

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

“Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca -2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Tacuchi Santa Cruz, Atalhyz Angie

ASESORA: Luyo Marcellini, Delci Fiorella

HUÁNUCO – PERÚ

2025



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2024)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título
Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 75148726

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40408901

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-5641-3099

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553
3	Castro Quiroz, Teogenes Alfonso	Obstetra	22404179	0000-0001-5235-2284

D

H



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **quince horas** de la fecha **veinticuatro** del mes de **julio** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---|-------------------|
| • Dra. Silvia Lina Bacilio Cruz | Presidente |
| • Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tuco | Secretaria |
| • Obstetra Teogenes Alfonso Castro Quiroz | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 2464-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA ACLAS PILLCO MARCA - 2024”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. Atalhyz Angie TACUCHI SANTA CRUZ**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de BUENO.

Siendo las, 16:30 horas del día **veinticuatro** del mes de **julio** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
DNI: 22515292
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-9904-5337

MG. MARIELLA MARIYU QUIROZ TUCO
DNI: 41168800
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-4216-1553

OBSTETRA TEOGENES A. CASTRO QUIROZ
DNI: 22404179
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-5235-2284



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ATALHYZ ANGIE TACUCHI SANTA CRUZ, de la investigación titulada "Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024", con asesor(a) DELCI FIORELLA LUYO MARCELLINI, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1643-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 20 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 09 de junio de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

41. Tacuchi Santa Cruz, Atalhyz Angie.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	20%	3%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.tdx.cat Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, fuente infinita de sabiduría y fortaleza, por guiarme en cada paso de este camino, por sostenerme en los momentos de duda y llenar mi vida de esperanza y propósito.

A mis padres, por ser el pilar incondicional en mi vida, por sus sacrificios silenciosos, su amor incansable y su fe absoluta en mí. Gracias por enseñarme, con su ejemplo, que el esfuerzo y la dedicación siempre dan fruto.

A ellos, que son mi inspiración diaria, dedico con profundo amor y gratitud cada logro alcanzado en esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, con todo mi amor y profunda gratitud. Gracias por ser mi fuerza en los momentos de cansancio y mi aliento cuando las dudas me asediaban. Su apoyo, sus oraciones silenciosas y su confianza absoluta en mis sueños han sido el motor que me impulsó a seguir adelante. Este logro también es de ustedes.

A mi asesora de tesis, Luyo Marcellini, Delci Fiorella, por su paciencia, su guía generosa y su invaluable acompañamiento en cada etapa de esta investigación. Su compromiso, su exigencia académica y su confianza en mi trabajo me motivaron a superar mis propios límites y a buscar siempre la excelencia.

A los miembros de mi jurado de tesis, por su tiempo, sus observaciones críticas y su disposición para enriquecer esta investigación con sus conocimientos y experiencia. Cada recomendación, cada sugerencia y cada palabra de aliento dejaron una huella en este trabajo y en mi formación como profesional.

A cada uno de ustedes, mi más sincero agradecimiento. Esta meta alcanzada es el reflejo de muchas manos y corazones que me sostuvieron en el camino.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIII
CAPÍTULO I.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	17
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	18
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.5.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	18
1.5.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	18
1.5.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	19
1.5.4. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA.....	19
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	20
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL	21
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL.....	27
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL.....	30
2.2. BASES TEÓRICAS	30
2.2.1. EL PERINÉ	30
2.2.2. LA EPISIOTOMÍA.....	33

2.2.3. EPISIORRAFIA	37
2.2.4. FACTORES CONDICIONANTES	41
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	47
2.4. HIPÓTESIS	49
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	49
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS	49
2.5. VARIABLES	49
2.5.1. VARIABLE DE SUPERVISIÓN.....	49
2.5.2. VARIABLE ASOCIATIVA	49
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	50
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51
CAPÍTULO III.....	54
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	54
3.1.1. ENFOQUE	54
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	54
3.1.3. DISEÑO	54
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
3.2.1. POBLACIÓN	55
3.2.2. MUESTRA.....	55
3.2.3. MUESTREO.....	56
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	56
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	57
3.4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	57
3.4.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	57
3.4.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	57
CAPÍTULO IV	58
RESULTADOS	58
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	58
4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE PRINCIPAL SUPERVISADA	58

4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	59
4.1.3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES OBSTÉTRICOS	63
4.1.4. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES MATERNOS	70
4.1.5. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES FETALES.....	74
4.2. PRUEBA DE NORMALIDAD	78
4.2.1. NORMALIDAD DE VARIABLES CUANTITATIVAS CONTINUAS	78
4.3. ANÁLISIS INFERENCIAL	78
4.3.1. ANÁLISIS INFERENCIAL PARA LA PRIMERA HIPÓTESIS	78
4.3.2. ANÁLISIS INFERENCIAL PARA LA SEGUNDA HIPÓTESIS.....	79
4.3.3. ANÁLISIS INFERENCIAL PARA LA TERCERA HIPÓTESIS	80
CAPÍTULO V	82
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	82
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS.....	82
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Práctica de la episiotomía según tipo de procedimiento realizado en puérperas de partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca -2024	58
Tabla 2. Grado de instrucción de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	59
Tabla 3. Procedencia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	60
Tabla 4. Estado civil de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	61
Tabla 5. Ocupación de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	62
Tabla 6. Inicio de trabajo de parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	63
Tabla 7. Vía de finalización del trabajo de parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	64
Tabla 8. Analgesia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	65
Tabla 9. Uso de oxitocina en el posparto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	66
Tabla 10. Desgarro perineal en puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	67
Tabla 11. Periodo expulsivo en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	68
Tabla 12. Posición del parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	69
Tabla 13. Edad de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	70
Tabla 14. Talla de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	71

Tabla 15. Paridad de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	72
Tabla 16. Psicoprofilaxis obstétrica en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	73
Tabla 17. Peso del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	74
Tabla 18. Perímetro cefálico del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	75
Tabla 19. Perímetro torácico del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	76
Tabla 20. Edad por examen físico (Test de Capurro) en recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	77
Tabla 21. Prueba de normalidad para las variables cuantitativas, estudio en puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	78
Tabla 22. Factores obstétricos condicionantes para la práctica de la episiotomía en puérperas atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	79
Tabla 23. Factores maternos condicionantes para la práctica de la episiotomía en puérperas atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	80
Tabla 24. Factores fetales condicionantes para la práctica de la episiotomía en puérperas atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Práctica de la episiotomía según tipo de procedimiento realizado en puérperas de partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca -2024	58
Figura 2. Grado de instrucción de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	59
Figura 3. Procedencia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	60
Figura 4. Estado civil de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	61
Figura 5. Ocupación de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	62
Figura 6. Inicio de trabajo de parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	63
Figura 7. Vía de finalización del trabajo de parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	64
Figura 8. Analgesia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	65
Figura 9. Uso de oxitocina en el posparto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	66
Figura 10. Desgarro perineal en puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	67
Figura 11. Periodo expulsivo en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	68
Figura 12. Posición del parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	69
Figura 13. Edad de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	70
Figura 14. Talla de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024	71

Figura 15. Paridad de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	72
Figura 16. Psicoprofilaxis obstétrica en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	73
Figura 17. Peso del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	74
Figura 18. Perímetro cefálico del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	75
Figura 19. Perímetro torácico del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024.....	76
Figura 20. Edad por examen físico (Test de Capurro) en recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024	77

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca – 2024. **Método.** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de enfoque cuantitativo y nivel relacional. La muestra estuvo conformada por 80 historias clínicas de puérperas cuyos partos culminaron con la realización de una episiotomía. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, y se utilizó una ficha de recolección de datos. **Resultados.** En las características demográficas, entre las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda predominaron el nivel de estudios secundarios (83.3%; n = 5), procedencia rural (83.3%; n = 5), convivencia (100%; n = 6) y ocupación como amas de casa (66.7%; n = 4). En el grupo de episiotomía medio lateral derecha se observó nivel secundario (54.1%; n = 40), procedencia urbana (77.0%; n = 57), convivencia (56.8%; n = 42) y labores del hogar (90.5%; n = 67). En el análisis inferencial, no se hallaron asociaciones entre episiotomía y analgesia ($p = 1.000$), desgarró perineal ($p = 0.663$), periodo expulsivo ($p = 0.769$) ni posición de parto ($p = 0.629$). Tampoco hubo relación significativa con la edad materna ($p = 0.456$), talla ($p = 0.444$), paridad ($p = 0.626$) ni asistencia a psicoprofilaxis ($p = 0.653$). Únicamente el peso neonatal mostró asociación significativa ($p = 0.000$), mientras que perímetro cefálico ($p = 0.399$) y torácico ($p = 0.536$) no. **Conclusiones.** Solo el peso del neonato se asoció con la realización de la episiotomía.

Palabras clave. Factor, determinante, episiotomía, parto vaginal, peso, recién nacido.

ABSTRACT

Objective. To determine the conditioning factors for the practice of episiotomy in eutocic deliveries attended at the Potracancha Health Center ACLAS Pillco Marca – 2024. **Method.** Observational, analytical, retrospective study with a quantitative approach and relational level. The sample consisted of 80 medical records of postpartum women whose deliveries ended with the performance of an episiotomy. Sampling was probabilistic, simple random, and a data collection sheet was used. **Results.** Regarding demographic characteristics, among postpartum women with left medio-lateral episiotomy, secondary education level (83.3%; n = 5), rural origin (83.3%; n = 5), cohabitation (100%; n = 6), and housewife occupation (66.7%; n = 4) predominated. In the right medio-lateral episiotomy group, secondary education (54.1%; n = 40), urban origin (77.0%; n = 57), cohabitation (56.8%; n = 42), and home-related activities (90.5%; n = 67) were predominant. In the inferential analysis, no associations were found between episiotomy and analgesia (p = 1.000), perineal tear (p = 0.663), expulsion period (p = 0.769), or delivery position (p = 0.629). There was also no significant relationship with maternal age (p = 0.456), height (p = 0.444), parity (p = 0.626), or attendance at obstetric psychoprophylaxis sessions (p = 0.653). Only neonatal weight showed a significant association (p = 0.000), while head circumference (p = 0.399) and chest circumference (p = 0.536) did not. **Conclusions.** Only neonatal weight was associated with the performance of episiotomy.

Keywords. Factor, determinant, episiotomy, vaginal delivery, weight, newborn.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía, un procedimiento quirúrgico que implica la incisión del perineo durante el parto vaginal ^(1, 2), es una práctica obstétrica cuyo uso rutinario es cada vez más cuestionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a su potencial impacto negativo en la experiencia de la mujer ⁽³⁾, recomendando su limitación a menos del 20% de los partos ⁽¹⁾. A pesar de su introducción histórica para facilitar partos difíciles y prevenir morbilidad perinatal ^(9, 10, 11), la evidencia actual sugiere un uso más restrictivo, asociándose su limitación con mejores resultados perineales inmediatos ^(9, 10). Sin embargo, la realidad en diversos contextos, como Colombia ⁽¹⁶⁾ y Perú ^(20, 21, 22), muestra tasas elevadas y complicaciones significativas.

En el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca, la práctica de episiotomías en partos eutócicos requiere una comprensión profunda de los factores condicionantes, dada la evidencia que aboga por su uso selectivo. Por lo tanto, la presente investigación se formula la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024?

El uso frecuente de la episiotomía en partos eutócicos, a pesar de los riesgos y resultados desfavorables reportados, subraya la necesidad de comprender sus factores condicionantes en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca. Esta investigación, mediante un enfoque cuantitativo y la revisión de historias clínicas, busca identificar las variables influyentes para optimizar la atención materna y neonatal. La determinación de estos factores permitirá informar estrategias que promuevan un uso más selectivo de la episiotomía, reduciendo intervenciones innecesarias y sus complicaciones, contribuyendo así al conocimiento existente sobre prácticas obstétricas basadas en la evidencia.

En este sentido, esta investigación se propone identificar los factores obstétricos, maternos y fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca durante el 2024, y describir las características demográficas de las puérperas inmediatas de dichos partos. Para alcanzar estos objetivos, se

llevó a cabo un estudio observacional, analítico y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo y nivel relacional, que analizó 80 historias clínicas de púerperas con parto eutócico y episiotomía en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca en 2024. Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple y una ficha de recolección de datos para explorar la relación entre diversos factores (obstétricos, maternos, fetales) y la realización de la episiotomía, buscando identificar asociaciones significativas.

La investigación se fundamentó en la revisión de literatura científica especializada, incluyendo revistas internacionales, libros y repositorios institucionales. Durante el desarrollo de esta investigación, se identificaron limitaciones como la inconsistencia en la documentación de historiales clínicos, la potencial reticencia del personal sanitario, sesgos en los autoinformes, la variabilidad en los procedimientos obstétricos, la dificultad para generalizar los resultados, las restricciones de tiempo y recursos para el seguimiento de complicaciones, las consideraciones éticas en la recopilación de datos sensibles y la disponibilidad limitada de tecnología avanzada para el análisis. Sin embargo, en última instancia, este estudio busca ofrecer una comprensión más profunda de los factores que influyen en la práctica de la episiotomía en el contexto del Centro de Salud PotracanCHA. Los hallazgos aspiran a informar estrategias que promuevan una atención del parto más humanizada y basada en la evidencia, contribuyendo al bienestar materno y neonatal en la comunidad atendida.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde un punto de vista general, la episiotomía es una intervención quirúrgica que implica realizar una incisión en el perineo, la zona entre la vagina y el ano, con el fin de ensanchar el canal vaginal durante el parto. ⁽¹⁾ ⁽²⁾ Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que esta práctica, cada vez más común, puede disminuir la capacidad natural de la mujer para dar a luz y generar un impacto negativo en su experiencia del parto. ⁽³⁾ Según Mardsen Wagner, exdirector del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, este procedimiento solo debería ser necesario en menos del 20% de los partos. ⁽¹⁾

No obstante, a pesar de estas advertencias, el objetivo de la episiotomía es facilitar el parto y reducir el riesgo de lesiones perineales graves. Durante esta intervención, se seccionan los músculos bulbocavernoso y transverso superficial del perineo. La incisión se realiza utilizando diversas tijeras quirúrgicas, siendo las más comunes las tijeras de episiotomía Mayo y Braun-Stadler, diseñadas específicamente para esta operación debido a su precisión y capacidad para efectuar un corte limpio y controlado. ^(4, 5, 6, 7, 8)

Antes de que se creara el concepto de episiotomía preventiva a finales del siglo XIX para evitar lesiones perineales, la episiotomía sólo se utilizaba en partos difíciles cuando surgió a finales del siglo XVIII. ⁽⁹⁾ Desde 1920, su uso se ha generalizado para disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatal al prevenir los desgarros, aliviar el dolor y acortar el periodo de trabajo de parto. Se subestimaron las posibles consecuencias negativas convirtiéndose en una técnica rutinaria a pesar de los escasos datos sobre sus indicaciones. ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾

Cuando hace unos 20 años empezaron a acumularse las pruebas del uso limitado de la episiotomía, varias organizaciones internacionales empezaron a publicar directrices y recomendaciones de práctica clínica. ⁽¹²⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe en 1996 en el que afirmaba que, si bien había pruebas de que la episiotomía podía ser perjudicial, no existían pruebas de que tuviera consecuencias positivas. ⁽¹³⁾ Ya

en el presente siglo, Carroli y Mignini, ⁽⁹⁾ confirmaron en una revisión muy leída que se publicó a principios de este siglo que el uso limitado de la episiotomía daba lugar a traumatismos perineales menos graves, menos traumatismos perineales posteriores, menos suturas y menos dificultades de cicatrización a los siete días. Sin embargo, no demuestra variaciones en la incidencia de dolor, dispareunia, incontinencia urinaria o daño vaginal/perineal grave. ⁽¹⁰⁾

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un objetivo inferior al 10% y advierte de que una tasa superior al 20% no está justificada. A nivel europeo, España es el octavo país con las tasas más altas entre los 29 países según Informe Europeo de Salud Perinatal, a pesar de que el Ministerio de Sanidad propone un criterio de calidad inferior al 15%. La tasa de episiotomía en España es del 43%. Situación de la salud y la maternidad en Europa en 2010. ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Según un estudio, Beltrán et al, ⁽¹⁶⁾ el 63,96% de las primigrávidas en Colombia fueron sometidas a episiotomía. Las siguientes condiciones justificaron la episiotomía: primigrávida (3,2%), acortamiento de la segunda etapa del trabajo de parto (16%), prevención de desgarros y acortamiento del trabajo de parto (6,4%) y periné corto y poca distensibilidad (19,3%). Cabe señalar que el 58% de las pacientes a las que se practicó una episiotomía no tenían ninguna indicación particular. En cuanto al método, la episiotomía mediana se practicó en el 16% de las pacientes, mientras que la episiotomía medio-lateral se realizó en el 84% de los casos.

En el Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA), la finalidad de la episiotomía, es facilitar la salida del polo fetal, protegiendo tanto al feto como al canal del parto. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ Sin embargo, esta práctica, se ha convertido en un procedimiento común para mujeres nulíparas. ⁽¹⁹⁾

Un estudio realizado por Gonzales, ⁽²⁰⁾ en el Hospital Regional de Loreto (2020), por ejemplo, el 96,0% de las primíparas tuvieron partos eutócicos, con un 100,0% de ellas con episiotomía mayoritariamente medio-lateral. En cuanto a las complicaciones, se demostró que el dolor fue la complicación más frecuente (72,7%) entre las primíparas puérperas sometidas a episiotomía, representando el 33,0% de los casos.

Por el contrario, Días y Chaves, ⁽²¹⁾ descubrieron que del 88% de las mujeres primíparas a las que se practicó una episiotomía, al 90% se les realizó

el procedimiento por primera vez y al 10% por segunda vez. 42 días después del parto, se observaron problemas a corto y largo plazo. Entre ellos, molestias perineales (68%), ardor al orinar (54%), edema vulvar (12%), dehiscencia de la episiotomía (6%), desgarró (4%) y hematoma (2%). A los 42 días se observaron los siguientes problemas a largo plazo: dispareunia (34%), distopía (4%), prolapso vaginal (6%) e incontinencia urinaria (36). De las mujeres, el 32% afirmó no haber experimentado ninguna dificultad en todo este tiempo.

Según una investigación realizada en Huánuco sobre secuelas posteriores a episiotomías, el 29% de las pacientes refirió dolor de alto rango, el 65% refirió dolor regular, el 3% refirió dolor moderado, el 6% refirió edema, el 7% refirió hematoma y el 14% refirió sangrado profuso. ⁽²²⁾

En ese sentido, dado que en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca, donde realicé mis prácticas de internado, se realizan episiotomías de asistencia en el momento del parto, es imprescindible conocer los condicionantes que influyen en su actuación en este sentido y dado el alto porcentaje de episiotomías realizadas en partos eutócicos. Por lo tanto, este es un problema que requiere mayor atención, ya que la bibliografía sugiere restringir la episiotomía debido a las posibles consecuencias en las pacientes.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- **PE₁**: ¿Cuáles son los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024?
- **PE₂**: ¿Cuáles son los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024?
- **PE₃**: ¿Cuáles son los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024?

- **PE₄**: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ O₁: Identificar los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024
- ✓ O₂: Identificar los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024
- ✓ O₃: Identificar los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024
- ✓ O₄: Describir las características demográficas de las puérperas inmediatas de parto eutócico atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Aunque la episiotomía se utiliza con frecuencia en los partos eutócicos, su uso rutinario ha sido objeto de escrutinio debido a los riesgos potenciales y a los resultados desfavorables para las pacientes. Con el fin de optimizar la salud materna y neonatal, deben desarrollarse estrategias para su uso frecuente en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca, y esta investigación es importante para entender por qué. Se pueden realizar mejoras en las intervenciones obstétricas determinando las variables condicionantes, lo que disminuirá la cantidad de episiotomías innecesarias y los problemas que ocasionan.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Con el fin de obtener una comprensión exhaustiva de las variables que influyen en la práctica de la episiotomía, este estudio empleó una

técnica cuantitativa. Los datos pertinentes se recopilaron mediante un examen documentado de las historias clínicas con el fin de proporcionar un análisis exhaustivo y riguroso y garantizar la obtención de información precisa y valiosa para la creación de sugerencias y políticas sanitarias procesables.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Con nuevas perspectivas sobre su aplicación en los partos eutócicos, este estudio se suma al corpus de conocimientos ya disponibles sobre la episiotomía. Es factible encontrar patrones y tendencias examinando los elementos condicionantes, lo que mejoró nuestra comprensión de las prácticas obstétricas en situaciones comparables. Esto enriquece el corpus de investigación académica y promueve debates bien informados sobre el tema.

1.5.4. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

Esta investigación resulta esencial para evaluar y mejorar los procedimientos obstétricos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca. Basándose en pruebas empíricas y en un examen crítico de los datos recopilados, la investigación refutó las teorías relacionadas con la episiotomía y, en última instancia, mejora los resultados desde una perspectiva sanitaria de las madres y los recién nacidos.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- ✓ Escasez de historiales médicos precisos y completos.
- ✓ Reticencia de los profesionales sanitarios a contestar preguntas o realizar encuestas.
- ✓ Un sesgo en los autoinformes de las pacientes, ya que el tema es delicado.
- ✓ Diferencias en los procedimientos obstétricos entre los distintos especialistas médicos.
- ✓ El reto de extrapolar los resultados a otros centros médicos con circunstancias distintas.
- ✓ Limitaciones de tiempo y recursos para el seguimiento posterior de las complicaciones.
- ✓ Limitaciones impuestas por la ética a la recopilación de información privada sobre la salud materna.
- ✓ Disponibilidad limitada de tecnología punta para el análisis de datos.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

- ✓ La importante tasa de asistencia al parto del Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca.
- ✓ La cooperación y apoyo institucional del personal del Centro de Salud.
- ✓ La accesibilidad de los recursos e instrumentos necesarios para la recolección de datos.
- ✓ La existencia de investigaciones previas y estudios relacionados que sirven de marco teórico.
- ✓ La disponibilidad de software de análisis de datos de última generación.
- ✓ La disponibilidad de dinero y otros recursos para sufragar los gastos del estudio.
- ✓ La dedicación del equipo del estudio para superar los obstáculos y limitaciones encontrados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

Etiopia (2021), Woretaw et al, ⁽²³⁾ **“Práctica de episiotomía y factores asociados entre madres que dieron a luz en centros de salud públicos en el distrito de Metema, noroeste de Etiopía”**, explica la historia de la episiotomía, que es una incisión quirúrgica practicada en el perineo para acelerar el parto. La práctica de la episiotomía y los factores relacionados con ella en los países subdesarrollados, como Etiopía, están poco documentados. Así pues, el objetivo de este estudio era determinar el alcance de la práctica de la episiotomía y precisar los factores que influyen en ella en los centros sanitarios públicos situados en el distrito de Metema, al noroeste de Etiopía. 410 madres que dieron a luz entre el 1 de marzo y el 30 de abril de 2020 participaron en una investigación transversal de base institucional que se llevó a cabo como parte de la metodología. Se empleó un enfoque de muestreo aleatorio sistemático para elegir a las participantes en la investigación. Para el análisis estadístico, los datos se importaron a la versión 3.1 de Epi y se exportaron a la versión 14 de STATA. La significación de los factores se determinó mediante la odds ratio ajustada y el intervalo de confianza del 95% asociado. Los resultados del estudio revelaron que en el 44,15% de los casos se practicaron episiotomías (IC 95%: 39,32-48,97). Los factores que se asociaron significativamente con la práctica de episiotomías fueron el parto vaginal instrumental (AOR: 3,04; IC 95%: 1,36-6,78), los desgarros perineales (AOR: 3,56; IC 95%: 1,68-7,55), la edad entre 25 y 35 años (AOR: 0,11; IC 95%: 0,05-0,25), el espaciamiento entre partos de menos de dos años (AOR: 4,76; IC 95%: 2,31-9,83) y el uso de oxitocina (AOR: 2,73; IC 95%: 1,19-6,25). Concluyendo que, el tamaño de la práctica de episiotomía de este estudio supera el valor recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las variables importantes que influyeron en la práctica de la episiotomía fueron la edad, la oxitocina, el

espaciamiento entre partos, el desgarro perineal y el parto instrumental. En consecuencia, deben desarrollarse tratamientos específicos para reducir la incidencia de episiotomías. País

Ecuador (2021), Chamorro y Torres, ⁽²⁴⁾ **“Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021”**, Según su estudio, la episiotomía es una técnica quirúrgica que se realiza durante un parto cefalovaginal con el objetivo de aumentar la abertura del canal vaginal para permitir la salida del feto. Las mujeres primíparas o con factores de riesgo de episiotomía suelen someterse a esta intervención quirúrgica. A través de un estudio retrospectivo de las pacientes sometidas a parto cefalo-vaginal en 2021, el objetivo de esta investigación fue identificar las medidas preventivas y la incidencia de complicaciones de la episiotomía en gestantes primigrávidas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. A partir de este estudio se obtuvieron datos estadísticos sobre la frecuencia de episiotomía en esta unidad de salud, principales factores predisponentes, incidencia de complicaciones y gravedad de las mismas en mujeres primíparas. Como parte de la población para este abordaje cuantitativo, descriptivo-explicativo, se examinaron las historias clínicas de 287 pacientes. Según este estudio, las molestias perineales leves, la infección del sitio quirúrgico, la dispareunia, el edema vulvar y, en menor medida, el hematoma son los problemas más frecuentes entre las pacientes primíparas. Concluyendo que, la episiotomía ayuda a la madre y al feto, pero debe utilizarse con moderación, ya que puede dar lugar a problemas posparto más graves.

Etiopía (2022), Bekele et al, ⁽²⁵⁾ **“Magnitud de la práctica de la episiotomía y factores asociados entre mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario Especializado Hiwot Fana, este de Etiopía”**, describe una incisión quirúrgica deliberada realizada en el perineo denominada episiotomía, que tiene por objeto ampliar el introito durante la segunda fase del parto o justo antes de que nazca el bebé. Además, puede causar problemas e interferir en la comodidad de la madre durante el posparto, sobre todo cuando se realiza sin previo aviso. Por otro lado,

no se sabe mucho sobre la práctica de la episiotomía en el ámbito de la investigación. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de la episiotomía y las variables relacionadas entre las mujeres que dieron a luz en Etiopía oriental en 2021 en el Hospital Universitario Especializado Hiwot Fana. Dentro de los procedimientos, entre el 1 de enero de 2021 y el 30 de diciembre de 2021, 408 madres reclutadas sistemáticamente y que dieron a luz en el Hospital Universitario Especializado Hiwot Fana participaron en una investigación transversal basada en el centro. Los datos extraídos se codificaron, examinaron e importaron a Epi-data versión 3.1 antes de exportarlos y analizarlos con el programa STATA versión 16. Para determinar las variables relacionadas con la práctica de la episiotomía, se ajustó una regresión logística binaria. Para indicar la existencia de significación estadística, se tomaron en consideración los valores P inferiores a 0,05. En los resultados, el tipo de episiotomía más realizado (41,4%) fue la mediolateral, con una frecuencia global de práctica de episiotomía del 43,4% (IC 95%: 38,7, 48,9). Los siguientes factores se relacionaron sustancialmente con el uso de la episiotomía: paridad [AOR: 6,2; IC 95% (3,8-17,6)], puntuación de Apgar al 1er min [AOR: 1,6; IC 95% (1,04-2,67)], presencia de enfermedad médica materna [AOR: 3,3; IC 95% (1,09-6,9)], y parto inducido [AOR: 1,6; IC 95% (1,12, 4,13)]. Concluyendo que, la zona estudiada, la práctica de la episiotomía era bastante prevalente. La práctica de la episiotomía se vio influida significativamente por la paridad, la existencia de una afección médica materna, la inducción del parto y la puntuación de APGAR en la marca de un minuto. Quizá sea posible reducir las elevadas tasas de práctica actuales teniendo en cuenta la existencia de indicaciones adecuadas o evitando las indicaciones poco razonables.

China (2022), Ye et al, ⁽²⁶⁾ **“Una encuesta transversal a nivel nacional sobre la práctica de la episiotomía en China”**, señala que, aunque la Sociedad China de Obstetricia abogó por el uso restringido de las episiotomías, no se sabe mucho sobre la epidemiología de estos procedimientos ni sobre cómo afectan a los resultados tanto de las madres como de los fetos cuando se utilizan de forma restrictiva. La

encuesta China Labour and Delivery Survey, realizada en 2015-2016, es un estudio transversal que utiliza un sistema de muestreo aleatorio por conglomerados. Su metodología pretende describir la intrincada epidemiología del trabajo de parto y el parto en China. Utilizando los datos de la encuesta, calculamos la tasa de episiotomía por paridad. Mediante modelos mixtos con efectos aleatorios, se eligieron factores relacionados con la episiotomía para su agrupación a nivel hospitalario. Para investigar el impacto de la episiotomía mediolateral en los resultados maternos y neonatales entre las mujeres emparejadas por puntuación de propensión, se construyeron modelos de regresión logística. En los resultados, según las directrices, la tasa de episiotomías entre los partos vaginales en China fue del 21,5% (IC del 95%: 19,4% - 23,5%) entre las multíparas y del 41,7% [intervalo de confianza (IC) del 95%: 40,1% - 43,2%] entre las nulíparas. La enfermedad materna, las variables obstétricas y el IMC previo al embarazo se relacionaron con la episiotomía. En las nulíparas, casi la mitad de las episiotomías no tenían indicación, pero en las multíparas, sólo el 25%. La incidencia de laceración perineal de tercer o cuarto grado [odds ratio (OR) = 2,64; IC 95%: 1,08-6,48] en nulíparas sin beneficio neonatal fue elevada por la episiotomía mediolateral sin signos. Concluyendo que, en China se realizaron más episiotomías de las médicamente necesarias. La incidencia de laceración perineal de tercer y cuarto grado en nulíparas fue más del cuádruple por episiotomía mediolateral realizada sin motivos, sin beneficio para el recién nacido.

Ámsterdam (2023), Simmelink et al, ⁽²⁷⁾ **“La influencia de la partera a cargo en la aparición de episiotomía: un estudio de cohorte retrospectivo”**, analiza las posibles dificultades a corto y largo plazo que pueden experimentar las mujeres al someterse a una episiotomía durante el parto vaginal. En consecuencia, es crucial investigar las variables que influyen en la incidencia de la episiotomía. El objetivo es investigar el grado en que las características individuales de las matronas clínicas que trabajan en circunstancias idénticas influyen en la variabilidad de la episiotomía. En el planteamiento, se utilizaron datos de mujeres que tuvieron asistencia de matrona clínica durante el

parto en 2016 para realizar una investigación de cohortes retrospectiva en un hospital de atención secundaria de Ámsterdam (Países Bajos). Las matronas clínicas cumplimentaron un cuestionario para identificar variables individuales. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariante para investigar la importancia predictiva de las distintas características de las matronas clínicas en relación con la episiotomía. Entre las matronas, la tasa media de episiotomía osciló entre el 3,2% y el 30,8% ($p = 0,001$). Dentro del grupo de primíparas, divididas por paridad, hubo una variación considerable en las tasas de episiotomía de las matronas, que oscilaron entre el 7,9% y el 47,8% ($p = 0,006$). No hubo diferencias perceptibles en la frecuencia de desgarros de tercer o cuarto grado o de periné intacto. Las matronas difirieron significativamente ($p = 0,041$) en su episiotomía por razones maternas. El número de años transcurridos desde la graduación y el lugar de formación de la matrona clínica fueron factores predictivos de la episiotomía. En las conclusiones, los datos de este estudio indican que la tasa de episiotomía está influida por ciertas características de las matronas clínicas. Los predictores de episiotomía fueron el número de años transcurridos desde la graduación y el lugar de formación universitaria. Esto demuestra que la formación continua de las matronas clínicas podría contribuir a reducir el número de episiotomías innecesarias. Dado que la sospecha de sufrimiento fetal es la única indicación basada en la evidencia para realizar una episiotomía, hay margen de mejora dada la variación en el número de episiotomías realizadas por indicación materna.

España (2024), Laderas et al, ⁽²⁸⁾ **“Abordaje de las matronas en la prevención y reparación del trauma perineal obstétrico en España”**, Explica las numerosas guías de práctica clínica, que incluyen sugerencias para el uso de la episiotomía y la prevención y el tratamiento de las lesiones perineales obstétricas. Evaluar las variables profesionales que pueden estar relacionadas con el uso restringido de la episiotomía, así como la variación en las prácticas profesionales de las matronas para prevenir y tratar las lesiones perineales. Crear una investigación observacional transversal. Trescientas cinco matronas

respondieron a una encuesta anónima creada por las autoras y difundida en varias asociaciones científicas de matronas. La frecuencia de adopción de determinadas medidas para la prevención y curación de lesiones perineales, el método de episiotomía y el uso de episiotomía restringida (<10%) fueron los resultados clave que se midieron. Con intervalos de confianza del 95%, se calcularon las odds ratio (OR) y las odds ratio ajustadas (aOR). Hallazgos: 186 (61%) de las matronas utilizaron compresas calientes empapadas en agua sobre el periné, mientras que 253 (83%) no solían utilizar el masaje perineal durante el parto. El uso de la episiotomía varió mucho: 129 (42,3%) optaron por utilizarla poco, 125 (41%) la practicaron entre el 10% y el 20% de las veces, y 51 matronas (16,7%) la practicaron en más del 20% de los casos. Además, 165 (54,1%) matronas utilizaron un ángulo de incisión de 60°. En cuanto a los desgarros, 273 (89,5%) suturaron sistemáticamente desgarros de segundo grado y 155 (50,8%) suturaron habitualmente desgarros de primer grado. El uso restringido de la episiotomía fue sustancialmente más frecuente entre las matronas que trabajaban en hospitales universitarios (aOR = 3,69; IC 95%: 1,39-9,84), atendían partos en casa (aOR = 6,5; IC 95%: 2,69-15,69) y habían terminado recientemente su formación profesional (aOR = 3,58; IC 95%: 1,46-8,79). Concluyendo que, existe una gran variación en los métodos utilizados por las matronas españolas para tratar y prevenir los desgarros perineales. Además, las matronas que trabajan en hospitales universitarios, visitan partos domiciliarios y han completado recientemente sus formaciones profesionales están relacionadas con el uso restringido de la episiotomía.

España (2024), Martín et al, ⁽²⁹⁾ **“Análisis de las posiciones maternas durante la fase de dilatación y expulsiva y su relación con las lesiones perineales en partos eutócicos atendidos por parteras”**, en un hospital público del norte de España que atendió 367 partos eutócicos en 2018, las matronas o matronas residentes examinaron la asociación entre las posturas maternas a lo largo de la fase de expulsión y los resultados perineales. Esto se hizo mediante un análisis descriptivo transversal. De las mujeres, el 94,3% eligió la

posición horizontal. Se observó una ligera retroversión sacra en el 71,7% de los casos, lo que puede repercutir en los resultados perineales. La tercera etapa se gestionó eficazmente, como demuestra la escasa incidencia de desgarros y la tasa de episiotomía del 15,3%, algo superior a la pauta del 15%. La primiparidad y la edad materna se identificaron como factores de riesgo asociados a la episiotomía. Además, la movilización sacra y las posturas erguidas durante el parto se asociaron significativamente con menos lesiones perineales, lo que sugiere beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. La correlación entre las posiciones maternas y la necesidad de analgesia epidural puso de relieve la importancia de tenerlas en cuenta en el tratamiento del dolor durante el parto. Concluyendo que, a pesar de las limitaciones, el estudio proporciona información valiosa sobre las prácticas obstétricas y aboga por un enfoque centrado en la mujer que respete la autonomía durante el parto. Se necesitan más investigaciones para explorar los parámetros biomecánicos y mejorar las experiencias del parto.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Huancavelica (2021), Vilca, ⁽³⁰⁾ **“Caracterización de las gestantes nulíparas con episiotomías atendidas en el Centro de Salud de Pichari, Cusco 2020”**, el objetivo principal de la tesis fue identificar los rasgos claves de las pacientes gestantes nulíparas que fueron sometidas a episiotomías en el Centro de Salud de Pichari en Cusco en el año 2020. Como parte de la técnica se empleó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal; el nivel y diseño fueron descriptivos. La muestra estuvo conformada por 121 gestantes nulíparas con episiotomías. Según los resultados, las características personales de las nulíparas a las que se practicó episiotomía fueron las siguientes: menos de 1,5 metros (35,5%), de 1,5 a 1,6 metros 62,8%; de 50 a 70 kg (92,6%) y más de 70 kg (4. 9%); adolescentes 57,0%, mujeres jóvenes 42,1%, adultas 0,9%; estudios primarios 21,5%, secundarios 70,2%, superiores 8,3%. Entre las características relacionadas con el embarazo destacan la anemia (31,4%), las infecciones vaginales (48,7%) y los antecedentes de aborto (41,3%). Las características de los recién nacidos eran las siguientes: perímetro cefálico de 32 a 35 centímetros,

90,1%, peso de 2.500 a 3.999 gramos, 91,7%, y una puntuación de Apgar superior a 7 en el 92,6% de los casos. Las hemorragias leves constituyeron el 68,6% de las características clínicas, las hemorragias moderadas el 26,4%, las hemorragias fuertes el 4,1% y las molestias el 0,9%. A las nulíparas se les practicó una episiotomía medio-lateral derecha en el 99,1% de los casos y mediana en el 0,9%. Se produjeron las siguientes complicaciones: infección 2,0%, hematoma 10,2%, edema 10,2%, desgarro 38,8% y dehiscencia 38,8%. Concluyendo que, las características principales de las mujeres nulíparas a las que se les realizó episiotomía fueron las siguientes: la gestante tenía una episiotomía mediana lateral derecha; pesaba entre 50 y 70 kg; tenía más de seis NAP; tenía educación secundaria; presentaba sangrado leve; medía entre 1,5 y 1,6 metros de altura; y tenía anemia.

Huancayo (2021), López y Peña, ⁽³¹⁾ **“Factores materno perinatales asociados a la indicación de episiotomía en parturientas del Hospital Regional de Huacho, 2021”**, explica que el objetivo del estudio fue identificar las variables maternas y perinatales vinculadas a la recomendación de episiotomía en parturientas atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021. Este estudio utilizó un diseño no experimental y una metodología cuantitativa, retrospectiva, transversal y correlacional. Se empleó una guía de recolección de datos basada en historias clínicas revisadas como instrumento en el enfoque de recolección de datos de revisión documental. La población estuvo constituida por 154 parturientas sometidas a episiotomías entre enero y marzo de 2021. Dado que se examinaron todas las historias clínicas de las mujeres que tuvieron partos eutócicos, no hubo muestra para este estudio. Las unidades de análisis (parturientas con partos eutiroideos que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital regional de Huacho entre enero y marzo de 2021) cumplieron con los criterios de inclusión. Los hallazgos mostraron que el 59,7% de las gestantes tenían entre 20 y 34 años de edad, siendo el 80,5% nulíparas y el 60,4% convivientes; el 63,6% de ellas había culminado sus estudios secundarios; el 89,6% de ellas tenía un embarazo a término; y el 94,2% de ellas había sido sometida a episiotomía medio-lateral. Las variables

materno-perinatales vinculadas a la recomendación de episiotomía en parturientas del Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Lima (2021), Chuquimantari, ⁽³²⁾ **“Revisión sistemática del uso de la episiotomía y sus complicaciones perineales”**, con el objetivo de identificar los problemas perineales provocados por el uso de la episiotomía. El presente estudio se estructuró como una revisión sistemática cualitativa. Alcance del estudio: Los datos se recuperaron de varios recursos en línea, incluidos Scencedirect, Lilacs, Elsevier, Scielo y Cochrane. Sujetos de estudio: Dentro del periodo de estudio de 2015 a 2020, se tomaron en consideración 35 trabajos que cumplieran los criterios de inclusión. Instrumentación: Pudimos evaluar cada ítem ya que empleamos el sistema Grade para la investigación. Según los resultados, el 38% de los trabajos evaluados emplearon un enfoque de revisión. Según el 26% de los estudios analizados, el desgarro perineal fue la complicación más frecuente derivada de los problemas perineales relacionados con la episiotomía estándar. En cuanto a los problemas perineales derivados de la episiotomía selectiva, el desgarro perineal se notificó como la principal consecuencia en el 37% de los estudios examinados. Concluyendo que, el análisis del estudio de la literatura científica demuestra una fuerte correlación entre los problemas perineales y el uso de episiotomías tanto rutinarias como selectivas.

Lima (2022), Vázquez, ⁽³³⁾ **“Paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en el periodo 2019 – 2021”**, explica cómo la Organización Mundial de la Salud (OMS) desaconsejó el uso excesivo de la episiotomía porque no se ha demostrado que el procedimiento sea útil y con frecuencia es perjudicial. La tasa de episiotomías varía, ya que el profesional sanitario tiene ahora la última palabra sobre su uso. Es imperativo identificar las variables que pueden influir en la aplicación descuidada de este método en uno de los principales establecimientos de nuestro país. con el objetivo de conocer la relación entre la paridad y las variables relacionadas con el procedimiento de episiotomía realizado en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea entre 2019 y 2021. Los resultados mostraron que no hubo asociación significativa para variables

como la edad y el estado civil en el análisis multivariado. Sin embargo, sí hubo asociación significativa para la paridad, representando un riesgo de 3,7 veces de ser sometida a episiotomía en mujeres nulíparas (OR=4,7; IC: 2,54 - 8,94), el desgarro (OR=0,26; IC: 0,111 - 0,601) y los años de servicio (OR=0,86; IC: 0,79 - 0,94). En resumen, se halló que las primíparas tienen más probabilidades de experimentar una episiotomía; en cuanto a los factores de riesgo, se demostró que el número de años de experiencia del personal médico que prestaba atención al parto era un factor predictivo inferior de la realización de una episiotomía; además, no haber tenido una episiotomía se relacionaba con un mayor riesgo de desgarro.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

No se encontraron investigaciones actualizadas, a nivel de la región Huánuco a mencionar

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EL PERINÉ

Es una región anatómica situada en la parte inferior del tronco humano. En las mujeres, se extiende desde el borde inferior de la vulva hasta el borde anterior del ano, mientras que en los hombres se extiende desde la base del escroto hasta el borde anterior del ano. Esta región contiene estructuras musculares y fibrosas que proporcionan soporte y función a los órganos pélvicos. ^(34, 35, 36, 37)

El cuerpo perineal (PB), también conocido como tendón central del perineo, es una estructura fibromuscular situada en la línea media del perineo, que ayuda a reforzar el suelo pélvico. Se une a los siguientes músculos:

- El PB se une anterolateralmente al músculo bulboesponjoso, también conocido como músculo estriado.
- La porción anterior del músculo compresor de la uretra se une al PB.
- El PB se une posterolateralmente al músculo esfínter externo.
- El músculo conocido como esfínter anal interno se une posteriormente al PB y se entremezcla con el LAM.
- El PB está unido anteriormente al músculo del esfínter uretral externo.

- Toda la longitud vertical del músculo elevador del ano, formado por las fibras internas del músculo puborrectal, se une lateralmente al PB.
- El músculo recto-uretral, también llamado músculo liso perineal, se une anterolateralmente al músculo puborrectal y se extiende lateralmente desde el MELA hasta las glándulas bulbouretrales.
- El PB y el músculo puborrectal tienen una fuerte unión anterolateral y anterior desde el músculo anis longitudinal (MLA). (34, 35, 36, 37)

El cuerpo perineal está unido a dos estructuras fasciales:

- La fascia perineal superficial está unida anteriormente al PB.
- El PB está unido superiormente al tabique rectovaginal.

Además de ser susceptible de romperse durante el parto vaginal, el cuerpo perineal es esencial para preservar la integridad del suelo pélvico. Cuando esto ocurre, la distancia entre los márgenes libres de los músculos elevadores del ano a ambos lados se ensancha. Las mujeres que tienen esta brecha en expansión son más propensas a sufrir prolapsos de recto, útero e incluso vejiga. Para reducir la probabilidad de una recidiva local, también se utiliza en el tratamiento quirúrgico de los tumores anorrectales con el fin de establecer un margen de resección circunferencial libre de tumor. (34, 35, 36, 37)

2.2.1.1. MÚSCULOS DEL CUERPO PERINEAL

- El músculo bulbocavernoso y el músculo transverso superficial del perineo.
- El músculo transverso profundo del perineo; el esfínter uretral externo (estriado) (EUS); el esfínter interno (liso) del ano (IAS); y el esfínter externo (estriado) del ano (EAS).
- Los músculos en cuestión son el puborrectal, el anal longitudinal, el rectouretral y los músculos lisos laterales perineales. (34, 35, 36, 37)

Los músculos estriados que están bajo control voluntario y proporcionan un sistema de soporte similar a una hamaca para los órganos pélvicos se denominan musculatura del suelo pélvico. El músculo elevador del ano es el más importante.

El músculo elevador del ano es el componente principal del llamado diafragma pélvico, que está formado por el músculo coxígeo y otro músculo del suelo pélvico. Este diafragma se extiende lateralmente hacia ambas paredes pélvicas menores, posteriormente hacia el coxis y anteriormente desde el pubis. Forma la mayor parte del suelo pélvico extendiéndose inferiormente en forma de embudo. El diafragma urogenital también está formado por un grupo muscular diferente que es más inferior - es decir, superficial al elevador del ano- y también ayuda a la continencia urinaria. ⁽³⁸⁾

El músculo más grande de la pelvis es el elevador del ano. Está formado por los haces puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo, tres fascículos o haces. En la parte posterior de la sínfisis púbica de ambos lados comienza el haz puborrectal. Su comienzo se sitúa entre el del haz pubococcígeo y el suyo propio. El haz puborrectal es una banda ancha de músculo que se extiende por detrás del recto a la altura de la unión anorrectal. Sus fibras se cruzan en este punto, formando la característica forma de "U". El haz pubococcígeo trasciende el recto y se inserta a nivel del cóccix. Comienza lateral al origen del haz puborrectal en la sínfisis púbica. ⁽³⁸⁾

El arco tendinoso del músculo elevador del ano, un engrosamiento ancho, cóncavo y curvo de la fascia obturatriz, y las zonas laterales a la sínfisis púbica son donde se une el haz iliococcígeo. A continuación, se inserta posteriormente en el ligamento anococcígeo, que se encuentra lateral a las dos últimas vértebras coccígeas. Cuando se observan cortes coronales a esta altura, la disposición de las fibras forma un "embudo" en forma de V o "alas de paloma" en una orientación inferior y medial hacia el canal anal.

Este músculo está inervado por el nervio muscular elevador del ano, que se origina en el plexo sacro y se ramifica en los nervios pudendo, perineal y rectal inferior. ⁽³⁸⁾

La irrigación de los genitales externos y del periné

La irriga la arteria pudenda interna. Atraviesa el orificio ciático mayor de la pelvis y penetra en un canal fibroso creado por las fascias que recubren el músculo obturador interno, junto con sus venas y el nervio pudendo.

Las arterias hemorroidales inferiores irrigan el ano, el canal anal y la región perineal tras atravesar la fosa isqurectal. (39, 40)

Delante del borde superior del músculo transverso superficial del perineo, la arteria perineal se separa de la arteria pudenda interna. Esta arteria irriga el músculo perineal transverso, bulbocavernoso e isquiocavernoso. Los labios mayores y menores reciben la irrigación de las arterias labiales posteriores, que son las ramas terminales de la arteria perineal. Estas arterias atraviesan la fascia lata.

La arteria clitoriana: atraviesa el esfínter de la uretra membranosa y el músculo perineal transverso profundo antes de dividirse en cuatro ramas que irrigan el tejido eréctil del compartimento perineal superficial. (39, 40)

2.2.1.2. NERVIOS

El nervio pudendo proporciona la mayor parte de la inervación a los músculos y tejidos del perineo. Las ramas anteriores de los nervios sacros II, III y IV dan origen al nervio pudendo, que se divide en tres ramas. El esfínter anal externo y el nervio perineal, que tiene una rama profunda y otra superficial, están inervados por el nervio pudendo hemorroidal inferior. El músculo elevador del ano, los músculos perineales superficial y profundo, los músculos isquiocavernoso y bulbocavernoso y el esfínter de la uretra membranosa están inervados por la rama profunda. Los nervios labiales posterior, medio y lateral son las divisiones de la rama superficial. El nervio dorsal del clítoris, que inerva el glánde del clítoris, es la tercera rama del nervio pudendo. (39, 40)

2.2.2. LA EPISIOTOMÍA

Una de las intervenciones quirúrgicas más populares en todo el mundo es la episiotomía. Aunque no existían pruebas científicas de sus ventajas, Ould la introdujo en 1742 para disminuir las dificultades del

parto. DeLee y Pomeroy la popularizaron en los años veinte, y en los cuarenta ya era un procedimiento estándar en la obstetricia estadounidense. Su uso se apoyaba en la reducción de la incontinencia fecal y urinaria, la evitación de desgarros perineales graves, la mejora de la función sexual futura y la evitación de problemas fetales como la distocia de hombros y la hipoxia fetal. ⁽⁴¹⁾

Dicho de otro modo, la episiotomía es una intervención que ensancha el introito vaginal y facilita la salida del feto. Esto podría salvaguardar el suelo pélvico, evitar laceraciones perineales graves, disminuir el riesgo de lesiones hipóxico-isquémicas del feto y contribuir a la restauración anatómica y fisiológica del periné. ⁽⁴²⁾

Clasificación de la episiotomía

La literatura médica ha descrito siete formas de episiotomías:

1. Medial: parte de la comisura posterior y se dirige directamente en dirección del tendón central del cuerpo perineal.
2. Mediana modificada: Se añaden dos incisiones transversales opuestas a la anterior, una a la izquierda y otra a la derecha. De esta forma se protege el esfínter anal. No deben estar separadas más de dos o tres centímetros. ⁽⁴⁾
3. Episiotomía en J: para evitar acercarse demasiado al esfínter anal, este procedimiento comienza con una incisión mediana y avanza lateralmente hacia la tuberosidad isquiática. Las tijeras curvas son las mejores para este abordaje.
4. El estilo más popular de episiotomía en Europa se denomina medio-lateral, y consiste en crear una incisión recta desde la comisura posterior hasta la tuberosidad isquiática.
5. Lateral: se comunicó por primera vez en 1850 y se extiende en línea recta desde el introito vaginal hasta la tuberosidad isquiática.
6. Radial lateral: considerada como una incisión no obstétrica, esta técnica se ha empleado en ocasiones en partos extremadamente difíciles.
7. Anterior: las mujeres que han sufrido mutilaciones genitales han estado relacionadas con esta episiotomía. Actualmente es bastante difícil localizar material que utilice este método. ⁽⁴⁾

De todas ellas, sólo se utilizan las incisiones medianas y medio-lateral. Esto se debe a que el proceso es sencillo y tiene mínimas complicaciones en cuanto a incisiones prolongadas. La piel, el tejido celular subcutáneo, los bulbos pilosos y los músculos perineales transversales se dañan durante estas incisiones. Además, se puede lesionar el nervio pudendo, lo que podría ser la razón por la que las mujeres que se someten a episiotomías presentan dispareunia grave. ⁽⁴⁾

El objetivo de realizar una episiotomía

1. Disminuir la mortalidad fetal y acortar la segunda fase del parto.
2. Para prevenir posibles desgarros en el periné.
3. Evitar la incontinencia y el prolapso genital. ⁽⁴⁾

Se dividen en tres categorías principales:

- Como complemento de la cirugía obstétrica: parto instrumentado con espátulas de Thierry o fórceps en casos de distocia de hombros, por ejemplo.
- Factores fetales: Evitar la hipoxia puede ayudar al feto a expulsarse más rápidamente.
- Factores relacionados con la madre: desgarro vulvovaginoperineal inminente, hipertensión endocraneal en la madre, hipertensión ocular, cardiopatía, etc. ⁽⁴⁾

Entre los beneficios se encuentran:

- Reduce los daños en el suelo pélvico
- Aumenta la cantidad de luz en el canal del parto
- Reduce la duración de la segunda fase del parto y previene el sufrimiento fetal

Entre las complicaciones están:

- Posibilidad de provocar un hematoma perineal
- Desgarro grave (III-IV) del perineo
- Reparación inadecuada
- Molestias perineales durante el parto
- Posible infección
- Recuperación inadecuada y lenta. ⁽⁴⁾

Proceso

Se seguirán las pautas estándar de asepsia quirúrgica por tratarse de un procedimiento quirúrgico: Después de lavarse las manos quirúrgicamente, póngase una mascarilla, un gorro y guantes estériles. A continuación, lávate la vulva con un jabón antiséptico que no incluya yodo, aclárala y sécala.

Los instrumentos necesarios para realizar y suturar la episiotomía se colocan en una mesa cubierta con un paño estéril. Normalmente, incluye tres pinzas de Kocher para el pinzamiento del cordón y el posible pH, pinzas de disección, portaagujas, gasas y compresas estériles, dos tijeras rectas o curvas (una recta para el segmento del cordón y otra para la episiotomía, que se considera contaminada tras su uso). En cualquier situación, se aconseja realizar la episiotomía bajo anestesia. (43, 44)

Debido a sus cualidades comparables, la lidocaína y la mepivacaína son los anestésicos locales más utilizados; no se aconsejan dosis superiores al 2%. Tardan de uno a tres minutos en empezar a actuar y duran de treinta a sesenta minutos. Introduciendo los dedos índice y corazón entre la cabeza del feto y la vulva, desde la bifurcación perineal hacia la zona donde se realizará la episiotomía, se infundirá el anestésico local (AL). La infiltración se realizará en retirada (aspiración-infiltración-retirada parcial) hasta la retirada completa de la aguja, después de que la aspiración confirme que no se ha alcanzado ningún vaso sanguíneo. (43, 44)

Cuando el periné alcanza su máxima capacidad de distensión (periné blanco-sangriento sin irrigación), la cabeza está coronando (cuarto plano de Hodge), el periné abombado y visible a través de un anillo vulvar de 3-4 cm de diámetro, y la madre se contrae y puja, es cuando se debe realizar la episiotomía. En las presentaciones de nalgas, la episiotomía debe realizarse durante el periodo intercontráctil (evitando la estimulación del feto). Con los dedos índice y corazón izquierdo (si eres diestra), levanta el periné del feto para no dañarlo y haz una incisión de tijera entre los dos dedos cuando la nalga anterior esté por debajo de la sínfisis y la región perineal del feto sea visible. (43, 44)

Una episiotomía precoz provocará una hemorragia grave, ya que el perineo todavía es grueso, lo que dificulta la detención de los vasos

sangrantes. Además, la hemorragia persistirá hasta que se desprenda la cabeza. Aunque la piel no esté rota, si se realiza demasiado tarde, la capa musculoaponeurótica podría haber cedido, haciéndola ineficaz. (43, 44)

2.2.3. EPISIORRAFIA

El procedimiento denominado episiorrafia, derivado de las palabras griegas episeion, que significa pubis, y raphé, que significa sutura, consiste en suturar la incisión quirúrgica denominada episiotomía, que se realiza durante el parto. (44) Para la episiorrafia,

1. En la primera fase de la episiorrafia, el plano de la mucosa se sutura de forma festoneada. Se termina el plano mucoso, se pasa el hilo al plano muscular profundo y se realiza la anulación; así se coloca la sutura muscular inicial, a la que seguirán otras suturas.
2. Plano aponeurótico, por segunda vez, trabajando de atrás hacia delante.
3. Tercer intento: Sutura intradérmica; el último punto se retira a distancia y sin anudar.

Con frecuencia asistimos a pseudosuturas de la mucosa y de la piel con puntos realizados con material de sutura inadecuado porque no damos a esta intervención obstétrica la importancia que merece. Esto, a su vez, conduce lógicamente a una mala cicatrización posterior en la pubertad, que rara vez es anatómica y se cura, afortunadamente, por segunda atención. (45)

Técnicas de sutura

1. Sutura interrumpida

El tipo de sutura más frecuente es el parche perineal, que se aplica en tres capas sucesivas.

- a) Para crear la hemostasia en los posibles puntos de hemorragia no visibles, se determina primero el ángulo de la incisión vaginal o el vértice, proporcionando un punto de 5-10 mm) por encima de él. A continuación, se sutura la mucosa vaginal de forma reticulada continua (bloqueante y más hemostática), terminando a nivel de la horquilla vulvar, donde se anuda.

b) A continuación, se alcanza el plano muscular mediante varias suturas entrecruzadas, según que la lesión afecte sólo a los músculos profundos o superficiales (dos planos) o a ambos. ⁽⁴⁴⁾

c) Se aplica una sutura transcutánea interrumpida en la piel del periné.

2. Sutura continua

Con un nudo, se coloca el primer punto por encima del vértice de la incisión vaginal.

a) Para cerrar la vagina se utiliza una sutura continua, no cruzada y suelta (sin tensión). Los puntos deben colocarse a 0,5 cm del borde de la herida, ya que una colocación más alta podría estrechar la vagina. Es fundamental profundizar lateralmente y visualizar la aguja en la parte inferior de la vagina en lugar de dorsalmente (en profundidad) para evitar perforar el tejido rectal. La restauración se lleva a cabo hasta el himen. ⁽⁴⁴⁾

b) A continuación, la aguja se coloca a través del epitelio izquierdo y fuera del centro del perineo transversal superficial y de los músculos bulbo-cavernosos del perineo. Para cubrir una gran cantidad de tejido, asegurarse de que los puntos alcanzan la profundidad del tejido y evitar espacios muertos, se recomienda que la aguja salga por el centro tras penetrar por un lado y luego se introduzca por el otro (en dos fases). Los puntos se introducen a 0,5 cm de la piel perineal. La musculatura perineal se cierra en uno o dos planos mediante suturas continuas no bloqueantes.

c) Se llega a la piel atravesando el tejido subcutáneo, "trazando hacia atrás" con un espacio entre puntos de 5-10 mm desde el ángulo de la piel perineal hacia la horquilla himeneal, para evitar la cantidad de terminaciones nerviosas cutáneas. ⁽⁴⁴⁾

d) Una vez que la piel se ha cerrado completamente, la reparación se completa pasando la aguja por debajo del tejido vaginal y anudando un nudo terminal, a veces conocido como escuadra de cirujano, delante de las carúnculas himeneales. Este plano libera la tensión en el plano cutáneo y cierra el espacio muerto subcutáneo. En algunas variantes, el último hilo no se anuda, sino que se corta a ras de la piel o queda suelto en el perineo. ⁽⁴⁴⁾

El síntoma más frecuente es el dolor; aproximadamente el 100% de las mujeres dicen experimentarlo en las primeras 48 horas después del parto, el 32% una semana después y el 23% diez días después. En el 7% de los partos eutiroideos, el dolor persiste hasta ocho semanas después del parto. ⁽⁴⁴⁾

Tanto los analgésicos orales como el uso de frío local ayudan a disminuir la inflamación y aliviar el dolor. Un hematoma vulvar, paravaginal, isquiorrectal o de los músculos del suelo pélvico (elevador del ano y transverso superficial del periné), así como una celulitis perineal, deben evaluarse si las molestias son graves y continuas. ⁽⁴⁴⁾

En general, no se recomienda la episiotomía, ya que la madre puede:

- Experimentar un corte incontrolablemente grande en el periné y tal vez en el esfínter anal externo. Puede desarrollarse una fístula anovaginal, o contacto directo entre el ano y el canal vaginal, si la laceración es muy grave.
- La incontinencia fecal también puede ser consecuencia de una lesión del esfínter anal externo. ⁽⁴⁶⁾

Por el contrario, el daño perineal está frecuentemente relacionado con el parto vaginal. Puede producirse por sí sola o como consecuencia de una episiotomía prolongada. Cuatro subcategorías componen la categorización actual del traumatismo perineal, que fue aprobada por la Consulta Internacional sobre Incontinencia y el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG). ⁽⁴⁷⁾

1. Primer grado: lesión de la mucosa de la vagina o de la piel perineal.
2. Segundo grado: lesión del perineo que afecta al esfínter anal pero no a los músculos perineales.
3. Grado 3: Lesión perineal relacionada con el complejo del esfínter anal:
 - 3a: El esfínter anal externo (EAS) está desgarrado en menos del 50% de su espesor.
 - 3b: Desgarro de más de la mitad del espesor del EAS.
 - 3c: Esfínter anal interno (EAI) y antro externo (EAS) desgarrados.

4. Grado 4: Lesión perineal que afecta a la mucosa anorrectal y al complejo del esfínter anal (EAS y IAS).

Los desgarros perineales de tercer y cuarto grado se consideran lesiones del esfínter anal obstétrico (EAO). Se consideran el tipo más grave de lesiones perineales y están relacionadas con problemas a largo plazo, como incontinencia anal y molestias en los perineos y los anales.⁽⁴⁷⁾

Factores de desgarros perineales de riesgo

El aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado durante el parto está relacionado con los siguientes factores:

- El mayor peso del bebé al nacer (4 kg o más).
- El parto inicial.
- En partos anteriores, desgarros de tercer y cuarto grado.
- La edad de gestación (más de 40 semanas).
- La posición del bebé al nacer (de nalgas, con los pies por delante, etc.).
- Parto instrumental: aspirador, espátula o fórceps.
- Episiotomía estándar.⁽⁴⁸⁾

Complicaciones y secuelas

Si los desgarros perineales de tercer o cuarto grado no se tratan con cuidados terapéuticos y conocimientos y habilidades quirúrgicas adecuados, la mujer puede experimentar problemas físicos, psicológicos y emocionales a largo plazo.⁽⁴⁸⁾

a) A corto plazo:

- Puede haber hemorragias.
- Infecciones.
- Cicatrices desagradables o dolorosas.
- Edema, o acumulación de líquido.
- Hematoma: acumulación de sangre.

b) A largo y medio plazo

- Incontinencia de orina.
- Incontinencia de gases.
- Incapacidad para orinar.

- Dolor perineal que nunca desaparece (en la cicatriz, en la región circundante).
- Dispareunia, o dolor experimentado durante la actividad sexual.
- Prolapso uterino (debilidad del suelo pélvico).⁽⁴⁸⁾

Prevención y tratamiento

Como medidas profilácticas para ayudar a salvaguardar el perineo y reducir la probabilidad de desgarros y traumatismos perineales de tercer y cuarto grado, se pueden aconsejar las siguientes:

- Masaje perineal para mujeres embarazadas en las últimas semanas del embarazo.
- Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico durante el embarazo.
- El uso de compresas tibias o calientes en la segunda fase del parto.
- El desarrollo gradual de la cabeza y los hombros del bebé.
- La episiotomía se realiza correctamente.

Es fundamental llevar a cabo una investigación exhaustiva (exploración física, investigaciones analíticas, radiográficas y urodinámicas, etc.) que permita realizar un diagnóstico exacto y preciso para garantizar que se pueda aplicar el tratamiento más adecuado y satisfactorio.⁽⁴⁸⁾

2.2.4. FACTORES CONDICIONANTES

A. OBSTÉTRICO

a) Inicio de trabajo de parto

El objetivo de la inducción del parto es simular el proceso natural del parto, que normalmente se inicia después de la semana 40 de gestación e implica el aumento de la actividad del miometrio, el cambio del cuello uterino y, en última instancia, la rotura de las membranas corioamnióticas, que se produce antes de la expulsión del feto. Aunque se sabe poco sobre los procesos que rigen esta serie de acontecimientos naturales, la inducción del parto se refiere a la estimulación secuencial o simultánea de dos etapas:

1. Dilatación y borramiento del cuello uterino.
2. Contracciones en el útero.⁽⁴⁹⁾

Sin embargo, como demostraron García et al. ⁽¹⁴⁾ existe una correlación sustancial entre la práctica de la episiotomía y el desarrollo de un desgarro de alto grado. En otras palabras, los factores relacionados con la realización de la episiotomía desencadenan o estimulan el trabajo de parto.

b) Vía de finalización del trabajo de parto

Cuando uno o más fetos abandonan el interior del útero y salen al exterior, este proceso se conoce como parto vaginal. Durante este procedimiento, la placenta y las membranas ováricas se extraen a través de una incisión en la pared abdominal y uterina, y el feto desciende y se encaja en la pelvis de la madre para atravesar el canal del parto y finalmente ser expulsado. Un método alternativo es la cesárea. ⁽⁵⁰⁾

Por ejemplo, los datos de otra investigación revelan que el 47% de los partos fueron por vía vaginal y el 53% por cesárea.

Sin embargo, la cesárea es un procedimiento que se limita en primer lugar a situaciones en las que un parto eutócico podría poner en peligro el producto o la vida de la gestante. ⁽⁵¹⁾ Según Barrera et al. ⁽⁵²⁾, que examinaron 21.810 partos en total, se observa que el 49,8% fueron partos vaginales y el 50,2% fueron partos abdominales.

c) Analgesia

consiste en inyectar un anestésico local por debajo de la columna ciática mediante la técnica de bloqueo del nervio pudendo, que es más segura y eficaz que el bloqueo paracervical. Tanto para las pacientes que necesitan una episiotomía como para la mayoría de los partos vaginales espontáneos, este bloqueo suele ser muy práctico y satisfactorio. El principal efecto secundario es la toxicidad del fármaco, que suele deberse a la proximidad de la zona de administración a las grandes arterias. En consecuencia, es absolutamente necesaria la aspiración antes de la inyección del agente anestésico. ⁽⁵³⁾

Por otra parte, la analgesia influye en el uso de la episiotomía durante el parto. ⁽⁵⁴⁾

d) Uso de oxitocina en el parto

El uso de oxitocina durante el parto se ha investigado como posible factor de complicación a la hora de tomar una decisión sobre la

episiotomía. Según el análisis de Ballesteros ⁽⁵⁴⁾ existe una correlación estadísticamente significativa entre los partos asistidos con oxitocina y la episiotomía.

e) Desgarro perineal

Nelson ⁽⁵⁵⁾ descubrió, al igual que muchos otros estudios, que la consecuencia perineal más frecuente tras una episiotomía regular era el desgarro perineal, que se producía el 69,2% de las veces. En consecuencia, demuestra que el desgarro perineal y el uso de episiotomías regulares están relacionados.

f) Periodo expulsivo

Esta etapa se extiende desde el momento en que la dilatación es completa (10 cm) hasta la expulsión del bebé. Para una mujer primípara, dura dos horas, y para una multípara, una hora. Hay que tener en cuenta que la episiotomía medio-lateral está más recomendada en situaciones de primiparidad y de expulsión prolongada ya que estas condiciones están ligadas a un desgarro difícil. ⁽⁴⁴⁾

La episiotomía se realiza durante la tercera fase del parto para prevenir complicaciones fetales y maternas, según un estudio realizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Sin embargo, la OMS afirma que la episiotomía no se realiza de forma rutinaria, especialmente en los partos espontáneos. ⁽²⁴⁾

g) Posición del parto

Se ha demostrado que la postura de litotomía lateral o erguida reduce las tasas de episiotomía, mientras que la posición de litotomía típica las aumenta. Otro efecto de la medicalización del parto es la posición supina, en la que se prioriza la comodidad de la matrona sobre la de la parturienta. La vagina se estrecha de forma antinatural durante la litotomía, favoreciendo los desgarros. La OMS aconseja evitar esta postura durante el parto. ⁽⁵⁶⁾

B. MATERNO

a) Edad materna

Numerosos estudios han demostrado que la edad de la madre influye mucho en la realización o no de una episiotomía durante un parto vaginal espontáneo. Esta fue la situación de una investigación realizada

en el Hospital de Apoyo de Huanta, donde las participantes tenían edades comprendidas entre los 20 y 35 años. ⁽⁵⁷⁾

Según otra investigación, el 35,1% de las pacientes a las que se les practicó episiotomía eran menores de 24 años. ⁽⁵⁸⁾

Sin embargo, algunos estudios han demostrado que la edad de la madre no está relacionada con la episiotomía; uno de ellos, realizado por Zamora, ⁽⁵⁹⁾ no mostró una correlación estadísticamente significativa entre ambos factores.

b) Talla materna

Dada la fuerte correlación entre la estatura y el índice pélvico, la estatura materna es reconocida como un predictor antropométrico del riesgo de problemas obstétricos, incluyendo la desproporción cefalopélvica (DCP), el parto disfuncional y el parto quirúrgico. ⁽⁶⁰⁾

Por ejemplo, los resultados de un estudio realizado en 206 pacientes sometidas a episiotomía en el centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador, mostraron que, de esas pacientes, el 4,9% tenía una estatura inferior o igual a 145 centímetros y el 95,1% era superior a 146 centímetros. ⁽⁶¹⁾

Por otro lado, una investigación diferente descubrió que la incidencia de cesáreas fue del 8,5% en las mujeres que eran más altas y del 29,8% en las que eran más bajas después del parto. Esto indicaba una correlación estadísticamente significativa entre la baja estatura y el parto por cesárea. A este respecto, las mujeres que medían menos de 146 cm tenían 3,5 veces más probabilidades de someterse a una cesárea que las que eran más altas. ⁽⁶⁰⁾

c) Paridad

Se considera que una mujer es primípara si ha tenido un parto y múltipara si ha tenido dos o más, en función del número total de partos. ⁽⁵⁴⁾ Además, describe la cantidad de embarazos que tienen como resultado un parto después de más de 20 semanas y un recién nacido con un peso superior a 500 gramos, vivo o muerto.

Según Armas y Veliz, ⁽⁶²⁾ la proporción de pacientes con episiotomías que son primíparas es de 31,36%, mientras que la tasa entre las múltiparas es de 18,64%.

d) Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)

Componente esencial de un tratamiento global, la psicoprofilaxis obstétrica (PPO) influye indudablemente en la salud de las madres y de los recién nacidos. ⁽⁶³⁾

En la investigación de Llave, ⁽⁶⁴⁾ 33,8% de las participantes asistieron a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis, mientras que 66,2% asistieron a seis sesiones. No obstante, el parto vaginal fue alcanzado por 72% de las personas que tuvieron seis sesiones de psicoprofilaxis y 78,5% de las que realizaron menos de tres sesiones. De ellas, menos de tres sesiones (59,2%) y seis sesiones de psicoprofilaxis (58,8%) tuvieron más de un individuo con episiotomía.

C. FETAL

a) Peso

Peso medido inmediatamente después del parto. El principal determinante del éxito de una episiotomía es el peso del recién nacido. ⁽⁴⁴⁾ Los resultados de este estudio indican una disminución de la proporción de episiotomías en los fetos cuyo peso es inferior a 2.500 gramos (43%) en comparación con el peso normal (53,4%) y el peso superior a 4.000 gramos (57,2%), tal como informó Ballesteros ⁽⁶⁵⁾ en relación con el peso fetal.

b) Perímetro cefálico

Es una medida del cráneo que utiliza como puntos de referencia las dos protuberancias anteriores del frontal y la protuberancia externa del occipital. Su valor medio se sitúa en el intervalo de 33 y 35 cm. ⁽⁴⁴⁾

Sin embargo, un perímetro cefálico elevado se relacionó con un mayor riesgo de sufrir un desgarro perineal grave, según Lama, ⁽⁶⁶⁾ en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Esto sugiere que existe una relación significativa entre ambas variables, que puede influir en la forma en que un profesional médico realiza una episiotomía.

c) Perímetro torácico

Un indicador de la salud y el bienestar de una población es el perímetro torácico. Estas medidas antropométricas están influidas por factores ambientales, dietéticos y socioeconómicos. ⁽⁶⁷⁾ En otras palabras, el perímetro torácico proporciona información sobre la anchura

del crecimiento del tronco y el estado nutricional de la persona. El perímetro torácico y el peso suelen tener una relación directamente proporcional. La circunferencia del abdomen muestra el nivel de obesidad de la persona. ⁽⁶⁸⁾

Al respecto, Arteaga y Ballón, ⁽⁶⁹⁾ realizaron una investigación en Arequipa 2029, donde los factores maternos descubiertos en las 103 historias clínicas de pacientes multíparas con desgarro perimetral revelaron que, al momento del examen, el 88,3% de las pacientes presentaba un desgarro grado I con un perímetro torácico de 33,9 cm y una talla de 50 cm.

No obstante, la monitorización del crecimiento en neonatos basada en la evaluación antropométrica es crucial para identificar los riesgos de morbilidad y mortalidad, así como el deterioro del estado nutricional. Esta información permite tomar decisiones rápidas y eficaces. Para garantizar el control de calidad en la evaluación antropométrica, hay que estar familiarizado con los procedimientos de medición adecuados, estar estandarizado y comparar los resultados con los valores de referencia de un grupo comparable.

El peso corporal (masa corporal total), la longitud (tamaño corporal y óseo), las medidas de circunferencia (brazo, pecho, muslo) y los pliegues cutáneos (grasa subcutánea) son las medidas antropométricas más utilizadas en los neonatos hospitalizados. Además, pueden crearse indicadores de diagnóstico y pronóstico nutricional combinando unas pocas medidas. Como parte de una evaluación nutricional exhaustiva, la antropometría debe ser un procedimiento estándar en los centros de atención neonatal. ⁽⁷⁰⁾

d) Edad por examen físico (Test de CAPURRO)

Se basa en el examen de factores específicos para determinar la edad gestacional. La técnica original (de Dubowitz) enumera ciertas características físicas y neuromusculares como los factores que deben examinarse. Posteriormente, Ballard las destiló en seis características neurológicas y seis somáticas. Por último, Capurro los redujo a cuatro parámetros básicos y dos neurológicos (Capurro A) o a cinco parámetros básicos (Capurro B). No obstante, desde entonces se han desarrollado

técnicas adicionales, como la prueba New Score de Ballard, que mejoró los parámetros y permitió determinar con precisión la edad gestacional en recién nacidos extremadamente prematuros. ⁽⁷¹⁾

Tipos de prueba de Capurro

La prueba de Capurro se presenta en dos variedades. Los exámenes que administran Capurro A y B.

1. El examen Capurro A

Se utiliza en recién nacidos lo suficientemente sanos para ser evaluados y que no muestran signos de daño neuromuscular por infecciones, traumatismos o anestesia. Con un margen de error de hasta ocho días, se basa en cinco medidas clínicas y dos parámetros neurológicos. ⁽⁷¹⁾

2. La prueba de Capurro B

Se utiliza en recién nacidos cuyas afecciones les impiden ser inspeccionados. Por ejemplo, los neonatos con trastornos neuromusculares, los que se encuentran en estado grave, los que tienen vías centrales y los que requieren intubación. El lactante debe pesar más de 1.500 gramos para que la prueba sea válida. Este método es más adecuado para emplearlo si el lactante presenta depresión neurológica, ya que agiliza el examen neurológico y se limita a evaluar los parámetros fisiológicos; el margen de error que presenta varía de 9 a 18 días. ⁽⁷¹⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Factores de condición: En el contexto de la obstetricia, los factores se refieren a las condiciones o variables que pueden influir en el resultado del parto; estos factores pueden afectar a la probabilidad de complicaciones durante el parto y al bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Los factores son aquellos elementos que tienen la capacidad de condicionar una situación, convirtiéndose en la causa de la evolución o transformación de los hechos. ⁽⁴⁴⁾

Parto eutócico: La condición fisiológica conocida como parto eutócico ocurre cuando el embarazo termina a término, naturalmente y sin problemas, resultando en el nacimiento del niño y en la expulsión de la placenta y de las membranas ováricas. ⁽⁷²⁾

Periné (suelo pélvico): El grupo de músculos y tejidos conjuntivos que cubren la parte inferior de la pelvis se conoce como periné o suelo pélvico. Sirven para sellar la porción inferior de la cavidad abdominal y son los principales responsables de mantener los órganos pélvicos -el útero, la vagina y el recto- en sus posiciones correctas, lo cual es esencial para su funcionamiento óptimo. (73, 74)

Perineotomía (episiotomía): Es un método quirúrgico sencillo y relajante que consiste en cortar el anillo vulvoperineal para ampliar el canal blando del parto y facilitar la expulsión del feto. (22, 75)

Periodo intergenésico: El tiempo transcurrido entre la fecha del último acontecimiento obstétrico y el inicio del embarazo siguiente se conoce como periodo intergestacional, y es crucial para planificar los embarazos que siguen a partos, cesáreas y abortos. (76)

Distocia: Se refiere a las dificultades para la salida del feto a través del aparato genital de la mujer; se define como todo aquello que impide la salida del feto. (77)

Factores maternos: Son aquellos elementos relacionados con las características fisiológicas y clínicas de la mujer gestante que pueden influir en la decisión de practicar una episiotomía. Estos factores abarcan la edad gestacional, la paridad u patologías maternas que puedan afectar el curso del parto. (78, 79)

Factores fetales: Se refieren a las condiciones del feto que pueden condicionar la realización de una episiotomía, como el peso fetal, la posición y presentación fetal en el canal del parto, y la posible existencia de anomalías que comprometan el proceso de expulsión. (80)

Factores demográficos: Son los elementos relacionados con las características socioeconómicas, culturales y geográficas de la población. Estos incluyen la edad materna, nivel educativo, acceso a servicios de salud, y las creencias o prácticas obstétricas prevalentes en determinada región o comunidad. (81, 82)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

- Hi: Existen factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024
- Ho: No existen factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

- Hi₁: Los factores obstétricos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024
- Ho₁: Los factores obstétricos no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024
- Hi₂: Los factores maternos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024
- Ho₂: Los factores maternos no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024
- Hi₃: Los factores fetales condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024
- Ho₃: Los factores fetales no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Práctica de la episiotomía

2.5.2. VARIABLE ASOCIATIVA

Factores condicionantes, conformado por:

- Factores obstétricos (inicio de trabajo de parto, vía de finalización del trabajo de parto, analgesia, uso de oxitocina en el posparto, desgarro perineal, periodo expulsivo, posición del parto)
- Factores maternos (edad materna, talla materna, paridad, psicoprofilaxis obstétrica (PPO))
- Factor fetal (peso del recién nacido, perímetro cefálico, perímetro torácico, edad por examen físico (Test de CAPURRO))

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Características demográficas (grado de instrucción, procedencia, estado civil, ocupación)

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENCIÓN	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable asociativa: Factores de asociación	Son características o circunstancias que están vinculadas con la ocurrencia de un evento específico.	Son las características consignadas en las historias clínicas que pudieron estar vinculadas o influir en la práctica de la episiotomía. Estos factores fueron identificados a través de la revisión documental de los registros clínicos.	Obstétrica	Inicio de trabajo de parto	a) Espontáneo b) Inducido c) Estimulado	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Vía de finalización del trabajo de parto	a) Eutócico b) Distócico	Nominal	
				Analgesia	a) Sin analgesia b) Local c) Epidural d) Raquídea e) General	Nominal	
				Uso de oxitocina en el posparto	a) Si b) No	Nominal	
				Desgarro perineal	a) Sin desgarro b) Desgarro de primer grado c) Desgarro de segundo grado d) Desgarro de tercer grado e) Desgarro de cuarto grado	Nominal	
				Periodo expulsivo	a) Prolongado (> 2 horas múltiples) b) Prolongado (> 1 hora nulíparas) c) Normal	Nominal	
				Posición del parto	a) Litotomía b) Cuclillas c) Sentada d) Cuadrupedia e) De pie	Nominal	

Materna	Edad materna	a) 14 – 21 b) 22 – 30 c) 31 – 37 d) 38 – 44 e) 45 a más	Continua	Ficha de recolección de datos
	Talla materna	a) < 140 cm b) Entre 140 a 157 cm c) > 157 cm	Continua	
	Paridad	a) Primípara b) Secundípara c) Multípara d) Gran multípara	Ordinal	
	Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)	a) < 2 sesiones b) Entre 2 a 6 sesiones c) > 6 sesiones	Discreta	
Fetal	Peso del recién nacido	a) Bajo peso al nacer (<2500 gr) b) Peso inadecuado (2500 – 2999 gr) c) Peso adecuado (3000 – 3999 gr) d) Peso elevado al nacer (≥4000 gr)	Continua	Ficha de recolección de datos
	Perímetro cefálico	a) 37 cm b) Entre 33 a 37 cm c) < de 33 cm	Continua	
	Perímetro torácico	a) 33 cm b) Entre 32 y 33 cm c) < 32 cm	Continua	
	Edad por examen físico (Test de CAPURRO)	a) Prematuro extremo (< 32 ss) b) Prematuro moderado (32 a 34 ss) c) Prematuro leve (35 a 36 ss)	Nominal	

					d) A término (37 a 41 ss) e) Post término (> 41 ss)		
Variable de supervisión: Práctica de episiotomía	Se refiere a la realización de un corte quirúrgico en el periné (la zona entre la vagina y el ano) durante el parto, con el objetivo de ampliar la abertura vaginal y facilitar el nacimiento del bebé.	Se consideró la realización del procedimiento durante el parto, conforme se encontró registrado en las historias clínicas revisadas. La anotación explícita en el expediente médico confirmó la ejecución de la episiotomía.	Procedimiento	Tipo de episiotomía realizada	a) Medial b) Lateral c) Medio – lateral izquierdo d) Medio – lateral derecho	Nominal	Ficha de recolección de datos
Variable de caracterización: Características demográficas	Son datos que describen a una población en términos de variables como edad, género, estado civil, nivel educativo, ocupación, ingresos y etnicidad	Fueron los datos personales básicos en los cuales fueron extraídos directamente de la información consignada en las historias clínicas analizadas.	Demográfica	Grado de instrucción	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior no universitario e) Superior universitario	Ordinal	Ficha de recolección de datos
				Procedencia	a) Urbano b) Rural c) Urbano-marginal	Nominal	
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente	Nominal	
				Ocupación	a) Ama de casa b) Estudiante c) Trabajadora independiente d) Trabajadora dependiente	Nominal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tipo de investigación, esta investigación fue: Observacional, analítica, de carácter retrospectivo, transversal.

La investigación observacional se caracterizó por la no intervención del investigador en el resultado investigado. Este tipo de estudio implicó no sólo la observación, sino también el reporte de las historias clínicas sobre variables recogidos a lo largo de un periodo de tiempo determinado. ^(83, 84, 85)

Fue un estudio analítico, ya que demuestra una relación causal entre dos sucesos naturales determinando una posible asociación entre un factor de riesgo y un resultado concreto. ⁽⁸⁶⁾

Este estudio fue de naturaleza retrospectiva, ya que se centró en el pasado, concretamente en el año 2024. Concretamente se recolectó información de las pacientes con episiotomía que estuvieron expuestas a la causa. ⁽⁸⁷⁾

3.1.1. ENFOQUE

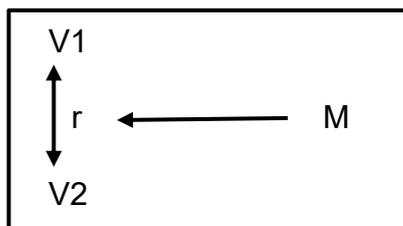
Cuantitativo, ya que se basó en la recopilación y examen de datos numéricos. ⁽⁸⁸⁾

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

De carácter relacional, establece una relación entre las variables que condicionan la práctica de la episiotomía durante el parto eutócico. ⁽⁸⁹⁾

3.1.3. DISEÑO

No experimental (correlacional), como se muestra a continuación:



Donde:

- M: Muestra total del estudio ⁽⁸⁰⁾

- V1: variable 1, es decir los factores condicionantes (obstétrico, materno, fetal) que influyeron en la decisión de realizar una episiotomía.
- V2: Variable 2 - Pacientes que recibieron episiotomía durante el parto.
- r: Relación asociativa entre los factores condicionantes y la práctica de la episiotomía, evaluada mediante pruebas estadísticas.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Dicha población, estuvo conformada, por 101 pacientes de partos eutócicos (sus historias clínicas), atendidos durante los meses de enero a noviembre del año 2024, en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pilco Marca

3.2.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes con episiotomía.
- Pacientes atendidas en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pilco Marca
- Usuarias con historia clínica completa
- Gestantes de parto eutócico.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no fueron atendidas en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pilco Marca
- Puérperas no atendidas durante los meses de enero a noviembre del año 2024
- Pacientes con historia clínica incompleta u borrones

3.2.2. MUESTRA

La selección de la muestra se realizó utilizando un muestreo aleatorio simple, lo que permitió incluir de manera equitativa a todas las puérperas que recibieron atención en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca (enero a noviembre) del año 2024. Este enfoque garantizó que cada gestante tuviera la misma probabilidad de ser seleccionada, asegurando así un procedimiento imparcial y libre de sesgos. Sin embargo, para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó

una fórmula específica adecuada para poblaciones de tamaño reducido o finito.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- n = El tamaño de la muestra que queremos calcular
- N = Tamaño de la población (101)
- Z = Nivel de confianza 95% (Z=1,96)
- e = Es el margen de error máximo que admito (5%)
- p = Ocurrencia positiva (0.5)
- q = Ocurrencia negativa (1 - 0.5 = 0.5)
- e = Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Al reemplazarlo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 101}{(0.05)^2 (101 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 101}{(0.05)^2 (100) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 80.139$$

A partir de los resultados obtenidos, se seleccionó una muestra de 80 puérperas cuyo parto finalizó con la práctica de una episiotomía.

3.2.3. MUESTREO

Muestreo probabilístico, aleatorio simple

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Análisis documental de las historias clínicas

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos, relacionado con las variables de estudio, dividida de la siguiente manera:

1. Características demográficas (04 ítems)
2. Factores condicionantes
 - Factores obstétricos (7 ítems)
 - Factores maternos (4 ítems)
 - Factores fetales (4 ítems)
3. Procedimiento de episiotomía (1 ítems)

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

En primer lugar, se procesaron manualmente los resultados y se crearon una base de datos con códigos numéricos. A continuación, estos datos se trasladaron a un documento Excel, en el que se realizaron las codificaciones pertinentes para cada una de las dimensiones seleccionadas y sus variables. Por último, se utilizó IBM SPSS Versión 27 para Windows para el procesamiento estadístico.

3.4.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Para las partes descriptiva e inferencial del proyecto de investigación, la información se mostró en tablas con frecuencias y porcentajes. Además, se emplearon tabulaciones cruzadas para determinar la correlación entre las variables (práctica de episiotomía en el parto eutócico y factores condicionantes).

3.4.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se aplicaron pruebas de normalidad a las variables cuantitativas con el propósito de determinar la distribución de los datos. Al evidenciarse que los datos no seguían una distribución normal, se optó por emplear pruebas no paramétricas. Para el análisis relacional entre los factores condicionantes y la práctica de la episiotomía se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Asimismo, la asociación entre variables se evaluó mediante pruebas de correlación y asociación, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE PRINCIPAL SUPERVISADA

Tabla 1. Práctica de la episiotomía según tipo de procedimiento realizado en puérperas de partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca -2024

VARIABLE PRINCIPAL	Puérperas (80)	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Tipo de episiotomía		
Medial	0	0.0
Lateral	0	0.0
Medio – lateral izquierdo	6	7.5
Medio – lateral derecho	74	92.5
Total	80	100.0

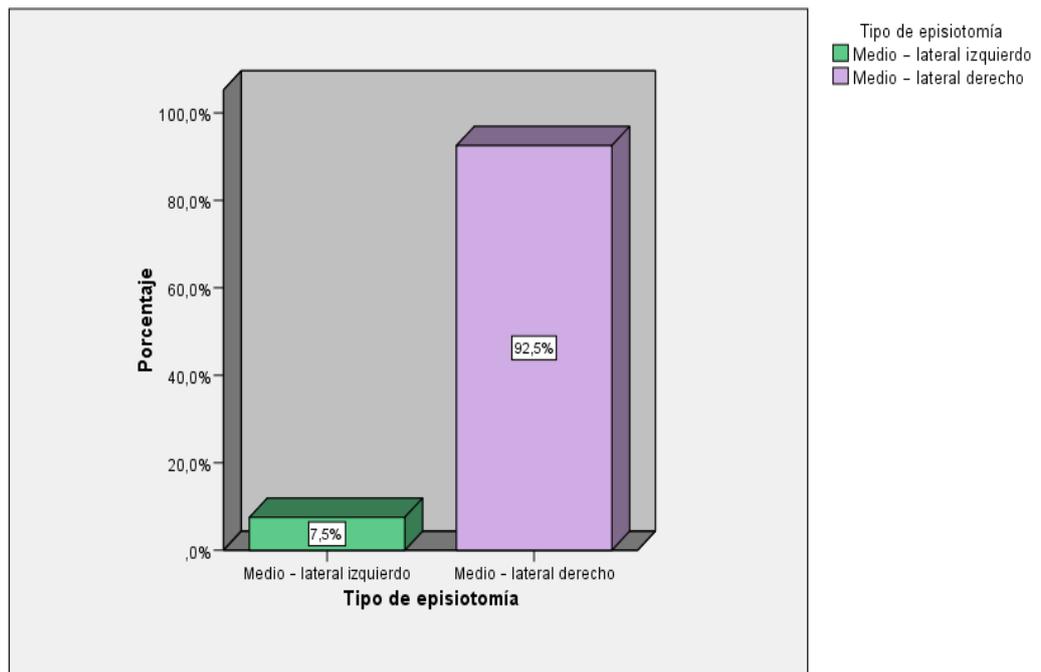


Figura 1. Práctica de la episiotomía según tipo de procedimiento realizado en puérperas de partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca -2024

Interpretación de los datos

De las 80 puérperas, cuyo procedimiento fue la práctica de la episiotomía; dentro de sus tipos, se pudo encontrar que, al 92.5%, es decir 74 de las féminas se les practicó episiotomía medio lateral derecho, mientras que en el 7.5%, referente a 6 de ellas, se les practicó episiotomía media lateral izquierdo.

4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 2. Grado de instrucción de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Púerperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Grado de instrucción				
Analfabeta	0	0.0	2	2.7
Primaria	0	0.0	5	6.8
Secundaria	5	83.3	40	54.1
Superior no universitario	1	16.7	18	24.3
Superior universitario	0	0	9	12.2
Total	6	100.0	74	100.0

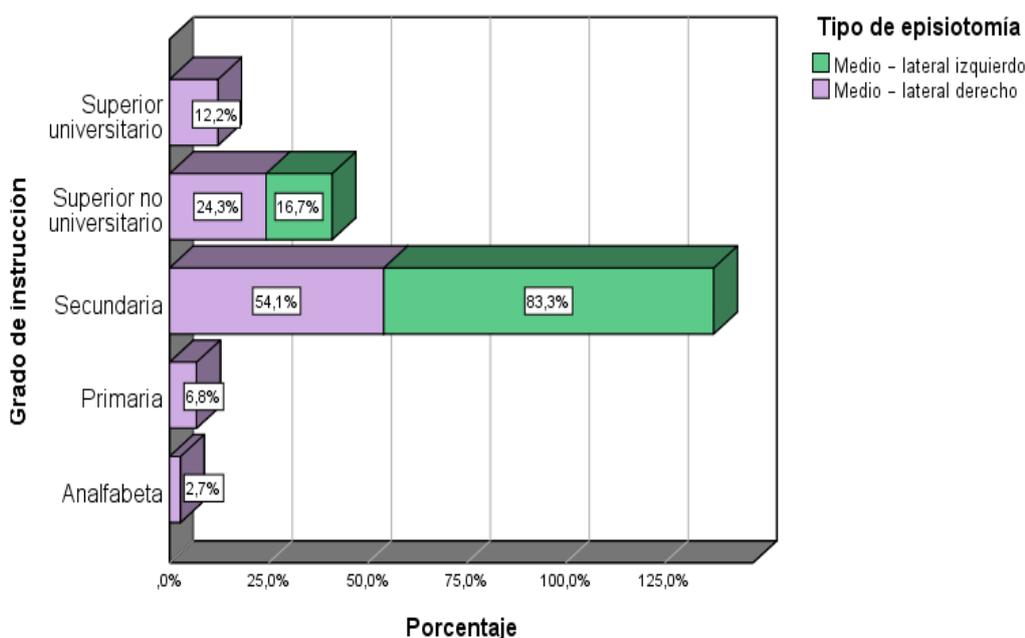


Figura 2. Grado de instrucción de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Considerando el nivel de instrucción de las púerperas en ambos grupos, se observó que, entre aquellas a quienes se les practicó una episiotomía medio lateral izquierda, el 83.3% (5 púerperas) tenía estudios secundarios, mientras que el 16.7% (1 púerpera) contaba con educación superior no universitaria. En contraste, en el grupo de púerperas con episiotomía medio lateral derecha, el 54.1% (40) tenía nivel secundario, el 24.3% (18) había cursado estudios superiores no universitarios, el 12.2% (9) contaba con formación superior universitaria, el 6.8% (5) tenía educación primaria, y el 2.7% (2) eran analfabetas.

Tabla 3. Procedencia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Procedencia				
Urbano	1	16.7	57	77.0
Rural	5	83.3	17	23.0
Total	6	100.0	74	100.0

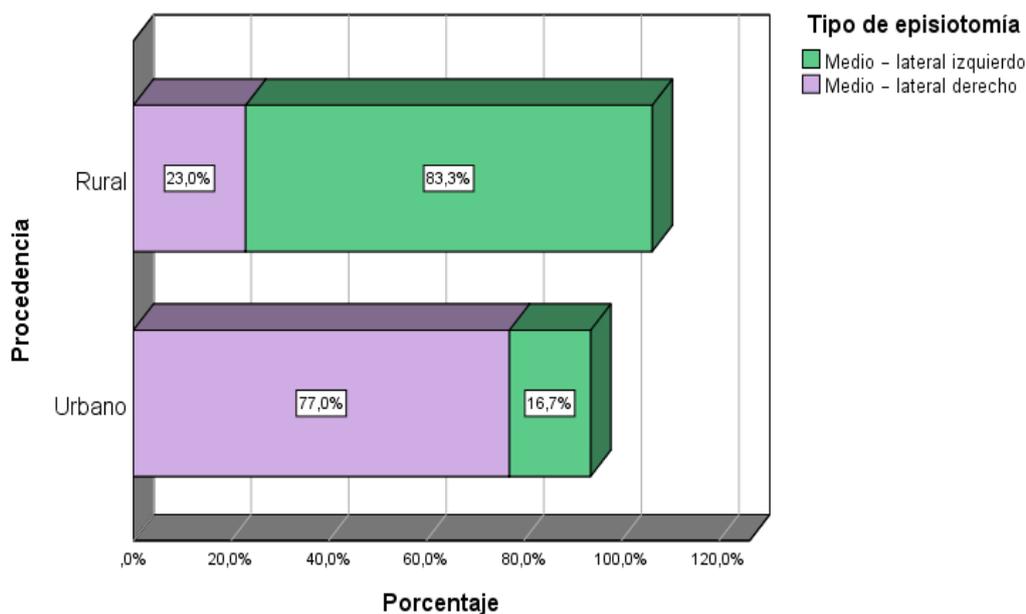


Figura 3. Procedencia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

En cuanto a la procedencia de las puérperas, se encontró que, entre las que fueron sometidas a episiotomía medio lateral izquierda (n = 6), el 83.3% (5 puérperas) procedía de zonas rurales, mientras que el 16.7% (1 puérpera) era de zona urbana. En contraste, en el grupo con episiotomía medio lateral derecha (n = 74), el 77.0% (57 puérperas) provenía de zonas urbanas, y el 23.0% restante (17 puérperas) de zonas rurales.

Tabla 4. Estado civil de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Estado civil				
Soltera	0	0.0	23	31.1
Casada	0	0.0	9	12.2
Conviviente	6	100.0	42	56.8
Total	6	100.0	74	100.0

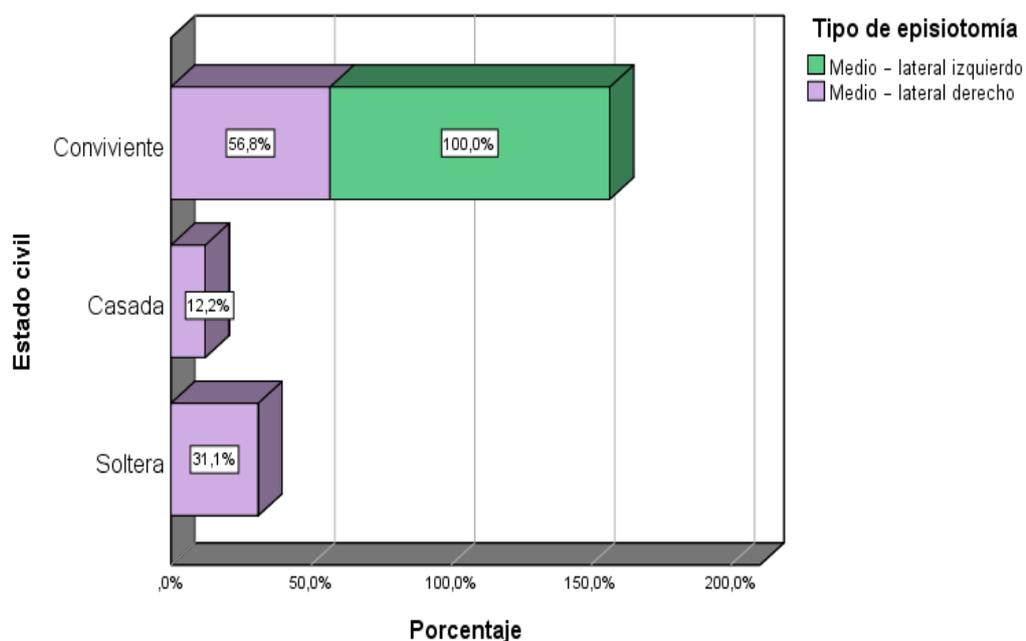


Figura 4. Estado civil de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Respecto al estado civil de las puérperas, se observó que, en el grupo con episiotomía medio lateral izquierda ($n = 6$), el 100% (6 puérperas) se encontraban en situación de convivencia. En cuanto al grupo con episiotomía medio lateral derecha ($n = 74$), el 56.8% (42 puérperas) también refería estar conviviendo, seguido por el 31.1% (23 puérperas) que se identificaban como solteras, y el 12.2% (9 puérperas) que declararon estar casadas.

Tabla 5. Ocupación de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Púerperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Ocupación				
Ama de casa	4	66.7	67	90.5
Estudiante	2	33.3	5	6.8
Trabajadora dependiente	0	0.0	2	2.7
Total	6	100.0	74	100.0

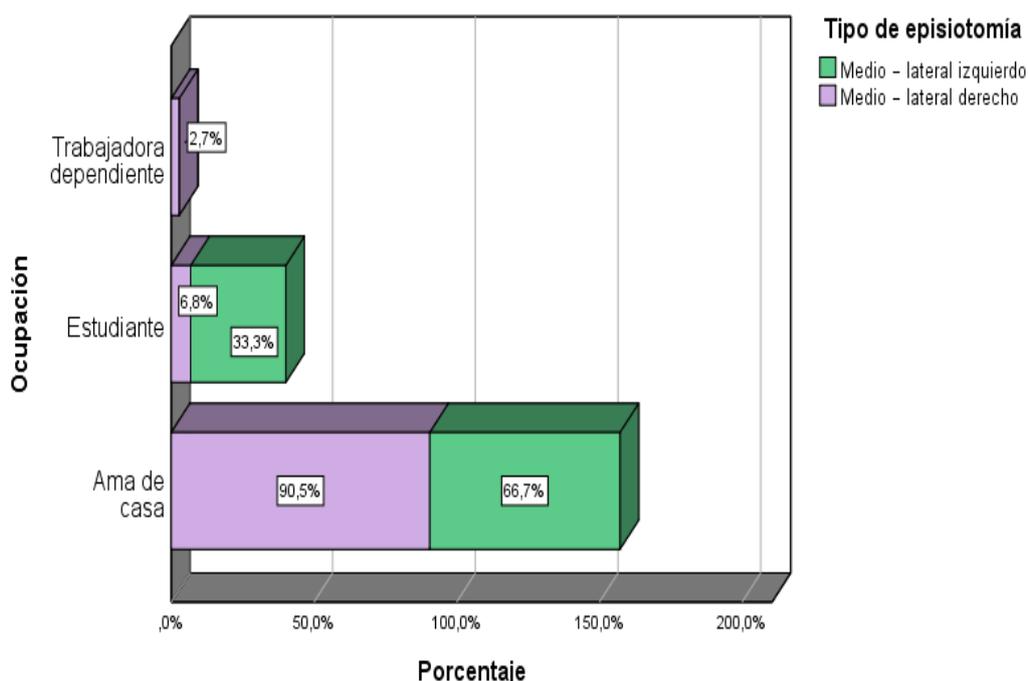


Figura 5. Ocupación de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

En relación con la ocupación de las púerperas, se evidenció que, entre aquellas a quienes se les realizó una episiotomía medio lateral izquierda ($n = 6$), el 66.7% (4 púerperas) manifestaron ser amas de casa, mientras que el 33.3% (2 púerperas) eran estudiantes. Por otro lado, en el grupo de púerperas con episiotomía medio lateral derecha ($n = 74$), el 90.5% (67 púerperas) se dedicaban a las labores del hogar, el 6.8% (5 púerperas) eran estudiantes, y el 2.7% (2 púerperas) trabajaban como empleadas dependientes.

4.1.3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES OBSTÉTRICOS

Tabla 6. Inicio de trabajo de parto de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR OBSTÉTRICO	Púerperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Inicio de trabajo de parto				
Espontáneo	6	100.0	74	100.0
Inducido	0	0.0	0	0.0
Estimulado	0	0.0	0	0.0
Total	6	100.0	74	100.0

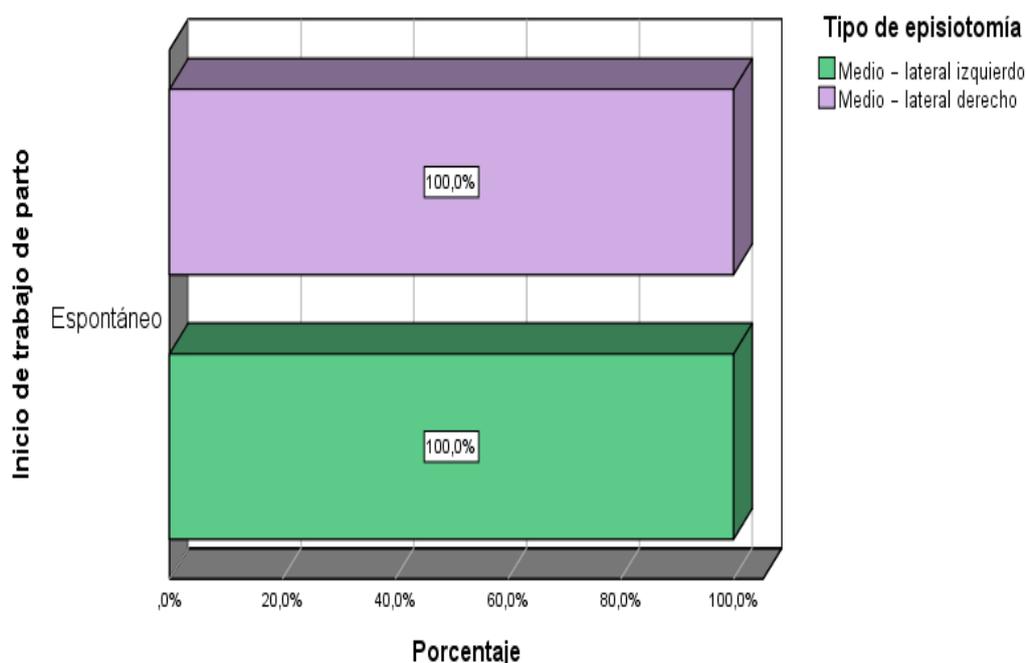


Figura 6. Inicio de trabajo de parto de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Al analizar el inicio del trabajo de parto en ambos grupos de estudio, se evidenció que la totalidad de las pacientes sometidas a episiotomía medio lateral izquierda (100%, equivalente a 6 púerperas) presentaron un inicio de trabajo de parto espontáneo. De manera similar, el 100% de las pacientes con episiotomía medio lateral derecha (74 púerperas) también registraron un inicio espontáneo del trabajo de parto.

Tabla 7. Vía de finalización del trabajo de parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR OBSTÉTRICO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Vía de finalización del trabajo del parto				
Eutócico	6	100.0	74	100.0
Distócico	0	0.0	0	0.0
Total	6	100.0	74	100.0

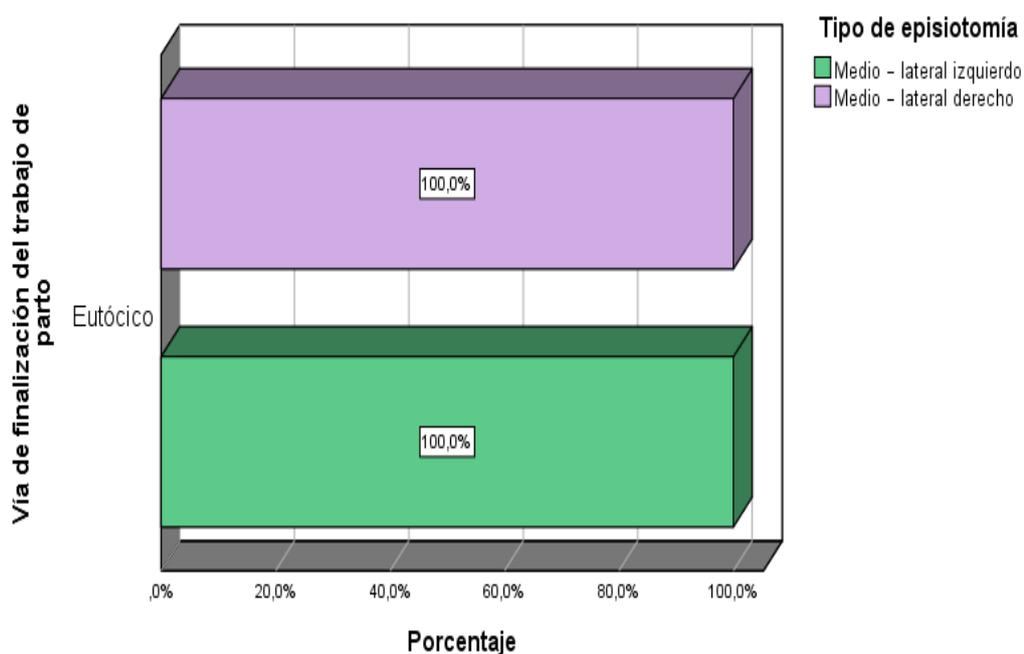


Figura 7. Vía de finalización del trabajo de parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

En relación con la vía de finalización del trabajo de parto en las pacientes postparto, se observó que el 100% de las puérperas, tanto aquellas con episiotomía medio lateral izquierda (n = 6 – 100.0%) como las con episiotomía medio lateral derecha (n = 74 – 100.0%), culminaron su parto de manera eutócica.

Tabla 8. Analgesia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR OBSTÉTRICO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Analgesia				
Sin analgesia	5	83.3	64	86.5
Local	1	16.7	10	13.5
Total	6	100.0	74	100.0

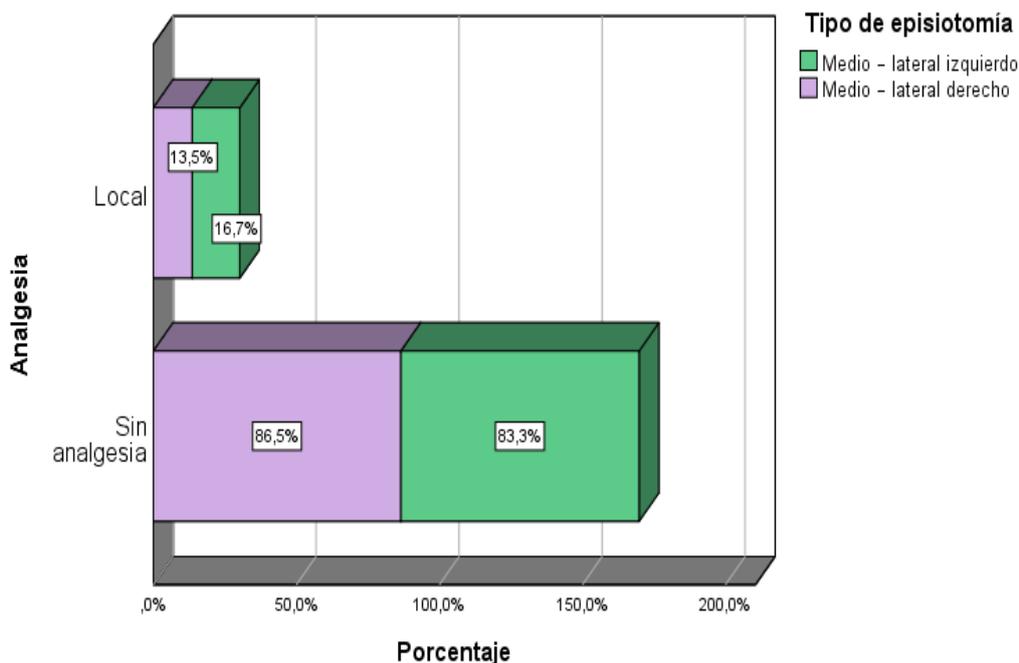


Figura 8. Analgesia de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Respecto al uso de analgesia durante el trabajo de parto, se encontró que en el grupo de puérperas con episiotomía medio lateral izquierda, el 83.3% (5 puérperas) no recibió ningún tipo de analgesia, mientras que el 16.7% (1 puérpera) recibió analgesia local. De manera similar, entre las puérperas con episiotomía medio lateral derecha, el 86.5% (64 puérperas) no utilizó analgesia, en tanto que el 13.5% (10 puérperas) recibió analgesia local.

Tabla 9. Uso de oxitocina en el posparto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR OBSTÉTRICO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Uso de oxitocina posparto				
Si	6	100.0	74	100.0
No	0	0.0	0	0.0
Total	6	100.0	74	100.0

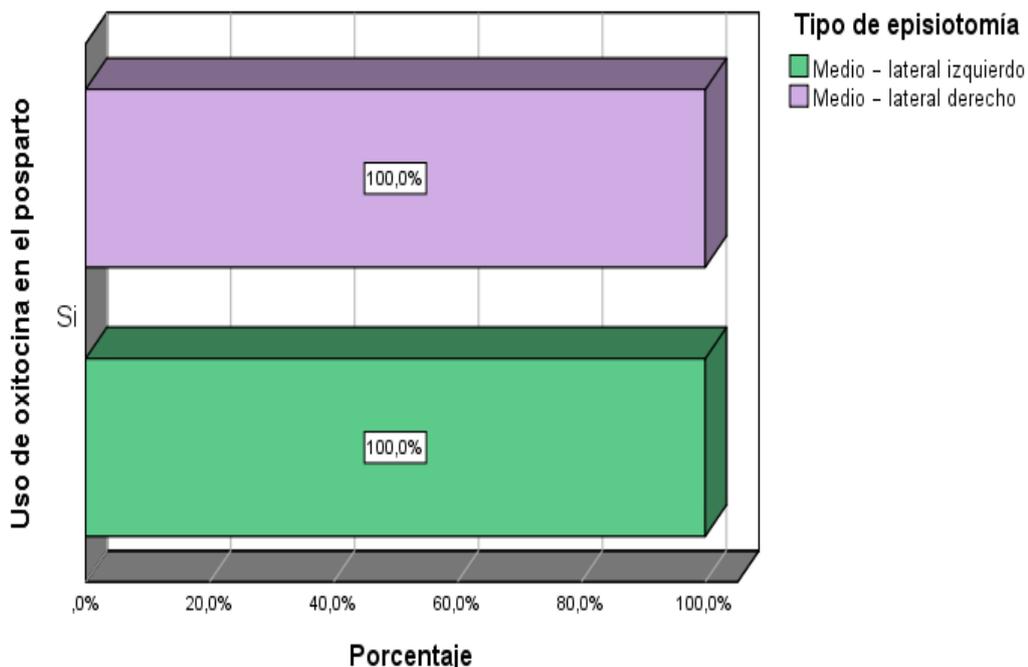


Figura 9. Uso de oxitocina en el posparto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

El 100% de las puérperas, independientemente del tipo de episiotomía practicada (medio lateral izquierda o derecha), recibió oxitocina durante el posparto. Tanto las 6 pacientes del primer grupo como las 74 del segundo grupo fueron sometidas a esta intervención farmacológica como parte del protocolo de manejo obstétrico, sin registrarse casos sin administración de oxitocina.

Tabla 10. Desgarro perineal en puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR OBSTÉTRICO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Desgarro perineal después de la episiotomía				
Sin desgarro	6	100.0	65	87.8
Desgarro de primer grado	0	0.0	5	6.8
Desgarro de segundo grado	0	0.0	4	5.4
Total	6	100.0	74	100.0

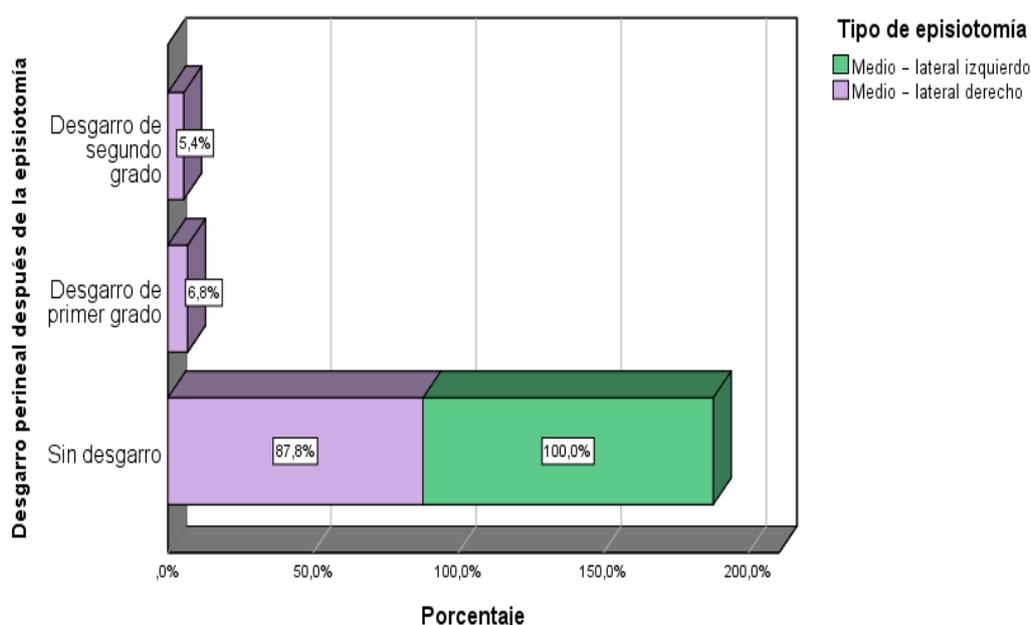


Figura 10. Desgarro perineal en puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

En cuanto al desgarro perineal posterior a la episiotomía, se observó que todas las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda ($n = 6$, 100.0%) no experimentaron desgarros perineales. En contraste, en el grupo de episiotomía medio lateral derecha ($n = 74$), la mayoría de las pacientes (87.8%) no sufrió desgarros. Sin embargo, un pequeño porcentaje experimentó desgarros menores: el 6.8% (5 puérperas) presentó desgarros de primer grado y el 5.4% (4 puérperas) desgarros de segundo grado.

Tabla 11. Periodo expulsivo en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR OBSTÉTRICO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Duración del periodo expulsivo				
Prolongado (> 2 horas multiparas)	0	0.0	4	5.4
Prolongado (> 1 hora nulíparas)	0	0.0	2	2.7
Normal	6	100.0	68	91.9
Total	6	100.0	74	100.0

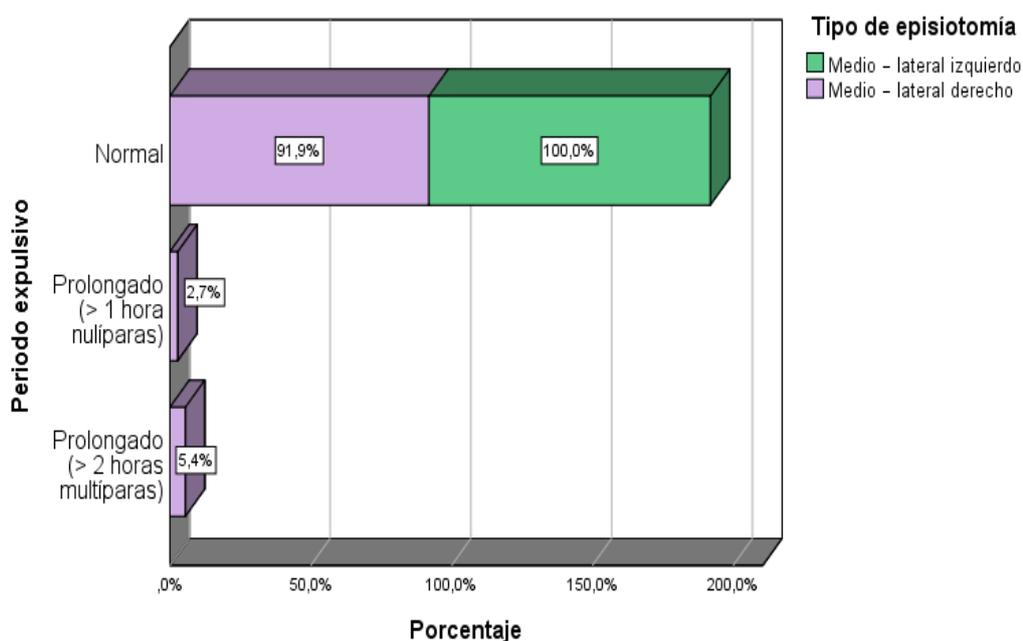


Figura 11. Periodo expulsivo en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Basado en la duración del periodo expulsivo, todas las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda (n = 6, 100.0%) presentaron un tiempo considerado normal, sin casos de prolongación. En el grupo de episiotomía medio lateral derecha (n = 74), la gran mayoría (91.9%) también tuvo un expulsivo de duración normal. No obstante, se registraron algunos casos donde el tiempo se prolongó: en un 5.4% (4 puérperas) el expulsivo superó las dos horas en múltiparas, y en un 2.7% (2 puérperas) excedió una hora en nulíparas.

Tabla 12. Posición del parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR OBSTÉTRICO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Posición del parto				
Litotomía	6	100.0	64	86.5
Cuclillas	0	0.0	8	10.8
Cuadrupea	0	0.0	2	2.7
Total	6	100.0	74	100.0

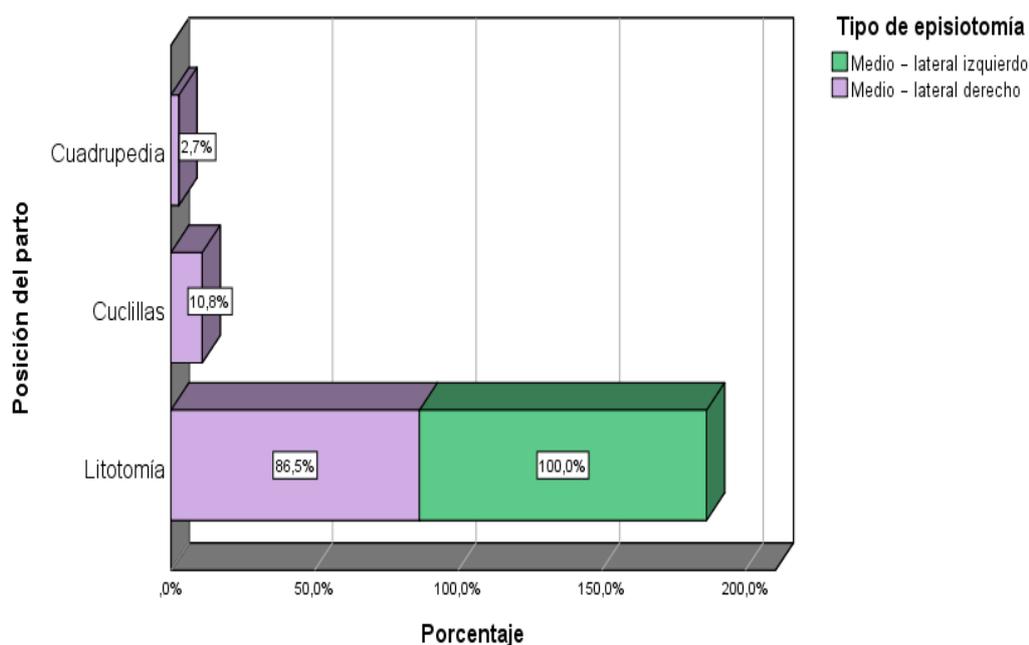


Figura 12. Posición del parto de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

En cuanto a la posición adoptada durante el parto, todas las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda ($n = 6$) dieron a luz en posición de litotomía, conformando el 100.0% de ese grupo. De manera similar, en el grupo de episiotomía medio lateral derecha ($n = 74$), la mayoría de las pacientes (86.5%) también culminaron el parto en litotomía. Sin embargo, se registró cierta diversidad en este grupo, donde el 10.8% (8 puérperas) optó por la posición de cuclillas y un 2.7% (2 puérperas) utilizó la posición en cuadrupea.

4.1.4. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES MATERNOS

Tabla 13. Edad de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR MATERNO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Edad				
14 – 21 años	5	83.3	37	50.0
22 – 30 años	1	16.7	27	36.5
31 – 37 años	0	0.0	8	10.8
38 – 44 años	0	0.0	2	2.7
Total	6	100.0	74	100.0

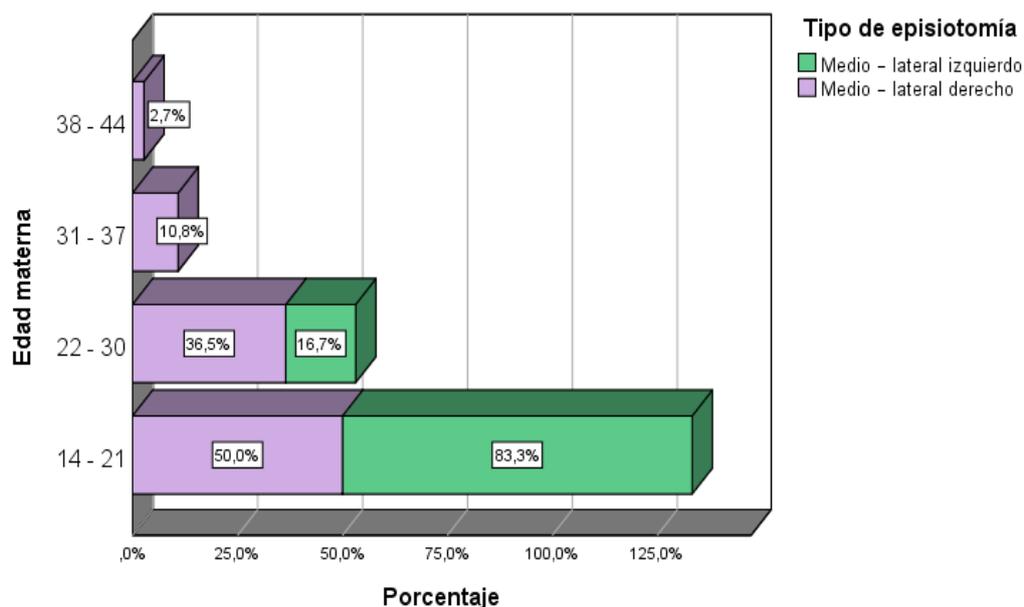


Figura 13. Edad de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Respecto a la edad de las pacientes, se encontró que en el grupo con episiotomía medio lateral izquierda, la mayoría (83.3%; n = 5) tenía entre 14 y 21 años, mientras que el 16.7% (n = 1) se encontraba en el rango de 22 a 30 años. En contraste, entre las pacientes con episiotomía medio lateral derecha, el 50.0% (n = 37) también tenía entre 14 y 21 años, seguido de un 36.5% (n = 27) que estaba entre los 22 y 30 años. Además, un 10.8% (n = 8) se encontraba entre los 31 y 37 años y un 2.7% (n = 2) entre los 38 y 44 años.

Tabla 14. Talla de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR MATERNO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Talla				
< 140 cm	0	0.0	5	6.8
Entre 140 a 157 cm	6	100.0	58	78.4
> 157 cm	0	0.0	11	14.9
Total	6	100.0	74	100.0

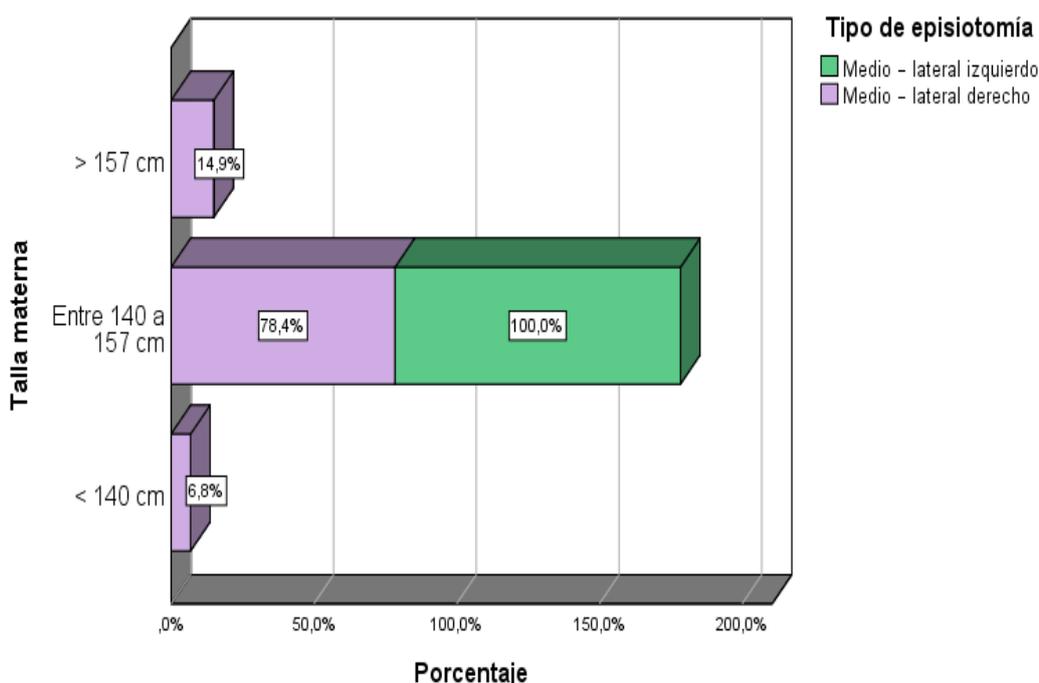


Figura 14. Talla de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud PotracanCHA, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

En cuanto a la talla de las puérperas, todas las usuarias con episiotomía medio lateral izquierda ($n = 6$) presentaron estaturas entre 140 y 157 centímetros. Por otro lado, en el grupo de episiotomía medio lateral derecha ($n = 74$), el 78.4% ($n = 58$) también se encontró dentro del rango de 140 a 157 cm. Un 14.9% ($n = 11$) superó los 157 cm de altura, mientras que un 6.8% ($n = 5$) midió menos de 140 cm; evidenciando que la mayoría de las pacientes pertenecía a una talla promedio.

Tabla 15. Paridad de las púérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR MATERNO	Púérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Paridad				
Primípara	3	50.0	47	63.5
Secundípara	3	50.0	20	27.0
Múltipara	0	0.0	5	6.8
Gran múltipara	0	0.0	2	2.7
Total	6	100.0	74	100.0

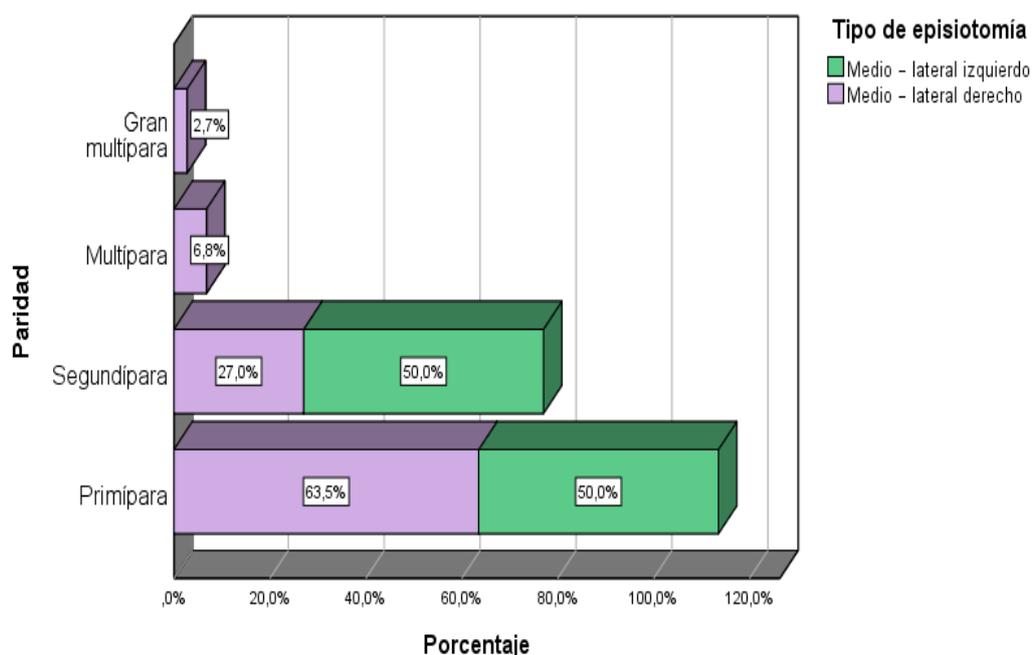


Figura 15. Paridad de las púérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Dentro de la paridad de las púérperas, en el grupo con episiotomía medio lateral izquierda, la distribución fue equitativa: el 50.0% (n = 3) eran primíparas y el otro 50.0% (n = 3) secundíparas, sin registrarse otros casos. En el grupo de episiotomía medio lateral derecha, predominó la primiparidad, representando el 63.5% (n = 47) de las pacientes, seguido del 27.0% (n = 20) que fueron secundíparas y un pequeño 2.7% (n = 2) que correspondió a gran múltiparas.

Tabla 16. Psicoprofilaxis obstétrica en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR MATERNO	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)				
< 2 sesiones	5	83.3	68	91.9
Entre 2 a 6 sesiones	1	16.7	5	6.8
> 6 sesiones	0	0.0	1	1.4
Total	6	100.0	74	100.0

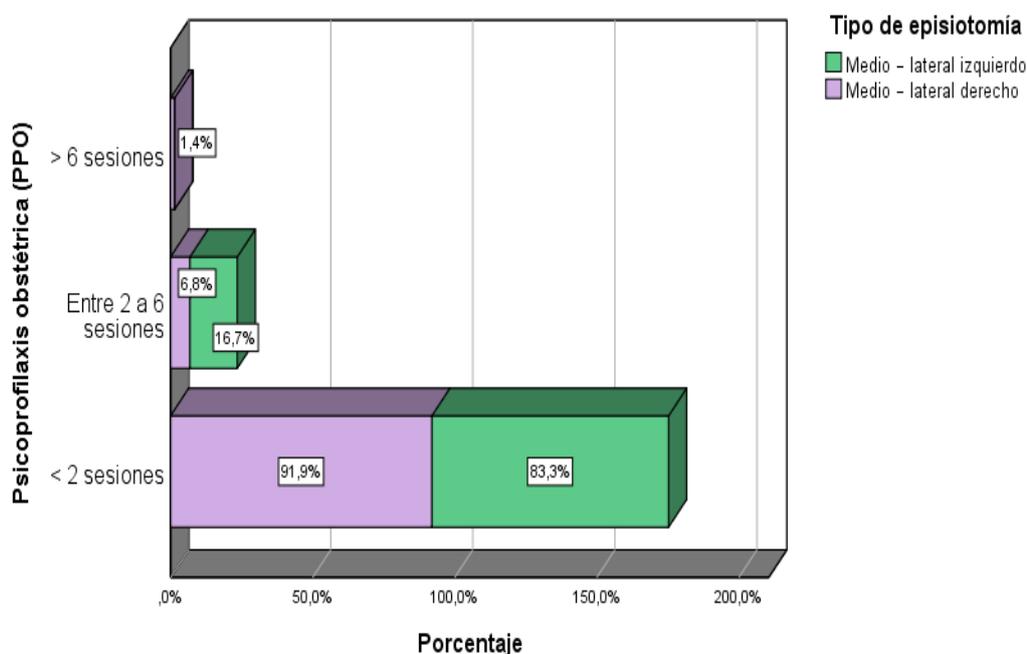


Figura 16. Psicoprofilaxis obstétrica en las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Al analizar la participación en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, se evidenció que, entre las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda, la mayoría (83.3%; n = 5) acudió a menos de dos sesiones, y solo una de ellas (16.7%) logró asistir a entre dos y seis sesiones. De manera semejante, en el grupo con episiotomía medio lateral derecha, el 91.9% (n = 68) asistió también a menos de dos sesiones, mientras que apenas el 6.8% (n = 5) logró participar entre dos y seis veces, y solo una mujer (1.4%) alcanzó más de seis sesiones.

4.1.5. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES FETALES

Tabla 17. Peso del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR FETAL	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Peso del recién nacido				
Bajo peso al nacer (< 2500 gramos)	0	0.0	0	0.0
Peso inadecuado (2500 – 2999 gramos)	5	83.3	11	14.9
Peso adecuado (3000 – 3999 gramos)	1	16.7	63	85.1
Peso elevado al nacer (≥ 4000 gr)	0	0.0	0	0.0
Total	6	100.0	74	100.0

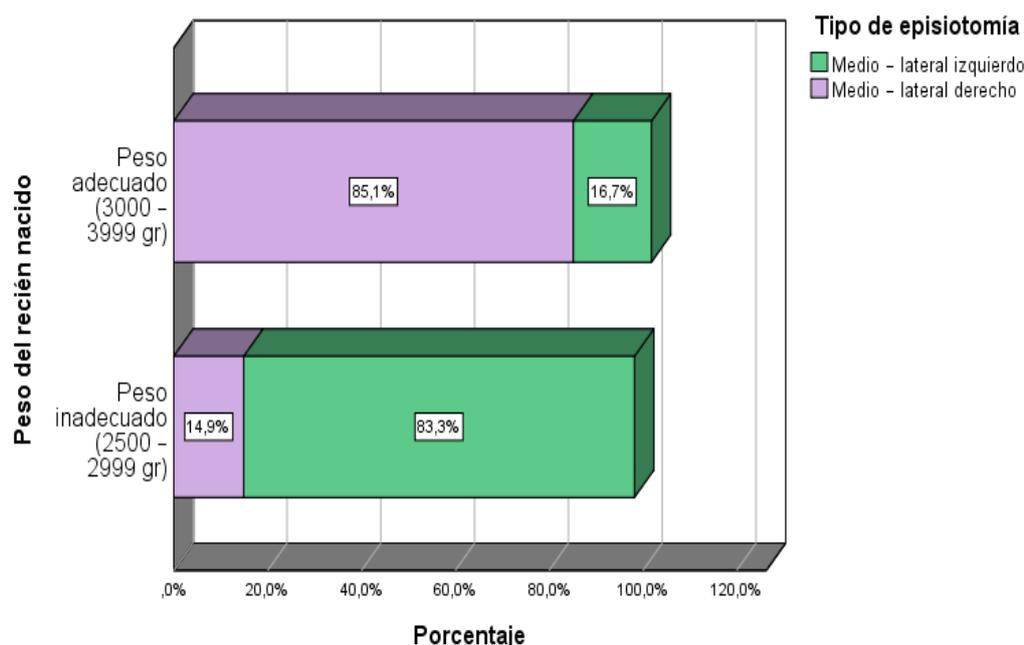


Figura 17. Peso del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

En cuanto al peso al nacer, se encontró que en el grupo de puérperas con episiotomía medio lateral izquierda, la mayoría de los recién nacidos (83.3%; n = 5) presentó un peso considerado inadecuado, es decir, entre 2500 y 2999 gramos. Solo un recién nacido (16.7%) alcanzó un peso adecuado, ubicado entre los 3000 y 3999 gramos. Por otro lado, en el grupo de episiotomía medio lateral derecha, la situación fue diferente: el 85.1% (n = 63) de los recién nacidos presentó un peso adecuado al nacer, mientras que el 14.9% (n = 11) tuvo un peso inadecuado.

Tabla 18. Perímetro cefálico del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR FETAL	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Perímetro cefálico del neonato				
> 37 cm	0	0.0	0	0.0
Entre 33 a 37 cm	6	100.0	66	89.2
< de 33 cm	0	0.0	8	10.8
Total	6	100.0	74	100.0

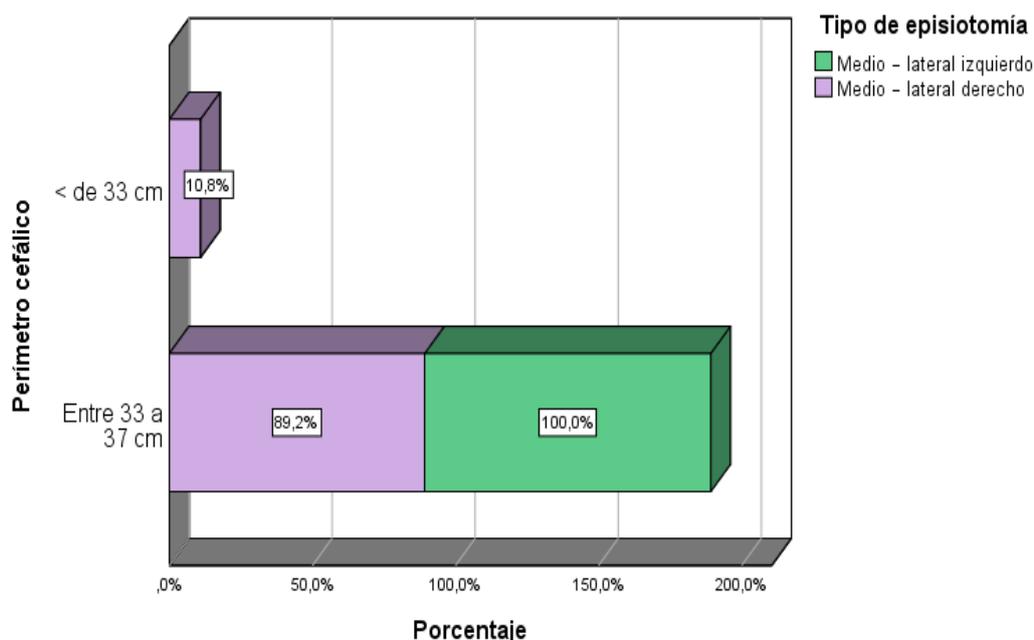


Figura 18. Perímetro cefálico del recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Respecto al perímetro cefálico de los recién nacidos, se observó que todos los bebés nacidos de puérperas con episiotomía medio lateral izquierda (100.0%; n = 6) presentaron una medida dentro del rango considerado normal, entre 33 y 37 centímetros. En el grupo de episiotomía medio lateral derecha, el 89.2% (n = 66) de los recién nacidos también se ubicó dentro de este rango adecuado, mientras que el 10.8% (n = 8) presentó un perímetro cefálico menor a 33 centímetros.

Tabla 19. Perímetro torácico del recién nacido de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR FETAL	Púerperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Perímetro torácico neonatal				
> 33 cm	0	0.0	22	29.7
Entre 32 y 33 cm	6	100.0	40	54.1
< 32 cm	0	0.0	12	16.2
Total	6	100.0	74	100.0

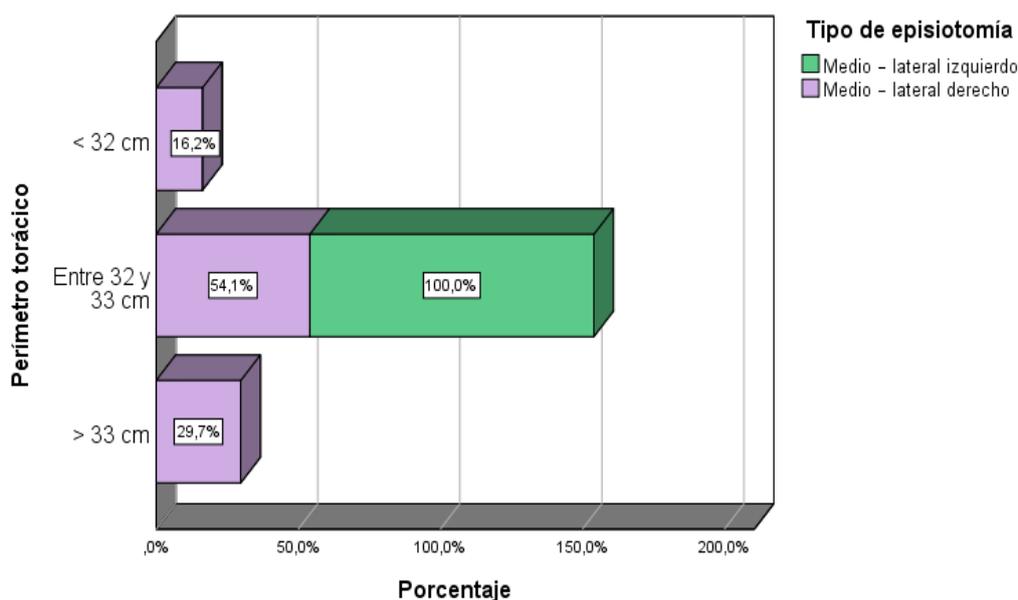


Figura 19. Perímetro torácico del recién nacido de las púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Al analizar el perímetro torácico de los recién nacidos, se encontró que todos los bebés de madres con episiotomía medio lateral izquierda (100%; n = 6) presentaron medidas adecuadas, ubicándose entre 32 y 33 centímetros, lo que nos refleja un crecimiento torácico considerado normal para su edad gestacional. Por su parte, en el grupo de episiotomía medio lateral derecha, más de la mitad de los neonatos (54.1%; n = 40) también mostraron un perímetro torácico en el rango esperado. Sin embargo, no todos tuvieron el mismo desarrollo: cerca de un tercio (29.7%; n = 22) presentó un tamaño mayor a 33 centímetros, y un pequeño grupo (16.2%; n = 12) registró medidas por debajo de los 32 centímetros.

Tabla 20. Edad por examen físico (Test de Capurro) en recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

FACTOR FETAL	Puérperas (80)			
	Tipo de episiotomía			
	Medio lateral izquierdo		Medio lateral derecho	
	fi	%	fi	%
Edad por examen físico (Test de Capurro)				
Prematuro extremo (<32 ss)	0	0.0	0	0.0
Prematuro moderado (32 a 34 ss)	0	0.0	0	0.0
Prematuro leve (35 a 36 ss)	0	0.0	0	0.0
A término (37 a 41 ss)	6	100.0	74	100.0
Postérmino (> 41 ss)	0	0.0	0	0.0
Total	6	100.0	74	100.0

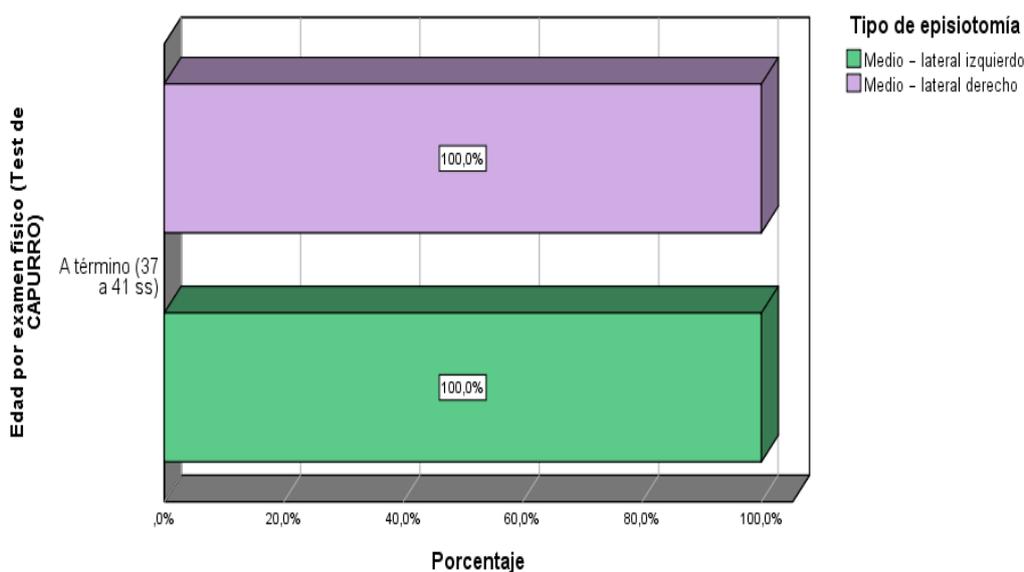


Figura 20. Edad por examen físico (Test de Capurro) en recién nacido de las puérperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

Interpretación de los datos

Según la evaluación realizada mediante el Test de Capurro, se encontró que el 100% de los recién nacidos, tanto en el grupo de puérperas con episiotomía medio lateral izquierda (n = 6) como en el grupo con episiotomía medio lateral derecha (n = 74), nacieron a término, es decir, entre las 37 y 41 semanas de gestación.

4.2. PRUEBA DE NORMALIDAD

4.2.1. NORMALIDAD DE VARIABLES CUANTITATIVAS CONTINUAS

Tabla 21. Prueba de normalidad para las variables cuantitativas, estudio en púerperas sometidas a episiotomía, atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

VARIABLES	Prueba de normalidad		
	Estadístico	Grado de libertad	Significancia
Edad materna	0.317	80	0.000
Talla materna	0.430	80	0.000
Peso del recién nacido	0.490	80	0.000
Perímetro cefálico	0.530	80	0.000
Perímetro torácico	0.302	80	0.000

Interpretación de los datos

Para evaluar la distribución de los datos, se planteó como hipótesis alterna (H_i) que los datos presentan una distribución normal, y como hipótesis nula (H_o) que los datos no siguen una distribución normal. El criterio de decisión establecido fue el siguiente: si el valor de p es menor a 0.05, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna; mientras que si el valor de p es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula. En ese contexto, al analizar los resultados obtenidos, se evidenció que la edad materna ($p = 0.000$), la talla materna ($p = 0.000$), el peso del recién nacido ($p = 0.000$), el perímetro cefálico ($p = 0.000$) y el perímetro torácico ($p = 0.000$) presentaron valores de p inferiores a 0.05. Esto nos permitió aceptar la hipótesis nula, concluyendo que los datos evaluados no siguen una distribución normal, razón por la cual se procedió a aplicar técnicas de estadística no paramétrica para su análisis.

4.3. ANÁLISIS INFERENCIAL

4.3.1. ANÁLISIS INFERENCIAL PARA LA PRIMERA HIPÓTESIS

- H_{i1} : Los factores obstétricos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024
- H_{o1} : Los factores obstétricos no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca - 2024

Tabla 22. Factores obstétricos condicionantes para la práctica de la episiotomía en puérperas atendidas en el Centro de Salud Potracancho, ACLAS Pillco Marca – 2024

	Variables	Estadístico	Características	
FACTOR OBSTÉTRICO	Analgesia	Prueba exacta de Fisher: 1 casilla 25.0% han esperado un recuento menor que 5.	Significación exacta (bilateral)	1.000
			Significación exacta (unilateral)	0.601
	Desgarro perineal	Chi-cuadrado de Pearson: 4 casillas 66.7% han esperado un recuento menor de 5.	Valor	0.822
			df	2
			Significación asintótica (bilateral)	0.663
	Periodo expulsivo	Chi-cuadrado de Pearson: 4 casillas 66.7% han esperado un recuento menor de 5.	Valor	0.526
			df	2
			Significación asintótica (bilateral)	0.769
	Posición del parto	Chi-cuadrado de Pearson: 3 casillas 50.0% han esperado un recuento menor de 5.	Valor	0.927
			df	2
	Significación asintótica (bilateral)		0.629	
Inicio de trabajo de parto	No fue posible realizar el análisis de correlación entre estas variables del factor obstétrico y la práctica de la episiotomía, debido a que la variable del mismo factor presentó una distribución homogénea en la muestra, sin variabilidad suficiente para aplicar pruebas inferenciales.			
Vía de finalización del trabajo de parto				
Uso de oxitocina en el posparto				

Interpretación de los datos

Al analizar los factores obstétricos evaluados, se encontró que la analgesia ($p = 1.000$), el desgarro perineal ($p = 0.663$), el periodo expulsivo ($p = 0.769$) y la posición del parto ($p = 0.629$) presentaron valores de p superiores a 0.05. Esto nos llevó a aceptar la hipótesis nula, concluyendo que dichos factores no se asocian de manera significativa con la práctica de episiotomía en partos eutócicos en la población estudiada.

4.3.2. ANÁLISIS INFERENCIAL PARA LA SEGUNDA HIPÓTESIS

- H_{i2} : Los factores maternos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancho ACLAS Pillco Marca -2024
- H_{o2} : Los factores maternos no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancho ACLAS Pillco Marca -2024

Tabla 23. Factores maternos condicionantes para la práctica de la episiotomía en puérperas atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

	Variables	Estadístico	Características	
				Valor
FACTOR MATERNO	Edad	Chi-cuadrado de Pearson: 5 casillas 62.5% han esperado un recuento menor de 5.	df	2.608
			Significación asintótica (bilateral)	0.456
	Talla	Chi-cuadrado de Pearson: 4 casillas 66.7% han esperado un recuento menor de 5.	df	1.622
			Significación asintótica (bilateral)	0.444
	Paridad	Chi-cuadrado de Pearson: 6 casillas 75.0% han esperado un recuento menor de 5.	df	1.749
			Significación asintótica (bilateral)	0.626
	Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)	Chi-cuadrado de Pearson: 3 casillas 50.0% han esperado un recuento menor de 5.	df	0.852
			Significación asintótica (bilateral)	0.653

Interpretación de los datos

En cuanto al análisis de los factores maternos, empleando la prueba no paramétrica de chi cuadrado de Pearson, se obtuvieron los siguientes valores de p: edad materna ($p = 0.456$), talla materna ($p = 0.444$), paridad ($p = 0.626$) y asistencia a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica ($p = 0.653$). Todos estos resultados se ubicaron por encima del valor de significancia estadística establecido ($p > 0.05$). Esta situación nos condujo a aceptar la hipótesis nula, concluyendo que no existe una relación estadísticamente significativa entre los factores maternos analizados y la práctica de la episiotomía en los partos eutócicos. De este modo, se puede interpretar que, estos factores no influyeron de manera determinante en la decisión de realizar una episiotomía.

4.3.3. ANÁLISIS INFERENCIAL PARA LA TERCERA HIPÓTESIS

- H_{i3} : Los factores fetales condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024
- H_{o3} : Los factores fetales no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024

Tabla 24. Factores fetales condicionantes para la práctica de la episiotomía en puérperas atendidas en el Centro de Salud Potracancha, ACLAS Pillco Marca – 2024

	Variables	Estadístico	Características	
	FACTOR FETAL	Peso del recién nacido	U de Mann-Whitney	Valor
			Significancia asintótica (bilateral)	0.000
Perímetro cefálico		U de Mann-Whitney	Valor	198.000
			Significancia asintótica (bilateral)	0.399
Perímetro torácico		U de Mann-Whitney	Valor	192.000
			Significancia asintótica (bilateral)	0.536
Edad por examen físico (Test de CAPURRO)		No se logró efectuar el análisis de correlación entre esta variable del factor fetal y la práctica de la episiotomía, ya que la distribución de dicha variable fue homogénea en la muestra, sin la variabilidad necesaria para aplicar pruebas inferenciales de manera adecuada.		

Interpretación de los datos

Al analizar los factores fetales en relación con la práctica de la episiotomía, mediante la aplicación de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, se observó que únicamente el peso del recién nacido mostró una asociación estadísticamente significativa, evidenciada por un valor de $p=0.000$. Este resultado, al ser menor al umbral de significancia de 0.05, indica que existe una relación entre el peso del neonato y la realización de la episiotomía durante el parto. En contraste, al evaluar otras variables fetales como el perímetro cefálico ($p=0.399$) y el perímetro torácico ($p=0.536$), se evidenció que sus valores de p fueron superiores a 0.05. Esto nos lleva a aceptar la hipótesis nula en estos casos, concluyendo que tanto el perímetro cefálico como el torácico no se asocian de manera significativa con la práctica de la episiotomía en partos eutócicos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

El parto representa uno de los eventos más significativos en la vida de la mujer, un proceso donde confluyen la esperanza, la vulnerabilidad y la fuerza. En este escenario, la episiotomía, considerada durante décadas como una intervención rutinaria para facilitar el nacimiento y prevenir daños mayores en el periné, ha sido motivo de amplio debate. A pesar de los avances en la atención obstétrica basada en la evidencia, su práctica sigue siendo frecuente en muchos centros de salud, lo que plantea la necesidad de entender los factores que la condicionan.

En el Centro de Salud Potracancha – ACLAS Pillco Marca, durante el año 2024, se atendieron 80 partos eutócicos en los cuales se practicó episiotomía. Se observó que el 92.5% de las mujeres (74 puérperas) recibió una episiotomía medio lateral derecha, mientras que el 7.5% (6 mujeres) fue intervenida con una episiotomía medio lateral izquierda. Esta alta prevalencia contrasta significativamente con estudios como el de Woretaw et al, ⁽²³⁾ en Etiopía (44.15%) y Bekele et al, ⁽²⁵⁾ también en Etiopía (43.4%), sugiriendo diferencias importantes en las prácticas clínicas. La tasa observada también es considerablemente mayor que el 15.3% reportado por Martín et al, ⁽²⁹⁾ en partos eutócicos atendidos por matronas. La marcada preferencia por la episiotomía medio lateral derecha, similar al 99.1% hallado por Vilca ⁽³⁰⁾ en Cusco, podría indicar una práctica común en ciertos contextos peruanos.

No obstante, respecto a las características demográficas, en el nivel de instrucción, la mayoría de las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda contaban con estudios secundarios (83.3%; n = 5), similar a las de episiotomía medio lateral derecha (54.1%; n = 40). Este hallazgo coincide parcialmente con estudios como los de Simmelink et al, ⁽²⁷⁾, quienes señalan que el nivel educativo puede influir en las prácticas obstétricas, debido al nivel de conocimiento sobre los derechos reproductivos. En relación a la procedencia, el 83.3% (n = 5) de las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda provenían de zonas rurales, en contraste con el grupo de episiotomía derecha, donde el 77.0% (n = 57) eran de procedencia urbana.

Vilca ⁽³⁰⁾ refiere que la procedencia urbana suele asociarse a una mayor intervención médica durante el parto, lo que podría explicar el mayor número de episiotomías medio lateral derechas en mujeres urbanas.

Sobre el estado civil, en el grupo con episiotomía medio lateral izquierda, el 100% (n = 6) de las mujeres se encontraba en situación de convivencia, mientras que, en el grupo de episiotomía derecha, predominó también la convivencia (56.8%; n = 42). En cuanto a la ocupación, predominó el rol de amas de casa: 66.7% (n = 4) en el grupo izquierda y 90.5% (n = 67) en el grupo derecho. Según Ye et al, ⁽²⁶⁾, las amas de casa suelen tener partos más vigilados institucionalmente, lo cual puede aumentar la probabilidad de intervenciones como la episiotomía.

Frente a esta realidad, la presente investigación se propuso identificar los factores obstétricos, maternos y fetales que condicionaron la realización de episiotomía en partos eutócicos. Por ejemplo, en el factor obstétrico, se observó un inicio de trabajo de parto espontáneo en el 100% de los casos en ambos grupos, con una finalización eutócica también en el 100%. La mayoría no recibió analgesia (83.3% izquierda, 86.5% derecha), y el 100% recibió oxitocina posparto. En cuanto al desgarro perineal, el 100% en el grupo izquierdo y el 87.8% en el derecho no presentaron desgarros. La duración del periodo expulsivo fue normal en la mayoría (100% izquierda, 91.9% derecha), y la posición de litotomía fue la más utilizada (100% izquierda, 86.5% derecha). El análisis inferencial de estos factores obstétricos (analgesia p=1.000; desgarro perineal p=0.663; periodo expulsivo p=0.769; posición del parto p=0.629) no mostró asociaciones significativas con la práctica de la episiotomía. Este resultado contrasta con Woretaw et al, ⁽²³⁾, quienes encontraron asociación con el uso de oxitocina y desgarros perineales previos, y con la sugerencia de Martín et al, ⁽²⁹⁾ sobre la influencia de la posición del parto.

En cuanto a los factores maternos, la mayoría de las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda (83.3%; n = 5) y derecha (50.0%; n = 37) tenían entre 14 y 21 años. No obstante, estudios como el de Vilca ⁽³⁰⁾ señalan que la edad joven podría asociarse a una mayor tasa de episiotomías. Sin embargo, respecto a la talla, todas las mujeres del grupo izquierdo (100%; n = 6) y el 78.4% (n = 58) del grupo derecho presentaron una estatura entre 140

y 157 centímetros. En relación con la paridad, en el grupo izquierdo se observó una distribución equitativa entre primíparas y secundíparas (50.0%; n = 3 en cada subgrupo), mientras que en el grupo derecho predominó la primiparidad (63.5%; n = 47). Asimismo, la mayoría de las puérperas asistió a menos de dos sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (83.3%; n = 5 en el grupo izquierdo y 91.9%; n = 68 en el grupo derecho). Sin embargo, el análisis inferencial de estos factores maternos (edad $p = 0.456$; talla $p = 0.444$; paridad $p = 0.626$; psicoprofilaxis $p = 0.653$) no reveló asociaciones estadísticamente significativas con la realización de la episiotomía. Estos resultados difieren de los hallazgos reportados por Martín et al, ⁽²⁹⁾ y Vázquez ⁽³³⁾, quienes identificaron la paridad y la edad materna como factores relevantes en la práctica de esta intervención.

El peso del recién nacido fue el único factor que mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.000$). En el grupo izquierdo, el 83.3% (n = 5) de los recién nacidos tuvo un peso inadecuado (2500-2999 g), mientras que, en el grupo derecho, el 85.1% (n = 63) presentó peso adecuado. Esto sugiere que un menor peso podría influir en la decisión de realizar episiotomías más cuidadosas (medio lateral izquierda) para proteger estructuras perineales, en línea con Simmelink et al, ⁽²⁷⁾.

Respecto al perímetro cefálico, fue normal (33-37 cm) en el 100% (n = 6) del grupo izquierdo y en el 89.2% (n = 66) del grupo derecho, sin asociación significativa ($p = 0.399$). El perímetro torácico fue adecuado (32-33 cm) en el 100% (n = 6) del grupo izquierdo y en el 54.1% (n = 40) del grupo derecho. Tampoco se encontró asociación significativa ($p = 0.536$). Además, según el Test de Capurro, el 100% (n = 80) de los recién nacidos fueron a término, descartando la edad gestacional como factor de influencia.

En tal sentido, la alta tasa de episiotomía observada en nuestro estudio podría estar reflejando una práctica clínica rutinaria en el centro de salud, posiblemente influenciada por factores no explorados en esta investigación, como las creencias y actitudes del personal de salud, la disponibilidad de recursos o los protocolos institucionales vigentes. Esta hipótesis encuentra respaldo en estudios como los de Simmelink et al, ⁽²⁷⁾ y Laderas et al, ⁽²⁸⁾ quienes evidenciaron una considerable variabilidad en la práctica de las matronas según el entorno laboral. Asimismo, la falta de asociación

significativa entre varios factores maternos, obstétricos y fetales; factores que sí fueron relevantes en otros estudios, subraya la necesidad de profundizar en las particularidades de este contexto específico.

No obstante, es importante reconocer que la naturaleza transversal del presente estudio impone limitaciones, principalmente en cuanto a la posibilidad de establecer relaciones de causalidad. Además, aunque el tamaño muestral fue representativo de los partos atendidos durante el periodo analizado, su alcance restringió la extrapolación de los hallazgos a otros escenarios similares o más amplios.

A partir de los resultados obtenidos, se hace evidente la necesidad de revisar y, en su caso, actualizar los protocolos de atención del parto en el Centro de Salud Potracancho – ACLAS Pillco Marca. Promover una práctica más restrictiva y selectiva de la episiotomía, alineada con la evidencia científica actual, debe ser una prioridad para garantizar una atención obstétrica de mayor calidad. En este sentido, la capacitación continua del personal de salud en técnicas de protección perineal y en la toma de decisiones clínicas individualizadas podría ser un camino efectivo para reducir la alta frecuencia de esta intervención, mejorando así la experiencia del parto para las mujeres atendidas.

CONCLUSIONES

I. Factores obstétricos

1. El inicio del trabajo de parto fue espontáneo en la totalidad de los casos (100%; n = 6 izquierda y n = 74 derecha), y todos los partos culminaron de forma eutócica.
2. La mayoría de las puérperas no recibió analgesia durante el trabajo de parto (83.3%; n = 5 izquierda; 86.5%; n = 64 derecha).
3. La administración de oxitocina en el posparto fue universal (100% en ambos grupos).
4. No se reportaron desgarros perineales en el grupo izquierdo (100%; n = 6) y el 87.8% (n = 65) en el grupo derecho tampoco presentó desgarros.
5. El periodo expulsivo fue normal en el 100% de las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda y en el 91.9% (n = 68) de las del grupo derecho.
6. La posición adoptada en el parto fue mayoritariamente litotomía (100% (6) en el grupo izquierdo y 86.5% (64) en el grupo derecho).

II. Factores maternos

1. En cuanto a la edad materna, predominó el grupo de 14 a 21 años tanto en las episiotomías izquierdas (83.3%; n = 5) como en las derechas (50.0%; n = 37).
2. En relación con la talla, todas las mujeres del grupo izquierdo (100%; n = 6) y la mayoría del grupo derecho (78.4%; n = 58) presentaron estaturas entre 140 y 157 centímetros.
3. La paridad fue equitativa en el grupo izquierdo (50.0% primíparas y 50.0% secundíparas; n = 3 en cada caso), mientras que en el grupo derecho predominó la primiparidad (63.5%; n = 47).
4. La asistencia a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica fue baja en ambos grupos, predominando la participación en menos de dos sesiones (83.3%; n = 5 izquierda; 91.9%; n = 68 derecha).

III. Factores fetales

1. En relación al peso al nacer, la mayoría de los recién nacidos del grupo izquierdo presentaron un peso inadecuado entre 2500 y 2999 gramos

(83.3%; n = 5), mientras que en el grupo derecho predominó el peso adecuado (85.1%; n = 63).

2. Respecto al perímetro cefálico, todas las puérperas del grupo izquierdo (100%; n = 6) y la mayoría del grupo derecho (89.2%; n = 66) tuvieron neonatos con perímetros normales entre 33 y 37 cm.
3. El perímetro torácico fue adecuado (32 a 33 cm) en el 100% de los neonatos del grupo izquierdo (n = 6) y en el 54.1% (n = 40) de los del grupo derecho.
4. Según el Test de Capurro, el 100% de los recién nacidos en ambos grupos (n = 6 y n = 74) fueron a término.

IV. Características demográficas de las puérperas

1. En relación al nivel de instrucción, se observó que la mayoría de las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda tenían estudios secundarios (83.3%; n = 5), y similarmente, en el grupo con episiotomía medio lateral derecha predominó también este nivel educativo (54.1%; n = 40).
2. Sobre la procedencia, las puérperas con episiotomía medio lateral izquierda provenían mayoritariamente de zonas rurales (83.3%; n = 5), mientras que en el grupo derecho la mayoría fue de procedencia urbana (77.0%; n = 57).
3. En cuanto al estado civil, todas las puérperas del grupo izquierdo (100%; n = 6) y el 56.8% (n = 42) del grupo derecho se encontraban en situación de convivencia.
4. Respecto a la ocupación, predominó el grupo de amas de casa en ambos tipos de episiotomía (66.7%; n = 4 izquierda; 90.5%; n = 67 derecha), reflejando un perfil de dedicación principalmente al hogar

V. Análisis inferencial de los factores condicionantes

1. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos analizados y la realización de la episiotomía: analgesia ($p = 1.000$), desgarró perineal ($p = 0.663$), periodo expulsivo ($p = 0.769$) y posición en el parto ($p = 0.629$).
2. Igualmente, los factores maternos como edad ($p = 0.456$), talla ($p = 0.444$), paridad ($p = 0.626$) y participación en psicoprofilaxis obstétrica ($p = 0.653$) no mostraron asociación significativa.
3. Entre los factores fetales, únicamente el peso al nacer evidenció una asociación estadísticamente significativa con la práctica de la episiotomía

($p = 0.000$), mientras que el perímetro cefálico ($p = 0.399$) y el perímetro torácico ($p = 0.536$) no se asociaron significativamente.

RECOMENDACIONES

1. Es fundamental promover una atención del parto más respetuosa y basada en evidencia, revisando periódicamente los protocolos de intervención obstétrica como la episiotomía, para garantizar que su uso sea verdaderamente justificado y no rutinario.
2. Fortalecer la educación prenatal, especialmente en mujeres jóvenes y de zonas rurales, es clave para empoderarlas en la toma de decisiones sobre su parto. La preparación adecuada y el acceso a la información pueden reducir intervenciones innecesarias y mejorar la experiencia del nacimiento.
3. Ampliar el acceso y la calidad de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, fomentando la participación activa de las gestantes, puede ser una estrategia importante para preparar física y emocionalmente a las mujeres para un parto más natural y menos intervenido.
4. Es necesario capacitar al personal de salud en técnicas de protección perineal y en un manejo del parto centrado en la mujer, reforzando habilidades para reconocer cuándo realmente es necesaria una episiotomía y cuándo puede evitarse, siempre respetando la autonomía de la paciente.
5. Dado que el peso del recién nacido mostró una asociación significativa con la práctica de episiotomía, se recomienda optimizar el control prenatal, enfocándose en la evaluación nutricional y el seguimiento del crecimiento fetal, para anticipar y preparar adecuadamente los partos de riesgo.
6. Fomentar el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto, permitiendo la presencia de una persona de confianza elegida por la mujer, podría mejorar el bienestar emocional y físico de las puérperas, y posiblemente disminuir la necesidad de intervenciones obstétricas.
7. Se sugiere implementar espacios de retroalimentación y discusión clínica entre el personal, donde se puedan analizar las prácticas obstétricas cotidianas a la luz de la evidencia más reciente, con el objetivo de construir una atención más crítica, reflexiva y humanizada.
8. Promover prácticas que respeten la fisiología del parto, como el uso de posiciones verticales y la reducción de la litotomía, contribuiría no solo al confort de la madre, sino también a disminuir potenciales riesgos y la necesidad de intervenciones como la episiotomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mueller A. La episiotomía | El Parto es Nuestro [Internet] 2012 [citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/intervenciones-medicas/la-episiotomia>
2. Calezulato MR, Arancibia Ulloa FL. Episiotomía y riesgos. Univ Cienc Soc [Internet]. 2012 [citado el 21 de octubre de 2024]; (7): 52-58. Disponible en: http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882012000200008&lng=es
3. Infobae. Episiotomía: por qué es una práctica cuestionada por la OMS por su impacto en la experiencia del parto. [Internet] 2023 [citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2023/06/30/episiotomia-por-que-es-una-practica-cuestionada-por-la-oms-por-su-impacto-en-la-experiencia-del-parto/>
4. Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Científica Cienc Médica. 2014; 17(2): 53–7.
5. Episiotomía: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado el 19 de junio de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm>
6. Episiotomía: definición, tipos, indicaciones, cuidados y complicaciones [Internet]. Unidad de la mujer. 2022 [citado el 19 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.unidaddelamujer.es/episiotomia-definicion-tipos-indicaciones-cuidados-y-complicaciones/>
7. Salas Sánchez E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía1. Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. el 1 de octubre de 2012 [citado el 19 de junio de 2024]; (23). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/2966>
8. Díaz Rodríguez I. Nuevas tijeras para uso Obstétrico. Rev Colomb Obstet Ginecol. el 28 de febrero de 1977; 28(1): 43–4.
9. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. el 21 de enero de 2009 [citado el 19 de junio de 2024]; (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19160176/>

10. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos.
11. Normal G, Rey L, Pantaleón C, Etxeandia Ikobaltzeta I, Iturrioz R, Maceira M, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. 2010.
12. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. Birth Berkeley Calif [Internet]. septiembre de 2005 [citado el 19 de junio de 2024]; 32(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16128977/>
13. Tejera C. OMS - Cuidados en el parto normal. Guía práctica | El Parto es Nuestro [Internet]. 2011 [citado el 19 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/oms-cuidados-en-el-parto-normal-guia-practica>
14. García-Lorca AI, Viguera-Martínez M de los Á, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón M de las M, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME, et al. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [citado el 19 de junio de 2024]; 93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. European Perinatal Health Report_2010.pdf [Internet]. [citado el 19 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf
16. Beltrán P WF, Duran M MA, Losada R MM, Maya G MA, Orjuela C C, Rojas F, et al. Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Rev Médica Risaralda. junio de 2019; 25(1): 40–3
17. Cirugía del Periné - Guías clínicas y procedimientos para la atención obstétrica [Internet]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2195-2.pdf>
18. Instituto Nacional Materno Perinatal, Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.

- [Internet] 2023 [citado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
19. Albino Sánchez F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el hospital de apoyo de Sullana [Internet]. [citado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://inppares.org/magazine/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.htm>
 20. Gonzales Córdova SL. Episiotomía en primíparas atendidas en el hospital regional de Loreto enero - marzo 2020. el 29 de diciembre de 2021 [citado el 20 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1628>
 21. Díaz Castro K, Chávez Barrientos M. Episiotomía: complicaciones a corto y largo plazo en el hospital de apoyo San Miguel agosto 2021- abril 2022. el 12 de diciembre de 2022 [citado el 20 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/unh/6059>
 22. Niger Nery DT. Complicaciones que se presentan con el uso sistemático de la episiotomía en pacientes nulíparas en el hospital No II ESSALUD - Amarilis - Huánuco período 2015. 2017 [citado el 20 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/3014>
 23. Woretaw E, Teshome M, Alene M. Episiotomy practice and associated factors among mothers who gave birth at public health facilities in Metema district, northwest Ethiopia. *Reprod Health*. el 2 de julio de 2021; 18.
 24. Chamorro Martínez GJ, Torres Romero JK. Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021 [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Ncional de Chimborazo; 2022 [citado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9868>
 25. Bekele H, Tamiru D, Debella A, Getachew A, Yohannes E, Lami M, et al. Magnitud de la práctica de la episiotomía y factores asociados entre las mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario Especializado Hiwot Fana, Etiopía Oriental. *Front Glob Womens Health*. el 10 de octubre de 2022; 3: 911449

26. Ye J, Chen Y, Yang H, Chen Q, Huang Y, Zhao J, et al. A nationwide cross-sectional survey of episiotomy practice in China. *Lancet Reg Health – West Pac* [Internet]. el 1 de febrero de 2022 [citado el 20 de junio de 2024];19. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/piis2666-6065\(21\)00254-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/piis2666-6065(21)00254-6/fulltext)
27. Simmelink R, Moll E, Verhoeven C. La influencia de la matrona asistente en la ocurrencia de la episiotomía: un estudio de cohorte retrospectivo. *Obstetricia*. el 1 de octubre de 2023;125: 103773.
28. Laderas Díaz E, Rodríguez-Almagro J, Picón Rodríguez R, Martínez Galiano JM, Martínez Rodríguez S, Hernández-Martínez A. Midwives' approach to the prevention and repair of obstetric perineal trauma in Spain. *Nurs Open*. el 25 de abril de 2024;11(4): e2160.
29. Martín-Vázquez C, Goás-Gómez N, Calvo-Ayuso N, Rosón-Matilla L, Quiroga-Sánchez E, García-Fernández R. Analysis of Maternal Positions during the Dilation and Expulsive Phase and Their Relationship with Perineal Injuries in Eutocic Deliveries Attended by Midwives. *Healthcare*. el 8 de febrero de 2024; 12(4): 441.
30. Vilca Dipaz H. Caracterización de las gestantes nulíparas con episiotomías atendidas en el Centro de Salud de Pichari, Cusco 2020. el 23 de abril de 2021 [citado el 20 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3807>
31. López Vilca ÚR, Peña Leyva RI. Factores materno perinatales asociados a la indicación de episiotomía en parturientas del Hospital Regional de Huacho, 2021. *Univ Priv Huancayo Frankl Roosevelt* [Internet]. el 19 de junio de 2021 [citado el 20 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6619503>
32. Chuquimantari Zevallos R. Revisión sistemática del uso de la episiotomía y sus complicaciones perineales. *Repos Inst-Wien* [Internet]. el 10 de agosto de 2021 [citado el 20 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5370>
33. Vásquez Delgado B del P. Paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en el periodo 2019

- 2021. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2022 [citado el 20 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5367>
34. Siccardi MA, Bordoni B. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Perineal Body. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado el 21 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537345/>
35. Yavagal S, de Farias TF, Medina CA, Takacs P. Normal Vulvovaginal, Perineal, and Pelvic Anatomy with Reconstructive Considerations. *Semin Plast Surg.* mayo de 2011; 25(2): 121–9.
36. ICS [Internet]. [citado el 21 de junio de 2024]. Perineal pain. Disponible en: <https://www.ics.org/committees/standardisation/terminologydiscussions/perinealpain>
37. Graziottin A. Maintaining vulvar, vaginal and perineal health: Clinical considerations. *Womens Health.* el 1 de enero de 2024; 20: 17455057231223716.
38. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev Médica Clínica Las Condes.* el 1 de marzo de 2013; 24(2): 185–9.
39. Michael D. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Iglesias Guiu J Martín Jiménez A. [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/38043200/Fundamentos_de_Obstetricia_SEGO_Iglesias_Guiu_J_Mart%C3%ADn_Jim%C3%A9nez_A
40. Manual_obstetricia_ginecologia.pdf [Internet]. [citado el 21 de junio de 2024]. Disponible en: https://comatronas.es/contenidos/2017/11/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf
41. Baldares MJV. Episiotomía. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica.* 2011; 68(599): 461–6.
42. Rubio-Romero JA. La episiotomía en mujeres nulíparas: ¿un hábito difícil de dejar? *Rev Colomb Obstet Ginecol.* junio de 2018; 69(2): 85–7.
43. Martínez Galiano JM. Manual de asistencia al parto. 2019. 1. Ed Elsevier; 2023
44. Huamán Navarro CL. Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, junio 2017 - junio 2018. 2018 [citado

- el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/8703>
45. Fernández Bastidas MA. Técnica original de perineorrafía post-episiotomía. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* el 31 de diciembre de 1969; 6(2): 69–75.
 46. Kenhub [Internet]. [citado el 21 de junio de 2024]. Perineal region. Disponible en: <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/perineal-region>
 47. Balachandran AA, Wong KKW, Thakar R. Factores de riesgo y tratamiento de la lesión obstétrica del esfínter anal. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* el 1 de junio de 2022; 32(6): 105–9.
 48. Womens. Womens. 2022 [citado el 21 de junio de 2024]. Desgarro perineal durante el parto: factores de riesgo y prevención. Disponible en: <https://www.womens.es/desgarro-perineal-durante-el-parto-factores-de-riesgo-y-prevencion/>
 49. Aragón-Hernández JP, Ávila-Vergara MA, Beltrán-Montoya J, Calderón-Cisneros E, Caldiño-Soto F, Castilla-Zenteno A, et al. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. *Ginecol Obstet México.* 2017; 85(5): 314–24.
 50. Barrera-Barrera G, Cucoch-Petraello-Rojas C, Martínez-Vera I, Neira-Pérez M, Órdenes-Osorio S, Sandoval-Rubilar S, et al. Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* abril de 2022; 87(2): 122–36.
 51. Jiménez Medina NA. Relación entre índice de masa corporal materno y macrosomía fetal [Internet]. [citado el 21 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS47/html/TMVS47.html>
 52. Barrena Neyra M, Quispe saravia Ildelfonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C, Barrena Neyra M, Quispe saravia Ildelfonso P, et al. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. abril de 2020 [citado el 21 de junio de 2024];66(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

53. Toro Martín S, NPunto. El dolor durante el parto, su control mediante anestesia y analgesia, sus efectos adversos y otros métodos analgésicos alternativos. El dolor durante el parto su control. [Internet] el 16 de julio de 2021; 108(108): 1–108.
54. Ballesteros Meseguer C. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia. *Proy Investig* [Internet]. el 26 de mayo de 2014 [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/39087>
55. Solís N, Shimabukuro J. Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2007; 53(1): 42–4.
56. García Cuesta E. La episiotomía en la era del parto humanizado. junio de 2013 [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2999>
57. Corzo Ayme ET, Cuadros Palomino M. Factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - setiembre 2019. 2020 [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3842>
58. Condor Medrano CI. Factores de riesgo asociados a la realización de episiotomías en mujeres gestantes del servicio de obstetricia del hospital de ventanilla durante el periodo de julio a diciembre 2015, Lima - Perú. 2016 [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/1086>
59. Zamora Cifuentes LG. La Episiotomía: Ventajas y Desventajas del Uso y No Uso en Pacientes de Parto Normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena Enero- agosto 2010. [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/234575520>
60. Guzmán V, García P, Liu H. Talla materna baja como factor de riesgo de cesàrea. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2001; 47(2): 117–20.
61. Chicaiza JVM, Cartuche CAG, Calle AMM. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador. 2014. *Rev Fac Cienc Médicas Univ Cuenca*. el 27 de julio de 2017; 35(1): 61–7.

62. Armas Trinidad EW, Veliz Marcelo JW. Factores asociados a la Episiotomía en pacientes atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil El Tambo-2017. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2018 [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/734>
63. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz Méd Lima. octubre de 2014; 14(4): 53–7.
64. Llave Reducindo EC. Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP durante el año 2013. [Internet] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado el 21 de junio de 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_e35cceb70f8b630a8dfc23a30cdd0a74
65. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. La episiotomía y su relación con diversas variables clínicas que influyen en su realización. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado el 21 de junio de 2024];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100327&lng=en&tlng=en
66. Bustamante Torres RA. Factores de riesgo para desgarró perineal severo en púérperas atendidas en el servicio de gineceo-obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé año 2014 al 2019, Lima – Perú. [Internet] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020 [citado el 21 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3431>
67. García ZE, Saíñz AS, Serrano MDM, Espinosa MGD. Antropometría nutricional en la España de mediados del siglo XX. Medidas comparadas de estudiantes y reclutas. Nutr Clínica Dietética Hosp [Internet]. el 29 de marzo de 2022 [citado el 21 de junio de 2024]; 42(01). Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/233>

68. Importancia de las medidas de la cabeza [Internet]. [citado el 21 de junio de 2024]. Disponible en: http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1020121495/1020121495_026.pdf
69. Arteaga Mendoza MDLÁ, Ballón Borja MV. Factores maternos y fetales causantes de desgarros perineales en pacientes multiparas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019. el 5 de mayo de 2021 [citado el 21 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10719>
70. Cárdenas-López C, Haua-Navarro K, Suverza-Fernández A, Perichart-Perera O. Mediciones antropométricas en el neonato. Bol Méd Hosp Infant México. junio de 2005; 62(3): 214–24.
71. Samaniego Pineda. Scribd. [citado el 22 de junio de 2024]. Test de Capurro. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/464556723/Test-de-Capurro>
72. Pecharromán García de las Hijas C. Plan de cuidados estandarizado en el parto eutócico extrahospitalario. 2018 [citado el 22 de junio de 2024]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30344>
73. Suelo pelvico.pdf [Internet]. [citado el 22 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/servicios/servicio_preencion/unidades/salud-laboral/cuidatu-espalda/SUELO%20PELVICO.pdf
74. Elsevier. [Internet] [citado el 22 de junio de 2024]. Pelvis y periné: funciones y componentes. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/pelvis-y-perone-funciones-y-componentes>
75. Cuba Beretta KJ. Frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primiparas Hospital Regional Docente Cajamarca 2017. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2018 [citado el 22 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2715>
76. Padilla Amigo PA. Periodo intergenésico: Revisión de la literature [Internet]. [citado el 22 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.anahuac.mx/investigacion/publicaciones/periodo-intergenesico-revision-de-la-literature>
77. López Garcia R, Ahued Ahued JR, Karchmer S, Shor Pinsky V, Urzúa L M. Distocias. Rev. Fac. Med. 1978 Jul; 21(7)

78. Hernández Pérez J, Azón López E, Mir Ramos E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *Enferm Glob*. julio de 2014;13(35):398–411.
79. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC, Mellizo-Gaviria AM, et al. Frecuencia de la realización de episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. junio de 2018; 69(2): 88–97.
80. Díaz Córdova DAR. Factores de riesgo materno-fetales asociados a episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. *Repos Inst - UPAO* [Internet]. 2024 [citado el 21 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/20072>
81. Arvizu-Armenta JA, Rodríguez-Ayala C, González-Aldeco PM, Aguilera-Cervantes SM, Sánchez-Huesca R, Arvizu-Armenta JA, et al. Prevalencia de desgarros perineales en pacientes con aplicación de vacuum. *Ginecol Obstet México*. 2019; 87(7): 447–53.
82. Sistema de Indicadores Demográficos | Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Internet]. [citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?page_id=110083
83. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC, Cvetkovic-Vega A, et al. Estudios transversales. *Rev Fac Med Humana*. enero de 2021; 21(1): 179–85.
84. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int J Morphol*. junio de 2014; 32(2): 634–45.
85. Quispe AM, Valentin EB, Gutierrez AR, Mares JD, Quispe AM, Valentin EB, et al. Serie de Redacción Científica: Estudios Trasversales. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. enero de 2020; 13(1): 72–7.

86. Veiga de Cabo J, Fuente Díez E de la, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab.* marzo de 2008; 54(210): 81–8.
87. Müggenburg Rodríguez V. MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enferm Univ* [Internet]. el 17 de abril de 2018 [citado el 22 de junio de 2024];4(1). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/469>
88. Ortega C. ¿Qué es la investigación cuantitativa? [Internet]. *QuestionPro*. 2017 [citado el 22 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-investigacion-cuantitativa/>
89. Gómez Chipana, E. (2020). Análisis correlacional de la formación académico-profesional y cultura tributaria de los estudiantes de Marketing y Dirección de Empresas. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 478-483.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

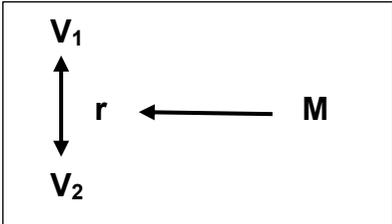
Tacuchi A. Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca -2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	De supervisión Práctica de la episiotomía	TIPO DE INVESTIGACION Observacional, analítico, de naturaleza retrospectiva.
¿Cuáles son los factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024?	Determinar los factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024	<p>Hi: Existen factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024</p> <p>Ho: No existen factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024.</p>	De relación Factores condicionantes, conformado por:	NIVEL DE INVESTIGACIÓN Relacional
			<ul style="list-style-type: none"> • Factores obstétricos (inicio de trabajo de parto, vía de finalización del trabajo de parto, analgesia, uso de oxitocina en el posparto, desgarro perineal, periodo expulsivo, posición del parto) • Factores maternos (edad materna, talla materna, paridad, psicoprofilaxis obstétrica (PPO)) • Factor fetal (peso del recién nacido, 	DISEÑO DE INVESTIGACION No experimental (correlacional)
Problemas Específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
PE₁: ¿Cuáles son los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024?	OE₁: Identificar los factores obstétricos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024	<p>Hi₁: Los factores obstétricos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024</p> <p>Ho₁: Los factores obstétricos no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024</p>		Donde: M: Muestra total del estudio (80)
PE₂: ¿Cuáles son los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos	OE₂: Identificar los factores maternos que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos	Hi₂: Los factores maternos condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024		V1: Variable 1, es decir los factores condicionantes (obstétrico, materno, fetal) que influyeron en la decisión de realizar una episiotomía.
				V2: Variable 2 - Pacientes que recibieron episiotomía durante el parto.

<p>atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024?</p>	<p>atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024</p>	<p>Ho₂: Los factores maternos no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024.</p>	<p>perímetro cefálico, perímetro torácico, edad por examen físico (Test de CAPURRO))</p>	<p>r: Relación asociativa entre los factores condicionantes y la práctica de la episiotomía, evaluada mediante pruebas estadísticas.</p>
<p>PE₃: ¿Cuáles son los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024?</p>	<p>OE₃: Identificar los factores fetales que condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024.</p>	<p>Hi₃: Los factores fetales condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024</p> <p>Ho₃: Los factores fetales no condicionan la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024</p>	<p>Variable de caracterización Características demográficas (grado de instrucción, procedencia, estado civil, ocupación)</p>	<p>POBLACIÓN Dicha población, estuvo conformada, por 101 pacientes de partos eutócicos (sus historias clínicas), atendidos durante los meses de enero a noviembre del año 2024, en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pilco Marca</p>
<p>PE₄: ¿Cuáles son las características demográficas de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024?</p>	<p>OE₄: Describir las características demográficas de las púerperas inmediatas de parto eutócico atendidos en el Centro de Salud Potracancha ACLAS Pillco Marca -2024.</p>	<p>Debido a que es una variable descriptiva, no se puede mencionar la hipótesis</p>	<p>MUESTRA A partir de los resultados obtenidos, se seleccionó una muestra de 80 púerperas cuyo parto finalizó con la práctica de una episiotomía.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS TÉCNICA Análisis documental de las historias clínicas</p> <p>INSTRUMENTOS Ficha de recolección de datos relacionado con las variables de estudio, dividida de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Características demográficas (4 ítems) 2. Factores condicionantes <ul style="list-style-type: none"> • Factores obstétricos (7 ítems) • Factores maternos (4 ítems) • Factores fetales (4 ítems) 3. Procedimiento de episiotomía (1 ítem) 	

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca -2024”

N°

HC

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Grado de instrucción

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior no universitario
- e) Superior universitario

2. Procedencia

- a) Urbano
- b) Rural
- c) Urbano-marginal

3. Estado civil

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

4. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- c) Trabajadora independiente
- d) Trabajadora dependiente

II. FACTORES CONDICIONALES

A. FACTOR OBSTÉTRICO

5. Inicio de trabajo de parto
 - a) Espontáneo
 - b) Inducido
 - c) Estimulado
6. Vía de finalización del trabajo de parto
 - a) Eutócico
 - b) Distócico
7. Analgesia
 - a) Sin analgesia
 - b) Local
 - c) Epidural
 - d) Raquídea
 - e) General
8. Uso de oxitocina en el posparto
 - a) Si
 - b) No
9. Desgarro perineal después de la episiotomía
 - a) Sin desgarro
 - b) Desgarro de primer grado
 - c) Desgarro de segundo grado
 - d) Desgarro de tercer grado
 - e) Desgarro de cuarto grado
10. Periodo expulsivo
 - a) Prolongado (> 2 horas multíparas)
 - b) Prolongado (> 1 hora nulíparas)
 - c) Normal
11. Posición del parto
 - a) Litotomía
 - b) Cuclillas
 - c) Sentada
 - d) Cuadrupedia
 - e) De pie

B. FACTOR MATERNO

12. Edad materna
- a) 14 – 21
 - b) 22 – 30
 - c) 31 – 37
 - d) 38 – 44
 - e) 45 a más
13. Talla materna
- a) < 140 cm
 - b) Entre 140 a 157 cm
 - c) > 157 cm
14. Paridad
- a) Primípara
 - b) Secundípara
 - c) Multípara
 - d) Gran multípara
15. Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)
- a) < 2 sesiones
 - b) Entre 2 a 6 sesiones
 - c) > 6 sesiones

C. FACTOR FETAL

16. Peso del recién nacido
- a) Bajo peso al nacer (<2500 gr)
 - b) Peso inadecuado (2500 – 2999 gr)
 - c) Peso adecuado (3000 – 3999 gr)
 - d) Peso elevado al nacer (\geq 4000 gr)
17. Perímetro cefálico
- a) > 37 cm
 - b) Entre 33 a 37 cm
 - c) < de 33 cm
18. Perímetro torácico
- a) > 33 cm
 - b) Entre 32 y 33 cm
 - c) < 32 cm

19. Edad por examen físico (Test de CAPURRO)

- a) Prematuro extremo (< 32 ss)
- b) Prematuro moderado (32 a 34 ss)
- c) Prematuro leve (35 a 36 ss)
- d) A término (37 a 41 ss)
- e) Post término (> 41 ss)

III. PRACTICA DE LA EPISIOTOMÍA

20. Tipo de episiotomía que se realizó a la paciente

- a) Medio
- b) Lateral
- c) Medio – lateral izquierdo
- d) Medio – lateral derecho

ANEXO 3

ANEXO 03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Jhon Yinder Albornoz Mallqui
- 1.2. Actividad laboral: Obstetra
- 1.3. Institución donde labora: Centro de Salud Patracancha ACIAS Pilloco Marca
- 1.4. Denominación del instrumento: Validación por contenido
- 1.5. Autor del instrumento: Atalhyz Angie Tacuchi Santa Cruz

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				4	
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles					5
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica					5
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					5
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					5
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				4	
08	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación				4	
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					5
PUNTAJE FINAL						47

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, 20 de setiembre del 2024


 Jhon Yinder Albornoz Mallqui
 OBSTETRA
 C.P. 17487
 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Zulema Oscategui Torres
- 1.2. Actividad laboral: Obstetra
- 1.3. Institución donde labora: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
- 1.4. Denominación del instrumento: Validación por contenido
- 1.5. Autor del instrumento: Atalhyz Angie Tacuchi Santa Cruz

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

Nº	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					5
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles					5
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica				4	
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					5
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				4	
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				4	
08	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					5
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					5
PUNTAJE FINAL						47

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....
 RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()



Huánuco, 20 de setiembre del 2024

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Irma Nino Soto
- 1.2. Actividad laboral: Obstetra
- 1.3. Institución donde labora: Centro de Salud Patracancha ACIAS Pillco Marca
- 1.4. Denominación del instrumento: Validación por contenido
- 1.5. Autor del instrumento: Atalhy Z. Angie Tacuchi Santa Cruz

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					5
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles				4	
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica				4	
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					5
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					5
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					5
08	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación				4	
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					5
PUNTAJE FINAL						47

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()



 Irma Nino Soto
 OBSTETRA

Huánuco, 20 de setiembre del 2024

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Rocio Zelaya Huaman
- 1.2. Actividad laboral: Obstetra
- 1.3. Institución donde labora: Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari
- 1.4. Denominación del instrumento: Validación por contenido
- 1.5. Autor del instrumento: Atalhyz Angie Tacuchi Santa Cruz

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					5
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles					5
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica				4	
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					5
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				4	
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					5
08	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					5
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					5
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					5
PUNTAJE FINAL						48

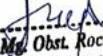
III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

RESULTADO: Aplicable () Aplicable después de corregir () No Aplicable ()


 M^d. Obst. Rocio Zelaya Huaman
 M^d. SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA
 ESP. MONITOREO FETAL Y ECO. USTÉTRICA
 COP. 18244 RNE N° 5390-E.024
 Huanuco, 20 de setiembre del 2024
 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

SOLICITUD DE PERMISO

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

Huánuco, ____ de _____ de 2024

JEFA DEL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA ACLAS PILLCO MARCA:

ASUNTO: Solicitud de autorización para realizar un análisis documental de historias clínicas sobre factores condicionantes para la práctica de la episiotomía.

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es TACUCHI SANTA CRUZ ATALHYZ ANGIE, estudiante de la Universidad de Huánuco. En el marco de mi proyecto de investigación titulado “**Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Centro de Salud PotracanCHA ACLAS Pillco Marca - 2024**”, como requisito para optar por el título profesional, me dirijo a usted para solicitar autorización para la recolección de datos mediante el análisis de las historias clínicas de las pacientes que dieron a luz en el Centro de Salud PotracanCHA.

El objetivo de esta investigación es identificar y analizar los factores condicionantes que influyen en la decisión de realizar una episiotomía durante el parto, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de los servicios de salud en dicha institución.

Por ello, solicito formalmente su permiso para llevar a cabo este análisis documental. Me comprometo a que el proceso se realizará respetando los principios éticos y la confidencialidad de la información. Asimismo, presentaré los resultados obtenidos una vez concluido el estudio, con el objetivo de aportar al fortalecimiento de la atención en salud del Centro de Salud PotracanCHA.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de una respuesta favorable a esta solicitud.

Atentamente,

TACUCHI SANTA CRUZ ATALHYZ ANGIE



PERÚ

Ministerio
de Salud

C.S. POTRACANCHA

ACLAS Pillco Marca

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO

RED DE SALUD HUANUCO

ACLAS PILLCO MARCA

CARTA DE ACEPTACIÓN

Pillco Marca, 04 de diciembre del 2024

TACUCHI SANTA CRUZ ATALHYZ ANGIE

Presente. –

Estudiante de la Carrera Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que, ha sido **ACEPTADO** su solicitud para realiza su proyecto de investigación titulado **"FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD POTRACANCHA ACLAS PILLCO MARCA - 2024"** en el centro de Salud de PotracanCHA - ACLAS Pillco Marca – Micro Red Pillco Marca

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD HUANUCO
MICRO RED PILLCO MARCA

Mg. Angela Magaly Meza Salazar
C.E.P. 65499
J E F A