):875-81.
23. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet.* 2012;286(6):1369-73.
24. Sagi-Dain L, Sagi S. The role of episiotomy in prevention and management of shoulder dystocia: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2015;70(5):354–362.
25. Rani S. Risk Factors and Incidence of Puerperal Genital Haematomas. *J Clin Diagn Res [Internet].* 2017 [citado 7 de enero de 2018]; Disponible en: http://jcd.r.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2017&volume=11&issue=5&page=QC01&issn=0973-709x&id=9777

26. İskender C, Topçu H onur, Timur H, Oskovi A, Göksu G, Sucak A, et al. Evaluation of risk factors in women with puerperal genital hematomas. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2 de mayo de 2016;29(9):1435-9.
27. Oliveira DA, Parente MPL, Calvo B, Mascarenhas T, Jorge RMN. The management of episiotomy technique and its effect on pelvic floor muscles during a malposition childbirth. *Comput Methods Biomech Biomed Engin* 2017;20(11):1249-59.
28. Manzanares S, Cobo D, Moreno-Martínez MD, Sánchez-Gila M, Pineda A. Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth.* 2013;40(4):307–311.
29. Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(2):201-4.
30. Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(11):824-833I.
31. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. En: *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017
32. Ginod P, Khallouk B, Benzenine E, Desplanches T, Dub T, Schmutz E, et al. Évaluation de la pratique restrictive de l'épisiotomie et de l'impact sur les déchirures périnéales au sein du Réseau périnatal de Bourgogne. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* noviembre de 2016;45(9):1165-71.
33. Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* junio de 2014;43(6):463-9.
34. Trinh AT, Khambalia A, Ampt A, Morris JM, Roberts CL. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. *Bull World Health Organ.* 1 de mayo de 2013;91(5):350-6.
35. Sagi-Dain L, Bahous R, Caspin O, Kreinin-Bleicher I, Gonen R, Sagi S. No episiotomy versus selective lateral/mediolateral episiotomy (EPITRIAL): an interim analysis. *Int Urogynecology J.* 2017.
36. M. Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health.* 2017.

37. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev.
38. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *Bmj*. 2001;322(7297):1277–1280.
39. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013
40. Zhou F, Wang XD, Li J, Huang GQ, Gao BX. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Episiotomía medio lateral como factor protector de Desgarro Perineal en parturientas del Hospital Regional Docente de Trujillo”.

I. Datos generales:

- Número de Historia Clínica: _____
- Edad: _____ años
- Talla: _____ m.
- IMC: _____ kg/m².
- Procedencia: _____
- Grado de instrucción: _____
- Paragravidez: _____

II. Variables:

1. Episiotomía medio lateral: SI () NO ()
2. Desgarro Perineal SI () NO ()
 Tipo: I () II () III () IV ()

III. Otros factores:

1. Estancia hospitalaria: _____
2. Estimulación del trabajo de parto: SI () NO ()
3. Duración de la fase expulsiva <2hrs: SI () NO ()
4. Peso del RN: _____