

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Umbral de dolor post episiotomía en pacientes gestantes del
Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco enero del 2024**

Para optar el título profesional de:

Obstetra

Autores:

Bach. Nancy Pamela BARRERA AGUIRRE

Bach. Johana Livia PALACIN VEGA

Asesor:

Dr. Javier SOLIS CONDOR

Cerro de Pasco - Perú – 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

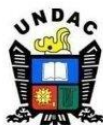
**Umbral de dolor post episiotomía en pacientes gestantes del
Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco enero del 2024**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Isaias Fausto MEDINA ESPINOZA
PRESIDENTE

Obst. Yolanda COLQUI CABELLO
MIEMBRO

Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 094-2024

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

Nancy Pamela BARRERA AGUIRRE
Johana Livia PALACIN VEGA
Escuela de Formación Profesional
OBSTETRICIA

Tesis

***“UMBRAL DEL DOLOR POST EPISIOTOMÍA EN PACIENTES
GESTANTES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN PASCO
ENERO DEL 2024”***

Asesor:

Dr. Javier SOLIS CONDOR

Índice de Similitud: 24%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 15 de octubre del 2024.



Firmado digitalmente por PAITA
HUATA Elsa Lourdes FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17.10.2024 06:45:53 -05:00

Dra. Elsa Lourdes PAITA HUATA
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

A nuestros queridos padres; a quienes amamos y son nuestra fuerza, así como el mayor orgullo, que gracias a su apoyo y su infinito amor podemos lograr cada una de nuestras metas.

A nuestros amigos, personas que la universidad nos permitió conocer, por motivarnos a continuar en momentos difíciles; todos nuestros logros se los debemos a ustedes, incluyendo este. Son una parte importante que impulsa nuestra vida a diario. Que nunca nos falte su bendición.

Nancy Pamela B.A.

Johana Livia P.V.

AGRADECIMIENTO

A Dios, nuestro guía fiel dador de vida y protección, quien nos da las fuerzas necesarias para cumplir nuestras metas.

A nuestra Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, por permitirnos formar parte de esta gran comunidad y familia universitaria.

A nuestro asesor, por su apoyo incesante, paciencia y sus consejos.

Nancy Pamela B.A.

Johana Livia P.V.

AUTORES

RESUMEN

“La episiotomía es una incisión que se realiza en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del parto” (1). “Se utiliza para acortar el expulsivo y prevenir posteriores problemas del suelo pélvico como desgarros y POP y prevenir lesiones fetales como la asfixia intraparto y la hemorragia intracraneal” (1).

“Es uno de los procedimientos más frecuentes en el mundo, a pesar de producir elevada proporción de daño perineal tras el parto y de que no exista evidencia de su efectividad” (2).

El presente trabajo titulado “UMBRAL DEL DOLOR POST EPISIOTOMÍA EN PACIENTES GESTANTES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN PASCO ENERO DEL 2024”. Tiene el objetivo general de determinar el nivel del Umbral del dolor post episiotomía en pacientes gestantes.

La metodología empleada fue descriptiva y comparativa. La población muestral estuvo

conformada por las pacientes gestantes que fueron atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco que está ubicado a 4380 msnm durante el tiempo estipulado en

el cronograma de actividades. Obteniendo los siguientes resultados que del 100% de

la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y multíparas), de las cuáles el 50% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de umbral de dolor durante el periodo expulsivo, entre ellas el 40% son primigestas y el 10% restante corresponde a las multíparas; por otro lado, tenemos que el 40% de las parturientas percibieron un nivel severo del umbral de dolor y que en su totalidad fueron multíparas.

Palabras claves: Umbral del dolor, Episiotomía.

ABSTRACT

“An episiotomy is an incision made in the perineum to increase the vaginal opening during the last part of the second stage of childbirth” (1). “It is used to shorten the delivery and prevent subsequent pelvic floor problems such as tears and POP and prevent fetal injuries such as intrapartum asphyxia and intracranial hemorrhage” (1).

“It is one of the most frequent procedures in the world, despite producing high proportion of perineal damage after childbirth and that there is no evidence of its effectiveness” (2). The present work entitled “THRESHOLD OF POST EPISIOTOMY PAIN IN PREGNANT PATIENTS OF THE HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO JANUARY 2024”. It has the general objective of determining the threshold level of post-episiotomy pain in pregnant patients.

The methodology used was descriptive and comparative. The sample population was made up of pregnant patients who were treated at the Daniel Alcides Carrión Pasco Hospital, which is located at 4380 meters above sea level during the time stipulated in the schedule of activities. Obtaining the following results that of 100% of the total sample of pregnant women, 50% were distributed for each study group (nulliparous and multiparous), of which 50% of the parturients experienced a moderate level of pain threshold during the period expulsive, among them 40% are primigravida and the remaining 10% correspond to multiparous; On the other hand, we have that 40% of the parturients perceived a severe level of the pain threshold and that all of them were multiparous

Keywords: Pain threshold, Episiotomy.

INTRODUCCIÓN

El término episiotomía, etimológicamente proviene de las palabras 'episeon': pubis y "temno": yo corto: teniendo como significado "çorto pubis". Es llamada también Colpoperineotomía, designada así, por vez primera en 1742 por el científico irlandés "Sir Fielding Ould, quien puso de conocimiento dicha técnica al mundo, a través de su obra 'Teatrise of midwifery in three parts'" (2).

Fue durante "el siglo XIX que fue estudiada y aplicada nuevamente por Michaelis, Tranier y Crede" (2). Durante el siglo XX, "describieron también la técnica, De Lee y Pomeroy, científicos de esta época, hicieron de esta técnica una opción a ser tomado en cuenta y ponerla en práctica durante el segundo periodo del trabajo de parto" (2).

Esta técnica, desde luego, tiene sus críticos, sin embargo, existen evidencias clínicas rutinarias, las cuales muestran que, a veces es necesaria, y en este estudio no esperábamos que se convirtiera en parte de la práctica de la episiotomía o se fomentara, sino todo lo contrario. "Opinión: Si la evidencia científica muestra que esto es perjudicial para la realización de la técnica, nos gustaría aportar evidencia científica de que el dolor es otra limitación para seguir practicando la técnica" (3).

Ramírez, por su parte, pone énfasis al respecto y manifiesta que, "como todo conocimiento creado en las ciencias biológicas, el vitalismo fue desplazado por el salto cuantitativo y cualitativo del conocimiento verificado a finales del siglo XIV y principios del XV, donde el conocimiento científico se utilizó como base del conocimiento científico. Como base para las ciencias de la salud" (4).

Celesia, nos pone de manifiesto que, "los primeros intentos para aliviar el dolor durante este período, estuvieron basados en gran medida al consejo y la distracción del paciente" (2). "El primero implica el uso de anillos, collares, amuletos y otros hechizos mágicos; por su parte, el segundo implica la contra estimulación, que es la inducción de intensos estímulos dolorosos que distraen a la mujer del dolor original" (2).

Durante “la Edad Media ya iniciaron con la práctica y uso de diversas mezclas de hierbas a base de extractos de amapola, mandrágora y cáñamo; existiendo reportes documentados respecto al empleo y consumo del alcohol durante el período del parto” (2). “Durante el siglo XIX y principios del XX, no escapó a la regla la incorporación de la anestesia y otros métodos como alternativa al alivio del dolor durante el parto” (2).

La seducción hacia el uso de las drogas y sus poderosos efectos, fueron notorios entre los médicos de ese tiempo; es así que algunos de ellos, las empleaban de manera indiscriminada, debido a su libre disposición para usarlas. No obstante, “la utilización de drogas nuevas sin crítica alguna provoca invariablemente una contrarrevolución; de la misma forma, el uso excesivo de sedantes y analgésicos durante el trabajo de parto a comienzos de este siglo, fue el preludio de la creación del movimiento llamado Movimiento en favor del parto natural” (5).

“Los métodos de ‘parto natural’ basados en el alivio del dolor no farmacológico se basan en gran medida en prácticas descritas hace siglos. Actualmente, estos métodos son igualmente importantes, independientemente de si se usan solos o como complemento de los analgésicos” (5).

Dick Reed y Lamaze, afirman “sin embargo, que dichas técnicas no se utilizan de forma tan exclusiva, ni estricta”. En la actualidad, “se anima a las mujeres a estar en sincronía con sus cuerpos y utilizar los métodos que mejor les funcionen durante el parto” (5).

Conocemos y sabemos “que el dolor se presenta como un mecanismo de protección corporal y se produce siempre que un tejido es lesionado, obteniendo al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir dicho estímulo doloroso” (6). Por tanto, la analgesia durante el trabajo de parto, “no deja de ser prudente tomar esta alternativa para aliviar este tipo de dolor, ya que, está demostrado sus ventajas que engendra para la madre y para el feto (7).

Por otra parte, la episiotomía fue “otro de los procedimientos practicado durante el segundo periodo del parto, este procedimiento adiciona un aumento del Umbral del

dolor de la parturienta” (8). Este procedimiento obstétrico se inició durante el siglo XVIII cuando Ould la ejecutó por vez primera, según lo refiere Stephen, cuando los partos se presentaban extremadamente difíciles (8).

Haciendo un recuento del origen de la episiotomía, es “Ritgen médico alemán, quien refiere que, durante el año 1855 se realizó un trabajo aplicando este procedimiento llamado en esa época ‘escarificación vaginal’ a 4,875 parturientas; reportando 190 desgarros, teniendo únicamente, un caso de grado IV” (8). De la misma manera, durante esta época, se “describió la maniobra de protección perineal, el mismo que, en la actualidad lleva su nombre”. Fue el 1857, luego de un profundo estudio, el término episiotomía quedó definida (8).

La episiotomía como técnica rutinaria fue propuesta por primera vez por Broomal en 1878; pero, esta propuesta tuvo que esperar hasta 1920, cuando fue protocolizada como rutinaria por Pomeroy; de allí a la actualidad, esta práctica se efectiviza en primigestas, “bajo el argumento de minimización del estiramiento de los tejidos perineales, reducción de traumatismos de la cabeza del feto al acortar el segundo período del parto y, la prevención de prolapsos genitales futuros” (8).

El presente informe de tesis describe detalladamente el estudio que se desarrolló y se reporta basados en las normas institucionales por nuestra Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; la estructura sigue el siguiente esquema: “Capítulo I: El origen y definición del problema, objetivos, justificación, limitaciones. En el Capítulo II, revisión de la literatura, marco teórico y definición operacional de términos. En el Capítulo III: El método de investigación, tipo método diseño, población y muestra de estudio, instrumentos y técnicas de recolección de datos, técnicas de análisis de datos, validación confiabilidad. Capítulo IV: Resultados y discusión. Conclusiones y recomendaciones; nexos con los documentos e instrumentos empleados durante el estudio”.

Las autoras.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema	12
1.2. Delimitación del problema.	13
1.3. Formulación del problema.	14
1.3.1. Problema general	14
1.3.2. Problemas específicos.	14
1.4. Formulación de objetivos.....	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos.	14
1.5. Justificación de la investigación.	15
1.6. Limitación de la investigación.....	16

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio	17
2.2. Bases teórica - científica.....	20
2.3. Definición de los términos básicos.	28
2.4. Formulación de la hipótesis.....	28

2.4.1. Hipótesis general.....	28
2.4.2. Hipótesis específicos.....	28
2.5. Identificación de la variable.	29
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	30

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación.....	31
3.2. Nivel de investigación.....	31
3.3. Métodos de investigación.....	31
3.4. Diseño de investigación.....	32
3.5. Población y muestra.....	32
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	33
3.8. Técnicas de procedimiento y análisis de datos.....	33
3.9. Tratamiento Estadístico.....	34
3.10. Orientación ética filosófica y epistémica.....	34

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.....	35
4.2. Presentación análisis e interpretación de resultados.....	36
4.3. Prueba de hipótesis.....	46
4.4. Discusión de resultados.....	48

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ANEXOS:

ÍNDICE DE CUADROS.

- **CUADRO N°1:** Distribución de las edades cronológicas según grado de instrucción de las pacientes nulíparas y multíparas atendidas en H.D.A.C. Pasco enero 2024.....24
- **CUADRO N°2:** Lugar de procedencia de las unidades muestrales según el tipo de trabajo de parto que tuvieron las gestante nulíparas y multíparas atendidas en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....26
- **CUADRO N°3:** Nivel de Umbral del dolor en el primer periodo del parto (dilatación) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....28
- **CUADRO N°4:** Nivel de Umbral del dolor en el segundo periodo del parto (expulsivo) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....30
- **CUADRO N°5:** Nivel de Umbral del dolor en el tercer periodo del parto (alumbramiento) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....30
- **CUADRO N°6:** Nivel de Umbral del dolor en el cuarto periodo del parto (puerperio inmediato) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 202432

ÍNDICE DE GRAFICO

- **GRAFICO N°1:** Distribución de las edades cronológicas según grado de instrucción de las pacientes nulíparas y multíparas atendidas en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....25
- **GRAFICO N°2:** Lugar de procedencia de las unidades muestrales según el tipo de trabajo de parto que tuvieron las gestante nulíparas y multíparas atendidas en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....27
- **GRAFICO N°3:** Nivel de Umbral del dolor en el primer periodo del parto (dilatación) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el en el Pasco enero del 2024.....28
- **GRAFICO N°4:** Nivel de Umbral del dolor en el segundo periodo del parto (expulsivo) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....30
- **GRAFICO N°5:** Nivel de Umbral del dolor en el tercer periodo del parto (alumbramiento) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....31
- **GRAFICO N°6:** Nivel de Umbral del dolor en el cuarto periodo del parto (puerperio inmediato) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.....33

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema

La práctica clínica diaria en el campo obstétrico nos hace evidenciar que a veces la literatura dista mucho de la realidad ya que si nos enfrentamos a trabajo de parto donde hay: prolongación del segundo periodo del trabajo de parto, desproporción céfalo pélvica, Si la presentación de la cabeza es asistida con fórceps se necesita una vía de salida más amplia, Si se evidencia clínicamente una desaceleración en la frecuencia cardíaca fetal que requiere un parto más rápido, desgarros extenso previos y la anatomía del periné a un parto vaginal normal; es necesario realizar la episiotomía ya que el fin supremo de la atención en salud es la prevención de factores de riesgo de nuestros pacientes (8).

Es por ello que estimando de cada 10 partos vaginales 3 a 4 pacientes terminan con ejecución de la técnica de episiotomía por las consideraciones clínica de uno o más de lo mencionado anteriormente; entonces el protagonismo del Profesional de obstetricia es informar a la paciente sobre la posibilidad de

una episiotomía y las razones para su uso, asegurándose de que entienda los riesgos y beneficios (9).

“Numerosos estudios de investigación han demostrado que la episiotomía de rutina no ofrece beneficios significativos en comparación con el manejo expectante del periné. Las guías actuales, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Americana de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), sugieren que la episiotomía debe realizarse solo en circunstancias específicas y no de manera sistemática” (9).

Sin embargo, la circunstancia clínica de nuestro trabajo amerita la valoración de riesgo beneficio es por ello las profesionales obstetras lo ejecutan y uno de los eventos clínicos más traumáticas que protóginas la pacientes episiotomizadas es el dolor es por ello que nuestro estudio está basado identificar quien presente el nivel de dolor comparada con las madres multíparas y nulíparas, a pesar de que la lógica investigativa nos puede inferir que los que presentan dolor post episiotomía serian la nulíparas en un estudio piloto se pudo encontrar que las multíparas refieren presentar el dolor más intenso a comparación de las pacientes nulíparas.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación conceptual

Umbral de dolor: el umbral del dolor se define como la cantidad mínima de estímulo necesario para que una persona comience a percibir una sensación dolorosa. Este concepto es importante en la evaluación del dolor y puede ayudar a guiar el tratamiento y manejo del mismo.

1.2.2. Delimitación espacial

El presente estudio se desarrollo en los establecimientos de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, ubicada en el distrito metropolitano de Yanahuanca, en la ciudad de cerro de pasco, provincia y región de pasco.

1.1.1. Delimitación temporal

El estudio se desarrolló entre los meses de enero del 2023 a enero del 2024, implementándose y ejecutándose de acuerdo a lo planificado.

1.1.2. Delimitación social

El estudio se enmarca en el bienestar clínico, psicoemocional de cada madre parturienta durante el proceso del parto; con ello, el bienestar del recién nacido y por supuesto, el bienestar de la familia en conjunto.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el umbral de dolor post Episiotomía en pacientes gestantes del hospital Daniel Alcides Carrión pasco enero 2024?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál son los criterios de inclusión y exclusión que integraran nuestra muestra de estudio?
- ¿Cuál es el nivel del Umbral del Dolor durante los periodos del trabajo de parto en pacientes nulípara y multíparas de los servicios de Gineco Obstetricia?
- ¿Cuál es la diferencia del Umbral del Dolor en los diferentes periodos del parto en ambos grupos de estudio?
- ¿Cuál es la relación del Umbral del Dolor en pacientes nulípara y multíparas con los indicadores específicos?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la valoración del umbral del dolor durante el trabajo de parto en pacientes nulíparas y multíparas, atendidas en el Hospital D.A.C.

1.4.2. Objetivos específicos

- Seleccionar las unidades muestrales según los criterios de inclusión y exclusión de las que integran nuestra muestra de estudio.

- Medir el umbral de dolor durante los periodos de trabajo de parto en pacientes nulíparas y multíparas de los servicios de gineco obstetricia.
- Establecer la diferencia del umbral del dolor según los periodos de trabajo de parto en ambos grupos de estudio.
- Evidenciar la relación del umbral del dolor en pacientes nulíparas y multíparas con los indicadores específicos.

1.5. Justificación de la investigación

Justificación teórica:

Realizar un estudio sobre el nivel de dolor durante la episiotomía es crucial por varias razones teóricas y prácticas que pueden mejorar la calidad del cuidado y los resultados para las pacientes. Aquí te presento algunas justificaciones teóricas para llevar a cabo tal estudio:

“La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que implica una incisión en el perineo durante el parto para facilitar el nacimiento. A pesar de que el procedimiento se realiza bajo anestesia local, el dolor experimentado durante y después de la episiotomía puede variar significativamente entre las pacientes” (7). Estudiar el nivel de dolor asociado con esta intervención puede proporcionar una mejor comprensión de cómo se percibe el dolor y cómo varía entre diferentes individuos, lo cual es esencial para optimizar el manejo del dolor.

Investigar el dolor durante la episiotomía puede revelar deficiencias en la anestesia local o en los métodos de analgesia utilizados. Esto puede llevar a la mejora de las técnicas anestésicas, la evaluación de la eficacia de los anestésicos utilizados y la implementación de protocolos más efectivos para la gestión del dolor.

Un estudio detallado puede identificar áreas donde los anestésicos actuales no son suficientes y permitir ajustes en las prácticas clínicas

Justificación práctica:

Realizar un estudio sobre el nivel de dolor durante la episiotomía tiene varias justificaciones prácticas que pueden tener un impacto directo en la atención y el bienestar de las pacientes. Por ejemplo:

Un estudio práctico puede identificar la eficacia de las técnicas actuales de anestesia y analgesia durante la episiotomía. Esto permite ajustar los protocolos de manejo del dolor, garantizando que las pacientes reciban la mejor atención posible durante el procedimiento. Con datos precisos, se pueden implementar cambios que reduzcan el dolor y mejoren la experiencia del parto.

El dolor severo durante la episiotomía puede ser un indicador de problemas como una anestesia inadecuada o complicaciones postoperatorias. Un estudio puede ayudar a identificar estos problemas de manera temprana, lo que permite intervenir antes de que se desarrollen complicaciones más serias, como infecciones o problemas con la cicatrización.

El dolor durante la episiotomía puede afectar negativamente la experiencia general del parto y la satisfacción con el cuidado recibido. Evaluar el nivel de dolor y cómo se maneja puede llevar a prácticas que mejoren la comodidad y el bienestar de las pacientes, aumentando así su satisfacción general con el proceso de parto.

1.6. Limitación de la investigación

En el presente estudio la presencia de limitación fue imperceptible, se tuvo apoyo integral de cada una de las parturientas y sus familiares; fue accesible la metodología empleada para la ejecución y reporte de la presente investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

Nivel internacional:

Chamorro Martinez & Torres Romero (2022) en Ecuador en su investigación “Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021” con el “objetivo de identificar las medidas preventivas e incidencia de complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas”; para ello, empleó como metodología de estudio, la investigación cuantitativa, retrospectiva transversal; a través del análisis de historias clínicas durante el año 2021, nos reporta sus resultados luego del análisis de una muestra de 287 parturientas: “entre las primíparas, se encontraron complicaciones más frecuentes, el dolor perineal cuya intensidad fue moderada, infección del sitio quirúrgico, dispareunia, edema vulvar y en menor grado hematoma”. El estudio concluye mencionando, “la elección y los procedimientos de episiotomía, proporciona beneficios materno-fetales; no obstante, pueden conllevar hacia complicaciones postparto, motivo por el cual, se recomienda su elección o determinación de manera electiva o selectiva” (11).

Chachalo Sandoval, hidalgo Navarrete, Vaca Salgado , & Valenzuela Cadena (2022) por su parte en Cuba, a través de su artículo de investigación “Complicaciones maternas asociadas a la episiotomía en las mujeres de Sudamérica en el periodo 2017 –2022” con el objetivo de “conocer las complicaciones maternas asociadas a la episiotomía en las mujeres de Sudamérica durante el período de estudio”, empleando para ello, la revisión bibliográfica de manera cualitativa en artículos científicos como estrategia metodológica de investigación, a través de ella, se obtuvo información respecto a la complicaciones maternas relacionadas con el procedimiento quirúrgico de la episiotomía en gestantes en período de parto; de la misma manera, realizaron el respectivo análisis de registros médicos en la región Sudamericana. Para ello, contó con 644 mujeres como población de estudio; de ellas, se seleccionaron a 344 gestantes en trabajo de parto como muestra de estudio. “Se emplearon materiales de alta calidad, entre ellas: instrumentos de medición validados y confiables, y una muestra representativa de pacientes”. Los resultados del estudio nos muestran que, “ de las episiotomías realizadas, en el 79% se presentaron complicaciones posterior a dicho procedimiento; las complicaciones estuvieron enmarcadas de manera básica, debidas a la desinformación o la limitada técnica para realizar este procedimiento”. El estudio concluye mencionando que, “las complicaciones más frecuentes post episiotomía, se incluyen el dolor, infección, hemorragia, cicatrización anormal y dispareunia, las mismas que afectan en gran magnitud la vida sexual de las mujeres puérperas, dicha complicación debe ser atendida de inmediato, con la finalidad de disminuir y/o evitar consecuencias graves” (12)

Nivel nacional:

Díaz Ruiz, (2019) en Pucallpa en su trabajo titulado “Complicaciones en pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Amazonico” Tuvo como objetivo general “determinar las complicaciones post episiotomía en

gestantes nulíparas atendidas”. El tipo de investigación fue cuantitativa, retrospectiva-transversal, diseño no experimental. El estudio se desarrolló tomando una población de 2 625 gestantes atendidas cuyo parto fue vaginal; seleccionado una muestra de 346 bajo técnica probabilísticamente representativa, practicándoseles episiotomía. Los resultados del estudio muestran que, las características concernientes al tipo de episiotomía, al 96% de ellas se les practicó episiotomía mediana; de ellas, el 27% se complicó con algún tipo de desgarro. Respecto a las complicaciones inmediatas, se halló en el 29% de ellas la presencia de desgarro; en el 9% de las complicaciones mediatas hicieron dehiscencia; en el 7% de las que presentaron complicaciones tardías, se presentó dispareunia”. El estudio concluye que, “entre aquellas complicaciones inmediatas se halló que el 17% presentó complicaciones de grado II, III y IV; en el 46% de aquellas que presentó complicaciones inmediatas, predominó los desgarros con 29%, seguido de edemas en la vulva con un 11%; respecto a las complicaciones mediatas, en el 9% se reportó dehiscencia, Por su parte, dentro de aquellas que presentaron complicaciones tardías, en el 7% se presentó dispareunia” (13).

Díaz Castro & Chavez Barrientos, (2022) en Huancavelica en su trabajo titulado “Episiotomía: complicaciones a corto y largo plazo en el Hospital de Apoyo San Miguel”, Tuvo como objetivo “Determinar las complicaciones a corto y largo plazo de la episiotomía en las mujeres atendidas”. Tomó como metodología de investigación al estudio retrospectivo de nivel descriptivo-transversal; mediante técnica de revisión documentaria que abarca el período del posparto inmediato hasta el cuarto mes del puerperio, para ello tomaron las historias clínicas de 50 púerperas seleccionadas como muestra de estudio bajo técnica no probabilística circunstanciales. Entre los resultados que reporta del estudio se encuentran “las complicaciones alrededor de los 42 están: dolor en el periné (68%), ardor al miccionar en el (54%), edema vulvar (12%),

dehiscencia de la episiorrafia (6%), desgarró (4%) y hematoma en el 2%". "Las complicaciones a largo plazo > 42 días observadas se encuentran: incontinencia urinaria (46%), disparemia (43%), distopia o prolapso vaginal (4%). 'el 32% de las mujeres no reportaron molestias en este periodo'. El estudio concluye mencionando que, "las episiotomías presentan complicaciones que se prolongan hasta mas allá de los 42 días postparto, éstas generan limitaciones considerables en la sexualidad; por ende, se requiere de la implementación de estrategias que conducen a la conservación integral del periné, entre ellas: masaje perineal durante el embarazo, evaluación del periné antes del parto, episiotomía restrictiva" (14).

De la Cruz Quispe & Perez Acuña (2023) en Huancavelica en su trabajo titulado "Complicaciones en nulíparas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital de Lircay, 2022"; el propósito que persigue fue "Determinar las complicaciones presentes en nulíparas con episiotomía y sin episiotomía". Para ello, eligió el estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal. Para lo cual tomó una muestra de 125 nulíparas; de ellas, a 83 se les realizó episiotomía y, a 42 no se les realizó procedimiento alguno. El instrumento empleado para recolectar información fue la ficha de recolección de datos". Entre los reportes de sus resultados, resalta que, "las complicaciones inmediatas de los 125 partos con episiotomía y sin episiotomía fueron, dolor perineal (69.8% y 40.4%), hemorragia (50.6% y 16.6%), desgarró tipo I (26.5% y 66.6%) y desgarró tipo II (21,6% y 4.7%). Las complicaciones mediatas de los 125 partos con episiotomía y sin episiotomía fueron, dehiscencia (54.3% y 9.5%), hemorragia (50.6% y 16.6%), infección (37.4% y 2.3%), hematoma (13.3% y 14.2%) y edema vulvar (30.2% y 19.9%). Concluyendo en que las pacientes con episiotomía tuvieron mayor relevancia el dolor perineal y en pacientes sin episiotomía las menos predominante fue la infección" (15).

2.2. Bases teórica - científica

I. Umbral del dolor

A. Definición

El dolor del parto es de carácter multifactorial, además de ser una experiencia única e individual. Esto significa que la percepción y sensación dolorosa durante este proceso se ve influenciada por factores fisiológicos, psicológicos y culturales, de cada mujer” (16).

“En relación con los factores fisiológicos, se pueden producir diferentes severidades y frecuencias en función con las contracciones uterinas. Así como también como consecuencia de la dilatación cervical y distensión perineal. A pesar de ser un fenómeno con gran variabilidad entre las gestantes, se define como un dolor agudo de comienzo y finalización bien definidos” (16).

“Principalmente, existen dos tipos de dolor; el dolor visceral, originado por las contracciones del útero y la dilatación del cuello uterino; y el dolor somático, desencadenado por la presión y distensión de los músculos del suelo pélvico, así como también por la isquemia que se produce por el paso del feto a través de la pelvis” (16).

“Asimismo, el dolor somático se divide en: dolor somático profundo-visceral, el cual es un dolor sordo; y el dolor somático superficial, de carácter agudo e intensidad creciente, que corresponde con la etapa expulsiva”.

B. Fisiología del dolor en el trabajo de parto

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable, asociado a un daño tisular real o potencial, que puede ser percibido en diversas situaciones a lo largo de la vida, pero sin duda, es de gran connotación el dolor que se percibe durante el embarazo, comenzando por el temor que se puede sentir ante esta desconocida experiencia de las contracciones uterinas” (16).

“Esta percepción se puede iniciar tempranamente alrededor de las 20 semanas de edad gestacional en nulíparas y semanas antes en las multíparas. La aparición de las llamadas contracciones de Braxton Hicks son progresivas a medida que avanzan las etapas del embarazo, del mismo modo que la percepción de estas contracciones por parte de la mujer, experimentando fluctuaciones en la intensidad del dolor en cada una de éstas” (1).

“Factores como la edad de la paciente, la paridad y el número de semanas de embarazo han sido mencionados como responsables de la variabilidad en la intensidad del dolor en un 15,9% de los casos” (1).

“El dolor experimentado puede ser clasificado según su localización, ya sea de tipo visceral o somático. Este último definido como “excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc.), dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos” a diferencia del dolor visceral entendido como “excitación anormal de nociceptores viscerales, mal localizado, continuo y profundo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó” (1).

“Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos”. Diferentes estructuras anatómicas son los centros desde donde se inicia la transmisión del dolor, siendo uno o varios sitios simultáneos, dentro de la variedad de estructuras que pueden generar dolor se encuentra la columna vertebral, la zona pélvica y genital (cuerpo y cuello uterino, vagina, vulva y periné) debido a la expansión uterina, al estiramiento de ligamentos, fascias y de tejido subcutáneo, además, del estiramiento del canal del parto y presión del feto” (16).

“En el procesamiento de la información nociceptiva se integran procesos como transducción, transmisión, modulación y percepción del

dolor, mediante los cuales se logra incorporar la información sensorial al pensamiento consciente. Los estímulos nociceptivos pueden ser químicos, térmicos o mecánicos, los cuales van a generar la liberación de mediadores, los que gatillan cambios iónicos en las membranas celulares, generando impulsos nerviosos que son transmitidos a los ganglios de la raíz dorsal de la médula espinal. Esta información sensitiva se integra a nivel del tracto espinotalámico lateral, llegando hasta la corteza somatosensorial (involucrando al sistema reticular y el sistema límbico), donde ocurre el procesamiento de la información en cuanto a la ubicación, la intensidad y la duración del estímulo nociceptivo” (16).

“La modulación del dolor a nivel medular se produce a través de vías excitatorias o inhibitorias, permitiendo modificar la percepción de tal estímulo. Esta percepción del dolor es el resultado de la integración de los aspectos sensitivos como de los elementos afectivo-emocionales, sensorial-discriminativos y conductuales, los cuales serán interpretados como un conjunto y así otorgarán un significado de vivencia único al dolor entre cada una de las embarazadas” (16).

Durante la primera etapa del trabajo de parto, correspondiente a la etapa de dilatación cervical, existe un predominio del dolor visceral. Centrándose en las estructuras uterinas y anexiales secundario a diversos mecanismos de origen mecánico, donde la intensidad del dolor percibido se relaciona con factores como la posición del feto o volumen sanguíneo a nivel de la musculatura uterina” (17).

“También la dilatación cervical, la duración y la frecuencia de las contracciones uterinas se relacionan con la intensidad del dolor. Se ha descrito que la tensión o presión generada por las contracciones

uterinas debe superar una intensidad de 25 mmHg para percibir las como dolorosas” (17).

Durante esta etapa de dilatación, Schnol menciona que, el dolor es localizado en la región del útero y sus anexos, como resultado de:

- Espasmos reflejos del musculo esquelético.
- La presión sobre una o más raíces del plexo lumbosacro.
- La presión y estiramiento de la vejiga, uretra, recto y otras estructuras de la pelvis, sensible al dolor.
- La tracción y presión sobre los anexos y peritoneo parietal La dilatación del cuello uterino y segmento uterino inferior (17).

El dolor también causado por la activación de quimiorreceptores en el útero que son estimulados por la liberación de neurotransmisores en respuesta a las contracciones uterinas. Estos estímulos nociceptivos a través de vías sensitivas hacen sinapsis en los ganglios de la raíz dorsal a nivel de T10-L1. Con un predominio inicial a nivel de T11 y T12 y luego mayor compromiso de L1” (17).

“Durante la etapa de alumbramiento y luego en el puerperio, el dolor predominante es de tipo visceral, secundario a la contractilidad uterina, donde la percepción de la intensidad del dolor en esta etapa del trabajo del parto es menor dado la disminución de modificaciones mecánicas a nivel del cuello uterino” (17).

II. Procedimiento de episiotomía.

a. Definición

La episiotomía es una intervención concebida para ampliar el introito vaginal y facilitar la salida del feto, lo que podría proteger el piso pélvico, prevenir laceraciones severas del periné, disminuir el riesgo de lesiones hipóxico- isquémicas en el feto y facilitar una restauración anatómica y fisiológica del periné” (18).

Asimismo, “la evidencia científica no ha demostrado todos los beneficios propuestos, por lo que su empleo rutinario se ha desestimado y, al contrario, las recomendaciones actuales nacionales e internacionales involucran un uso selectivo de esta, aun en presencia de partos instrumentados” (18).

b. Tipos de episiotomía.

Episiotomía lateral: Este tipo de episiotomía inicia su incisión un poco alejada de la horquilla central y se aleja más del ano, es usada con menos frecuencia. Se secciona haces del músculo bulbo cavernoso, actualmente está en desuso. De los tres tipos de episiotomía la más usada es la media lateral, tiene la ventaja de que es rara que pueda extenderse con un desgarro, la episiotomía mediana es de mejor evolución, la desventaja es que tienen más desgarros de III y IV grados” (18).

Episiotomía medio lateral: Es la incisión que inicia en la horquilla central de la vulva y se dirige hacia afuera y abajo alejándose del recto formando un ángulo de 45 a 60 grados en razón a la línea central del periné, cuando se realiza este tipo de incisión se secciona al musculo constrictor vulvar, el musculo bulbocavernoso y haces del musculo transverso superficial del perine, incluida en su totalidad la fascia pubo-rectal del elevador del ano, la tasa de desgarros de III y IV son menos al 1% (18).

Episiotomía media o mediana: Incisión que se realiza en la parte central del periné de la horquilla vaginal hacia el recto, se realiza sobre el rafeano vulvar, respetando los músculos elevadores, para la escuela anglosajona es la más recomendada siempre en cuando no haya riesgo de un desgarro de III y IV grado (18).

c. Procedimiento

El momento en que se hace, cobra vital importancia para que pueda alcanzar el objetivo, la mayoría de los profesionales lo realizan cuando la cabeza fetal está coronando, (cabeza fetal se visualiza en el introito vaginal de 3 a 4 centímetros de diámetro), es el momento en que debe incidirse en el periné; su reparación se denomina episiorrafia, procedimiento que se realiza después de haber terminado con la atención del parto, después del alumbramiento y una vez que estemos seguros de que no habrá más manipulación a nivel de la zona perineal” (19).

“existen diversas técnicas lo más importante es que quede bien afrontado, sin sobrecargar puntos innecesarios se usa anestesia local con Xilocaina al 2% y aguja curva, catgut crómico 3 – 00. En la práctica se ha visto suturar con 2 – 00. Se administra un analgésico, requiere de control al tercer día, el catgut es un hilo reabsorbible, al séptimo día debe estar muy bien afrontado; es importante recomendar higiene y mantener fresca y seca la zona para una mejor evolución” (19).

d. Criterios para realizar episiotomía.

Las indicaciones para realizar, se limitarían a aquellas situaciones en las que se produzca un riesgo de pérdida del bienestar fetal, un parto vaginal complicado y en aquellos casos en que existan cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores o mal curados (19).

e. Complicaciones post episiotomía.

Son diversos están sustentados en estudios científicos, van desde una alteración física hasta mental de la madre, Cabero y Saldivar, presente el siguiente listado de complicaciones. Ampliación incontrolada de la episiotomía. Desgarros perineales del esfínter anal (3ºgrado) o mucosa rectal (4ºgrado). Hemorragia y hematomas. Dolor y

edema. Infección y dehiscencia. Fascitis necrotizante. Dispareunia. Disfunción sexual. Resultados anatómicos insatisfactorios. Disfunción del suelo pélvico. Endometriomas, fistulas y quistes (20).

f. Clasificación de la episiotomía.

Anterior: Esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica (10)

Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles (10).

Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática (10).

Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas (10).

Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática (10).

Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no debe medir más de 2-3 cm (10).

Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá (10).

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan (10).

2.3. Definición de los términos básicos

- Umbral del Dolor: la capacidad del sistema nervioso para detectar, interpretar y responder a estímulos que causan dolor. El Umbral del dolor es crucial para la percepción del dolor y puede variar entre individuos y en diferentes contextos clínicos.
- La Episiotomía: es un procedimiento quirúrgico que se realiza durante el parto para ampliar el canal de parto mediante una incisión en el perineo, la zona entre la vagina y el ano. La episiotomía se realiza en situaciones específicas durante el parto para prevenir desgarros graves o facilitar el nacimiento (22).
- Pacientes nulíparas: se refiere a mujeres que no han tenido ningún parto a término. Es decir, se trata de mujeres que no han dado a luz a un bebé después de haber alcanzado la viabilidad fetal (generalmente alrededor de las 20 semanas de gestación). En otras palabras, una nulípara es una mujer que nunca ha tenido un parto completo y exitoso (15).
- Pacientes múltiparas: se refiere a mujeres que han tenido más de un parto a término. Es decir, han dado a luz a uno o más bebés después de alcanzar la viabilidad fetal (generalmente alrededor de las 20 semanas de gestación). El concepto de múltipara abarca todas las mujeres que han pasado por la experiencia del parto en múltiples ocasiones, independientemente de si sus partos anteriores fueron vaginales o cesáreas (15).

2.4. Formulación de la hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general

Existe una diferencia significativa entre el Umbral del Dolor durante el trabajo de parto en pacientes nulíparas y múltiparas, atendidas en el Hospital D.A.C

2.4.2. Hipótesis específicas

- Las unidades muestrales según los criterios de inclusión y exclusión las que integraran nuestra muestra de estudio son representativas.
- El Umbral del Dolor durante los periodos del trabajo de parto en pacientes nulípara y multíparas difieren significativamente.
- Existe una diferencia significativa del Umbral del Dolor según los periodos de trabajo de parto en ambos grupos de estudio.
- Existe una relación del Umbral del Dolor en pacientes nulípara y multíparas según los indicadores específicos

2.5. Identificación de la variable.

- **Variable Independiente:** Pacientes gestantes (nulíparas y multíparas)
- **Variable dependiente:** Umbral del Dolor
- **Variable Intervinientes:**
 - Edad de la paciente.
 - Estado de salud general.
 - Nivel de ansiedad y estrés.
 - Soporte social

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación

Méndez Méndez I., Namihira D. clasifica los tipos de investigación como: Descriptiva, y Comparativa; por lo que se toma esta definición al respecto, incluye las características siguientes (21).

- Observacional: Por ser de acuerdo a la interferencia del investigador en el estudio.
- Comparativa: Por ser de acuerdo con la comparación de las poblaciones.
- Longitudinal: Por ser de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado.
- Retrospectiva: Por ser de acuerdo al periodo en que se capta la información

3.2. Nivel de investigación.

El estudio se enmarca dentro del nivel de investigación cuantitativa, debido a la orientación y postura investigativa de las investigadoras (21).

3.3. Métodos de investigación.

La metodología empleada en este estudio fueron los métodos generales: análisis-síntesis y, el método particular: descriptiva sustantiva; apoyados en el método estadístico como auxiliar (23).

3.4. Diseño de investigación.

H. Sampieri en su postulado clasifica los diseños experimental y no experimental. El presente estudio por las características particulares, toma al diseño no experimental, corte longitudinal de tendencia; el esquema es la siguiente (22):

GRUPOS DE PACIENTES	V. INDEPENDIENTE	V. DEPENDIENTE
G.P.	X1,Y1,X2,Y2.....	O1,O2.....

Donde:

GP: Paciente en periodo de parto

Xn, Yn: pacientes en periodo de parto (Nulíparas y multíparas)

O1, O2: Observaciones y mediciones del nivel del umbral del dolor

3.5. Población y muestra.

Población:

Están consideradas las pacientes gestantes que fueron atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco que está ubicado a 4380 msnm durante el tiempo estipulado en el cronograma de actividades.

Muestra.

La técnica NO PROBABILÍSTICA de tipo intencional, fue la aplicada en este estudio para seleccionar la muestra de estudio, bajo criterios de selección: criterios de exclusión e inclusión; por lo cual se cuenta con 20 pacientes en trabajo de parto: 10 parturientas nulípara y 10 parturientas multíparas.

Criterios de inclusión.

- Gestante que haya tenido anteriormente dos o más hijos que al nacimiento estuvieran o no vivos.
- En su defecto gestante que anteriormente no haya dado a luz a un lactante viable.
- Gestante de 38s de gestación por FUR.

- Gestante de bajo riesgo Obstétrico.
- Gestante que haya cumplido mayor o igual a 5 CPN
- Gestante con ninguna patología concomitante al embarazo.

Criterios de exclusión

- Gestantes que no reúnan los requisitos establecidos en los Criterios de Inclusión.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Considerando los métodos de investigación y los objetivos que se alcanzaron en el estudio se utilizó las siguientes:

Técnicas

- Examen clínico.
- Entrevista.
- Observación

Instrumento

- Ficha de registro.
- Cuestionario tipo entrevista.
- Ficha de registro del nivel del umbral del dolor.
- Escala visual analógica del nivel del umbral del dolor.

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

El instrumento seleccionado para este estudio, fue validado mediante evaluación por juicios de expertos, empleando la valoración por parte de tres jurados, quienes fueron ajenos a nuestros actores como asesor y jurados de tesis.

Para evaluar la confiabilidad se empleó la prueba de consistencia de alfa de Cronbach, le cual arrojó un valor de 0,75 considerándose instrumento de alta confiabilidad para su aplicación.

3.8. Técnicas de procedimiento y análisis de datos

La información recolectada fue procesada a través del apoyo del programa estadístico SPSS versión 27; asimismo el Microsoft Excel versión 2019, lo cuales nos ayudaron a organizar, clasificar y presentar la información de manera gráfica y organizada mediante tablas estadísticas.

Por otra parte, la contratación de las hipótesis de estudio, se empleó la estadística inferencial y las pruebas de correlación paramétricas y no paramétricas según los criterios del estudio.

3.9. Tratamiento estadístico.

La prueba de chi-cuadrada es útil en bioestadística porque permite evaluar asociaciones entre variables categóricas y ajustar modelos a distribuciones teóricas sin requerir supuestos paramétricos complejos. En el caso de la prueba de chi- cuadrada de independencia, se utiliza para determinar si dos variables categóricas están asociadas o son independientes entre sí. La prueba mide si la distribución de una variable depende de la distribución de otra, lo cual es crucial en estudios donde se investigan relaciones entre variables categóricas.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

El estudio de investigación respetó cada uno de los principios éticos de la investigación: Beneficencia y no Maleficencia, Autonomía y Justicia, y el respeto irrestricto de los protocolos de la ética y bioética. Además de ello, se tuvo presente el consentimiento informado, la libre participación y voluntaria en el presente estudio de investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El presente trabajo de investigación se desarrolló en la Ciudad catalogada como la ciudad más alta del mundo, situada aproximadamente entre los 4383 m.s.n.m. Distrito Metropolitano de Yanacancha, dentro de provincia y Región Pasco, donde se encuentra el Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión García.

Para el desarrollo del estudio, se realizó la planificación respectiva y se procedió a la gestión del permiso correspondiente y su respectiva autorización de parte de autoridad pertinente de la institución de salud; Posterior a su aceptación, se procedió a la organización y ejecución del estudio.

Posteriormente, se realizaron las coordinaciones respectivas con los departamentos de obstetricia para acciones con las púérperas en estudio.

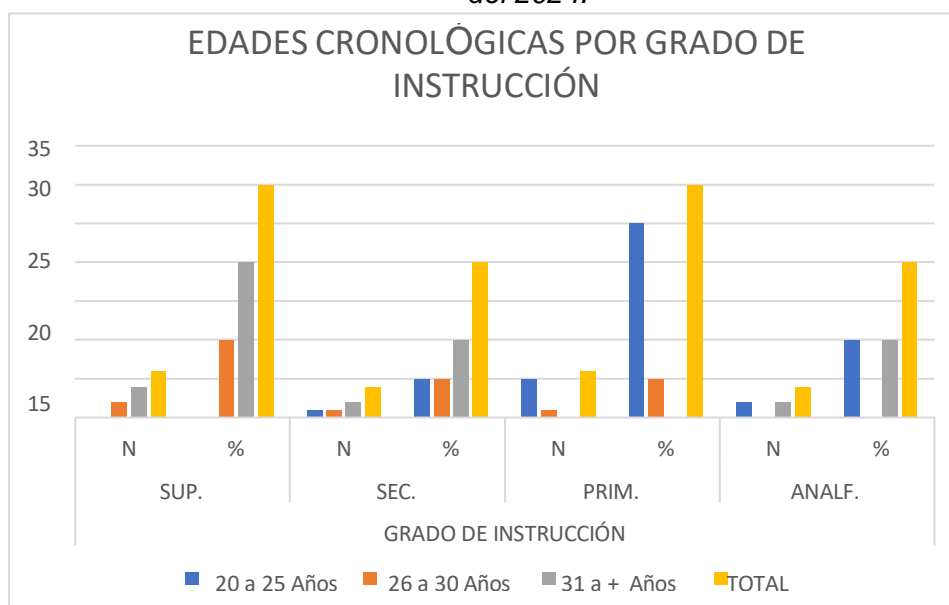
4.2. Presentación análisis e interpretación de resultados.

Cuadro 1. Distribución de las edades cronológicas según grado de instrucción de las pacientes nulíparas y multíparas atendidas en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.

EIDADES CRONOLOGICAS	GRADO DE INSTRUCCIÓN								TOTAL	
	SUP.		SEC.		PRIM.		ANALF.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20 a 25 Años	-	-	01	05	05	25	02	10	08	40
26 a 30 Años	02	10	01	05	01	05	-	-	04	20
31 a + Años	04	20	02	10	-	-	02	10	08	40
TOTAL	06	30	04	20	06	30	04	20	20	100

Fuente: Ficha de Registro

Gráfico 1. Distribución de las edades cronológicas según grado de instrucción de las pacientes nulíparas y multíparas atendidas en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.



Fuente: CUADRO 01

Análisis e interpretación.

Durante la inagotable tarea del Profesional de Obstetricia de promover la salud, mediante la modificación de la conducta individual con el fin de reducir

el riesgo de enfermar, o de aumentar la salud y el bienestar; uno de los factores más influyentes en éste proceso viene a ser el Grado de Instrucción de la Gestante, por lo que en el presente cuadro estadístico se relacionaron las variables Distribución De Las Edades Cronológicas Según Grado De Instrucción De Las Pacientes Nulíparas Y Multíparas , donde los resultados más significativos fueron:

Que del 100% de la población en estudio tenemos que el 40% de las gestantes tienen edades comprendidas entre los 20 y 25 años de edad, y de manera similar las gestantes con edades entre los 31 a más, mientras que un 20% de ellas comprenden edades entre los 26 a 30 años.

Por otro lado, hallamos que un 30% de las gestantes tienen un grado de instrucción superior, y de manera porcentual idéntica aquellas que tienen por grado de instrucción la primaria, mientras que un 20% aquellas que tienen secundaria completa, así como aquellas gestantes que no tienen ningún grado de instrucción con un porcentaje similar.

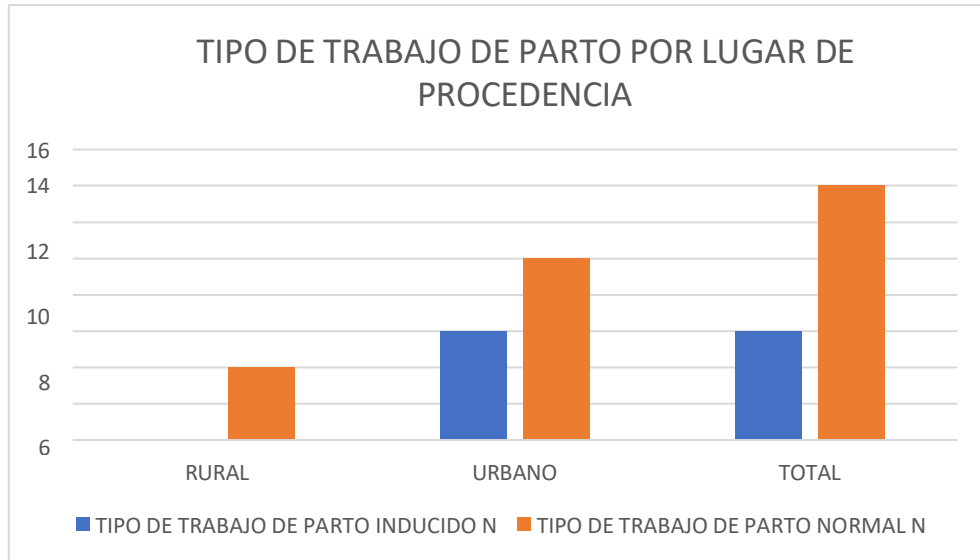
Por todo lo encontrado es evidente mencionar que el grupo etario con mayor porcentaje está representado por pacientes entre 20 y 25 años, así como las de 31 a más años de edad, en relación al grado de instrucción alcanzado mayoritariamente por nuestro grupo de estudio lo corresponden el nivel superior, así como también la primaria.

Cuadro 2. Lugar de procedencia de las unidades muestrales según el tipo de trabajo de parto que tuvieron las gestante nulíparas y multíparas atendidas en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024

LUGAR DE PROCEDENCIA	TIPO DE TRABAJO DE PARTO				TOTAL	
	INDUCIDO		NORMAL		N	%
	N	%	N	%		
RURAL	-	-	04	20	04	20
URBANO	06	30	10	50	16	80
TOTAL	06	30	14	70	20	100

Fuente: Ficha de registro y Cuestionario Tipo Entrevista

Gráfico 2. Lugar de procedencia de las unidades muestrales según el tipo de trabajo de parto que tuvieron las gestante nulíparas y múltiparas atendidas en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024



Fuente: CUADRO 02

Análisis e interpretación.

El acceso Universal de los Servicios de Salud es un derecho de todo ser humano, desde las más grandes urbes hasta el poblado más aislado de nuestro territorio nacional, por lo que en el presente cuadro estadístico se consideró de importancia significativa la relación de las variables Lugar De Procedencia De Las Unidades Muéstrales Según El Tipo De Trabajo De Parto Que Tuvieron Las Gestante Nulíparas Y Múltiparas, donde los resultados fueron los siguientes:

Que del 100% de la población muestral tenemos que el 80% de las gestantes pertenecen a la zona urbana, de las cuáles un 50% de ellas tuvieron un trabajo de parto normal y un 30% tuvieron un trabajo de parto inducido, por otro lado, tenemos que el 20% de las gestantes pertenecen a la zona rural, así como también tuvieron un trabajo de parto normal en su totalidad.

Por lo que podemos deducir que la intervención del Profesional de Obstetricia en relación al lugar de procedencia no representa una deficiencia para guiar a la futura madre hacia un parto normal, lo cual no se observa en su totalidad en la usuaria de la zona urbana, demostrándonos una vez más el

aprovechamiento de la capacidad instalada de los centros hospitalarios para el desarrollo de un inevitable intervencionismo que en muchos casos es innecesario.

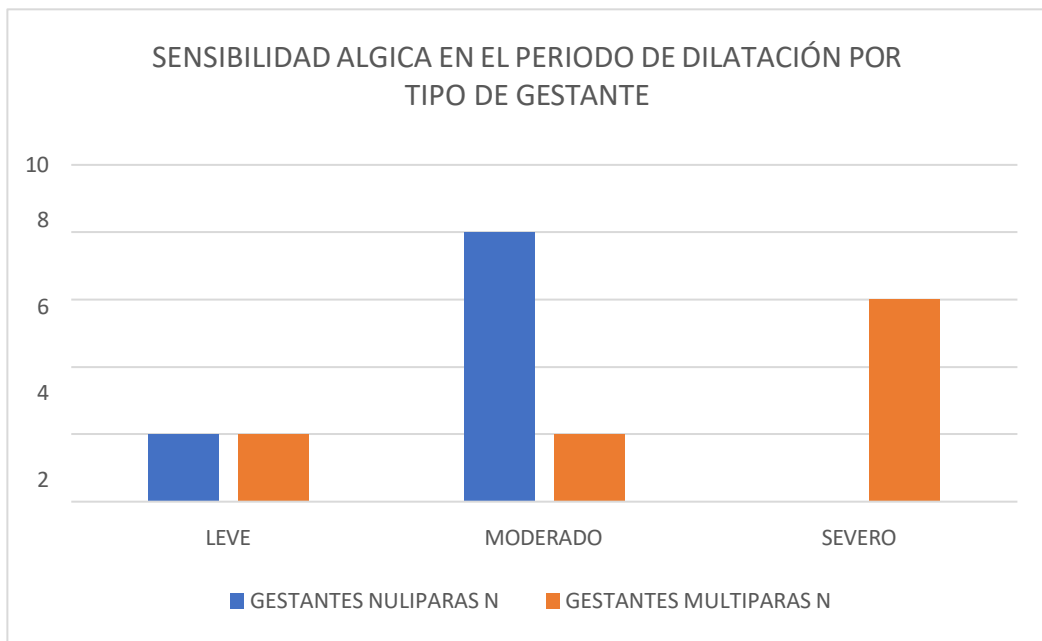
Cuadro 3. Nivel del Umbral del Dolor en el primer periodo del parto (dilatación) según el tipo de gestante nulípara o múltipara atendida en el en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024

UMBRAL DEL DOLOR EN EL PERIODO DE DILATACION	GESTANTES				TOTAL	
	NULIPARAS		MULTIPARAS			
	N	%	N	%	N	%
LEVE	02	10	02	10	04	20
MODERADO	08	40	02	10	10	50
SEVERO	-	-	06	30	06	30
TOTAL	10	50	10	50	20	100

Fuente: Cuestionario tipo entrevista, ficha de registro del Umbral del

Dolor y escala visual analógica del nivel de Umbral del dolor.

Gráfico 3. Nivel del Umbral del Dolor en el primer periodo del parto (dilatación) según el tipo de gestante nulípara o múltipara atendida en el en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024



Fuente: CUADRO 03

Análisis e interpretación

Durante todo el embarazo, el útero se está contrayendo para favorecer el desarrollo y maduración fetal. Durante las últimas semanas del embarazo, las contracciones comienzan a producir un efecto llamado "maduración cervical", que se manifiesta por un cambio en la posición del cuello del útero y su acortamiento.

En la medida en que las contracciones se sincronizan, 2 contracciones en 10 minutos, controladas en un período de 1 a 2 horas y adquieren una duración de aproximadamente 25 a 30 segundos, comienza a producirse la dilatación del cuello. Este es el inicio del trabajo de parto, dando lugar al primer período del parto, por lo que se relacionaron las variables del Umbral del Dolor en el periodo de dilatación según el tipo de gestante nulípara o múltipara, los resultados hallados fueron los siguientes:

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y múltiparas), de las cuales el 50 % de las gestantes experimentaron un nivel moderado del umbral del dolor durante el periodo de dilatación, entre ellas el 40% son primigestas y el 10% restante son múltiparas; por otro lado tenemos que el 30% de las gestantes percibieron un nivel severo de Umbral del Dolor durante el período en mención y que en su totalidad pertenecieron al grupo de estudio de las gestantes múltiparas; y Finalmente tenemos que el 20% de las gestantes experimentaron un nivel leve de Umbral del Dolor, de las cuales el 10% pertenecieron al grupo de las nulíparas y de manera porcentual idéntica el grupo de las múltiparas.

Demostrándonos que porcentualmente el mayor Umbral del Dolor alcanzado durante el periodo de dilatación fue el nivel moderado alcanzado en su mayoría por las nulíparas, y de manera controversial el grupo de estudio correspondiente a las múltiparas que alcanzaron un nivel severo de Umbral del Dolor con una cifra significativa, lo cual nos permite llegar a un punto de

contraposición con la literatura existente el cual nos manifiesta que el nivel de Umbral del Dolor disminuye en relación a eventos anteriores, experiencias, vivencias de la persona, conllevándonos a realizar una pausa para realizar una reflexión y análisis científico y social

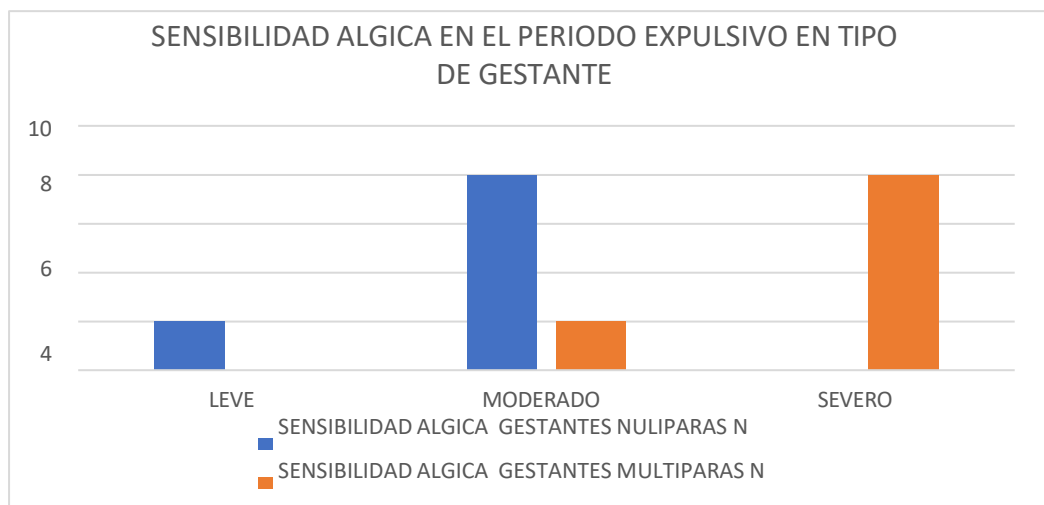
Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada, lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

Cuadro 4. Umbral del Dolor en el segundo periodo del parto (expulsivo) según el tipo de gestante nulípara o múltipara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024

UMBRAL DEL DOLOR EN EL PERIODO EXPULSIVO	GESTANTES				TOTAL	
	NULIPARAS		MULTIPARAS		N	%
	N	%	N	%		
LEVE	02	10	-	-	02	10
MODERADO	08	40	02	10	10	50
SEVERO	-	-	08	40	08	40
TOTAL	10	50	10	50	20	100

Fuente: Cuestionario tipo entrevista, ficha de registro del Umbral del Dolor y escala visual analógica del nivel de Umbral del dolor.

Gráfico 4. Umbral del Dolor en el segundo periodo del parto (expulsivo) según el tipo de gestante nulípara o múltipara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.



Fuente: CUADRO 04

Análisis e interpretación.

El segundo período del parto es el periodo Expulsivo el cuál comprende desde los 10 cm. de dilatación hasta la salida del feto, por lo que se consideró trascendental relacionar en el presente cuadro estadístico las variables nivel de Umbral del Dolor en el periodo expulsivo según el tipo de gestante nulíparas o multíparas, donde los resultados obtenidos fueron:

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y multíparas), de las cuáles el 50% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de Umbral del Dolor durante el periodo expulsivo, entre ellas el 40% son primigestas y el 10% restante corresponde a las multíparas; por otro lado, tenemos que el 40% de las parturientas percibieron un nivel severo de Umbral del Dolor y que en su totalidad fueron multíparas; y finalmente, un 10% de ellas experimentaron un nivel leve de Umbral del Dolor y que en su totalidad fueron primigestas. Por lo que podemos mencionar que de manera similar al cuadro anterior nuevamente se evidencia un nivel moderado de Umbral del Dolor en gestantes nulíparas durante el período expulsivo considerando que el tiempo promedio para la gestantes con esta condición de paridad es de 2 horas, demostrándonos que la preparación psicoprofiláctica al que fueron sometidas influyó positivamente logrando que las primigestas se concentren y se relajen durante el período expulsivo; mientras que las multíparas percibieron un nivel severo de Umbral del Dolor a pesar de haber tenido una experiencia algica, física y emotiva anterior.

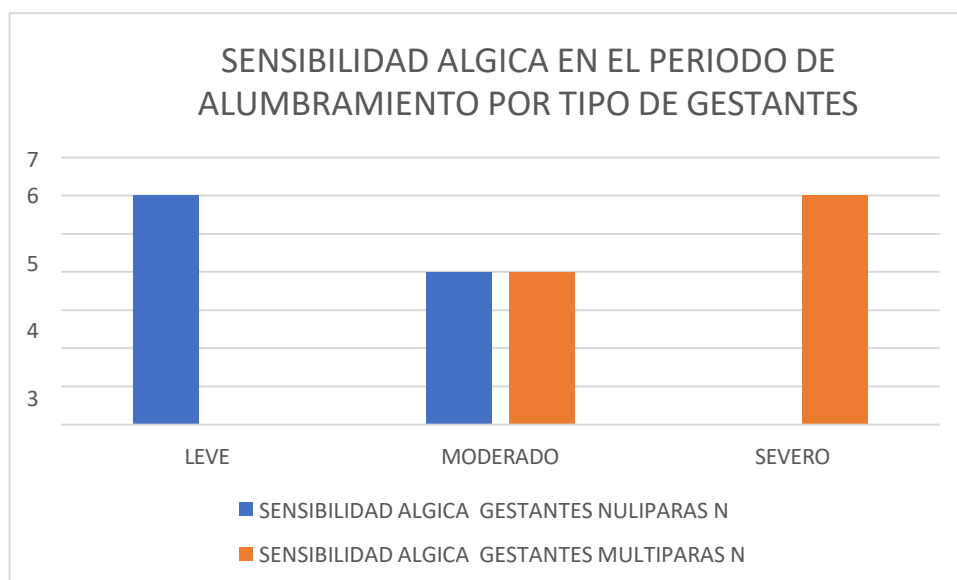
Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada, lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

Cuadro 5. Umbral del Dolor en el tercer periodo del parto (alumbramiento) según el tipo de gestante nulípara o múltipara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.

UMBRAL DEL DOLOR EN EL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO	GESTANTES				TOTAL	
	NULIPARAS		MULTIPARAS			
	N	%	N	%	N	%
LEVE	06	30	-	-	06	30
MODERADO	04	20	04	20	08	40
SEVERO	-	-	06	30	06	30
TOTAL	10	50	10	50	20	100

Fuente: Cuestionario tipo entrevista, ficha de registro del nivel de Umbral del Dolor y escala visual analógica del nivel de Umbral del dolor.

Gráfico 5. Umbral del Dolor en el tercer periodo del parto (alumbramiento) según el tipo de gestante nulípara o múltipara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.



Fuente: CUADRO 05

Análisis e interpretación.

Del mismo modo este cuadro estadístico se refirió al tercer período del Parto: el alumbramiento por lo cual se relacionaron las variables Umbral del Dolor en el periodo de alumbramiento según el tipo de gestante nulípara o múltipara donde los resultados más resaltantes fueron:

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y múltiparas), donde el 40% de las

parturientas experimentaron un nivel moderado de Umbral del Dolor, de las cuáles tanto el grupo de estudio de nulíparas y múltiparas obtuvieron un 20% cada una en el nivel alcanzado, mientras que un 30% percibió un nivel severo de Umbral del Dolor donde el grupo en su integridad fue representado por las múltiparas ; y finalmente tenemos que de igual manera un 30% experimentó un nivel leve de Umbral del Dolor donde todas ellas correspondieron al grupo de estudio de las nulíparas.

Por todo lo encontrado es evidente mencionar que las primigestas tuvieron una disminución en la Umbral Dolor a comparación de las múltiparas que experimentaron un nivel severo de Umbral del dolor con una cifra porcentual significativa.

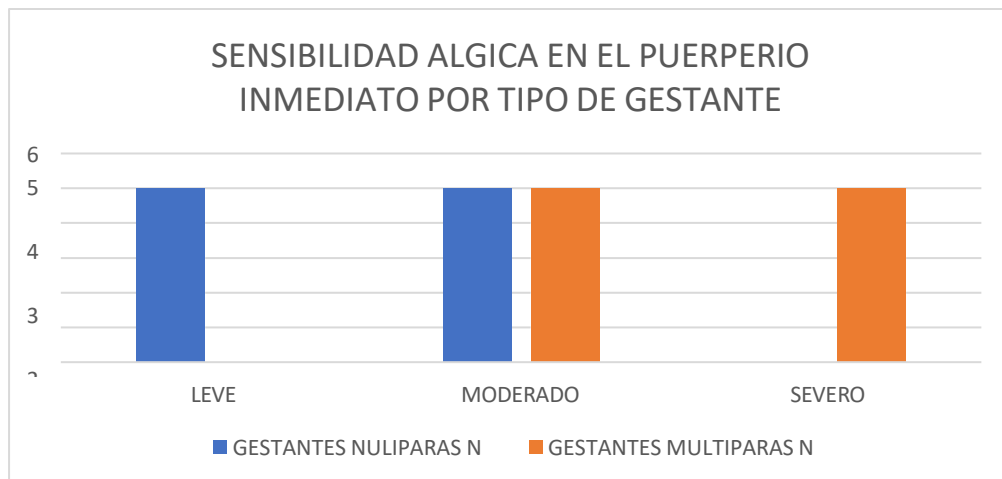
Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada, lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

Cuadro 6. Nivel de Umbral del Dolor en el cuarto periodo del parto (puerperio inmediato) según el tipo de gestante nulípara o múltipara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.

UMBRAL DEL DOLOR EN EL PUERPERIO INMEDIATO	GESTANTES				TOTAL	
	NULIPARAS		MULTIPARAS			
	N	%	N	%	N	%
LEVE	05	25	-	-	05	25
MODERADO	05	25	05	25	10	50
SEVERO	-	-	05	25	05	25
TOTAL	10	50	10	50	20	100

Fuente: Cuestionario tipo entrevista, ficha de registro del nivel de Umbral del Dolor y escala visual analógica del nivel de Umbral del Dolor

Gráfico 6. Umbral del Dolor en el cuarto periodo del parto (puerperio inmediato) según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C. Pasco enero del 2024.



Fuente: CUADRO 05

Análisis e interpretación.

Finalmente se elaboró el cuadro estadístico donde se relacionaron las variables nivel del umbral de dolor en el puerperio inmediato según el tipo de gestante nulíparas y multíparas. Donde podemos asumir los siguientes resultados:

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y multíparas), donde el 50% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de Umbral del Dolor durante el cuarto período del parto, de las cuales un 25% de ellas son primigestas y el otro 25% multíparas, mientras que un 25% percibieron un nivel severo de Umbral del Dolor durante el período mencionado, las cuales pertenecen al grupo de multíparas y finalmente tenemos que el 25% restante percibió un nivel leve de Umbral de Dolor representado en su totalidad por las nulíparas.

Por todo ello podemos señalar que no es determinante la condición de multiparidad para que el nivel de Umbral de Dolor de la mujer sea menor durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho, sino que existen factores que

condicionan el nivel de Umbral del dolor que ellas pueden experimentar, sin considerar su condición de paridad, como las sesiones de psicoprofilaxis que en el presente estudio fueron considerados criterios de inclusión para la selección de la muestra y que nos pone en manifiesto la necesidad de una reestructuración del protocolo de Atención Prenatal poniendo énfasis en la psicoprofilaxis prenatal bajo un Modelo Social que en otros países ya se está implementando y que por todo lo hallado podemos aclarar que es aplicable a nuestra realidad en busca de una Atención de Calidad Materna Perinatal.

Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada, lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

4.3. Prueba de hipótesis.

Contrastación de hipótesis específica cuadro N° 5.

a. Formulación de la Hipótesis Estadística:

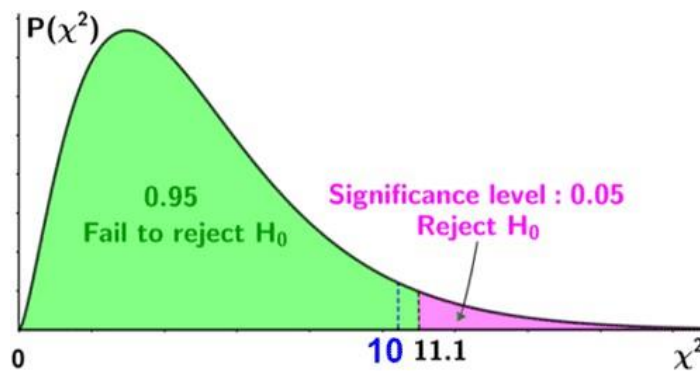
Ho = El Nivel de Umbral del Dolor en el tercer periodo del parto (alumbramiento) es leve en relación a la gestante nulípara o multípara

Ha = El Nivel de umbral del Dolor en el tercer periodo del parto (alumbramiento) es severo en relación a la gestante nulípara o multípara.

b. Nivel de significancia:

$\alpha = ,05$ es decir 5% es decir 5% de margen de error y con la probabilidad de 95% de asertividad.

c. Estadístico de Prueba:



d. Valor Estadístico de Prueba:

$$X_c^2 = 12.01 > X_{\alpha}^2 (gl. 2, \alpha = 0.05) = 5.99$$

e. Decisión Estadística:

H_0 : Se rechaza

H_1 : se acepta

Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

Contrastación de hipótesis específica cuadro N° 6.

a. Formulación de la Hipótesis Estadística:

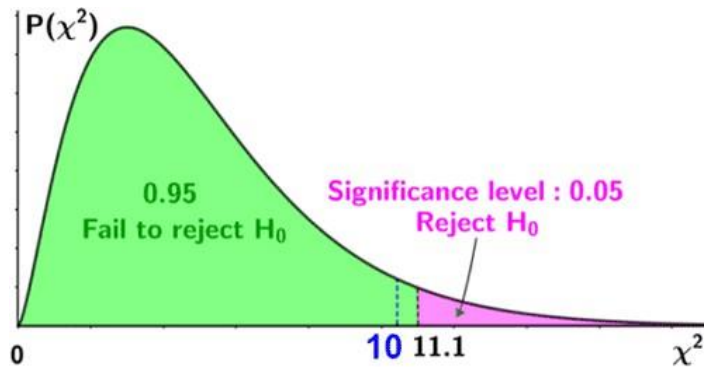
H_0 = El Nivel de Umbral del Dolor en el cuarto periodo del parto (puerperio inmediato) es de nivel leve según el tipo de gestante nulípara o multípara atendida en el H.D.A.C.

H_a = El Nivel de umbral del Dolor en el cuarto periodo del parto (puerperio inmediato) es de nivel severo según el tipo de gestante nulípara o multípara atendido en H.D.A.C.

b. Nivel de significancia:

$\alpha = ,05$ es decir 5% es decir 5% de margen de error y con la probabilidad de 95% de asertividad.

c. **Estadístico de Prueba:**



d. **Valor Estadístico de Prueba:**

$$X_c^2 = 12.01 > X_{\alpha}^2 (gl. 2, \alpha = 0.05) = 5.99$$

e. **Decisión Estadística:**

H_0 : Se rechaza

H_1 : se acepta

Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

4.4. **Discusión de resultados**

El umbral del dolor es un concepto científico que se refiere al punto en el cual un estímulo se vuelve doloroso para una persona. En términos más técnicos, se define como el nivel de intensidad del estímulo que se necesita para que una persona comience a percibirlo como doloroso. Este umbral puede variar significativamente entre individuos y está influenciado por una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales.

El umbral de dolor en gestantes nulíparas y multíparas es un tema interesante y complejo que involucra tanto factores biológicos como psicológicos. En términos generales, el umbral de dolor se refiere a la cantidad de estímulo que una persona necesita para percibirlo como doloroso. En el contexto del embarazo y el parto, el umbral de dolor puede influir en cómo las mujeres experimentan el dolor durante el trabajo de parto y el parto en sí.

Las mujeres nulíparas son aquellas que nunca han dado a luz anteriormente. En general, se ha observado que las gestantes nulíparas tienden a reportar un umbral de dolor más bajo durante el parto en comparación con las mujeres multíparas.

Es por ello que ponemos en discusión lo hallado por **Chamorro Martinez & Torres Romero (2022)** en Ecuador en su investigación “Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021” nos reporta sus resultados luego del análisis de una muestra de 287 parturientas: “entre las primíparas, se encontraron complicaciones más frecuentes, el dolor perineal cuya intensidad fue moderada, infección del sitio quirúrgico, dispareunia, edema vulvar y en menor grado hematoma”. El estudio concluye mencionando, “la elección y los procedimientos de episiotomía, proporciona beneficios materno-fetales; no obstante, pueden conllevar hacia complicaciones postparto, motivo por el cual, se recomienda su elección o determinación de manera electiva o selectiva” (11).

Y en nuestro estudio de investigación se pudo hallar que del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y multíparas), de las cuales el 50% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de umbral del dolor durante el periodo expulsivo, entre ellas el 40% son primigestas y el 10% restante corresponde a las multíparas; por otro lado, tenemos que el 40% de las parturientas percibieron un nivel severo de umbral del dolor y que en su totalidad fueron multíparas.

Así mismo **Chachalo Sandoval, hidalgo Navarrete, Vaca Salgado , & Valenzuela Cadena (2022)** en Cuba en su artículo de investigación “Complicaciones maternas asociadas a la episiotomía en las mujeres de Sudamérica en el periodo 2017 –2022”, entre los resultados del estudio nos muestran que, “ de las episiotomías realizadas, en el 79% se presentaron complicaciones posterior a dicho procedimiento; las complicaciones estuvieron

enmarcadas de manera básica, debidas a la desinformación o la limitada técnica para realizar este procedimiento”. El estudio concluye mencionando que, “las complicaciones más frecuentes post episiotomía, se incluyen el dolor, infección, hemorragia, cicatrización anormal y dispareunia, las mismas que afectan en gran magnitud la vida sexual de las mujeres puérperas, dicha complicación debe ser atendida de inmediato, con la finalidad de disminuir y/o evitar consecuencias graves” (12). Y por ende en nuestro estudio se pudo arribar que del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y multíparas), donde el 40% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de umbral del dolor, de las cuáles tanto el grupo de estudio de nulíparas y multíparas obtuvieron un 20% cada una en el nivel alcanzado, mientras que un 30% percibió un nivel severo de umbral del dolor donde el grupo en su integridad fue representado por las multíparas.

Y en el epílogo de nuestro estudio **De la Cruz Quispe & Perez Acuña (2023)** en Huancavelica en su trabajo titulado “Complicaciones en nulíparas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital de Lircay, 2022” en una muestra de 125 nulíparas; de ellas, a 83 se les realizó episiotomía y, a 42 no se les realizó procedimiento alguno, entre los reportes de sus resultados, resalta que las complicaciones inmediatas de los 125 partos con episiotomía y sin episiotomía fueron, dolor perineal (69.8% y 40.4%), hemorragia (50.6% y 16.6%), desgarro tipo I (26.5% y 66.6%) y desgarro tipo II (21,6% y 4.7%). Las complicaciones mediatas de los 125 partos con episiotomía y sin episiotomía fueron, dehiscencia (54.3% y 9.5%), hemorragia (50.6% y 16.6%), infección (37.4% y 2.3%), hematoma (13.3% y 14.2%) y edema vulvar (30.2% y 19.9%). Concluyendo en que las pacientes con episiotomía tuvieron mayor relevancia el dolor perineal y en pacientes sin episiotomía las menos predominante fue la infección” (15).

En consumación se puede deducir, que el umbral del dolor es un concepto multifacético que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La investigación continua en este campo ayuda a mejorar nuestra comprensión del dolor y a desarrollar estrategias más efectivas para su manejo, aunque hay tendencias generales en cómo se experimenta el dolor durante el parto entre nulíparas y multíparas, la experiencia de dolor es subjetiva y varía significativamente de una persona a otra. Es fundamental proporcionar apoyo y atención individualizada a todas las gestantes para ayudarles a manejar el dolor de la manera que mejor se adapte a sus necesidades y circunstancias.

CONCLUSIONES

Primera

Del 100% de la población en estudio tenemos que el 40% de las gestantes tienen edades comprendidas entre los 20 y 25 años de edad, y de manera similar las gestantes con edades entre los 31 a más, mientras que un 20% de ellas comprenden edades entre los 26 a 30 años.

Segunda

Del 100% de la población muestral tenemos que el 80% de las gestantes pertenecen a la zona urbana, de las cuales un 50% de ellas tuvieron un trabajo de parto normal y un 30% tuvieron un trabajo de parto inducido, por otro lado, tenemos que el 20% de las gestantes pertenecen a la zona rural, así como también tuvieron un trabajo de parto normal en su totalidad

Tercera

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y múltiparas), de las cuales el 50 % de las gestantes experimentaron un nivel moderado de umbral del dolor durante el periodo de dilatación, entre ellas el 40% son primigestas y el 10% restante son múltiparas; por otro lado tenemos que el 30% de las gestantes percibieron un nivel severo de umbral del dolor durante el período en mención y que en su totalidad pertenecieron al grupo de estudio de las gestantes múltiparas.

Cuarto

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y múltiparas), de las cuales el 50% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de umbral del dolor durante el periodo expulsivo, entre ellas el 40% son primigestas y el 10% restante corresponde a las múltiparas; por otro lado, tenemos que el 40% de las parturientas percibieron un nivel severo de umbral del dolor y que en su totalidad fueron múltiparas.

Quinto.

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y multíparas), donde el 40% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de umbral del dolor, de las cuáles tanto el grupo de estudio de nulíparas y multíparas obtuvieron un 20% cada una en el nivel alcanzado, mientras que un 30% percibió un nivel severo de umbral del dolor donde el grupo en su integridad fue representado por las multíparas.

Sexta

Del 100% de la muestra total de gestantes el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (nulíparas y multíparas), donde el 50% de las parturientas experimentaron un nivel moderado de umbral del dolor durante el cuarto período del parto (puerperio inmediato), de las cuales un 25% de ellas son primigestas y el otro 25% multíparas.

RECOMENDACIONES

1. El dolor experimentado durante la episiotomía puede variar entre las pacientes debido a factores individuales. Un estudio puede proporcionar información sobre las variaciones en la percepción del dolor y la respuesta a las intervenciones, permitiendo la creación de estrategias de manejo del dolor más personalizadas y adaptadas a las necesidades individuales.
2. Los hallazgos de un estudio sobre el dolor durante la episiotomía pueden servir para la capacitación y educación del personal médico. Comprender mejor el nivel de dolor y las mejores prácticas para su manejo puede mejorar la formación de médicos y enfermeras, llevándolos a aplicar técnicas más efectivas y compasivas durante el parto.
3. El estudio proporciona datos concretos que pueden ser utilizados por pacientes y proveedores de salud para tomar decisiones informadas sobre la episiotomía. Con información clara sobre el manejo del dolor, las pacientes pueden estar mejor preparadas para el procedimiento y los proveedores pueden ajustar su enfoque según las necesidades individuales.
4. Que se inicie con la otra fase de desarrollo del presente estudio que es la ejecución de la eficacia de un nuevo protocolo en el manejo del dolor durante el trabajo de parto, para poder extrapolar los conocimientos a lo práctico.
5. El manejo adecuado del dolor durante la episiotomía también puede influir en el cuidado postnatal. Con una mejor comprensión del dolor y su manejo, se pueden desarrollar protocolos de seguimiento postparto más efectivos que aborden las necesidades de las pacientes en la recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams J, Hoffman B, Pérez Tamayo Ruiz A. Williams Ginecología. 23rd ed. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
2. Celesia C. Breve historia de la analgesia en obstetricia. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2004; 23(3): p. 122 - 125.
3. Giselle Tomasso FA, L Cafferata M, Aleman A, Sosa C, M. Belizan J. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2002; 66(2): p. 115 - 122.
4. V. Ramirez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina. 2009; 70(3): p. 217 - 224.
5. Fernandez Torres B, Peralta Espinoza E, Fontan Atalaya I. ¿Han cambiado los conceptos de analgesia obstétrica en los últimos 100 años? Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2023; 30(2): p. 125 - 130.
6. Guyton A, Hall J. Tratado de fisiología médica. décimosegunda ed. España: Elsevier Saunders; 2018.
7. Gutiérrez Alfonso O, Sotomayor Castro E, Garrido Echazabal J, Galbán Hernández O. Acupuntura en la analgesia del trabajo de parto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 1995; 21(1).
8. Mejía ME, Quintero VH, Tovar MC. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? Revista Colombia Medica. 2004; 35(2): p. 75 - 81.
9. Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado.. Enfermería Global. 2011.
10. Berzain Rodriguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencia Médica. 2014; 17(2): p. 53 - 57.

11. Chamorro Martinez GJ, Torres Romero JK. Prevencion y complicaciones de episiotomia en gestantes primigestas, Hospital Carlos Andrade Marin. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud.
12. Chachalo Sandoval MG, hidalgo Navarrete CJ, Vaca Salgado LK, Valenzuela Cadena AA. Complicaciones maternas asociadas a la episiotomía en las mujeres de Sudamérica en el periodo 2017 - 2022. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. ; 103(1).
13. Diaz Ruiz CY. Complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomia atendidas en el Hospital Amazonico. Tesis de licenciatura. Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud.
14. Diaz Castro K, Chavez Barrientos M. Episiotomia; Complicaciones a corto y largo plazo en el Hospital de apoyo San Miguel. Tesis de especialidad. Universidad Nacional de Huancavelica.
15. De la Cruz Quispe KN, Perez Acuña C. Complicaciones en nulíparas con episiotomia y sin episiotomia en el Hospital de Lircay. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud.
16. Hall JE, Guyton AC, Hall ME. Tratado de fisiología médica (14ª).. España: Elsevier; 2021.
17. Luis Roldan Ld. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto..
18. Cortes F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. Revista Chilena de Anestesia. 2019; 49(5): p. 614 - 624.
19. Romero R, Andres J. La episiotomía en mujeres nulíparas: ¿un hábito difícil de dejar?. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 2(69): p. 85 - 87.

20. Barbaran Huaroto RE. Perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga Essalud de enero a junio. Tesis de especialización. Ayacucho - Perú: Universidad Nacional de Huancavelica , Facultad de Ciencias de la Salud.
21. Reilly AdG&JA. Manual de Cirugía Trauma; 2019.
22. Álvarez M. Episiotomía y desgarros. [Online]; 2020. Acceso 06 de enero de 2024. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/118803/>.
23. Méndez Ramirez , Namihira Guerrero D, Moreno Altamirano L, Sosa de Martínez C. EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN. Lineamientos para su elaboración y análisis: TRILLAS S. A. de C.V.; 2014.
24. Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta México: McGraw Hill; 2018.
25. Bunge M. La investigación científica México: Siglo XXI; 2007.
26. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación México D.F: MC GRAW HILL; 2014.
27. Vázquez Belizón YE, González Aguilera JC, González Pompa JA, Santisteban García AL. Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. MEDISAN. 2013; 17(8): p. 3068-3076.
28. Ávila A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Lima: Universidad San Martín de Porras. Trabajo académico; 2016.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO 1

FICHA DE REGISTRO

INTRODUCCIÓN:

La información solicitada, tiene la finalidad de conocer los datos necesarios del Proceso de Gestación por el que atraviesa nuestra unidad de análisis; la misma, que servirá para monitorizar adecuadamente el nivel de umbral del dolor experimentado llegado la culminación del Proceso en mención.

INSTRUCTIVO:

Registrar solo los datos que se solicitan en el presente formato clínico.

- Nombre De la Paciente..... -
- Edad.....
- Procedencia..... -
- E.G.....
- Diagnóstico Clínico..... -
- P.A.....
- Inicio del Trabajo de Parto (hora).....
- Controles Prenatales (N°)
- Grado de Instrucción.....
- Gestas Anteriores.....



ANEXO 2

CUESTIONARIO TIPO ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN:

Este estudio de investigación nos permitió saber cuál es el grado de umbral del dolor que experimenta la parturienta durante el trabajo de parto según su condición de múltipara o nulípara.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se anuncian preguntas a los cuales la paciente respondió de acuerdo a su opinión.

I. DATOS GENERALES:

Nombres y
 Apellidos.....
 Edad.....Procedencia.....
 Estado Civil..... N° de
 hijos.....
 Grado de Instrucción.....
 Ocupación.....
 Diagnóstico Clínico:.....

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Asistió Ud. A sesiones de Psicoprofilaxis, ¿a cuantas?

2. Que entiende Ud. ¿Por Psicoprofilaxis?

3. Cree Ud. Que la Psicoprofilaxis favorece al trabajo de parto

4. ¿Por quién vino UD. Acompañada al Hospital?

5. Cree UD. ¿Que es importante contar en el momento del parto con la compañía de su pareja?
 Si () A veces () No ()
 Porque.....

.....
6. Considera al Dolor de Parto desde su experiencia:

- Horrible ()
- Insoportable ()
- Tolerable ()
- Manejable ()

7. ¿Se sintió comprendida y apoyada por el personal de Salud? Por quien

.....
....

8. Diga UD.Cuál es su impresión evaluativa acerca de la Calidad de Atención en el Servicio de Maternidad.

.....
.....

.....
.....

9. Si tuviera UD. ¿Qué cambiar alguna actitud, actividad etc. proporcionado por el personal del servicio cuál sería?

.....
.....
.....



ANEXO 3

FICHA DE REGISTRO DEL NIVEL DE UMBRAL DEL DOLOR

Nombre y apellidos..... N° de
cama..... Fecha de
Aplicación.....

Marca con una x la respuesta en el lugar correspondiente a como sientes el dolor:

1. En la línea de abajo marca entre NADA y muy INTENSO para indicar que tan fuerte es tu dolor de parto.
2. AUSENTE..... /-LEVE...../.....MODERADO-----/ SEVERO
3. Indica que tan largo ha sido tu dolor.
0 – 5 min. () 6 –10 min. () 11 – 20 min. ()
21–30 min. () 31–45 min. () 46 - 60 min. ()
01-02 horas () 2 hrs. a más.()
4. Indica si el dolor ha variado.
Aumentó () No ha cambiado () Disminuyó ()



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ANEXO 4

**ESCALA VISUAL ANALOGICA DEL NIVEL DE UMBRAL DEL
DOLOR**

CÓDIGO:

1. Indique del 0 al 3 en cuál de los números siente dolor.

....1.....2.....-3,4.....5.....6,7.....8...9.....10

-----/-----/-----/-----/-----

0 1 2 3

Puntuación:

- 0. Ausente.
- 1. Dolor leve.
- 2. Dolor moderado.
- 3. Dolor severo