

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



TESIS

“Complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano - 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Bravo Calderon, Jennifer Mishell

ASESORA: Fernández Samoro, Raquel

HUÁNUCO – PERÚ

2025

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina Clínica

Disciplina: Obstetrícia, 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): 73756728

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 23100042

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud, con
mención en salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-3442-5114

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Ballarte Baylón, Natalia	Magíster en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324
2	Falcón Fretel, Lidia Betzaida	Magister en ciencias de la salud salud pública y docencia universitaria	42510587	0000-0003-4236-6871
3	Oscategui Torres, Dora Narvi Zulema	Obstetra	20089696	0000-0003-0463-5022



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **once horas con treinta minutos** de la fecha **siete** del mes de **octubre** 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:

- | | |
|---|-------------------|
| • Mg. Natalia Ballarte Baylon | Presidente |
| • Mg. Lidia Betzaida Falcon Fretel | Secretaria |
| • Obstetra Dora Narvi Zulema Oscategui Torres | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION 3666-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y EPISIOTOMIA SELECTIVA EN GESTANTES PRIMIGESTAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANA O - 2024"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. Jennifer Mishell BRAVO CALDERON**, 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 aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de bueno.

Siendo las, 12:30 horas del día **siete** del mes de **octubre** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

MG. NATALIA BALLARTE BAYLON
DNI: 22486754
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-0795-9324

MG. LIDIA BETZAIDA FALCON FRETTEL
DNI: 42510587
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4236-6871

OBSTETRA DORA N. Z. OSCATEGUI TORRES
DNI: 20089696
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-0463-5022



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: JENNIFER MISHALL BRAVO CALDERON, de la investigación titulada "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EPISIOTOMÍA SELECTIVA EN GESTANTES PRIMIGESTAS EN EL CENTRO DE SALUD PANA O - 2024", con asesor(a) RAQUEL FERNANDEZ SAROMO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1294-2024-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, 28 de agosto 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

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

2%

4

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

tesario.mesoamericana.edu.gt

Fuente de Internet

1%

6

Submitted to uncedu

Trabajo del estudiante

1%

7

www.awomansview.com

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.udh.edu.pe

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

En primer lugar, dedico este trabajo a Dios, ya que fue Él quien me brindó fortaleza en cada paso que di y quien guió con sabiduría mi camino a lo largo de todo el proceso de formación; del mismo modo, su presencia constante me infundió esperanza en los momentos difíciles y me motivó a continuar con fe, perseverancia y gratitud a pesar de los desafíos.

A continuación, dedico esta tesis a mis padres, porque fueron el reflejo más claro de esfuerzo, entrega y amor incondicional, y porque gracias a su ejemplo diario y a su apoyo inquebrantable aprendí a luchar por mis metas con humildad, disciplina y confianza.

Seguidamente, extendiendo esta dedicatoria a mis hermanos quienes, con su compañía constante, su afecto sincero y su ánimo incondicional me acompañaron en este camino, ya que cada uno de ellos, desde su forma de ser, aportó luz, alegría y aliento en los momentos en que más los necesité.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco profundamente a mis padres, ya que su amor incondicional, su guía constante y su confianza en mis capacidades fueron la base sobre la cual se sostuvo cada uno de mis logros, por lo tanto, esta etapa culminante en mi formación no habría sido posible sin su permanente apoyo y comprensión.

Del mismo modo, agradezco a mis hermanos quienes, con su cercanía afectiva, sus palabras de aliento y su entusiasmo sincero fortalecieron mi ánimo en los momentos de mayor exigencia, y porque su presencia me recordó que no caminé sola, sino acompañada de un lazo fraternal que me sostuvo.

Posteriormente, extendiendo mi gratitud a mi asesor de tesis, porque con dedicación, claridad y compromiso brindó una orientación oportuna a lo largo del desarrollo de esta investigación, además de que sus observaciones pertinentes y su disposición constante enriquecieron este trabajo en contenido, enfoque y rigurosidad académica.

Además, reconozco y agradezco a los miembros del jurado ya que, con su experiencia, su mirada crítica y su compromiso con la calidad académica aportaron valor a esta tesis, y porque su participación representó para mí una oportunidad de seguir aprendiendo, mejorando y creciendo como investigadora y futura profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	16
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	16
1.3. OBJETIVOS	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	17
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	17
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	18
1.4.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA	18
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	24
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	27
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.2.1. EL PERINEO	28

2.2.2. PERINEOTOMÍA.....	29
2.2.3. EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA Y PARTO HUMANIZADO	50
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	50
2.4. HIPÓTESIS	52
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	52
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS	52
2.5. VARIABLES.....	52
2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN.....	52
2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN	52
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN.....	53
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
CAPÍTULO III.....	57
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
3.1.1. ENFOQUE.....	57
3.1.2. NIVEL	57
3.1.3. DISEÑO.....	57
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	58
3.2.1. POBLACIÓN	58
3.2.2. MUESTRA.....	58
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.3.3. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61
3.3.4. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS.....	61
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	61
3.4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	61
3.4.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	62
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	62
CAPÍTULO IV.....	63
RESULTADOS.....	63
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	63

4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	63
4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ..	68
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.....	70
CAPÍTULO V.....	75
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	75
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	63
Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	64
Tabla 3. Ocupación de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	65
Tabla 4. Estado civil de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	66
Tabla 5. Religión de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	67
Tabla 6. Edad gestacional al momento del parto de las grávidas primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	68
Tabla 7. Atenciones prenatales realizadas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	69
Tabla 8. Tabla cruzada de las complicaciones obstétricas anteparto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	70
Tabla 9. Pruebas no paramétricas que mide la asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	71
Tabla 10. Tabla cruzada de las complicaciones obstétricas durante el parto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	72
Tabla 11. Pruebas no paramétricas que mide la asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024 ..	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024	63
Figura 2. Grado de instrucción de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024	64
Figura 3. Ocupación de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024	65
Figura 4. Estado civil de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024	66
Figura 5. Religión de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024	67
Figura 6. Edad gestacional al momento del parto de las grávidas primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024.....	68
Figura 7. Atenciones prenatales realizadas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024	69

RESUMEN

Objetivo: Asociar las complicaciones obstétricas con la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024. **Método:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y correlacional, con 92 gestantes seleccionadas por muestreo aleatorio simple. Se empleó el análisis documental de historias clínicas mediante una ficha validada por cinco expertos. El análisis se realizó con la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** En cuanto a las características demográficas, predominó el embarazo adolescente (62.0%), el nivel de instrucción secundaria (63.0%), la condición de ama de casa (92.4%), la convivencia con pareja (75.0%) y la religión católica (82.6%). Respecto a las características obstétricas, la mayoría de las gestantes tuvo un parto a término (94.6%) y asistió a más de seis controles prenatales (72.8%), lo que refleja una atención gestacional oportuna en la mayoría de los casos. Respecto a las complicaciones obstétricas anteparto, no se encontró asociación estadísticamente significativa con la episiotomía selectiva: hipertensión gestacional ($p = 0.326$), diabetes gestacional ($p = 1.000$), infección urinaria ($p = 0.265$) y macrosomía fetal ($p = 0.300$). En cuanto a las complicaciones intraparto, la mayoría tampoco mostró asociación significativa: desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0.548$), hemorragia obstétrica anormal ($p = 0.723$) y desgarros perineales ($p = 1.000$); sin embargo, se halló una asociación significativa con la distocia de hombros ($p = 0.005$). **Conclusiones:** Solo la distocia de hombros mostró asociación significativa con la episiotomía selectiva en primigestas.

Palabras clave: Alteración; obstétrica, episiotomía, gestante, distocia de hombros.

ABSTRACT

Objective: To associate obstetric complications with selective episiotomy in primigravida women at the Pano Health Center, Huánuco – 2024. **Method:** A retrospective, observational, cross-sectional, and correlational study was conducted with 92 pregnant women selected through simple random sampling. Clinical record analysis was performed using a data collection form validated by five experts. The Fisher's exact test was used for statistical analysis. **Results:** Regarding demographic characteristics, adolescent pregnancy predominated (62.0%), followed by secondary education level (63.0%), housewife status (92.4%), cohabitation with a partner (75.0%), and Catholic religion (82.6%). As for obstetric characteristics, most of the women had a full-term delivery (94.6%) and attended more than six prenatal check-ups (72.8%), reflecting timely prenatal care in most cases. Regarding antepartum obstetric complications, no statistically significant association was found with selective episiotomy: gestational hypertension ($p = 0.326$), gestational diabetes ($p = 1.000$), urinary tract infection ($p = 0.265$), and fetal macrosomia ($p = 0.300$). Concerning intrapartum complications, most also showed no significant association: premature placental abruption ($p = 0.548$), abnormal obstetric hemorrhage ($p = 0.723$), and perineal tears ($p = 1.000$); however, a significant association was found with shoulder dystocia ($p = 0.005$). **Conclusions:** Only shoulder dystocia showed a statistically significant association with selective episiotomy in primigravida women.

Keywords: Complication; obstetric, episiotomy, pregnant woman, shoulder dystocia.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía, una incisión quirúrgica en el perineo durante el parto para facilitar la salida fetal, fue promovida desde finales del siglo XIX con la intención de prevenir desgarros severos y proteger el suelo pélvico. Sin embargo, a partir de 1983 se cuestionó su uso rutinario debido a la falta de evidencia científica que avalara sus beneficios, además de los riesgos asociados como dolor, infecciones y disfunciones sexuales ^(1,3,4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda limitar su uso a un 10% de los partos, promoviendo la episiotomía selectiva basada en criterio clínico ^(6,7,8). Pese a ello, la prevalencia varía ampliamente: en países europeos oscila entre 8% y 69%, en América Latina puede llegar hasta el 80% en Chile, y en Perú alcanza tasas superiores al 90% en nulíparas ^(10,17,19). Esta alta prevalencia contrasta con la falta de evidencia local sobre sus consecuencias, especialmente en zonas como Huánuco.

En este contexto, surge la necesidad de generar información actualizada sobre la relación entre episiotomía selectiva y complicaciones obstétricas, para orientar prácticas clínicas más seguras y humanizadas. Desde esta perspectiva, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024?

La presente investigación se justifica por la urgencia de contrastar los efectos de la episiotomía selectiva frente a la práctica rutinaria, considerando que el abordaje selectivo ha demostrado disminuir traumas perineales severos. Asimismo, esta tesis aporta a la revisión crítica de la literatura obstétrica, promoviendo evidencia local sobre una intervención aún prevalente, a fin de respaldar decisiones clínicas más racionales y respetuosas con los derechos de la mujer.

Por ello, los objetivos de esta investigación se centran en asociar las complicaciones obstétricas, tanto anteparto como intraparto, con la episiotomía selectiva en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Panao, Huánuco, durante el año 2024. Asimismo, se busca describir las

características demográficas y obstétricas de estas gestantes para contextualizar los factores relacionados con el uso de esta técnica quirúrgica.

En tal sentido, la presente tesis se organiza en cinco capítulos para facilitar una comprensión progresiva del estudio. En primer lugar, el capítulo uno expone el planteamiento del problema, la formulación, los objetivos, la justificación y las limitaciones. A continuación, el segundo capítulo aborda los antecedentes, fundamentos teóricos, definiciones, hipótesis y variables. Luego, el tercer capítulo describe la metodología empleada, incluyendo el diseño, la población, la muestra, las técnicas e instrumentos, así como los aspectos éticos y el análisis estadístico. Seguidamente, el cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos junto con su respectiva discusión. Finalmente, el quinto capítulo desarrolla las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos, cerrando así la estructura del trabajo.

En este marco, el estudio se realizó bajo un diseño retrospectivo, observacional, transversal y correlacional. Para el análisis documental de las historias clínicas se utilizó una ficha de recolección de datos validada previamente por cinco expertos, lo que garantizó la rigurosidad del proceso. Además, las fuentes de información empleadas fueron diversas y confiables, incluyendo revistas científicas indexadas, libros especializados en obstetricia, repositorios de tesis y sitios web reconocidos.

No obstante, durante el proceso investigativo se presentaron algunas limitaciones que influyeron en la recopilación y análisis de datos. Entre estas, destacan la variabilidad y legibilidad de los registros médicos, lo que derivó en una reducción del tamaño muestral debido a historias clínicas incompletas. Asimismo, el tiempo de seguimiento restringido impidió valorar complicaciones obstétricas de largo plazo.

Por consiguiente, en síntesis, esta investigación busca aportar a la comprensión crítica de una práctica obstétrica aún frecuente, generando evidencia que contribuya a una atención más segura, oportuna y centrada en la salud integral tanto de la gestante como del neonato.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La episiotomía es un tipo de operación obstétrica que se ha puesto en tela de juicio a lo largo de los años. Esto ha arrojado luz sobre las supuestas ventajas del procedimiento, que incluyen evitar la degradación del suelo pélvico, la incontinencia urinaria y reducir la cantidad de daño fetal que se produce durante el proceso de expulsión, entre otras ventajas potenciales. A finales del siglo XIX, estas fueron las explicaciones que se utilizaron para promover su uso regular. Esta práctica se intensificó en el inicio del siglo XX, y continuó siendo impulsada hasta 1983, cuando las ventajas atribuidas fueron descartadas por falta de comprobación científica, recomendándose su uso restricto ^(1, 2).

Durante la segunda etapa del parto, la episiotomía es una técnica quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el perineo, que es la región que se encuentra entre la vagina y el ano. Su finalidad es aumentar el diámetro de la salida vulvar para facilitar el paso de la cabeza fetal y evitar que el tejido perineal se desgarre de forma incontrolada.

A pesar de que la episiotomía se utilizó por primera vez en la práctica obstétrica con la expectativa de que reduciría la gravedad de los desgarros que se producían durante el parto y facilitaría el proceso de dar a luz, no es así. Pero a lo largo del tiempo, tanto su eficacia como su seguridad se han puesto en duda. En 1983, se puso de manifiesto la falta de pruebas científicas que respaldaran su uso regular, y también se observó que existían posibles riesgos relacionados con su utilización, como la creación de hematomas, molestias perineales, infecciones, disfunciones sexuales y dificultades a lo largo del proceso de cicatrización. En la actualidad, la episiotomía se considera un tipo de violencia obstétrica cuando se realiza frecuentemente sin el permiso de la madre ^(3, 4, 5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la episiotomía es una intervención cada vez más frecuente en los procesos de parto que tiende a disminuir la capacidad de la mujer para dar a luz y repercute negativamente en su experiencia del parto ⁽⁶⁾. Sin embargo, la Organización Mundial de la

Salud (OMS) sugiere que la tasa de episiotomía debería situarse en torno al 10%, una situación que ya se ha alcanzado en varias naciones europeas. Por consiguiente, es necesario limitar su uso e incentivar a los médicos para que hagan uso de su juicio clínico a fin de determinar las circunstancias en las que la operación es realmente necesaria ⁽⁷⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la episiotomía se utilice de forma selectiva y no como componente estándar del manejo del parto ⁽⁸⁾.

El uso de la episiotomía de forma restringida o selectiva para fines habituales se está popularizando en todo el mundo, como afirman Chamorro y Torres, ⁽⁹⁾ en su investigación. A pesar de ello, debe utilizarse con extrema discreción, y sólo en situaciones en las que sea incuestionablemente necesaria para salvar cualquier peligro materno y/o fetal inmediato durante el parto. Aunque múltiples estudios han demostrado la necesidad de técnicas para limitar la necesidad de la episiotomía, sigue siendo necesario realizar más investigaciones y estudios de mayor envergadura para evaluar la eficacia de cada estrategia, por sí sola o en combinación, con el fin de reducir la tasa de episiotomía y los posibles problemas que puedan derivarse de ella. En los centros de salud terciarios de Ecuador se ha fomentado el uso restringido de la episiotomía en mujeres embarazadas; sin embargo, no hay pruebas de las dificultades que se han presentado en mujeres que viven su primer embarazo.

Se realizan suturas perineales a unas 350.000 mujeres al año en el Reino Unido, y a millones de mujeres más en todo el mundo, como consecuencia de un desgarro o corte natural (episiotomía) relacionado con el parto. Éste es sólo un ejemplo de cómo la incidencia de la episiotomía varía sustancialmente entre zonas y naciones de todo el mundo. Por otra parte, la incidencia de la episiotomía es bastante elevada, con tasas que van del 8% en los Países Bajos al 13% en Inglaterra y al 25% en Estados Unidos. Además, se han observado tasas de prevalencia del 46% y el 54,9% en dos naciones situadas en África Occidental. En Europa, las tasas de prevalencia varían entre el 31% y el 69% ^(10, 11, 12). Por otro lado, en algunos lugares, como Yemen, la frecuencia de episiotomía en 2022 sigue siendo bastante elevada, alcanzando aproximadamente el 51,6% ⁽¹³⁾.

La investigación llevada a cabo por García et al, ⁽¹⁴⁾ en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca, donde la tasa de episiotomía fue del 36,5%,

aporta una prueba más de que estas elevadas cifras de incidencia están realmente avaladas. El porcentaje fue del 35,5% cuando el parto se inició de forma natural; la tasa fue del 47,2% cuando el parto fue inducido; y el porcentaje fue del 42,3% cuando el parto fue estimulado. El porcentaje de partos eutiroideos fue del 20,6%, mientras que el porcentaje de partos instrumentados fue del 95,25%. La tasa de episiotomía fue del 49,64% en las mujeres que tuvieron su primer hijo, mientras que la tasa fue del 15,55% en las mujeres que tuvieron más de un hijo. Cuando se practicaba la episiotomía, había una propensión a los desgarros de segundo grado (43,40%), seguidos de los desgarros de primer grado (35,61%) y, por último, los desgarros de tercer grado (19,81%).

La incidencia de la episiotomía también varía de un país a otro en América Latina. La incidencia de la episiotomía en México, por ejemplo, varía de 41.8% en el estado de Oaxaca a 77.2% en la Ciudad de México, donde hasta 95% de las mujeres primíparas se someten a una episiotomía. En México, el estado de Oaxaca tiene la mayor prevalencia de episiotomía (51.8%) ^(15, 16).

Hay regiones en América Latina donde la prevalencia de esta operación puede llegar hasta el 80%. En Chile, una de las naciones que se encuentra en esta categoría, la práctica se utiliza en entre 70 y 100% de los partos ⁽¹⁷⁾.

Según los resultados de una investigación realizada en Argentina, la episiotomía se realizó en el 82,6% de los partos del grupo que tuvo episiotomía regular 18 y en el 30,1% de los partos del grupo que se sometió a episiotomía selectiva ⁽¹⁸⁾.

En el Perú, la episiotomía realizada en mujeres nulíparas es una práctica generalizada; en los 108 principales hospitales del país, el 92,3% de las mujeres son sometidas a episiotomía, frecuencia que indica que las episiotomías se realizan rutinariamente en los centros obstétricos del país, las cuales van en aumento, llegando casi al 100%. El uso rutinario de la episiotomía en todos los partos está siendo cuestionado actualmente debido a una revisión de la literatura que se basa en la evidencia de los beneficios sobre los riesgos. Generalmente se acepta que un número adecuado de veces que se realiza está entre el treinta y el cuarenta por ciento de las veces,

siendo el número exacto de veces muy dependiente de la experiencia y modalidad de práctica del médico ^(19, 20).

Aunque la frecuencia de las episiotomías varía de un servicio a otro. Además, es de conocimiento general que la episiotomía se sigue utilizando en un número significativo de áreas en todo el país. Por ello, es de suma importancia la realización de esta investigación, que servirá como información adicional para facilitar la obtención de datos más precisos y actualizados acerca de la ocurrencia de la episiotomía en Huánuco, así como de las posibles dificultades que puedan derivarse de ella.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco - 2024

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

P₁: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal) y episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

P₂: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) y episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

P₃: ¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024?

P₄: ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Asociar las complicaciones obstétricas con la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco - 2024

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O₁: Asociar las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal) con la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

O₂: Asociar las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) con la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

O₃: Describir las características demográficas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

O₄: Describir las características obstétricas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Este estudio se fundamenta en la necesidad de evaluar y comparar los efectos de la episiotomía selectiva frente a la rutinaria, dado que investigaciones previas han demostrado que la episiotomía selectiva puede reducir el trauma perineal severo en comparación con la rutinaria.

Además, analiza críticamente la literatura existente sobre prácticas obstétricas y sus implicaciones, aportando nuevos conocimientos sobre la relación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones obstétricas. Esto permitió actualizar el marco teórico en un contexto local, proporcionando información específica que puede guiar la atención obstétrica en el Centro de Salud Pano.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Prácticamente, la investigación busca mejorar la calidad de la atención obstétrica en el Centro de Salud Pano, promoviendo

prácticas basadas en evidencia que reduzcan las complicaciones perineales y optimicen los resultados maternos y neonatales.

Los hallazgos permitirán a los profesionales de salud en este establecimiento tomar decisiones informadas sobre la implementación de episiotomías, evitando intervenciones innecesarias y mejorando la experiencia de parto de las pacientes locales. Estos resultados serán especialmente valiosos para actualizar los protocolos del centro, logrando una atención más segura y eficiente para las madres y neonatos de la comunidad.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El empleo de un diseño no experimental garantizó datos sólidos y confiables sobre la efectividad de la episiotomía selectiva en el contexto del Centro de Salud Pano. Al incluir un enfoque observacional, retrospectivo y analítico correlacional, se obtuvo información detallada a través de encuestas y análisis de historias clínicas de las pacientes atendidas en este establecimiento.

Este enfoque integral permitió evaluar prácticas específicas del centro, asegurando que las recomendaciones generadas estén adaptadas a las necesidades locales.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Esta investigación proporciona evidencia local específica para guiar políticas de salud local. Además, los resultados enriquecen el conocimiento sobre complicaciones obstétricas y prácticas de episiotomía, al tiempo que sirven como base para futuras investigaciones centradas en contextos similares. Además, se espera que los hallazgos sean difundidos en publicaciones académicas y eventos científicos, fomentando la aplicación de prácticas basadas en evidencia en escenarios con características demográficas y sanitarias comparables.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Los registros médicos variaron, afectando la calidad de los datos recopilados.
- Dificultades para obtener información completa de las historias clínicas (estaban borrosas), lo que redujo el tamaño de la muestra.

- Se limitó estudiar a una población en tan solo un año.
- La falta de personal capacitado afectó la precisión y cantidad de datos obtenidos.
- Al cumplir con los requisitos éticos demoró el inicio del estudio.
- Un periodo limitado no pudo capturar todas las complicaciones a largo plazo.
- Escasa bibliografía local.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

- El Centro de Salud Panoa tuvo un sistema de registros médicos relevantes y eficientes que facilitó la obtención de datos clínicos.
- La colaboración con profesionales de salud (médicos, obstetras, enfermeros y técnicos) permitió una recolección de datos exhaustiva y precisa.
- El respaldo del Centro de Salud Panoa – Huánuco, en conjunto con la Universidad de Huánuco, aseguró el acceso y facilidades necesarias para la investigación.
- El uso de herramientas informáticas como programas de office, SPSS y Excel facilitó la gestión, análisis y organización eficiente de los datos.
- Se contó con una aprobación ética garantizando que el estudio se realice de manera responsable y respetuosa con los derechos de las pacientes.
- La recolección de datos en un solo momento proporcionó una visión más completa de las complicaciones obstétricas.
- La capacidad de adaptar los métodos de recolección de datos según las circunstancias garantizó la continuidad del estudio.
- Publicar los hallazgos y compartirlos a nivel institucional también contribuyen a la mejora continua de las prácticas clínicas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Suecia (2019), Bergendahl et al, ⁽²¹⁾ desarrolla una investigación titulada **“Episiotomía lateral versus ninguna episiotomía para reducir la lesión obstétrica del esfínter anal en el parto asistido por vacío en mujeres nulíparas: protocolo de estudio en un ensayo controlado aleatorio”**, con el objetivo de comparar la episiotomía lateral frente a no episiotomía en nulíparas con parto asistido por vacío, para reducir la lesión obstétrica del esfínter anal (OASIS). Se incluyeron 710 mujeres nulíparas con gestación ≥ 34 semanas, asignadas aleatoriamente (1:1) a episiotomía o no episiotomía. Se aplicó una episiotomía lateral de 4 cm, 1-3 cm lateral a la línea media, con ángulo de 60°. El OASIS fue el resultado principal, diagnosticado clínicamente bajo intención de tratar. Se buscó reducir su prevalencia del 12,4% al 6,2%. Entre los resultados secundarios se evaluaron dolor, pérdida sanguínea, lesiones perineales, complicaciones neonatales y calidad de vida mediante cuestionarios online y ecografía perineal en seguimiento a 2 meses, 1 año y 5 años. Se concluyó que la episiotomía lateral podría reducir significativamente la incidencia de OASIS en partos por vacío en nulíparas, aunque se requiere análisis a largo plazo.

Irán (2020), Goodarzi et al, ⁽²²⁾ en su investigación **“Comparación de la incidencia de infección en el sitio de la episiotomía en dos grupos de primíparas con y sin antibióticos profilácticos después del parto vaginal normal remitidas al Hospital Bent Al-Huda en Bojnourd”**, con el objetivo de comparar la incidencia de infección en el sitio de episiotomía entre primíparas con y sin antibióticos profilácticos tras parto vaginal normal. El estudio incluyó a 140 primíparas del Hospital Bent Al-Huda (n=70 por grupo), una con cápsulas de cefalexina y otra con placebo, administrados cada seis horas durante siete días. La cicatrización se evaluó al séptimo día postparto con la escala REEDA. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas

($p < 0,05$) en favor del grupo con antibióticos, el cual presentó menores puntuaciones en la escala REEDA, indicando mejor cicatrización. Se concluyó que el uso profiláctico de antibióticos mejora significativamente la cicatrización de la episiotomía en primíparas.

Nigeria (2020), Ononuju et al, ⁽²³⁾ plantean una investigación titulado **“Revisión de la episiotomía y el efecto de sus factores de riesgo sobre las complicaciones postepisiotomía en el Hospital Universitario de la Universidad de Port Harcourt”**, con el objetivo de determinar la prevalencia de la episiotomía, sus complicaciones y la relación con factores de riesgo en el Hospital Universitario de Port Harcourt. El estudio incluyó a 43 mujeres sometidas a episiotomía, evaluadas desde el parto hasta la sexta semana postnatal. Se usó SPSS v19 y prueba t para el análisis estadístico. Los resultados mostraron una tasa de episiotomía del 22,1% y una incidencia de complicaciones postepisiotomía del 52,1%. Las manifestaciones más frecuentes fueron dolor perineal ≥ 72 horas (34,3%), dificultad para caminar (29,1%) y molestias perineales (17,6%). La infección de herida se presentó en el 1,9% y la dehiscencia en el 0,4%. La edad promedio de las participantes fue de 23 años (DE: 3,2). No se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre las complicaciones y variables como: edad gestacional ($T=1,4$; $p=0,1$), hematocrito al ingreso ($T=1,0$; $p=0,2$), duración de la primera ($T=0,5$; $p=0,1$) y segunda fase del parto ($T=0,7$; $p=0,3$), tiempo de rotura de membranas ($T=0,8$; $p=0,4$), intervalo de reparación ($T=0,6$; $p=0,2$), pérdida de sangre ($T=0,9$; $p=0,2$), duración del baño de asiento ($T=1,0$; $p=0,2$), analgésicos ($T=1,2$; $p=0,1$), antibióticos ($T=1,3$; $p=0,1$), y operador ($p=0,2$). Se concluyó que la incidencia de complicaciones postepisiotomía fue considerable, sin asociación significativa con los factores analizados. Se recomendó restringir su uso y asegurar un manejo adecuado del dolor para reducir su impacto.

Pakistán (2020), Khan et al, ⁽²⁴⁾ en su investigación **“Episiotomía y sus complicaciones: un estudio transversal en un hospital de segundo nivel”**, con el objetivo de evaluar las complicaciones asociadas a la episiotomía durante el parto vaginal. La muestra incluyó

a 235 pacientes, cuyas complicaciones fueron clasificadas según el momento de aparición (agudas o precoces). Los resultados indicaron que el 4,3% (n=10) de las mujeres presentó complicaciones agudas como desgarros perineales, hemorragia posparto, episiotomía prolongada, molestias perineales, dificultad para orinar o defecar y hematoma vaginal. Además, el 8,9% (n=21) presentó complicaciones precoces como infección de la herida, herida abierta y necesidad de resutura. Se observó una asociación relevante con la edad, especialmente en el grupo de 19 a 29 años. Se concluyó que la episiotomía mediolateral es una intervención segura para prevenir desgarros perineales de tercer y cuarto grado, sin una incidencia elevada de complicaciones.

Irán (2021), Mousavi et al, ⁽²⁵⁾ en su investigación **“Episiotomía y sus complicaciones”**, El propósito de esta investigación fue determinar la incidencia de la episiotomía y las dificultades tempranas que causa en el parto vaginal natural en el departamento de maternidad del Hospital Ali Ibn Abitaleb (AS) de Zahedan entre los años 2014 y 2016. Metodología: Esta investigación fue una investigación transversal que se llevó a cabo en el año 2017. Se examinaron los registros de las mujeres que habían dado a luz entre los años 2014 y 2016. Los datos se recopilaron mediante el uso de formularios de información y se utilizó el software SPSS para el análisis. En las 418 mujeres examinadas, la tasa de episiotomía fue del 54,5%. Además, existía una correlación sustancial entre el número de hijos y la edad de la madre con respecto a la tasa de episiotomía. Además, la frecuencia de dolor a las 24 horas, la tasa de rotura perineal y la tasa de hematomas fueron considerablemente mayores en el grupo al que se practicó la episiotomía. Las puntuaciones de Apgar en el primer y quinto minuto de vida fueron considerablemente inferiores en los neonatos que formaban parte del grupo de episiotomía. En conclusión, la tasa global de episiotomías fue del 54,5%, y se observó una relación significativa entre la tasa de episiotomías y el número de hijos nacidos de la madre y la edad de ésta.

Yemen (2022), Nada Khan y Abdullah, ⁽¹³⁾ en su investigación titulada **“Episiotomía en el centro de emergencia obstétrica de**

Asha'ab, Adén, Yemen: prevalencia, perfil clínico y complicaciones", con el objetivo de determinar la prevalencia, el perfil clínico y las complicaciones de la episiotomía en partos vaginales. Se incluyeron 858 mujeres que dieron a luz entre octubre de 2021 y marzo de 2022. Se reportó una prevalencia de episiotomía del 51,6% (n=443). La mayoría fueron primigestas (n=362; 81,7%), seguidas por multíparas (n=42; 9,5%). Entre las condiciones clínicas asociadas, la anemia fue la más frecuente (n=167; 37,7%), seguida de hipertensión (n=33; 7,4%). Las complicaciones más comunes fueron: dolor perineal (n=51; 11,5%), molestias perineales (n=32; 7,2%), infección de herida (n=27; 6,1%), hemorragia (n=18; 4,1%), dificultad para caminar (n=9; 2,0%), dehiscencia (n=3; 0,7%) y dificultad para defecar (n=1; 0,2%). Se concluyó que la tasa de episiotomía superó la recomendación de la OMS (<10%) y se sugirió realizar estudios prospectivos más amplios para validar estos hallazgos.

Estados Unidos (2024), Dillon et al, ⁽²⁶⁾ plantean una investigación titulada **"Episiotomía: evolución de una práctica obstétrica común en un hospital público"**, llevaron a cabo un estudio observacional retrospectivo para analizar la evolución del uso de la episiotomía y su influencia en los resultados maternos y neonatales antes y después de implementar una política de restricción. Se utilizó una base de datos poblacional obstétrica con partos vaginales de ≥ 37 semanas entre 1990 y 2017, excluyendo casos con anomalías fetales, embarazos múltiples y muertes fetales. Se compararon dos periodos: 1990–1997 (tasa de episiotomía: 35%) vs. 2010–2017 (tasa: 2,5%). En total, 268.415 partos cumplieron los criterios de inclusión; de estos, 49.089 (18,2%) recibieron episiotomía. En el primer periodo se registraron 82.082 partos y en el segundo 57.183 partos. Se utilizó Chi-cuadrado de Pearson para los análisis univariantes. Se observó una reducción significativa de episiotomías (del 37% al 2%) y, paralelamente, una disminución de laceraciones perineales de tercer y cuarto grado. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en los resultados neonatales inmediatos (Apgar ≤ 3 a los 5 minutos, pH arterial <7) ni en complicaciones como hemorragia intraventricular, sepsis, convulsiones o mortalidad neonatal. Conclusión:

La episiotomía selectiva y basada en indicación médica se asoció con una menor tasa de laceraciones perineales graves sin comprometer los resultados neonatales, lo que pone en evidencia la falta de justificación clínica para su uso rutinario.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Ayacucho (2019), Corzo y Cuadros, ⁽²⁷⁾ en su tesis **“Factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de apoyo de Huanta. Julio – setiembre 2019”**, cuyo objetivo fue identificar las variables relacionadas con la práctica de episiotomías en madres primerizas atendidas en dicho hospital. El estudio tuvo un enfoque aplicado, descriptivo, cuantitativo, no experimental, transversal y prospectivo. La recolección de datos se organizó en una base de Excel y se analizó mediante el software SPSS 24.0, utilizando tablas de contingencia y la prueba de independencia Chi-cuadrado para evaluar la relación entre las variables principales del estudio. Los resultados mostraron una elevada prevalencia de episiotomías en primigestas (80,6%) durante el periodo de estudio. Se observó que el 54,4% de las adolescentes fueron sometidas a episiotomía, mientras que la mayoría de las que no la recibieron tenían entre 20 y 35 años. Además, el 98,7% de las mujeres con episiotomía y el 100% de las que no la tuvieron presentaron periodos expulsivos normales. En cuanto al tipo de parto, el 87,3% de las mujeres con episiotomía tuvieron partos eutócicos, y el 57,9% de las mujeres sin episiotomía también. El análisis estadístico reveló asociaciones significativas ($p < 0,05$) entre la prevalencia de episiotomía y variables como el tipo de parto y la duración del periodo expulsivo.

Cusco (2020), Vilca, ⁽²⁸⁾ en su investigación **“Caracterización de las gestantes nulíparas con episiotomías atendidas en el Centro De Salud De Pichari, Cusco 2020”**, tuvo como objetivo describir las principales características personales, obstétricas y neonatales de las nulíparas a quienes se les practicó episiotomía. El estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, con una muestra de 121 gestantes nulíparas. Se encontró que el 57,0% eran adolescentes, el 42,1% jóvenes y el 0,9% adultas. En cuanto al nivel

educativo, el 70,2% tenía secundaria. La mayoría (62,8%) medía entre 1,50 y 1,60 metros y el 92,6% pesaba entre 50 y 70 kg. Se reportó antecedente de aborto en el 41,3%, infecciones vaginales en el 48,7% y anemia en el 31,4%. Respecto a los recién nacidos, el 95,9% tuvo entre 37 y 41 semanas de gestación; el 91,7% pesó entre 2.500 y 3.999 gramos; el 90,1% tuvo perímetro cefálico entre 32 y 35 cm; y el 92,6% obtuvo un Apgar mayor a 7. En cuanto a la técnica, el 99,1% recibió episiotomía mediolateral derecha. Las complicaciones reportadas fueron: desgarros y dehiscencias (ambas 38,8%), hematomas (10,2%), edemas (10,2%) e infecciones (2,0%). El 68,6% presentó hemorragia leve. La incidencia general de episiotomía en el centro durante ese año fue del 24,5%. Se concluyó que la mayoría de las nulíparas con episiotomía compartían características como peso entre 50–70 kg, talla entre 1,50–1,60 m, estudios secundarios, presencia de anemia y hemorragia leve, y que se utilizó casi exclusivamente la técnica mediolateral derecha.

Lima (2021), Chuquimantari, ⁽²⁹⁾ en su investigación **“Revisión sistemática del uso de la episiotomía y sus complicaciones perineales”**, Se ofrece una descripción con la intención de identificar los problemas perineales derivados del uso de la episiotomía. Se realizó una búsqueda de información en diversas bibliotecas en línea, como Lilacs, Elsevier, Scielo, Cochrane y Sciencedirect. El diseño del estudio fue una revisión sistemática cualitativa. Dentro del marco temporal de la investigación, que abarcó desde 2015 hasta 2020, se tomaron en consideración las treinta y cinco publicaciones que cumplían los criterios de inclusión. Para el propósito de la investigación, se utilizó el sistema Grade, que permitió analizar cada artículo individual. El treinta y ocho por ciento de los trabajos examinados utilizó una técnica de revisión. En cuanto a los problemas perineales derivados del uso de la episiotomía regular, se informó de que la complicación principal eran los desgarros perineales en el 26% de los estudios que se examinaron. Según los resultados del 37% de los estudios examinados, la complicación más común que se produjo como resultado del uso de la episiotomía selectiva fue el desgarro perineal. La investigación actual llega a la conclusión de

que los datos científicos que se examinaron revelan que existe una fuerte conexión entre los problemas perineales y el uso tanto de la episiotomía regular como de la episiotomía selectiva.

Lima (2021), Vásquez, ⁽³⁰⁾ en su investigación **“Paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en el periodo 2019 – 2021”**, se propuso identificar la relación entre la paridad y diversos factores asociados a la práctica de la episiotomía en un establecimiento de primer nivel de atención. Basándose en las recomendaciones de la OMS sobre el uso restrictivo de esta práctica, el estudio adoptó un diseño retrospectivo, observacional, analítico y de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 298 puérperas: 149 casos (con episiotomía) y 149 controles (sin episiotomía). Los resultados mostraron una fuerte asociación entre nuliparidad y episiotomía (OR=4,7; IC: 2,54 - 8,94), indicando que las mujeres primíparas tenían 3,7 veces más riesgo de ser sometidas al procedimiento. También se identificó una menor probabilidad de realizar episiotomía conforme aumentaban los años de experiencia del personal asistente (OR=0,86; IC: 0,79 - 0,94). Asimismo, no haber tenido una episiotomía previa se relacionó con mayor riesgo de desgarro (OR=0,26; IC: 0,111 - 0,601). En el análisis multivariado, no se halló asociación significativa con variables como la edad ni el estado civil. Se concluyó que la paridad es un factor clave: las primíparas tienen una mayor probabilidad de ser sometidas a episiotomía, mientras que la experiencia profesional del personal clínico parece actuar como factor protector frente a su práctica indiscriminada.

Ica (2021), Jurado y Meza, ⁽³¹⁾ en su tesis **“Dehiscencia de las episiorrafias relacionadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital San José De Chíncha, 2019”**, Indicando que el propósito de la presente investigación fue examinar si la dehiscencia de episiorrafia se asocia o no con problemas obstétricos. Es una investigación descriptiva, correlacional y retrospectiva, con un tamaño de muestra de cincuenta gestantes que presentaron episiorrafia durante el trabajo de parto. El instrumento utilizado en este estudio es un formulario de recolección de datos, donde se detalla información

sobre problemas obstétricos y dehiscencia de episiorrafia. Las afecciones que resultaron predisponentes a la dehiscencia de episiotomía fueron la anemia (82%), la infección urinaria (68%), las infecciones vaginales (68%) y los desgarros de tercer y cuarto grado (82%). Basándose en los resultados de la prueba de chi-cuadrado, se ha demostrado que la dehiscencia de la episiotomía está asociada a las siguientes complicaciones obstétricas: anemia ($p=0,000$), infección vaginal ($p=0,000$), infección del tracto urinario ($p=0,002$) y desgarros de tercer y cuarto grado ($p=0,000$).

Pasco (2022), Verde, ⁽³²⁾ en su trabajo de investigación **“Factores asociados a desgarros perineales en púerperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo, Cerro De Pasco 2021 – 2022”**, menciona que el objetivo principal de este estudio fue determinar los factores asociados al desgarro perineal en púerperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo, Cerro de Pasco 2021-2022, donde se utilizó una metodología de diseño no experimental, retrospectivo, analítico de casos y controles, y la muestra estuvo conformada por 145 púerperas, la técnica utilizada fue un análisis documental y se utilizó como instrumento el formulario de recolección de datos. Al intentar determinar si existe o no correlación entre el desgarro perineal y la edad materna, el período intergestacional, el tiempo de expulsión y el peso del recién nacido, se realizó una prueba de chi cuadrado con un nivel de significación de $p0,05$. El desgarro perineal está asociado a factores maternos, neonatales y obstétricos. El peso normal y la psicoprofilaxis obstétrica son factores protectores, mientras que la presencia de anemia, la multiparidad y un perímetro cefálico del recién nacido superior a 35 cm son factores de riesgo de desgarro perineal. En conclusión, existen factores asociados al desgarro perineal.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontró algún antecedente a nivel de la región de Huánuco actualizado y referente al tema de investigación a mencionar.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EL PERINEO

Comprender la anatomía y la función del periné es esencial para campos como la ginecología, la urología y la cirugía colorrectal. El periné es una región anatómica crítica que se encuentra en la salida inferior de la pelvis. Desempeña un papel importante en diversas funciones corporales y está sujeto a un número considerable de afecciones médicas ^(33, 34).

Límites estructurales y estructuras anatómicas: Esta región tiene forma de diamante y está rodeada por la sínfisis púbica, las tuberosidades isquiáticas y el cóccix. El triángulo urogenital anterior y el triángulo anal posterior son los dos triángulos que componen esta estructura. Hay muchas capas que componen el perineo, algunas de las cuales incluyen el diafragma pélvico, el diafragma urogenital y el plano perineal superficial. En el marco de la anatomía funcional de la mujer, el periné está atravesado anteriormente por la uretra y la vagina, y posteriormente por el recto ^(35, 36, 37).

Su anatomía: Los músculos y tejidos conjuntivos que componen el suelo pélvico se encargan de cubrir la parte inferior de la pelvis. Los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina, y recto) se mantienen en el lugar correcto gracias a estas estructuras, que se encargan de cerrar la cavidad abdominal en su porción inferior. Ésta es la función principal de estas estructuras, ya que de ellas depende el funcionamiento normal de los órganos pélvicos. El músculo elevador del ano, que es un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, es la pieza principal de esta estructura ^(38, 39). Es posible separar los órganos pélvicos en tres compartimentos distintos:

- Anterior (la vejiga y la uretra)
- En el medio se encuentran el útero y la vagina, la próstata y las vesículas seminales.
- En la región posterior se encuentran el recto, el canal anal y el aparato esfínter y ano ^(38, 39).

Por ello, son los músculos que se sitúan entre el pubis y el coxis, además de rodear la vulva y el ano. Además, están situados en dos planos diferentes: el plano superficial y el plano profundo:

- Uno superficial, cuya finalidad principal es sexual, pero que también contribuye al sostén de los órganos pélvicos.
- Y uno más profundo, que se denomina periné profundo o posterior, generado por los músculos que sostienen eficazmente estos órganos, gobiernan los esfínteres y aumentan la calidad del contacto sexual ^(38, 39).

Importancia de las funciones destacadas

- En lo que respecta a la continencia, el suelo pélvico se encarga de controlar los esfínteres responsables de la orina y las heces.
- Unos músculos perineales tonificados aumentan la calidad del contacto sexual, que es un aspecto importante de la función sexual.
- En cuanto a la función reproductora, el perineo es el último obstáculo que debe superar la cabeza del bebé. No sólo ayuda a la cabeza del bebé a girar, sino que también genera una contracción refleja en el útero, conocida como reflejo de expulsión, que obliga a la embarazada a empujar.
- La vejiga, el útero, la vagina y el recto se apoyan en el perineo, que cumple una función de sostén ^(38, 39).

2.2.2. PERINEOTOMÍA

Desde el punto de vista obstétrico, es un procedimiento quirúrgico, que consiste en realizar una incisión a nivel del periné, con el fin de facilitar el paso de la cabeza fetal, que se realiza con una tijera curva, el término más apropiado para referirse a esta incisión debería ser perineotomía ⁽⁴⁰⁾.

Dado que episíon se refiere al pubis y temno significa cortar, el significado etimológico de episiotomía es cortar el pubis. Existe otro nombre para este procedimiento, que se denomina colpoperineotomía, y su finalidad es facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto ⁽¹⁷⁾.

En la segunda fase del parto, la episiotomía es una de las intervenciones obstétricas más frecuentes. Su finalidad es ampliar la anchura de la salida vulvar para favorecer el paso de la cabeza del niño y evitar el desgarro incontrolado de los tejidos perineales. Históricamente, la operación se recomendaba para la prevención de desgarros perineales de tercer o cuarto grado, así como para el tratamiento de la segunda etapa prolongada, la macrosomía, la frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora, el parto instrumental, la posición posterior del occipucio y la distocia de hombros. La episiotomía realizada de forma rutinaria se considera actualmente violencia obstétrica; la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que la incidencia de la episiotomía no supere el 10%. A pesar de esta recomendación, la episiotomía se practica regularmente en numerosos contextos ⁽⁴¹⁾.

A pesar de su exactitud, es indicativo del proceso de realizar una incisión quirúrgica en la región perineal, que incluye la piel, el plano muscular y la mucosa vaginal. El objetivo de este procedimiento es ampliar el canal blando para reducir la duración del parto y acelerar el nacimiento del bebé. No es necesario realizar una episiotomía rutinaria. En un tiempo se creyó que su uso podía reducir potencialmente la frecuencia de desgarros vaginales o perineales de tercer o cuarto grado (para más información, véase más abajo). Sin embargo, estudios aleatorizados han demostrado que la episiotomía regular no disminuye la aparición de desgarros graves, por lo que ahora sólo se realiza cuando es absolutamente necesaria. Según la experiencia del obstetra, la noción actual es que la episiotomía debe hacerse cuando se considera imprescindible. Se prevé que el número de pacientes que necesitarán una episiotomía será del treinta por ciento ⁽⁴²⁾.

Técnica episiotomía

Durante el proceso de expulsión de la cabeza, en el momento preciso en que abulta el perineo, se introduce una rama de las tijeras en la horquilla vulvar posterior, mientras que la otra rama se deja fuera. A continuación, se realiza un corte limpio teniendo en cuenta las capas de piel, mucosa y músculo ⁽⁴²⁾.

Dependiendo de la dirección en la que se realice la incisión, la episiotomía puede clasificarse como lateral, mediolateral o media. Las incisiones mediolaterales son preferibles a las episiotomías mediales debido a la mayor probabilidad de causar lesiones en el recto y el esfínter anal durante el procedimiento. Como consecuencia del hecho de que la episiotomía lateral es más difícil de cicatrizar, se relaciona con una mayor cantidad de sangrado y produce un resultado estético menos deseable, no se sugiere ⁽⁴²⁾.

Tanto el diafragma urogenital como el pélvico contribuyen a la formación del periné a través de sus músculos y fascias. El coccígeo y el elevador del ano son los dos músculos que forman el diafragma pélvico. El elevador del ano está formado por tres componentes: el iliococcígeo, el pubococcígeo y el isquiococcígeo. Estas tres piezas se unen para crear una banda que proporciona soporte a las estructuras pélvicas, que incluyen la uretra, la vagina y el recto. El isquiococcígeo y el pubococcígeo trabajan juntos para generar un esfínter rectal eficaz constriñendo la vagina y el recto desde el interior. Entre el ano y la vagina, el rafe medial del elevador del ano está reforzado por el tendón central del perineo, que suele medir entre tres y cinco centímetros de longitud. Este tendón está situado en el punto donde se cruzan el bulbocavernoso, el perineo transverso superficial y el esfínter anal externo. Gracias a estas estructuras, se forma y sostiene el suelo perineal. Es posible dividir el periné en dos triángulos, cuyas bases se unen en el diámetro isquiático y cuyos vértices se sitúan en el sacro y la sínfisis púbica ⁽¹⁷⁾.

Fascia perineal

Como ocurre con otras regiones del tronco, el periné está formado por capas fasciales que sirven para dividirlo en varios compartimentos. Por ejemplo, la fascia perineal tiene el siguiente aspecto:

- La fascia perineal que es superficial. Aquí se muestra el tejido subcutáneo que se encuentra en la zona perineal. Es comparable a la fascia superficial de la pared abdominal anteroinferior, que está compuesta por una capa adiposa superficial y una capa membranosa más profunda. Este tejido también es similar a la fascia superficial ⁽⁴³⁾.

La capa de la fascia perineal superficial está compuesta por tejido adiposo. En las mujeres, se extiende hasta los labios mayores y el monte de Venus, pero en los hombres se reduce en tamaño y es sustituida por músculo liso (dartos) y fascia en el pene y el escroto ⁽⁴³⁾.

La capa de la fascia perineal superficial que se compone de tejido llamado fascia de Colles, conectada a la membrana perineal (borde posterior), el cuerpo perineal, la fascia lata del muslo superomedial y la fascia de Scarpa del abdomen son las estructuras a las que está conectada. La capa membranosa es continua con la fascia dartos en el escroto de los hombres, y contribuye a la formación de los labios mayores en las mujeres cuando está presente ⁽⁴³⁾.

- La fascia inversa, también conocida como fascia de Gallaudet, es un tipo de fascia perineal profunda. Tiene una conexión continua con la fascia profunda que recubre el músculo oblicuo externo y la vaina del recto, y está unida lateralmente a los músculos isquiocavernoso, bulbospongioso y transverso superficial del periné ⁽⁴³⁾.
- Membrana que rodea el perineo (membrana perineal). Fascia gruesa y de forma triangular; está unida a las ramas isquiopúbicas en el plano horizontal; tiene un borde posterior libre.

También se incluyen los espacios perineales. El espacio perineal profundo, situado por encima de la membrana perineal, y el espacio perineal superficial, situado por debajo de la membrana perineal, están separados por la membrana perineal, que define el límite entre ambos espacios ⁽⁴³⁾.

Además de contribuir a la formación del suelo pélvico, la membrana perineal y las estructuras que la acompañan en la región perineal profunda también proporcionan soporte a los componentes del sistema urogenital que se encuentran dentro de la cavidad pélvica. La fijación de las raíces de los genitales externos y de los músculos perineales superficiales se realiza mediante la membrana perineal y las ramas isquiopúbicas próximas a ella ⁽⁴³⁾.

Estos son los planos que conforman el periné en su triángulo anterior, a menudo conocido como triángulo urogenital:

- a) En el plano superficial, el músculo isquiocavernoso, el músculo bulbocavernoso y el músculo transverso superficial del periné se unen para crear el plano superficial.
- b) En el plano medio, el transverso profundo y los esfínteres externos de la uretra se unen para formar el plano medio.
- c) El músculo elevador del ano (pubococcígeo) se encuentra en el plano profundo ⁽¹⁷⁾.

Los siguientes son los planos que forman el triángulo posterior (triángulo anal) del perineo:

- a) El esfínter externo del ano se encuentra en el plano superficial.
- b) El isquiococcígeo y el iliococcígeo son los elevadores del ano, responsables de la formación del plano profundo ⁽¹⁷⁾.

Pasos a seguir

La episiotomía es una intervención quirúrgica relativamente sencilla que se realiza en el periné femenino durante la tercera fase del parto vaginal. Puede realizarse con tijeras o bisturí. En este procedimiento intervienen la piel, el plano muscular y la mucosa vaginal, y su finalidad principal es ampliar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné para reducir el tiempo de expulsión de los desechos y evitar desgarros difíciles ⁽¹⁷⁾.

Clasificación

En la literatura médica se han descrito siete formas diferentes de episiotomías, entre las que se encuentran las siguientes:

1. Mediana: Siguiendo un trayecto recto hacia el tendón central del cuerpo perineal, se inicia desde la comisura posterior y continúa en esta dirección hasta alcanzar la mediana.
2. Mediana modificada: Se modifica la anterior añadiendo dos incisiones transversales opuestas entre sí, una a la derecha y otra a la izquierda. La finalidad de esto es salvaguardar el esfínter anal. En conjunto, no deben medir más de dos o tres centímetros.
3. La episiotomía en J se realiza comenzando por una incisión mediana y desplazándose lateralmente hacia la tuberosidad isquiática. De este modo se evita que el esfínter anal quede muy cerca de la incisión. Se recomienda utilizar tijeras curvas para este abordaje ⁽⁴⁴⁾.

4. Esta forma de episiotomía consiste en realizar una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática. También se conoce como episiotomía medio-lateral.
5. Lateral: Fue caracterizada por primera vez en el año 1850, y comienza desde el introito vaginal y continúa en línea recta hacia la tuberosidad isquiática.
6. A pesar de que no se considera una incisión obstétrica, la incisión lateral radical se ha utilizado en ocasiones en partos muy difíciles.
7. Anterior: Se ha observado que las mujeres que han sufrido mutilaciones genitales son más propensas a esta episiotomía. En la actualidad, es bastante difícil localizar algún material escrito que incorpore este método ⁽⁴⁴⁾.

La incisión mediana y la incisión medio-lateral son las dos únicas opciones que se utilizan. Esto se debe a la sencillez del procedimiento y al menor riesgo de complicaciones asociadas a la incisión prolongada que conllevan ⁽⁴⁴⁾.

Es importante señalar que la piel, el tejido celular subcutáneo, el bulbo raquídeo y los músculos perineales transversos se debilitan durante el proceso de creación de estas incisiones. También se puede dañar el nervio pudendo, que puede ser la razón por la que las mujeres que se someten a una episiotomía experimentan una dispareunia grave ⁽⁴⁴⁾.

Momento y tiempo de la episiotomía

Para minimizar los desgarros vaginales y perineales, la episiotomía se realiza para reducir la hiperdistensión de los músculos perineales y la aponeurosis. Además, la episiotomía se realiza para evitar que se prolongue la segunda fase del parto. El momento adecuado para realizar una episiotomía es cuando se observa que la presentación tiene un diámetro de tres a cuatro centímetros durante la contracción uterina. Si el procedimiento se realiza antes, existe la posibilidad de que se produzca una hemorragia, y si se realiza después, el suelo perineal ya estará excesivamente distendido y no se habrá cumplido uno de los objetivos del procedimiento ⁽¹⁷⁾.

Realizar una episiotomía con el propósito de lograr

1. Limitar la muerte fetal y acortar la segunda fase del parto.
2. Para prevenir la posibilidad de hemorragia perineal.
3. Con el fin de prevenir la incontinencia urinaria y el prolapso genital.

Existen tres categorías principales que pueden aplicárseles:

- Cuando hay distocia de hombros, por ejemplo, puede realizarse un parto mecánico con fórceps o espátulas de Thierry como parte de la cirugía obstétrica coadyuvante.
- Factores fetales: Por ejemplo, para evitar la hipoxia del feto, que aceleraría el proceso de expulsión.
- La presencia de variables maternas incluye, entre otras, un desgarro inminente en la región vulvovaginoperineal, una mujer con hipertensión endocraneal, hipertensión ocular y cardiopatía.

Beneficios

La episiotomía reduce el daño del suelo pélvico, lo cual permite que el canal del parto tenga más luz y, por consiguiente, acorta el tiempo que transcurre durante la segunda fase del parto. Además, esta intervención evita que se produzcan molestias fetales. Sin embargo, existen riesgos asociados, entre ellos la posibilidad de hematoma perineal y desgarros más graves del perineo, especialmente de tercer y cuarto grado. Asimismo, puede ocurrir una reconstrucción insuficiente, lo que provoca que el perineo experimente agonía tras el parto. Esta situación aumenta la posibilidad de infección y contribuye a que el proceso de cicatrización sea lento e ineficaz ⁽⁴⁴⁾.

Indicaciones para la episiotomía

En cuanto a las indicaciones en las madres, se consideran casos como la cardiopatía grave, específicamente la estenosis mitral. Asimismo, cuando la segunda fase del parto se prolonga, también se justifica la realización de la episiotomía. Además, la macrosomía fetal o el uso de fórceps constituyen un riesgo importante que puede provocar lesiones perineales significativas.

Por otro lado, las indicaciones en el feto incluyen situaciones como la presencia de molestias fetales durante la segunda fase del parto, el parto con presentación pélvica y el inicio precoz de la vida, es decir, la prematuridad.

En esa línea, existen signos adicionales que, aunque en la actualidad tienen menor respaldo, también se mencionan como indicaciones potenciales, tales como la evitación de problemas de estática pélvica, antecedentes de episiotomía, nuliparidad, presentación occipitoposterior y distocia de hombros ⁽¹⁷⁾.

Factores de riesgo

La episiotomía está relacionada con una serie de factores de riesgo, entre los cuales se incluyen los siguientes: la episiotomía de rutina, la nuliparidad o ausencia de hijos, el proceso de inducción del parto y los traumatismos en el perineo (que comprenden un trabajo de parto prolongado en la segunda etapa, la distocia del hombro, el parto instrumentado con uso de fórceps, el feto con un peso superior a cuatro mil gramos y la variación persistente de la posición occipitoposterior). Además, se consideran factores como una episiotomía mediana, infecciones previas de la región genital, trabajo de parto prolongado, varios exámenes vaginales (más de cinco) y la presencia de desgarros perineales, vaginales y cervicales ⁽⁴⁵⁾.

Para disminuir la probabilidad de traumatismos perineales recurrentes y las dificultades de cicatrización en un plazo de siete días, se aconseja utilizar la episiotomía de forma limitante o selectiva. Se aconseja utilizar el abordaje medio-lateral cuando sea necesaria la episiotomía, ya que se asocia menos con desgarros de los esfínteres anal y rectal. Para evitar daños en los esfínteres, la incisión de la episiotomía debe realizarse en un ángulo de 450 a 600 grados con respecto a la línea media. La higiene de las manos y el uso de guantes desechables forman parte de las prácticas higiénicas rutinarias que se utilizan en la atención al parto. Además, la zona perineal se limpia con agua y jabón quirúrgico ⁽⁴⁵⁾.

Se deben suministrar antibióticos a las pacientes que presenten factores de riesgo de infección en los sesenta minutos siguientes a recibir tratamiento obstétrico. Esto se hace con el objetivo de proporcionar una protección proactiva contra la infección. Teniendo en cuenta que la hemorragia obstétrica puede estar causada por un

traumatismo peritoneal, es imperativo examinar oportunamente la hemorragia por desgarro para ofrecer hemostasia y reparación ⁽⁴⁵⁾.

Criterios de episiotomía

La episiotomía se realiza con el propósito específico de prevenir el peligro de desgarro perineal. Las ventajas de la episiotomía sobre las enfermedades estáticas de la pelvis son discutibles, ya que facilitan el acortamiento de la evacuación fetal y de las maniobras obstétricas ⁽⁴⁵⁾.

Aquí se discuten dos tipos diferentes de indicadores:

- Necesarias (esencial)
- Profilácticas (preventiva)

La textura, la configuración del periné, las características del feto, la posición del feto, el número de variaciones, la presentación y la presencia o ausencia de partos bruscos o precipitados son los principales factores que las determinan ⁽⁴⁵⁾.

Entre las complicaciones de la episiotomía figuran las siguientes: A continuación, se exponen las consecuencias agudas de la episiotomía que se producen con mayor frecuencia:

- Una hemorragia
- Un desgarro
- Una hemorragia
- Un hematoma
- Un edema
- Una enfermedad infecciosa
- Dehiscencia ⁽⁴⁵⁾.

Las complicaciones tardías asociadas a la episiotomía incluyen el dolor perineal, que puede presentarse con o sin vida sexual (dispareunia); la formación de procedimientos o bridas adhesivas vaginales; la aparición de cicatrices de episiotomía que desarrollan endometriosis; la formación de un quiste en la glándula de Bartolino (como consecuencia de la sección del conducto excretor); y la presencia de fístulas vaginales localizadas en el recto.

Cuando hay una fuga de más de 500 mililitros, es importante descartar primero la posibilidad de desgarros cervicales y/o vaginales. Después, hay que administrar oxitócicos inyectables ⁽⁴⁵⁾.

Dentro de las complicaciones, está el grado del desgarro y su estructura comprometida:

- I: La mucosa vaginal.
- II: La mucosa vaginal y los músculos perineales sin afectación del esfínter.
- III: La afectación del esfínter anal.

IIIa: La mitad o menos del esfínter anal externo está presente. Cincuenta por ciento del esfínter anal externo se considera IIIb. La afectación tanto del esfínter anal externo como del interno se conoce como IIIc.

- Afectación de los esfínteres anal externo e interno, así como de la mucosa de la región rectal ⁽⁴⁶⁾.

Estas lesiones son una fuente importante de morbilidad en la población obstétrica, ya que hasta la mitad de las mujeres que las padecen refieren incontinencia anal a largo plazo. Las dos últimas clases mencionadas que afectan al esfínter anal se denominan lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS) ⁽⁴⁷⁾.

Reparación de desgarros de primer y segundo grado

En comparación con el procedimiento para las lesiones perineales de origen obstétrico, al que se puede acceder en un hospital de Barcelona y que ponemos a consideración, las guías nacionales de Perú no son tan explícitas como el protocolo ⁽²⁾.

En el proceso de sutura de cualquiera de ellas, será imprescindible contar con anestesia apropiada, adecuada iluminación y visión del campo, así como el equipo quirúrgico y suturas que se requieran ⁽²⁾.

A. Sutura de mucosa vaginal

- Vicryl fast Safil quick 2/0 es el material que se utiliza para las suturas.
- Determinar la dirección en la que se encuentra el desgarro. Se recomienda que el punto de anclaje de la sutura se sitúe un centímetro por encima de este ángulo.

- A medida que se avanza desde el ángulo hasta el anillo himeneal, se debe realizar una sutura continua. Hay que tener en cuenta tanto la mucosa vaginal como la fascia vagino-rectal. En caso de que sea necesaria la hemostasia, es posible realizar una sutura continua con puntos cruzados ⁽²⁾.

B. Sutura de músculos perineales

- Determinar si los músculos perineales están situados a ambos lados de la lesión y, a continuación, utilizar una sutura continua de Vicryl rápido Safil quick 2/0 para asemejar dichos músculos. En comparación con los puntos sueltos, se ha demostrado que la sutura continua genera menos molestias posteriores.
- Para suturar el músculo bulbo cavernoso debe utilizarse un punto suelto de Vicryl fast Safil quick 2/0 o de Vicryl normal 2/0. Es esencial localizar el músculo y suturarlo.
- Para determinar si existe o no una lesión en el músculo elevador del ano, es esencial realizar un diagnóstico ⁽²⁾.

Es posible verlo observando la continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de esta grasa es el marcador que identifica con mayor precisión la rotura de las fibras. Es difícil suturar los filamentos segmentados porque tienen tendencia a retraerse. Es posible buscar los filamentos utilizando pinzas atraumáticas del tipo Foester o Allis, y luego hacer un esfuerzo para reunirlos utilizando puntos sueltos. Al recrear el músculo elevador del ano, el tejido muscular se coloca de nuevo sobre la grasa de la reconstrucción anterior. Es probable que la sutura no sea factible si no se identifican los extremos, y no se sugieren puntos ciegos en esta situación. Al cumplimentar el informe del parto, se sugiere encarecidamente que se registre la sospecha de lesión ⁽²⁾.

C. Sutura de piel

Dado que la sutura de la piel puede aumentar la probabilidad de experimentar molestias perineales en los primeros meses del posparto, es importante asegurarse de que la piel se aproxima adecuadamente sin que se le aplique ninguna tensión ⁽²⁾. Por ello, existen dos opciones aceptables:

- Para evitar la sutura directa de la piel, se realiza una sutura subcutánea e intradérmica continua con Vicryl rápido Safil quick 2/0 o 3/0.
- Se recomienda el uso de Vicryl rápido Safil quick 2/0 o 3/0 para aflojar las suturas en la piel evitando la tensión cutánea ⁽²⁾.

Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado

La identificación del grado de daño debe realizarse de forma metódica. Para ello, se realizará un tacto rectal con el dedo índice y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo que está metido en el recto y el pulgar que está explorando el perineo. Como parte de esta investigación, el dedo índice se acerca al cuerpo del perineo, lo que permite un examen más minucioso de la región herida. El esfínter interno se encuentra entre la mucosa rectal y el esfínter externo, y se caracteriza por un anillo de tejido fibroso de color blanco. Cuando la afección está en su estado agudo, puede ser difícil de identificar. El 75% del tono anal, importante para mantener la continencia, se atribuye a estas fibras v.

Es posible que el esfínter externo no sea visible al principio de la intervención debido a la retracción lateral que se produce después de realizar la sección. Esta porción externa está compuesta por fibras musculares estriadas de morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno. Para que el procedimiento de sutura se realice correctamente, es fundamental tomar medidas de asepsia, como lavar la zona si es necesario y colocar campos limpios y estériles. Además, es fundamental procurar una buena relajación y analgesia en el paciente. Para asegurar que la sutura se realiza correctamente, es necesario administrar profilaxis antibiótica, incluyendo una dosis única de una cefalosporina de segunda o tercera generación, ceftriaxona, cefuroxima, cefuroxima, cefoxitina, cefuroxima y cefuroxima. Los pacientes alérgicos a los β -lactámicos deben recibir una dosis de Gentamicina 240mg ev y Metronidazol 500mg ev. Este régimen se finalizará con una terapia antibiótica prolongada que dura entre cinco y diez días, dependiendo del grado de desgarro que se haya producido ⁽²⁾.

Para la sutura de las lesiones esfinterianas, se dispondrá en la sala de partos de un kit específico con todo el instrumental necesario para su evaluación; la evaluación y reparación de las lesiones de IIIIV grado será

realizada por un médico, con participación activa del miembro entrenado; adecuada analgesia y relajación, con adecuada iluminación del campo y profilaxis antibiótica, dentro del material necesario, es indispensable contar con pinzas desdentadas, pinzas tipo Allis, tijeras Metzenbaum, tijeras Mayo, porta agujas cortas, suturas, para reparación del esfínter anal: PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional (extremo a extremo o superpuesto) ⁽²⁾.

Se recomienda utilizar puntos submucosos continuos o sueltos de Vicryl 3/0 tradicional o PDS 3/0 al realizar la sutura de la mucosa rectal. La sutura de la mucosa rectal debe realizarse utilizando una sutura submucosa continua o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 tradicional (no rápido) como primera opción. Esto debe hacerse sin perforar toda la profundidad de la mucosa rectal, y debe evitarse llegar al lumen del canal anal ⁽²⁾.

Las fibras del esfínter externo a menudo se retraen en dirección lateral mientras se realizan las suturas del esfínter. Si no se alcanzan bien sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum para obtener extremos de fibras musculares de tamaño suficiente para permitir una reconstrucción satisfactoria. Pueden utilizarse fijadores de Allis para ayudar a identificar y aislar los extremos de las fibras musculares ⁽²⁾.

Técnica de reparación del esfínter interno y externo

Cuando se identifica la lesión del esfínter interno, se sutura con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional. En el caso del esfínter externo, se pueden utilizar dos técnicas de sutura diferentes con resultados equivalentes: sutura solapada o de extremo a extremo utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura. La sutura de la mucosa vaginal, los músculos perineales y la piel se realizará de acuerdo con las indicaciones descritas anteriormente. La cobertura con antibióticos es esencial; sin embargo, también es fundamental tener en cuenta que el uso inadecuado de los procedimientos puede dar lugar a secuelas como molestias persistentes en el periné, dispareunia e incontinencia urinaria y fecal ⁽²⁾.

Efectos a largo plazo

Los efectos a largo plazo de la episiotomía suelen asociarse a desgarros perineales graves. Estas consecuencias incluyen incontinencia fecal y urinaria, dolor perineal, dispareunia y fístula rectovaginal. Estas complicaciones pueden tener un impacto devastador en la mujer, hasta el punto de repercutir en su salud general, su autoestima y la relación con su pareja y su bebé ⁽⁴⁸⁾.

Piso pélvico: La episiotomía se realiza cuando la cabeza del feto ya ha desarrollado la elongación muscular y el corte de los tejidos afecta a los tejidos mucocutáneos. Se ha dicho que la episiotomía puede evitar repercusiones a largo plazo al impedir el alargamiento muscular. Sin embargo, la episiotomía sólo se realiza en situaciones en las que la cabeza del feto ya ha producido el alargamiento muscular. No hay indicios de que los desgarros perineales moderados (de primer y segundo grado) generen repercusiones a largo plazo, a pesar de que la presencia de pequeñas laceraciones labiales, vaginales y periuretrales es más frecuente en el grupo que utiliza la episiotomía selectiva ⁽⁴⁸⁾.

Incontinencia de los sistemas urinario y fecal: La importante lesión del esfínter anal que se produce tras el parto vaginal es la causa más prevalente de incontinencia fecal en mujeres por lo demás sanas. La prevención de la enfermedad es la terapia más esencial. El objetivo de reducir la frecuencia de estos daños es compartido por pacientes, obstetras y matronas. Esto se hace con la intención de minimizar el impacto que el parto vaginal tiene en el sistema que controla la continencia fecal. Por otro lado, los principales factores de riesgo de desgarros perineales de tercer o cuarto grado son componentes del proceso normal del parto. Estos componentes incluyen la primiparidad, el parto instrumental, los recién nacidos que pesan más de 4 kilogramos y la continuación de la postura occipitoposterior ⁽⁴⁸⁾.

No hay pruebas sólidas de que la episiotomía regular tenga buenas consecuencias a largo plazo; al contrario, hay pruebas claras de que puede causar más daños, como una mayor necesidad de reparación quirúrgica y una menor capacidad sexual futura. Dolor y función sexual: Con respecto a los efectos a largo plazo, no hay pruebas de que la episiotomía rutinaria tenga efectos beneficiosos ⁽⁴⁸⁾.

Desgarros labiales y vaginales, así como prolapso (cistocele y rectocele): En comparación con la incontinencia urinaria y los prolapsos anteriores, la mayor prevalencia de desgarros labiales y vaginales en el uso selectivo de la episiotomía apoya la hipótesis de que la episiotomía puede tener un impacto protector sobre la vejiga según la investigación ⁽⁴⁸⁾.

Diagnostico

La presencia de los siguientes síntomas es indicativa de una posible infección de la episiotomía

- La localización de la episiotomía presenta dolor.
- Drenaje claro o purulento (secreciones)
- Edema
- Fiebre

Se debe realizar una exploración física guiada a la paciente puerpera que presente molestias, fiebre o sangrado. El examen debe realizarse con la sospecha de que la episiotomía es donde se localiza la infección. Durante el examen físico de la paciente, se debe utilizar la historia clínica obstétrica y de calidad para hacer el diagnóstico. Esta historia debe incluir todos los antecedentes y la evolución del embarazo, así como los síntomas y signos que se hayan presentado durante el examen. Tras la finalización de la tercera fase del parto, se recomienda que todas las pacientes se sometan a un examen exhaustivo con el fin de verificar la integridad del suelo pélvico o cualquier lesión que pueda haberse desarrollado en el mismo. La investigación del canal del parto, que también debe incluir un control rectal, debe llevarse a cabo de forma metódica con partos estresantes ⁽⁴⁵⁾.

A. Diagnóstico de desgarro

El examen directo del canal del parto es el método que se utiliza para llegar al diagnóstico de desgarro ⁽⁴⁵⁾.

Se debe explorar la posibilidad de que exista un desgarro cuando se ha producido un parto difícil, se han utilizado fórceps o se ha realizado una episiotomía media, o cuando se observa una pérdida continua de sangre fresca y brillante, aunque sea en pequeñas cantidades, después del parto. La utilización de la Clasificación de Sultan, que incorpora

cuatro grados diferentes de desgarro, es un método que se está investigando con el fin de estandarizar el diagnóstico y el tratamiento de los desgarros perineales. Se sugiere el uso de antibióticos de amplio espectro para las pacientes que presentan desgarros perineales posparto, ya que el riesgo de infección es considerable. Además, debe considerarse el uso de metronidazol con el fin de cubrir la contaminación bacteriana anaerobia causada por la materia fecal ⁽⁴⁵⁾.

B. Diagnóstico de hematoma

Los pacientes que siguen presentando indicios de pérdida de volumen después de recibir reposición de líquidos o en los que se observa un aumento del número de hematomas necesitan que se practique una incisión en el hematoma y se extraiga el coágulo. Es necesario irrigar la región afectada y ligar sus vasos sanguíneos. La presencia de dolor, aumento o edema vulvar e induración, tenesmo y, en casos extremos, alteraciones de las constantes vitales debidas a la pérdida de sangre son indicadores de que puede existir un hematoma puerperal ⁽⁴⁵⁾.

C. Diagnóstico de dehiscencia

Se habla de dehiscencia cuando una herida quirúrgica se abre por sí sola sin ninguna intervención. La presencia de dehiscencia de la episiotomía debe detectarse en el momento en que se abre la herida de la episiotomía ⁽⁴⁵⁾.

Tratamiento de las posibles complicaciones

A. Infección

Los microorganismos más comunes que se encuentran en el tracto genitourinario y que son responsables de la morbilidad posparto, incluida la fiebre, la endometritis y la infección por episiotomía con o sin desgarro vaginal, son una mezcla de flora aerobia y anaerobia. La mayoría de estos microorganismos son gramnegativos, e incluyen enterococos, estreptococos del grupo B, estafilococos, bacilos gramnegativos y anaerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Staphylococcus aureus* y bacterias anaerobias procedentes del cuello uterino ⁽⁴⁵⁾.

Entre los fármacos útiles en la episiotomía infectada se encuentran los siguientes:

- Eritromicina.
- Cefalosporinas de segunda generación (cefuroxima).
- La cefotaxima, la ceftriaxona y la ceftazidina son ejemplos de cefalosporinas de tercera generación.
- La clindamicina.
- El metronidazol se prescribe en situaciones de contaminación con heces ⁽⁴⁵⁾.

Cuando se trata de operaciones obstétricas, las cefalosporinas de primera y tercera generación son las opciones preferidas por su capacidad para actuar en un amplio espectro y su bajo riesgo de provocar una respuesta alérgica. En caso de alergia a las cefalosporinas, hay que utilizar eritromicina o clindamicina. Se sugiere el uso de antibióticos de amplio espectro en pacientes con desgarros perineales posparto, ya que el riesgo de infección es considerable. Además, debe considerarse el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaerobia causada por la materia fecal. Se debe realizar un drenaje en cualquier absceso y luego tratar a la paciente con tratamiento local ⁽⁴⁵⁾.

B. Desgarro

Cuando es posible identificar la lesión, debe tratarse mediante puntos separados o suturas interrumpidas en la zona afectada. La sutura no suele ser necesaria para un desgarro de primer grado que no sangra y tiene los bordes enfrentados. Sin embargo, la reparación quirúrgica es necesaria para los desgarros de segundo a cuarto grado. A diferencia de las suturas interrumpidas para el cierre perineal, que se relacionan con un mayor dolor hasta diez días después del parto, el abordaje con sutura continua se recomienda para las lesiones de segundo grado. Esto se debe a que las suturas interrumpidas se asocian a más molestias ⁽⁴⁵⁾.

Como resultado de una lesión del esfínter anal externo, existen dos métodos quirúrgicos que pueden utilizarse para curar los desgarros:

- Esta es una aproximación del término-terminal
- Reparación mediante técnicas de superposición

Con puntos separados o interrumpidos. Se aconseja utilizar el método de reparación solapada para los desgarros del esfínter anal a fin de eliminar la necesidad de urgencia fecal y la incontinencia anal a largo plazo ⁽⁴⁵⁾.

En gran medida, la posibilidad de que se produzca una infección de la herida perineal aumenta considerablemente cuando los desgarros de cuarto grado se contaminan con gérmenes procedentes del recto. Se recomienda utilizar metronidazol. Pueden utilizarse suturas de polidioxanona o poliglactina para suturar el músculo lesionado. Estas suturas pueden utilizarse con tres o dos ceros. Para disminuir la probabilidad de que se produzca una dehiscencia de la herida tras la intervención, se aconseja utilizar laxantes postoperatorios ⁽⁴⁵⁾.

C. Hematoma

El tratamiento de los hematomas simples puede realizarse de forma anticipada y estrechamente relacionado con la administración de medicación antiinflamatoria. En un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados (ECA) sobre los beneficios de la aplicación local de frío (hielo) en lesiones perineales posparto, se descubrió que el dolor se aliviaba entre las 24 y las 72 horas posteriores al parto, aunque el hematoma y el edema no se veían afectados. En pacientes que han sufrido lesiones perineales posparto, se recomienda el uso de frío local con tratamiento de hielo con el fin de controlar el dolor ⁽⁴⁵⁾.

D. Dehiscencia

Si la herida presenta dehiscencia o tiene un absceso, se debe hacer lo siguiente:

- Es necesario retirar las suturas quirúrgicas para abrir bien la incisión.
- Eliminar la posibilidad de fascitis.
- Se habla de desbridamiento.
- Diariamente, la herida debe limpiarse al menos dos veces.
- Se administra tratamiento antibiótico.
- Cuando la herida está libre de infección, celulitis y exudado y está cubierta por tejido de granulación, es el momento adecuado para suturar la herida ⁽⁴⁵⁾.

Es necesario realizar un examen minucioso de la dehiscencia, durante el cual se deben buscar signos de infección o contacto vaginal con la vejiga y el recto. Cuando hay antecedentes de abscesos recurrentes, es importante obtener cultivos de la herida ⁽⁴⁵⁾.

Explicaciones para una buena conducción de la episiotomía

a) Antes del procedimiento

- Es responsabilidad del personal proporcionarte una explicación del proceso y darte la oportunidad de hacer cualquier pregunta que puedas tener al respecto.
- Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento para autorizar la realización del tratamiento. Lea atentamente el formulario y, si hay algo que no entiende, no dude en preguntar. Existe la posibilidad de que el formulario de autorización para una episiotomía se incluya como componente del consentimiento general para su parto.
- Por favor, informe a su médico si tiene alguna sensibilidad o alergia a algún medicamento, yodo, látex, cinta adhesiva o agentes anestésicos (tanto locales como generales).
- Por favor, asegúrese de que su médico está al corriente de todos y cada uno de los suplementos herbales y fármacos, tanto si son recetados como si están disponibles sin receta ⁽⁴⁹⁾.
- En caso de que tenga antecedentes de problemas hemorrágicos o si actualmente toma medicamentos anticoagulantes (diluyentes de la sangre), aspirina o cualquier otro medicamento que tenga efecto sobre la coagulación de la sangre, debe informar a su médico. Es posible que deba suspender el uso de estos medicamentos antes de la intervención.
- Su médico puede pedirle otra preparación particular, dependiendo de la situación clínica que esté viviendo ⁽⁴⁹⁾.

b) Durante el procedimiento

Mientras se está en el proceso de procedimiento, se suele realizar la episiotomía:

- Se le empujarán los pies y las piernas hacia arriba para preparar la llegada del bebé y se le colocará en una cama de parto.

- Es posible que te administren una inyección de anestesia local en la piel y el músculo perineal para adormecer los tejidos antes de la incisión. Esto se hace en el caso de que no haya recibido anestesia durante el trabajo de parto o el parto. En el caso de que se administre anestesia epidural, no experimentarás ninguna sensación de cintura para abajo y no necesitarás más anestesia para la episiotomía ⁽⁴⁹⁾.
- Cuando la cabeza del feto esté estirando la abertura vaginal durante la segunda fase del parto, a veces conocida como fase de pujo, el obstetra utilizará unas tijeras especializadas para crear la incisión para la episiotomía.
- Se acerca el parto.
- Se suministrará placenta a la receptora.
- Se comprobará si hay más desgarros en la incisión de la episiotomía.
- Para adormecer los tejidos, se puede administrar un anestésico local tanto en la piel como en el músculo perineal.
- El músculo y los tejidos del perineo se repararán con suturas, que acabarán desintegrándose con el paso del tiempo ⁽⁴⁹⁾.

c) Después del procedimiento

Después de realizar una episiotomía se puede experimentar dolor cerca de la incisión. Existe la posibilidad de que se administre una bolsa de hielo poco después del parto para aliviar las molestias y la hinchazón. Es posible que tomar baños de asiento, que son baños calientes o fríos con muy poca agua, ayude a aliviar las molestias y a acelerar el proceso de curación, tanto mientras estés en el hospital como después del parto. También existe la posibilidad de que el uso de cremas o sprays anestésicos locales que se prescriben para el perineo pueda ser de ayuda ⁽⁴⁹⁾.

Es posible que tu médico u obstetra te recete un analgésico, y puedes optar por tomarlo. Tomar analgésicos, como la aspirina u otro medicamento recetado, puede aumentar el riesgo de hemorragia. Tenga cuidado de tomar sólo los medicamentos que le haya recetado su médico.

Cuando haya terminado de orinar y defecar, debe utilizar la técnica de limpieza que le haya prescrito su médico para mantener la incisión limpia y seca. Si tiene molestias durante las deposiciones, el uso de los ablandadores de heces que le hayan recetado puede serle de ayuda.

No debe mantener relaciones sexuales, utilizar tampones ni duchas vaginales mientras esté en la zona. También podrían restringirse sus actividades de otras formas, como impedirle realizar actividades intensas o transportar objetos pesados. Salvo contraindicaciones, podrá seguir con su régimen alimentario habitual.

Después deberá volver para recibir más terapia o cuidados.

Si tienes algún indicio clínico, como sangrado en el lugar de la episiotomía, secreción vaginal con mal olor, fiebre y/o escalofríos, o molestias intensas en el perineo, debes ponerte en contacto con tu médico o con el profesional sanitario más cercano ⁽⁴⁹⁾.

Factores que protegen del trauma perineal

- Entre los factores atenuantes del traumatismo perineal se incluyen los siguientes
- También se recomienda el uso de compresas calientes y masajes perineales durante las últimas semanas del embarazo.
- Durante el parto, el perineo debe sujetarse manualmente.
- Se trata de un parto en posición lateral.
- Postura sentada o de pie durante el parto.
- El asistente debe tener paciencia con la parturienta.
- Los pujos que se producen espontáneamente durante el expulsivo, que consisten en muchos pujos breves y que no implican el mantenimiento de la retención de aire.
- Educación de la madre durante todo el embarazo ⁽⁵⁰⁾.

En los traumatismos perineales influyen varios factores:

- Postura de litotomía durante el parto.
- Trabajo extenso y duro.
- Las laceraciones aumentan por el uso de aceites y lubricantes.
- El uso de pujos dirigidos o pujos de Valsalva, así como la realización de pujos fuertes prolongados manteniendo la retención de aire.

- Se asocian a un mayor número de episiotomías y desgarros, además de a un mayor número de problemas o dificultades de incontinencia urinaria.
- Existe una mayor probabilidad de que se produzca un parto instrumental cuando se utiliza analgesia epidural ⁽⁵⁰⁾.

2.2.3. EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA Y PARTO HUMANIZADO

Se denomina episiotomía restrictiva a la utilización de la episiotomía por razones estrictas, en circunstancias en que es necesaria para acelerar el trabajo de parto, como una frecuencia cardíaca que no es tranquilizadora o la prolongación de la segunda fase de la segunda fase del trabajo de parto. Incluso después de que se hayan llevado a cabo varias investigaciones, el uso de este método no se ha descartado por completo. En la actualidad, el número de mujeres a las que se practica la episiotomía está disminuyendo como consecuencia de la tendencia hacia el parto humanizado. Esto se debe al hecho de que las mujeres son libres de elegir cuándo, cómo y con quién dan a luz, lo que permite que predomine el valor del mundo afectivo y emocional. Por ello, ya no es imprescindible cortar a todas las mujeres. Es importante señalar que esta técnica debe considerarse muy selectiva o limitadora. Teniendo en cuenta que factores como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no se asocian a la no realización del corte, las verdaderas razones para llevarlo a cabo siguen siendo algo que hay que investigar ⁽¹⁷⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Complicación obstétrica: Son acontecimientos desagradables que pueden ocurrir durante el embarazo, el parto o el posparto, y que pueden repercutir en la salud de la madre y/o del recién nacido. Las complicaciones obstétricas también se conocen como complicaciones del embarazo. Para reducir la probabilidad de complicaciones y mejorar los resultados del periodo perinatal, cada problema tiene su propio conjunto de factores de riesgo y necesidades terapéuticas ⁽⁵¹⁾.

Episiotomía: Durante el parto, la episiotomía es una incisión quirúrgica que se practica en el perineo, que es la región situada entre la vagina y el ano. Esta incisión se realiza para facilitar el nacimiento del bebé y evitar desgarros

perineales graves. En el pasado, se realizaba de forma habitual; sin embargo, en los tiempos modernos, sólo se hace en determinadas circunstancias cuando se considera que las ventajas superan a los peligros, como cuando hay sufrimiento fetal ⁽⁵²⁾.

Desgarro perineal: Se trata de desgarros que se producen en el perineo durante el parto vaginal, cuando la cabeza del bebé atraviesa el canal del parto. Los desgarros perineales también se conocen como desgarros del perineo. Es posible que el esfínter anal y el recto se vean afectados por estos desgarros, cuya gravedad varía de moderada (primer grado) a grave (tercer y cuarto grado). Son soluciones de continuidad que pueden ir acompañadas de contusiones leves, desgarros musculares o grandes laceraciones. Es una complicación del parto que debes tener en cuenta. Los daños en la piel se consideran de primer grado, mientras que los daños en los músculos perineales se consideran de segundo grado. Los desgarros de tercer grado se subdividen en tres categorías: (A) afectan a menos del cincuenta por ciento del esfínter anal externo (EAE), (B) a más del cincuenta por ciento del EAE, excluido el interno, y (C) incluyen la pérdida del esfínter anal interno. Los desgarros de cuarto grado incluyen todos los desgarros antes mencionados, así como la mucosa rectal ⁽⁵³⁾.

Estado gestacional: Durante el estado gestacional, se considera que una mujer está embarazada durante el periodo de tiempo que comienza el primer día de su ciclo menstrual más reciente y continúa hasta que nace el bebé. Esta fase es esencial para el seguimiento y el tratamiento prenatal, y se divide en tres trimestres, cada uno de los cuales tiene sus propias características y problemas tanto para la madre como para el bebé ^(54, 55).

Primigesta: A la mujer que experimenta su primer embarazo se la denomina primigesta. Esta palabra es significativa en el campo de la obstetricia porque, a diferencia de la multigesta, que se refiere a las mujeres que han tenido varios embarazos, las primigestas pueden estar sujetas a diversos peligros y tendrán experiencias distintas. Esto es especialmente cierto en lo que respecta a la duración del parto y la necesidad de procedimientos como la episiotomía ^(56, 57).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco - 2024

Ho: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco - 2024

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

Hi₁: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal) y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Ho₁: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal) y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Hi₂: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Ho₂: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN

Complicaciones obstétricas

2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Episiotomía selectiva

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

- Características demográficas (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, religión).
- Características obstétricas (paridad, periodo intergenésico (PIG), atenciones prenatales (APN))

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLE DE RELACIÓN							
Complicaciones obstétricas	Son problemas que pueden surgir durante el embarazo y el parto, afectando la salud de la madre o del bebé.	Se registra la presencia o ausencia de cada complicación descrita según los datos consignados en las historias clínicas, codificadas para su análisis estadístico	Anteparto	Hipertensión gestacional	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Diabetes gestacional	a) Si b) No	Nominal	
				Infección urinaria	a) Si b) No	Nominal	
				Polihidramnios	a) Si b) No	Nominal	
				Macrosomía fetal	a) Si b) No	Nominal	
			Durante el parto	Trabajo de parto prolongado o detenido	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Desprendimiento prematuro de la placenta	a) Si b) No	Nominal	
				Hemorragia obstétrica anormal	a) Si b) No	Nominal	
				Desgarros perineales	a) Si b) No	Nominal	
				Distocia de hombros	a) Si b) No	Nominal	
VARIABLE DE SUPERVISIÓN							
Episiotomía selectiva	Es una incisión quirúrgica realizada en el perineo durante el parto	Verificación diagnóstica según análisis documental de las historias clínicas de las pacientes	Episiotomía selectiva	Realización de episiotomía selectiva	a) Si b) No	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN							
Características generales	Son atributos comunes o rasgos identificables que se utilizan para describir y analizar a un grupo de personas	Mediante la revisión sistemática de historias clínicas, es decir, se utilizó la observación de registros médicos existentes como método para recopilar información.	Demográfica	Edad	a) ≤ 19 años b) De 20 a 34 años c) ≥ 35 años	Continua	Ficha de recolección de datos
				Grado de instrucción	a) Sin instrucción b) Estudios primarios c) Estudios secundarios d) Superior no universitario e) Superior universitario	Ordinal	
				Ocupación	a) Ama de casa b) Trabajadora independiente c) Trabajadora dependiente	Nominal	
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Divorciada	Nominal	
				Religión	a) Católica b) Evangélica	Nominal	
			Obstétrica	Edad gestacional al momento del parto	a) Prematuro moderado (32 – 34 semanas) b) Prematuro leve (35 – 36 semanas) c) A término (37 – 41 semanas) d) Postérmino (De 42 semanas a más)	Continua	

Atenciones prenatales (APN)	a) Ninguna atención prenatal b) De 1 a 2 atenciones prenatales c) Entre 3 a 5 atenciones prenatales d) Mayor de 6 atenciones prenatales	Ordinal
--------------------------------	--	---------

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue retrospectivo, dado que la recolección de datos se realizó a partir del análisis de registros históricos, una vez que los eventos ya habían ocurrido. Esto permitió revisar los procedimientos y complicaciones documentadas, garantizando la precisión de la información ^(58, 59).

Observacional: no se intervino en el proceso natural del parto, sino que se documentó y analizó cómo se maneja la episiotomía de manera selectiva ⁽⁶⁰⁾.

Transversal al enfocarse en un punto específico en el tiempo (año 2024), se pudo obtener una visión clara y precisa del estado actual de las prácticas y sus efectos, permitiendo proporcionar una instantánea útil de las complicaciones obstétricas asociadas con la episiotomía en ese período ⁽⁶¹⁾.

Estudio correlacional, ya que se comparó a las gestantes primigestas que reciban episiotomía selectiva con aquellas que no la reciban, facilitando la identificación de factores de riesgo específicos y la evaluación de la asociación entre la episiotomía selectiva y las complicaciones obstétricas ⁽⁶²⁾.

3.1.1. ENFOQUE

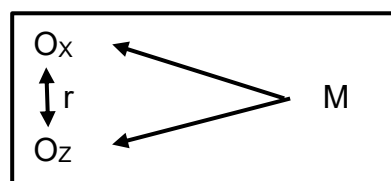
Cuantitativo, debido a la medición objetiva, es decir, se utilizaron herramientas y técnicas estadísticas para recoger y analizar datos numéricos relacionados con las complicaciones obstétricas y la práctica de la episiotomía selectiva ⁽⁶³⁾.

3.1.2. NIVEL

De alcance o nivel correlacional

3.1.3. DISEÑO

Correlacional, no experimental, como se muestra en el siguiente esquema:



Donde:

- **M** (lo conforma la muestra, gestantes primigestas)
- **O_x** (observación de la variable 1, complicaciones obstétricas)
- **O_z** (observación de la variable 2, episiotomía selectiva)
- **r** (coeficiente de correlación)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Dentro del grupo poblacional, estuvieron conformadas por 120 gestantes primigestas de parto vaginal, atendidas en el Centro de Salud Pano, del departamento de Huánuco, 2024.

3.2.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

a) Criterios de inclusión

- Mujeres con historia clínica disponible y completa, incluyendo registro de las complicaciones obstétricas identificados ante y durante el parto:
- Ante parto: hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal.
- Durante el parto: trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros.
- Mujeres con un único embarazo.
- Usuarias atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco
- Pacientes atendidas durante todo el año 2024

b) Criterios de exclusión

- Gestantes secundigestas, multigestas o gran multíparas
- Primigestas con comorbilidades
- Usuarias no atendidas en el Centro de Salud de Pano, Huánuco
- Pacientes no atendidas durante todo el año 2024
- Historias clínicas incompletas o con borrones

3.2.2. MUESTRA

a) Unidad de análisis

Las gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Pano durante el año 2024, que presentaron complicaciones obstétricas, y

cuyas historias clínicas contenían la información completa necesaria para esta investigación.

b) Unidad de muestreo

Corresponde a la misma unidad de análisis, es decir, gestantes primigestas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión definidos, y que fueron atendidas en el mencionado centro de salud durante el periodo estudiado.

c) Marco muestral

Se basó en el registro oficial de gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Panao en 2024, que tenían complicaciones obstétricas documentadas, según los datos disponibles en las historias clínicas del establecimiento.

d) Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico con técnica de selección completamente aleatoria. Para determinar el tamaño de la muestra de gestantes participantes, se aplicó una fórmula estadística adecuada, como se detalla más adelante.

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

Dónde:

- n: El tamaño de la muestra que queremos calcular
- N: Tamaño de la población (120)
- 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)
- Q: Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Al reemplazo:

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

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 120}{(0.05)^2 (120 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 120}{(0.05)^2 (119) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 91.619$$

Teniendo en cuenta la fórmula para poblaciones finitas, se determinó una muestra de 92 gestantes.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el análisis documental de las historias clínicas

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos, dividido por dimensiones, es decir:

Dentro de la variable de caracterización, contará con dos apartados de interrogantes, características obstétricas (2 ítems), características demográficas (5 ítems).

Del apartado de las complicaciones: Complicaciones obstétricas anteparto (05 ítems) y durante el parto (5 ítems).

Del apartado de la variable de supervisión, episiotomía selectiva (1 ítems)

3.3.2.1. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

El instrumento de recogida de datos se sometió a validación mediante el juicio de expertos para evaluar la pertinencia, suficiencia, claridad, validez, objetividad, estrategia, coherencia y estructura escrita de los ítems. Para ello se solicitó la participación de expertos, cuyas aportaciones confirmaron la aplicabilidad inmediata del instrumento. Observaron que las preguntas son coherentes con el tema propuesto, donde estaban formuladas con claridad y las consideraron aplicables. En general, los jueces expertos llegaron al consenso de que su decisión es satisfactoria y se ajusta a los objetivos del investigador (ver anexo 3).

3.3.3. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inicialmente, la propuesta de estudio fue presentada a las autoridades pertinentes de la Facultad de Obstetricia de la Universidad de Huánuco para su evaluación y aprobación.

Luego de la aceptación de la propuesta de estudio, se remitió una solicitud formal al director del Centro de Salud Panao (ver anexo 4) con el propósito de solicitar la autorización a los directivos de dicho establecimiento de salud, para la recolección de datos.

Previamente a la recogida de datos, se llevó a cabo un exhaustivo proceso de validación de contenido (validez del instrumento).

Los instrumentos de recogida de datos se emplearon en la investigación mediante la aplicación de un calendario programado.

Las encuestas se almacenaron de forma segura en un Excel.

3.3.4. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

En cuanto a la presentación de los datos se considerarán las siguientes fases:

- Un examen exhaustivo de los datos, incorporando medidas de gestión de la calidad de los datos, para facilitar la identificación y aplicación de las modificaciones necesarias.
- El proceso de codificación de los datos consistió en asignar etiquetas o categorías a los datos para facilitar su análisis e interpretación. Los datos se codificaron en códigos numéricos basados en las respuestas previstas esbozadas en el instrumento, de acuerdo con las variables del estudio.
- La metodología empleada en este estudio se basó en la clasificación de las variables y sus correspondientes escalas de medición.
- Los datos se organizaron y mostraron en tablas académicas en función de los factores examinados.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron ingresados en un software estadístico (SPSS versión 27) para su análisis.

3.4.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Estadística descriptiva: Se utilizaron tablas de frecuencias y porcentajes para las características demográficas y obstétricas.

Estadística inferencial: Prueba exacta de Fisher para analizar la relación entre complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se ajusta a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), garantizando el respeto, la confidencialidad y la protección de los datos personales de las participantes.

Dado que el estudio es de tipo retrospectivo y se basa en el análisis documental de historias clínicas, no se intervino directamente con las gestantes ni se puso en riesgo su bienestar. Para resguardar la privacidad de la información, se garantizó la anonimización de los datos mediante la codificación de las historias clínicas, sin registrar nombres, apellidos u otros datos identificatorios.

Asimismo, se solicitó la autorización correspondiente a la dirección del Centro de Salud Panao, así como la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la institución pertinente, asegurando que la recolección y el uso de la información respondan a fines estrictamente académicos.

La investigadora se comprometió a utilizar los datos única y exclusivamente con fines investigativos, manteniendo el principio de confidencialidad, respeto y no maleficencia, sin causar daño directo o indirecto a las personas implicadas en el estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	n = 92	
	fi	%
Edad		
≤ 19 años	57	62.0
De 20 a 34 años	32	34.8
≥ 35 años	3	3.3
Total	92	100.0

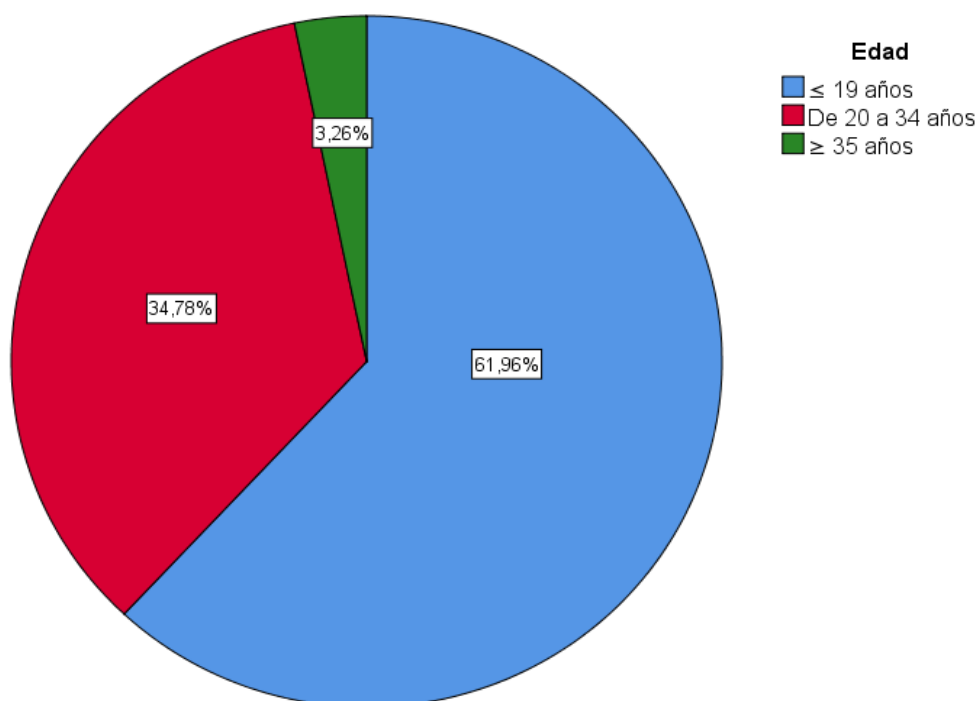


Figura 1. Edad de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Interpretación estadística

De las 92 gestantes primigestas, 57 (62.0%) tenían 19 años o menos, evidenciando una alta prevalencia de embarazo adolescente. Un total de 32 (34.8%) estaban en el rango de 20 a 34 años, considerado como edad reproductiva óptima, y solo 3 (3.3%) tenían 35 años o más. Esto nos refleja la importancia de brindar una atención más cercana y diferenciada a las adolescentes gestantes.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	n = 92	
	fi	%
Grado de instrucción		
Sin instrucción	0	0.0
Estudios primarios	27	29.3
Estudios secundarios	58	63.0
Superior no universitario	7	7.6
Superior universitario	0	0.0
Total	92	100.0

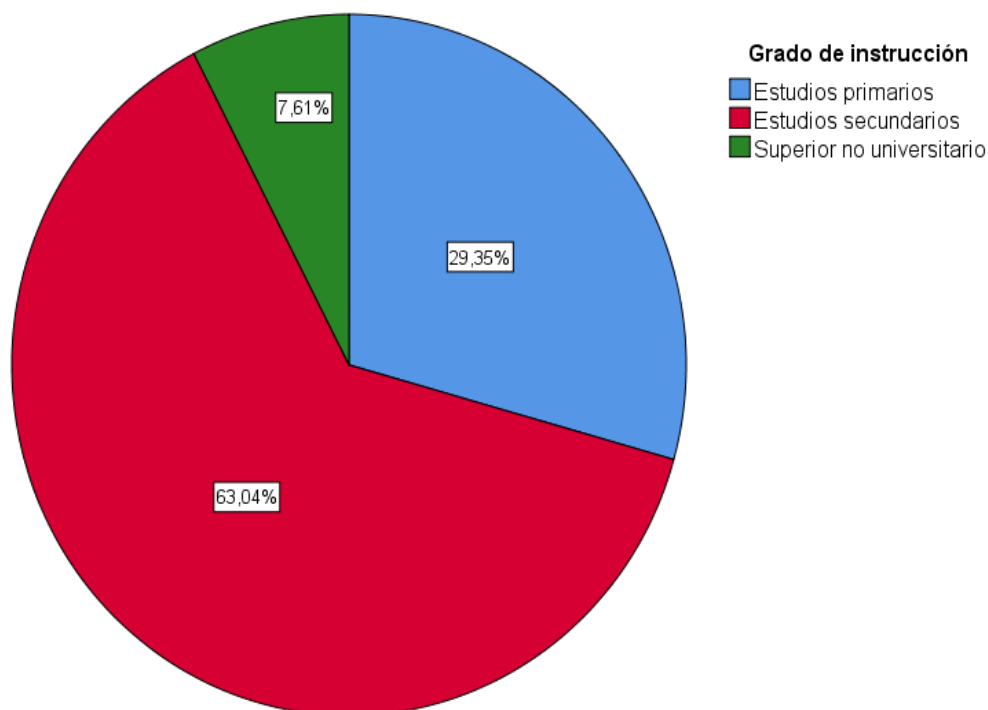


Figura 2. Grado de instrucción de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Interpretación estadística

En relación al grado de instrucción, se observó que la mayoría de gestantes primigestas, con un total de 58 (63,0%), contaban con estudios secundarios; seguido de 27 (29,3%) que habían cursado estudios primarios, mientras que apenas 7 (7,6%) tenían formación superior no universitaria, lo que refleja la necesidad de considerar intervenciones educativas diferenciadas que fortalezcan el acceso a la información y el ejercicio de decisiones informadas durante la maternidad.

Tabla 3. Ocupación de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	n = 92	
	fi	%
Ocupación		
Ama de casa	85	92.4
Trabajadora independiente	5	5.4
Trabajadora dependiente	2	2.2
Total	92	100.0

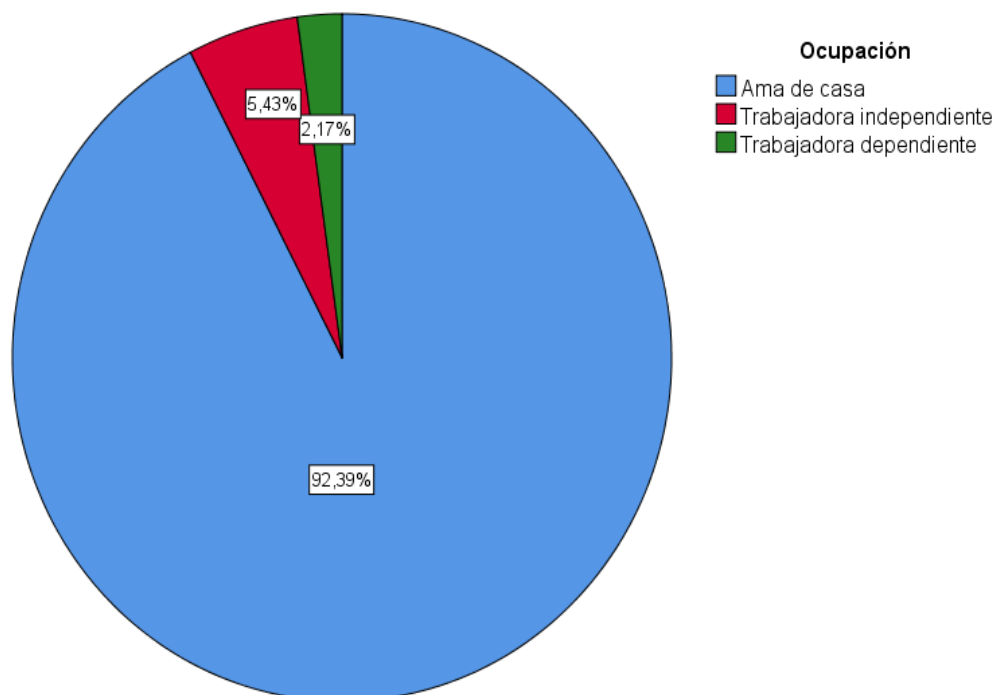


Figura 3. Ocupación de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

Interpretación estadística

En cuanto a la ocupación, se identificó que la gran mayoría de gestantes primigestas, un total de 85 (92,4%), se dedicaban a labores del hogar como amas de casa; a ello se suman 5 (5,4%) que realizaban trabajos de manera independiente y finalmente 2 (2,2%) que eran trabajadoras dependientes, lo que permite visibilizar que muchas mujeres asumen responsabilidades domésticas a tiempo completo, una condición que podría influir en su disponibilidad de tiempo, en su acceso a los servicios de salud y en el acompañamiento que reciben durante el embarazo.

Tabla 4. Estado civil de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	n = 92	
	fi	%
Estado civil		
Soltera	20	21.7
Casada	3	3.3
Conviviente	69	75.0
Divorciada	0	0.0
Total	92	100.0

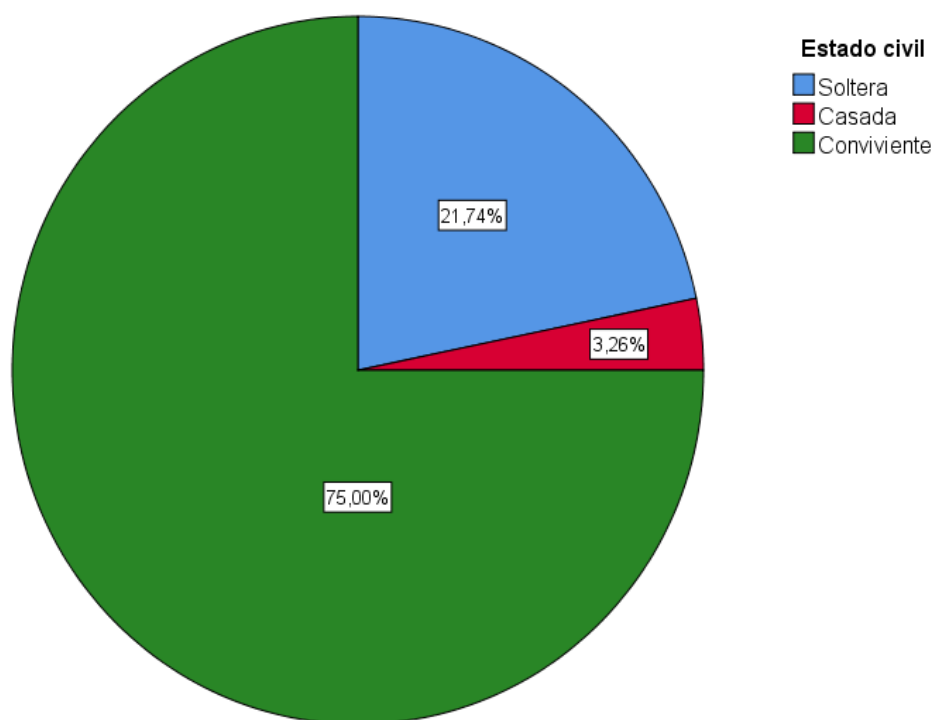


Figura 4. Estado civil de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Interpretación estadística

Respecto al estado civil, primero se observa que la mayoría de las gestantes primigestas, 69 (75,0%), se encontraban en una relación de convivencia, luego se identificó un grupo menor de 20 (21,7%) que eran solteras y finalmente una minoría de 3 (3,3%) que estaban casadas, lo cual refleja una predominancia de uniones consensuadas no formalizadas, lo que puede estar asociado a factores socioculturales y a decisiones personales en torno a la vida en pareja durante la etapa reproductiva.

Tabla 5. Religión de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	n = 92	
	fi	%
Religión		
Católica	76	82.6
Evangélica	16	17.4
Total	92	100.0

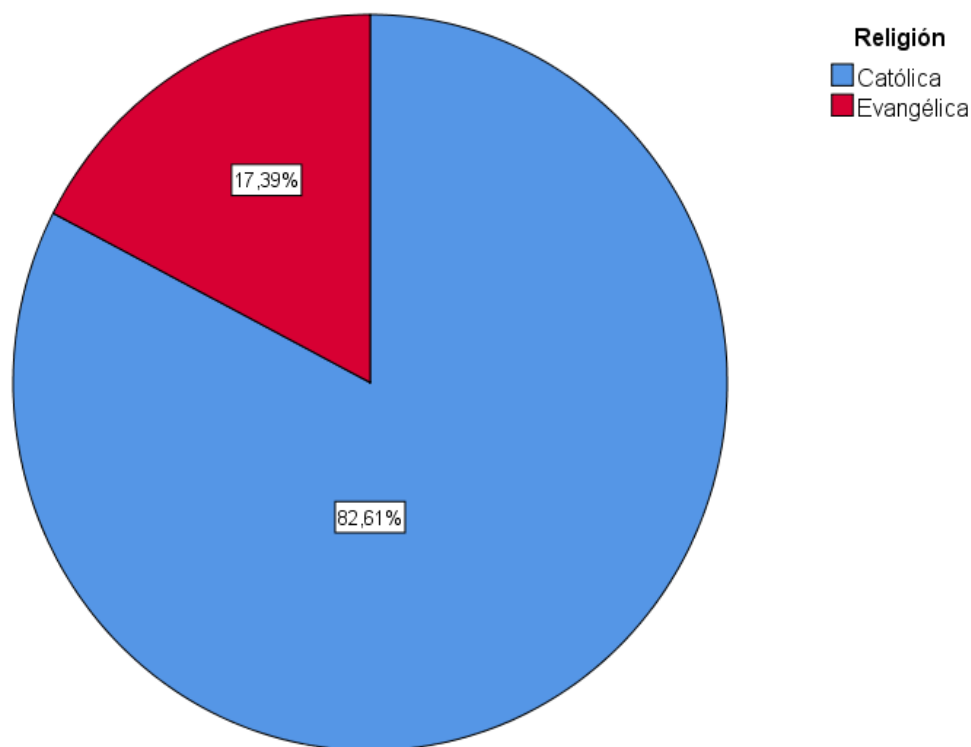


Figura 5. Religión de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Interpretación estadística

En cuanto a la religión, se observa que una mayoría significativa de 76 gestantes, equivalente al 82.6%, profesan la fe católica, mientras que una proporción menor de 16 gestantes, que representa el 17.4%, se identifican como evangélicas; esta distribución refleja la prevalencia de creencias religiosas en la comunidad y puede influir en sus valores y prácticas durante el embarazo y parto, aspectos que merecen consideración en la atención integral.

4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla 6. Edad gestacional al momento del parto de las grávidas primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

CARACTERÍSTICA OBSTÉTRICA	n = 92	
	fi	%
Edad gestacional al momento del parto		
Prematuro leve (35 – 36 semanas)	4	4.3
A término (37 – 42 semanas)	87	94.6
Postérmino (de 42 semanas a más)	1	1.1
Total	92	100.0

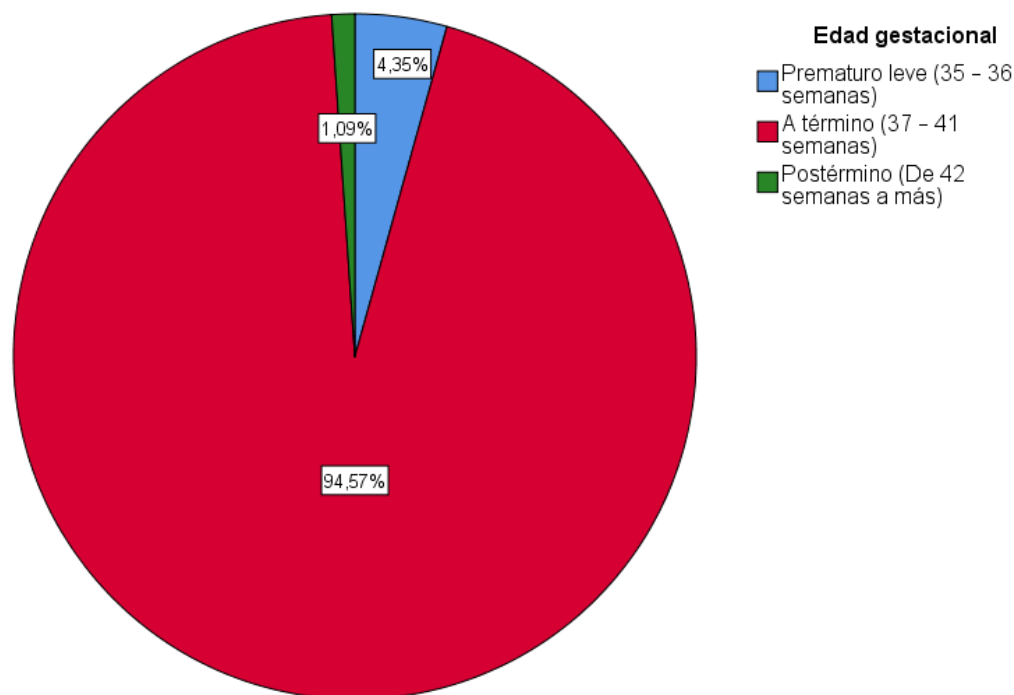


Figura 6. Edad gestacional al momento del parto de las grávidas primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Interpretación estadística

En relación con la edad de gravidez al momento del parto, se identificó que el 87 (94.6%) de ellas tuvieron partos a término, es decir, entre las 37 y 42 semanas de gestación, mientras que 4 gestantes (4.3%) presentaron partos prematuros leves, entre las 35 y 36 semanas, y solo una gestante (1.1%) tuvo un embarazo postérmino, es decir, con una duración igual o mayor a 42 semanas, lo cual refleja una adecuada vigilancia prenatal que permitió, en la mayoría de los casos, alcanzar la madurez gestacional recomendada para un parto seguro.

Tabla 7. Atenciones prenatales realizadas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

CARACTERÍSTICA OBSTÉTRICA	n = 92	
	fi	%
Atenciones prenatales		
De 1 a 2 atenciones prenatales	3	3.3
Entre 3 a 5 atenciones prenatales	22	23.9
Mayor de 6 atenciones prenatales	67	72.8
Total	92	100.0

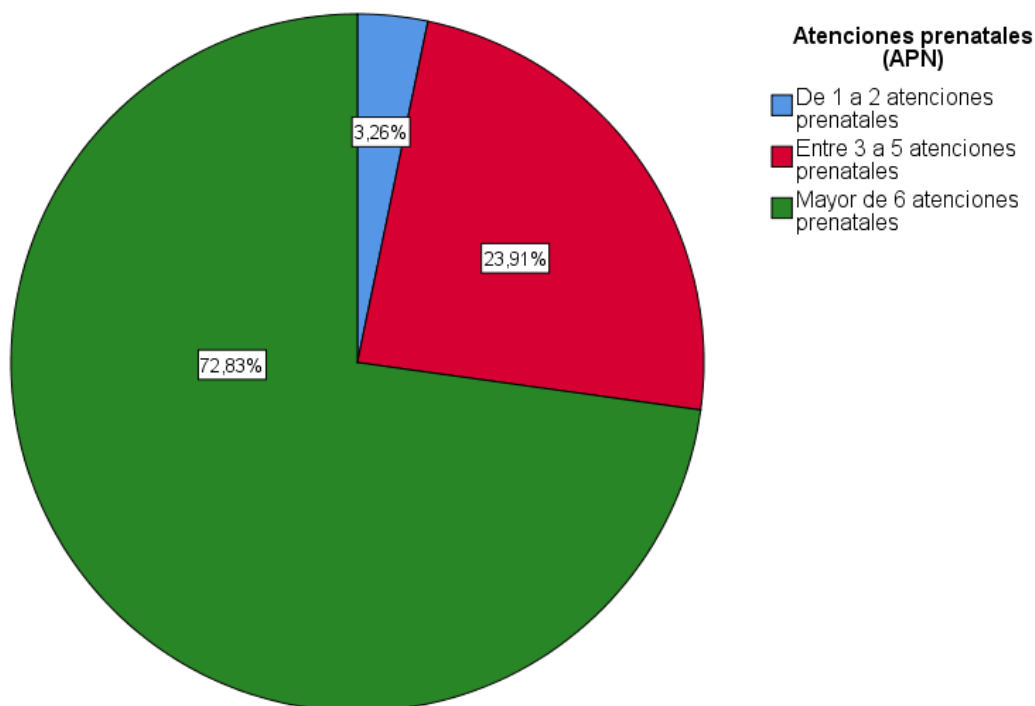


Figura 7. Atenciones prenatales realizadas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Interpretación estadística

Se evidenció que la mayoría de las gestantes primigestas, específicamente 67 (72.8%), recibieron más de seis controles durante su embarazo, lo cual sugiere una adherencia favorable a los servicios de salud materna. En contraste, 22 gestantes (23.9%) tuvieron entre tres a cinco controles, y solo 3 (3.3%) asistieron a una o dos consultas, lo que alerta sobre posibles barreras de acceso o que limitaron un adecuado seguimiento prenatal. Además, esta información resalta la importancia de seguir promoviendo estrategias que aseguren una atención prenatal oportuna y continua.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 8. Tabla cruzada de las complicaciones obstétricas anteparto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ANTEPARTO	n = 92			
	EPISIOTOMÍA SELECTIVA			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Hipertensión gestacional				
Si	0	0.0	1	1.1
No	62	67.4	29	31.5
Diabetes gestacional				
Si	2	2.2	1	1.1
No	60	65.2	29	31.5
Infección urinaria				
Si	39	42.4	15	16.3
No	23	25.0	15	16.3
Polihidramnios				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	67.4	30	32.6
Macrosomía fetal				
Si	4	4.3	0	0.0
No	58	63.0	30	32.6
Total	62	100.0	30	100.0

Interpretación estadística

En el grupo de gestantes que recibieron episiotomía selectiva, la totalidad, es decir, 62 de ellas (67.4%), no tuvo hipertensión gestacional. Por otro lado, en el grupo que no recibió episiotomía, solo 1 gestante (1.1%) presentó hipertensión, mientras que la mayoría, 29 gestantes (31.5%), no la presentó. Esta distribución sugiere que la hipertensión gestacional tuvo una incidencia muy baja y no parece ser un factor relevante para la indicación de episiotomía en esta población.

En cuanto a la diabetes gestacional, en el grupo con episiotomía selectiva, 2 gestantes (2.2%) presentaron esta complicación, mientras que la mayoría, 60 gestantes (65.2%), no la tuvo. En el grupo sin episiotomía, una gestante (1.1%) tuvo diabetes gestacional y 29 (31.5%) no. Estos datos muestran una distribución casi idéntica, indicando que la diabetes gestacional no se asoció con la decisión de realizar episiotomía selectiva.

Respecto a la infección urinaria, 39 gestantes (42.4%) con episiotomía selectiva presentaron esta complicación, mientras que 23 (25.0%) no la tuvieron. En el grupo sin episiotomía, la infección urinaria estuvo presente en 15 gestantes (16.3%) y ausente en otras 15 (16.3%). La mayor frecuencia de infección urinaria en el grupo con episiotomía podría señalar que esta

complicación no fue una contraindicación para la intervención y posiblemente se relacionó con otros factores clínicos que motivaron la episiotomía.

Con respecto al polihidramnios, ninguna gestante presentó esta complicación en ambos grupos, siendo el 0.0% para quienes tuvieron episiotomía y también para quienes no la tuvieron. Esto indica que el polihidramnios no influyó en la aplicación o no de la episiotomía en esta muestra.

Además, en relación con la macrosomía fetal, 4 gestantes (4.3%) con episiotomía selectiva presentaron esta condición, mientras que 58 (63.0%) no. En el grupo sin episiotomía (30=32.6%), ninguna gestante presentó macrosomía fetal. La presencia exclusiva de macrosomía fetal en el grupo con episiotomía sugiere que esta condición pudo haber sido un factor relevante para la indicación de la intervención, dada su asociación con un mayor riesgo obstétrico.

Respuesta a la primera hipótesis específica

Hi₁: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Ho₁: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Tabla 9. Pruebas no paramétricas que mide la asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Variables	Pruebas Chi-Cuadrado	Característica	Valor
Hipertensión gestacional	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	0.326
		Significancia exacta (unilateral)	0.326
Diabetes gestacional	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	1.000
		Significancia exacta (unilateral)	0.699
Infección urinaria	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	0.265
		Significancia exacta (unilateral)	0.170
Polihidramnios	*No se obtuvo estadístico ni valor, debido a que solo presentó un valor de respuesta en la alternativa		
Macrosomía fetal	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	0.300
		Significancia exacta (unilateral)	0.200

Interpretación estadística

Al contrastar la hipótesis de investigación mediante la prueba exacta de Fisher, no se halló evidencia estadísticamente significativa de asociación

entre las complicaciones obstétricas anteparto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas. En detalle, la hipertensión gestacional obtuvo un valor de $p=0.326$, la diabetes gestacional $p=1.000$, la infección urinaria $p=0.265$ y la macrosomía fetal $p=0.300$. Dado que en todos los casos el valor de p fue mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula, lo que indica que, en esta muestra, las complicaciones evaluadas no se asociaron significativamente con la decisión de realizar episiotomía selectiva.

Tabla 10. Tabla cruzada de las complicaciones obstétricas durante el parto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco – 2024

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS INTRAPARTO	n = 92			
	EPISIOTOMÍA SELECTIVA			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Trabajo de parto prolongado o detenido				
Si	0		0	
No	62	67.4	30	32.6
Desprendimiento prematuro de placenta				
Si	3	3.3	0	0.0
No	59	64.1	30	32.6
Hemorragia obstétrica anormal				
Si	6	6.5	4	4.3
No	56	60.9	26	28.3
Desgarros perineales				
Si	6	6.5	2	2.2
No	56	60.9	28	30.4
Distocia de hombros				
Si	2	2.2	0	0.0
No	60	65.2	30	32.6
Total	62	100.0	30	100.0

Interpretación estadística

En relación con el trabajo de parto prolongado o detenido, no se presentó esta complicación en ninguno de los dos grupos. Tanto las gestantes con episiotomía selectiva como aquellas sin ella alcanzaron un 100.0% de partos sin esta alteración. Esta ausencia total sugiere que esta condición no estuvo presente en la muestra evaluada, por lo tanto, no fue una característica asociada a la intervención.

Respecto al desprendimiento prematuro de placenta, el 3.3% de las gestantes con episiotomía presentó esta complicación (3 casos). En contraste, el 64.1% del grupo con episiotomía y el 32.6% del grupo sin episiotomía no presentó dicho diagnóstico. Esta diferencia mínima sugiere una presencia exclusiva, aunque infrecuente, en el grupo intervenido, lo que podría reflejar una conducta preventiva frente un signo clínico de riesgo.

Se observó también la hemorragia obstétrica en el 6.5% de las gestantes con episiotomía (6 casos) y en el 4.3% del grupo sin episiotomía (4 casos). En cuanto a las que no presentaron esta complicación, al 60.9% y 28.3%, respectivamente. La presencia en ambos grupos con proporciones relativamente cercanas indica que la hemorragia no estuvo determinada por la realización de episiotomía, sino que posiblemente respondió a otros factores clínicos del parto.

Los desgarros perineales ocurrieron en el 6.5% del grupo con episiotomía (6 casos) y en el 2.2% del grupo sin episiotomía (2 casos). La mayoría de las gestantes, tanto con (60.9% n=56) como sin episiotomía (30.4% n=28), no presentó esta complicación. Esta distribución sugiere que, aunque la episiotomía busca prevenir desgarros, estos pueden ocurrir incluso en su presencia, reflejando que la prevención no es absoluta y depende de otros factores anatómicos y del proceso expulsivo.

Basado en la distocia de hombros, esta complicación se presentó únicamente en el grupo con episiotomía, donde el 2.2% de las gestantes (2 casos) la experimentó, mientras que en el grupo sin episiotomía no hubo casos (0.0%). El 65.2% (60) y el 32.6% (30) de cada grupo, respectivamente, no presentó esta condición. Aunque los casos fueron escasos, su presencia exclusiva en el grupo con intervención podría reflejar una indicación basada en la sospecha de dificultad mecánica durante el parto.

Respuesta a la primera hipótesis específica

Hi₂: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Ho₂: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Tabla 11. Pruebas no paramétricas que mide la asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024

Variables	Pruebas Chi-Cuadrado	Característica	Valor
Trabajo de parto prolongado o detenido	*No se obtuvo estadístico ni valor, debido a que solo presentó un valor de respuesta en la alternativa		
Desprendimiento prematuro de la placenta	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	0.548
		Significancia exacta (unilateral)	0.301
Hemorragia obstétrica anormal	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	0.723
		Significancia exacta (unilateral)	0.420
Desgarros perineales	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	1.000
		Significancia exacta (unilateral)	0.482
Distocia de hombros	Prueba exacta de Fisher	Significancia exacta (bilateral)	0.005
		Significancia exacta (unilateral)	0.002

Interpretación estadística

En el análisis de las complicaciones obstétricas intraparto, se aplicó la prueba exacta de Fisher debido a frecuencias menores a cinco en las celdas, hallándose que la mayoría de las complicaciones no mostraron asociación estadísticamente significativa con la episiotomía selectiva. Específicamente, el desprendimiento prematuro de placenta obtuvo un valor de $p = 0.548$, la hemorragia obstétrica anormal $p = 0.723$, y los desgarros perineales $p = 1.000$, lo que indica que estas condiciones se distribuyeron de forma independiente respecto a la práctica de episiotomía. Sin embargo, la distocia de hombros sí presentó una diferencia significativa con $p = 0.005$, evidenciando una asociación estadísticamente relevante con la intervención obstétrica. En este contexto, se acepta la hipótesis de investigación únicamente para esta última complicación, mientras que en las demás se mantiene la hipótesis nula.

Interpretación estadística a la hipótesis general

Tras evaluar la relación entre las complicaciones obstétricas y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas, mediante el análisis de sus componentes anteparto, durante el parto y postparto, se observó que la mayoría de las complicaciones no presentaron asociación estadísticamente significativa con dicha intervención. Solo una variable, la distocia de hombros ($p = 0.005$) mostró una diferencia significativa. No obstante, este hallazgo aislado no resulta suficiente para establecer una relación generalizada. En consecuencia, no existe una asociación estadísticamente significativa global entre las complicaciones obstétricas y la práctica de episiotomía selectiva.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como propósito asociar las complicaciones obstétricas con la episiotomía selectiva en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Pano, Huánuco, durante el año 2024. Partiendo del interés por determinar si la realización de esta intervención influye en la aparición de complicaciones específicas, y en un contexto donde el uso selectivo de la episiotomía se perfila como una alternativa frente a la práctica rutinaria, los hallazgos revelaron que no existió asociación estadísticamente significativa entre la episiotomía selectiva y la mayoría de las complicaciones evaluadas en los periodos anteparto e intraparto. No obstante, se identificó una relación significativa con la distocia de hombros ($p = 0.005$), lo que enfatiza la necesidad de un análisis más detallado respecto a este hallazgo particular.

Durante el periodo anteparto, la hipertensión gestacional no se presentó en ninguna de las 62 gestantes que recibieron episiotomía selectiva (67.4%), y solo se presentó en una de las 30 sin episiotomía (1.1%) ($p = 0.326$). La diabetes gestacional también fue escasa en ambos grupos (2.2% con episiotomía, 1.1% sin ella; $p = 1.000$), mientras que la infección urinaria afectó al 42.4% de las gestantes con episiotomía frente al 16.3% sin ella ($p = 0.265$). En cuanto a la macrosomía fetal, se observó en el 4.3% de las gestantes con episiotomía y en el 0.0% de las que no la recibieron ($p = 0.300$). En todos los casos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, lo que sugiere que estas condiciones se distribuyen de forma similar sin importar si se aplica o no esta intervención.

Estos resultados coinciden con lo planteado por Nada Khan y Abdullah⁽¹³⁾, quienes identificaron hipertensión (7.4%) y anemia (37.7%) como condiciones prevalentes, pero sin establecer una asociación directa con la episiotomía. Asimismo, Jurado y Meza⁽³¹⁾ evidenciaron que complicaciones como infección urinaria y anemia están vinculadas a la dehiscencia de episiotomía, pero nuestro estudio no encontró relación significativa entre la episiotomía y tales complicaciones anteparto.

Durante el periodo intraparto, el trabajo de parto prolongado o detenido no se presentó en ninguno de los grupos (0.0%). El desprendimiento prematuro de placenta fue escaso: 3 casos (3.3%) en el grupo con episiotomía y ninguno en el grupo sin ella ($p = 0.548$). La hemorragia obstétrica se presentó en 6 casos (6.5%) con episiotomía y 4 casos (4.3%) sin ella ($p = 0.723$), y los desgarros perineales afectaron a 6 gestantes (6.5%) con episiotomía y a 2 (2.2%) sin ella ($p = 1.000$). Estos datos indican que estas complicaciones también se distribuyeron de forma independiente respecto al uso de episiotomía.

La distocia de hombros, sin embargo, fue reportada exclusivamente en el grupo con episiotomía (2 casos; 2.2%), mientras que no se presentó en el grupo sin episiotomía (0.0%) ($p = 0.005$), lo que sugiere una posible asociación relevante. Este hallazgo podría relacionarse con lo planteado por Verde ⁽³²⁾, quien menciona que un perímetro cefálico elevado está asociado a desgarros y otras complicaciones perineales, o con la macrosomía fetal, aunque esta última no mostró diferencia significativa en nuestra muestra.

Autores como Bergendahl et al, ⁽²¹⁾ han discutido el valor de la episiotomía lateral en la reducción de lesiones graves, sugiriendo beneficios potenciales en determinados contextos, aunque subrayan la necesidad de más evidencia a largo plazo. En contraste, investigaciones como la de Ononuju et al, ⁽²³⁾ y Khan et al, ⁽²⁴⁾ destacaron una elevada frecuencia de complicaciones postepisiotomía, como dolor perineal, infecciones y molestias, sin identificar asociaciones claras con otras variables clínicas, lo cual se alinea con la falta de asociaciones significativas encontradas en nuestro estudio.

Además, Dillon et al ⁽²⁶⁾ y Corzo y Cuadros ⁽²⁷⁾ han documentado la disminución en la frecuencia de episiotomías y sus efectos sobre la reducción de desgarros severos, reforzando la idea de que una práctica más selectiva puede ser segura. Nuestro hallazgo sobre la ausencia de diferencia significativa en los desgarros perineales entre ambos grupos ($p = 1.000$) coincide con estos reportes y con el análisis de Chuquimantari ⁽²⁹⁾, quien encontró que los desgarros perineales son la complicación más frecuente tanto en episiotomía rutinaria como selectiva.

Del mismo modo, estudios como el de Vásquez ⁽³⁰⁾ resaltan la fuerte asociación entre nuliparidad y episiotomía, lo cual es coherente con nuestro perfil muestral enfocado en primigestas.

En conjunto, los resultados de esta investigación respaldan la práctica selectiva de la episiotomía, sugiriendo que, salvo en el caso puntual de la distocia de hombros, su realización no se asocia significativamente con complicaciones obstétricas en el periodo anteparto ni en el intraparto en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Panao. Esta evidencia fortalece la postura de que la episiotomía debe aplicarse con base en un juicio clínico individualizado, considerando los factores de riesgo presentes en cada paciente, y no como una intervención sistemática. El hallazgo de una única asociación significativa, en contraste con la ausencia de relación en otras complicaciones como hemorragia obstétrica, macrosomía fetal, infecciones urinarias o desgarros perineales, aporta argumentos a favor de una atención más humanizada y centrada en la mujer durante el parto.

Este enfoque está en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promueven la disminución del uso indiscriminado de episiotomías y sugieren privilegiar decisiones clínicas basadas en evidencia. Además, estos resultados se integran en un contexto más amplio de reformas en la atención obstétrica, que buscan reducir intervenciones innecesarias y mejorar la calidad del parto, particularmente en poblaciones vulnerables como las primigestas. En ese sentido, la evidencia generada en este estudio puede contribuir a fortalecer los protocolos de atención en establecimientos de salud de primer nivel, como el de Panao, promoviendo una atención segura, eficaz y respetuosa de los derechos de la gestante.

CONCLUSIONES

1. En relación con las complicaciones obstétricas anteparto, se concluye que la hipertensión gestacional ($p=0.326$), la diabetes gestacional ($p=1.000$), la infección urinaria ($p=0.265$) y la macrosomía fetal ($p=0.300$) no se asociaron significativamente con la realización de episiotomía selectiva. Esta evidencia demuestra que dichas condiciones, aunque relevantes en la vigilancia prenatal, no deberían considerarse como factores determinantes para indicar esta intervención obstétrica en gestantes primigestas.
2. Respecto a las complicaciones obstétricas intraparto, se concluye que el desprendimiento prematuro de placenta ($p=0.548$), la hemorragia obstétrica anormal ($p=0.723$) y los desgarros perineales ($p=1.000$) no mostraron asociación estadísticamente significativa con la episiotomía selectiva. Sin embargo, se identificó una asociación significativa entre la episiotomía y la distocia de hombros ($p=0.005$), lo que sugiere la necesidad de realizar una valoración clínica más exhaustiva antes y durante el parto, especialmente en casos que puedan implicar fetos de mayor tamaño o canal de parto estrecho.
3. Con relación a las características demográficas de las gestantes primigestas, en primer lugar, se evidenció una alta prevalencia de embarazo adolescente, ya que el grupo de menores de 19 años concentró el mayor porcentaje con 57 gestantes, lo que representó el 62.0%, reflejando la necesidad de intervenciones tempranas en salud sexual y reproductiva; en segundo lugar, respecto al grado de instrucción, se observó que el mayor grupo fue el de gestantes con estudios secundarios, con un total de 58 mujeres (63.0%), lo cual sugiere que muchas jóvenes cuentan con un nivel educativo básico, pero aún limitado en cuanto al acceso a información especializada. En cuanto a la ocupación, la mayoría eran amas de casa, representando 85 casos (92.4%), una situación que podría limitar su autonomía económica y su acceso oportuno a los servicios de salud; además, en lo referente al estado civil, predominó la convivencia con pareja, presente en 69 gestantes (75.0%), lo que visibiliza patrones culturales que priorizan uniones consensuadas. Además, se identificó que la religión mayoritaria fue la católica, profesada por 76 gestantes (82.6%),

lo cual podría influir en su percepción del embarazo, del parto y de la atención médica.

4. Respecto a las características obstétricas de las gestantes primigestas, en primer lugar, se evidenció que la gran mayoría, con un total de 87 gestantes (94.6%), alcanzaron una edad gestacional a término al momento del parto, lo cual evidencia una adecuada vigilancia prenatal que favoreció el desarrollo completo del embarazo; en segundo lugar, se observó que la mayor parte de las gestantes, 67 en total (72.8%), asistieron a más de seis controles prenatales, lo que refleja una notable adherencia a los servicios de salud materna y un compromiso con el cuidado propio y del bebé en formación, reforzando la importancia de mantener el acceso equitativo a controles prenatales que garanticen una atención continua y de calidad.

RECOMENDACIONES

- 1. Al Centro de Salud Panao:** Fortalecer la implementación de protocolos actualizados sobre episiotomía selectiva mediante la elaboración y difusión de un protocolo institucional, alineado con las recomendaciones de la OMS, que defina claramente los criterios clínicos para su uso. Además, se recomienda capacitar al personal obstétrico al menos una vez por semestre en la aplicación adecuada de dicho protocolo para reducir su uso rutinario y priorizar la seguridad materno-fetal.
- 2. A la Dirección de Salud:** Diseñar e implementar un programa de formación continua sobre atención humanizada del parto y toma de decisiones basadas en evidencia, con énfasis en complicaciones como la distocia de hombros, que mostró asociación significativa con la episiotomía. Este programa podría incluir talleres presenciales y virtuales trimestrales, con evaluación de conocimientos antes y después de cada sesión.
- 3. A la jefatura del Servicio de Obstetricia:** Establecer un sistema de supervisión mensual sobre el cumplimiento del enfoque selectivo en episiotomías, y organizar reuniones clínicas bimestrales para analizar prácticas comunes, revisar casos y detectar áreas de mejora.
- 4. A la plana obstétrica asistencial general:** Promover un enfoque reflexivo en la atención del parto mediante la implementación de sesiones de discusión de casos clínicos cada mes, y asegurar que cada atención incluya registro documentado de consentimiento informado. Además, se recomienda reforzar la comunicación efectiva con la gestante a través de la entrega de materiales educativos impresos o digitales sobre prácticas obstétricas seguras.
- 5. A las madres gestantes en general:** Fomentar el empoderamiento y la toma de decisiones informadas mediante la organización de charlas educativas mensuales en el servicio de obstetricia, y la entrega de folletos explicativos o cápsulas audiovisuales sobre el trabajo de parto y procedimientos como la episiotomía. Estas acciones deben facilitar una participación activa y consciente de la gestante en su proceso de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud y bienestar: por qué es importante - objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf
2. Barbaran Huaroto RE. Perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga ESSALUD de enero a junio – 2019 [Internet] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020 [consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3279>
3. Pebolo F, Judith A, Kabonge Dan K. Prevalence and factors associated with episiotomy practice among primiparous women in mulago national referral hospital Uganda. Int J Pregnancy Child Birth [Internet]. el 1 de noviembre de 2019; 5(5): 197–201. Disponible en: <https://medcraveonline.com/IPCB/IPCB-05-00176.pdf>
4. Carniel F, Vital D da S, Souza TDP de. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. J Nurs Health [Internet]. el 30 de abril de 2019 [Consultado 21 de julio de 2024]; 9(2). Disponible en: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/14425>
5. Jurado García E, Baena Antequera F. Episiotomía y violencia obstétrica. Revisión de la bibliografía. Hygia Enferm Rev Científica Col [Internet]. 2021 [Consultado 21 de julio de 2024]; (107): 45–50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8117708>
6. Infobae [Internet]. 2023 [Consultado 21 de julio de 2024]. Episiotomía: por qué es una práctica cuestionada por la OMS por su impacto en la experiencia del parto. 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/>
7. M Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health [Internet]. 2017 [Consultado 21 de julio de 2024]; 14(1): 55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>

8. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [Consultado 21 de julio de 2024]; 2(2): CD000081. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
9. Chamorro Martínez GJ, Torres Romero JK. Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. *Hospital Carlos Andrade Marín*, 2021 [Internet] Ecuador: Universidad Ncional de Chimborazo; 2023 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/8145676>
10. Kovavisarach E, Laimnuay J. Pregnancy outcomes of healthy parturients delivered with or without episiotomy. *J Med Assoc Thai* [Internet]. 2017 [Consultado 21 de julio de 2024]; 100 Suppl 1: S70-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29927193/>
11. Guevara Cabello MM. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2014 [Internet] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4008>
12. Bernués Suárez I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné [Internet] España: Universidad Pública de Navarra; 2014 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/>
13. Khan NY, Naji SA. Episiotomy at the Asha'ab obstetric emergency center, Aden, Yemen: Prevalence, clinical profile, and complications. *Yemen Journal of Medicine* [Internet]. 2022 [Consultado 21 de julio de 2024]; 1(2): 85–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32677/yjm.v1i2.3686>
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. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. el 12 de octubre de 2020 [Consultado 21 de julio de 2024]; 93: e201907040. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201907040/>
15. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México [Internet]. Ciudad

- de México; 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno_stico_V_O_port.pdf
16. Garcia-Cerde R, Torres-Pereda P, Olvera-Garcia M, Hulme J. Health care workers' perceptions of episiotomy in the era of respectful maternity care: a qualitative study of an obstetric training program in Mexico. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [Consultado 21 de julio de 2024]; 21(1): 549. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-04022-x>
 17. Cuba Beretta KJ. Frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primíparas Hospital Regional Docente Cajamarca 2017 [Internet] Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/2715>
 18. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *The Lancet* [Internet]. 1993 [Consultado 21 de julio de 2024]; 342(8886-8887): 1517–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7902901/>
 19. Rodriguez Gongora E, Sanchez Inga M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. periodo 2010 [Internet] San Martín: Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto; 2012 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2339>
 20. Pujay Escobal AC. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María – enero-diciembre 2015 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/125>
 21. Bergendahl S, Ankarcrona V, Leijonhufvud A, Hesselman S, Karlström S, Kallner HK, et al. Lateral episiotomy versus no episiotomy to reduce obstetric anal sphincter injury in vacuum-assisted delivery in nulliparous women: study protocol on a randomised controlled trial. *BMJ Open* [Internet]. el 1 de marzo de 2019 [Consultado 21 de julio de 2024]; 9(3): e025050. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025050>
 22. Goodarzi G, Rajabian S, Ahmadian M, Kalateh A. Comparing the Incidence of Episiotomy Site Infection in Two Groups of Primiparas with

- and without Taking Prophylactic Antibiotics After Normal Vaginal Delivery Referred to Bent Al-Huda Hospital in Bojnourd. *J Obstet Gynecol Cancer Res* [Internet]. el 30 de octubre de 2020 [Consultado 21 de julio de 2024]; 5(2): 31–8. Disponible en: <https://doi.org/10.30699/jogcr.5.2.31>
23. Ononuju CN, Ogu RN, Nyengidiki TK, Onwubuariri MI, Amadi SC, Ezeaku EC. Review of Episiotomy and the Effect of its Risk Factors on Postepisiotomy Complications at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Niger Med J J Niger Med Assoc* [Internet]. 2020 [Consultado 21 de julio de 2024]; 61(2): 96–101. Disponible en: https://doi.org/10.4103/nmj.nmj_121_19
 24. Khan N, Anjum N, Hoodbhoy Z, Khoso R. Episiotomy and its complications-a cross sectional study in secondary care hospital. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2020 [Consultado 21 de julio de 2024]; (0): 1. Disponible en: <https://goo.su/lhsnBBz>
 25. Mousavi SHS, Miri M, Farzaneh F. Episiotomy and Its Complications. *Zahedan J Res Med Sci* [Internet]. 2021 [Consultado 21 de julio de 2024]; 2021; 23(2): e104127. Disponible en: <https://doi.org/10.5812/zjrms.104127>
 26. Dillon SJ, Nelson DB, Spong CY, McIntire DD, Leveno KJ. Episiotomy: Evolution of a Common Obstetric Practice at a Public Hospital. *Am J Perinatol* [Internet]. el 2 de diciembre de 2021 [Consultado 21 de julio de 2024]; 41: 039–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1739410>
 27. Corzo Ayme ET, Cuadros Palomino M. Factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de Apoyo de Huanta, julio - setiembre 2019 [Internet] Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2020 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3842>
 28. Vilca Dipaz H. Caracterización de las gestantes nulíparas con episiotomías atendidas en el Centro de Salud de Pichari, Cusco 2020 [Internet] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; el 23 de abril de 2021 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3807>
 29. Chuquimantari Zevallos R. Revisión sistemática del uso de la episiotomía y sus complicaciones perineales [Internet] Lima: Universidad Privada

- Norbert Wiener; el 10 de agosto de 2021 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5370>
30. 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 [Internet] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022 [citado el 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5367>
 31. Jurado Torres RJ, Meza Huamani MK. Dehiscencia de las episiorrafias relacionadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital San José de Chíncha, 2019 [Internet] Universidad Autónoma Ica; 2021 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/1012>
 32. Verde Pando M. Factores asociados a desgarros perineales en púerperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo, Cerro De Pasco 2021 – 2022 [Internet] Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; el 5 de febrero de 2024 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3945>
 33. Perineo [Internet]. Cuidateplus; 2015 [Consultado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/diccionario/perineo.html>
 34. Torre RJM de la, Vilcahuaman JM, Sueldo JCJ, Santillán EJT, Navarro KYV, Aroni RQ. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas [Internet]. MediSur. junio de 2022 [Consultado 21 de julio de 2024]; 20(3): 402–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000300402
 35. De Caro R, Porzionato A, Macchi V. Perineum: Functional Anatomy. En: Altomare DF, Pucciani F, editores. Rectal Prolapse: Diagnosis and Clinical Management [Internet]. Milano: Springer Milán; 2008 [Consultado 23 de julio de 2024]. p. 3–11. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-88-470-0684-3_1

36. Bondurri A, Danelli P, Marone M. Perineum: Surgical Anatomy and Physiology. En: Tonolini M, Maconi G, editores. *Imaging of Perianal Inflammatory Diseases* [Internet]. Milano: Springer Milan; 2013 [citado el 23 de julio de 2024]. p. 3–7. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-88-470-2847-0_1
37. Joseph J. The Perineum, Including the External Genitalia. En: Joseph J, editor. *A Textbook of Regional Anatomy* [Internet]. London: Macmillan Education UK; 1982 [Consultado 23 de julio de 2024]. p. 156–70. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-349-16831-6_12
38. Castro R, Alba SS, Peruyera LD. Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2017 [Consultado 23 de julio de 2024]; 33(2): 171–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200002
39. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2013 [Consultado 23 de julio de 2024]; 24(2): 185–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70148-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70148-2)
40. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [Consultado 23 de julio de 2024]; 2(2): CD000081. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD000081/PREG_uso-de-la-episiotomia-selectiva-versus-sistemica-para-el-parto-vaginal
41. Pebalo FP, Ayikoru J, Pebalo FP, Ayikoru J. Update and Trend in Episiotomy Practice. En: *Current Challenges in Childbirth*. IntechOpen [Internet]; 2022 [Consultado 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/80687>
42. Casanova R. Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; 2018
43. F Gary Cunningham, John Whitridge Williams, Al E. Williams obstetricia. 26th ed. México: McGraw-Hill Education, Cop; 2022.
44. Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Científica Cienc Médica*.

- [Internet] 2014 [Consultado 23 de julio de 2024]; 17(2): 53–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041229011.pdf>
45. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Episiotomía Complicada [Internet]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/608GRR.pdf>
46. Guzmán R. R, Aleuanlli A. MC, Castro L. A, Naser N. M, Wenzel D. C, Castro C. D, et al. Episiotomía y disfunciones del piso pélvico femenino. Rev Hosp Clínico Univ Chile [Internet]. el 1 de septiembre de 2015 [Consultado 23 de julio de 2024]; 26(3): 215–21. Disponible en: <https://doi.org/10.5354/2735-7996.2015.71365>
47. García Núñez L, Soto González M. Efectos de la episiotomía sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal. Una revisión bibliográfica. Clínica E Investig En Ginecol Obstet [Internet]. el 1 de octubre de 2018 [Consultado 23 de julio de 2024]; 45(4): 171–80. Disponible en: <https://goo.su/mbDoZhC>
48. Vargas Baldares MJ. Episiotomía. Rev Med Cos Cen [Internet]. 2011 [Consultado 23 de julio de 2024]; 68 (599). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114m.pdf>
49. Episiotomy [Internet]. Stanford Medicine Children's Health [Consultado 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotomy-92-P09289>
50. Sánchez Casal MI. Episiotomía Versus Desgarro: Revisión de las evidencias científicas. Disponible en: <https://www.index-f.com/edocente/97pdf/97-027.pdf>
51. ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes del embarazo? | NICHD español [Internet]. 2021 [Consultado 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones>
52. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and Perineal Tears Presumed to be Imminent: A Randomized, Controlled Trial. Obstet Gynecol Surv [Internet]. agosto de

- 2004 [Consultado 23 de julio de 2024]; 59(8): 576. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00366.x>
53. Woog Castañón A, Arvizu Armenta JA, González Aldeco PM, Rodríguez Ayala C, Chávez Loranca M de los Á, Juárez Tabares JC, et al. Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo. *Acta Médica Grupo Ángeles* [Internet]. junio de 2021 [Consultado 23 de julio de 2024]; 19(2): 204–7. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/100443>
54. Almira AG. Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto. *Pregnancy: diagnosis, gestational age and date of the childbirth. Redalyc.org* [Internet] 2008 [Consultado 23 de julio de 2024]; 12(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445249017.pdf>
55. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D, et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev Fac Med México* [Internet]. febrero de 2021 [Consultado 23 de julio de 2024]; 64(1): 39–48. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
56. Anders V. Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras. [Consultado 23 de julio de 2024]. Primigesta, radicación. Disponible en: <https://etimologias.dechile.net/?primigesta>
57. Obregón Yáñez LE. Primigesta de edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* [Internet]. septiembre de 2007 [Consultado 23 de julio de 2024]; 67(3): 152–66. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300003
58. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab* [Internet]. marzo de 2008 [Consultado 23 de julio de 2024]; 54(210). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
59. Rivas JMH, Ortiz LG. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios [Consultado 23 de julio de 2023]. Disponible en: https://congreso enfermeria.com/2016/sites/default/files/styles/doc16_142/1659329876.pdf

60. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int J Morphol* [Internet]. junio de 2014 [Consultado 23 de julio de 2023]; 32(2): 634–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
61. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC. Estudios transversales. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. enero de 2021 [Consultado 23 de julio de 2023]; 21(1): 179–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
62. Luis Ángel Espinoza-Pajuelo, Ochoa-Pachas JM. El nivel de investigación relacional en las ciencias sociales. *ACTA Juríd Peru* [Internet]. 2020 [Consultado 23 de julio de 2023]; 3(2): 93–111. Disponible en: <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/AJP/article/view/257/221>
63. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mcgraw-Hill Education; 2018.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Bravo J. Complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano - 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://.....>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación “**Complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano – 2024**”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICA
¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco - 2024	Asociar las complicaciones obstétricas con la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco - 2024	Hi: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco - 2024 Ho: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano, de Huánuco - 2024	VARIABLE DE RELACIÓN Complicaciones obstétricas VARIABLE DE SUPERVISIÓN Episiotomía selectiva VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN - Características demográficas (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, religión). - Características obstétricas (edad gestacional al momento del parto y atenciones prenatales (APN))	TIPO DE INVESTIGACIÓN Fue una investigación, retrospectiva, observacional, transversal MÉTODO Cuantitativo NIVEL Correlacional DISEÑO Correlacional no experimental	Con las historias clínicas (ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS)
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS			INSTRUMENTO
P₁: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios,	O₁: Asociar las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal)	Hi₁: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal) y la episiotomía selectiva en gestantes		Donde: M (lo conforma la muestra, gestantes primigestas)	Ficha de recolección de datos, dividido por dimensiones, es decir: Dentro de la variable de caracterización, contará con dos apartados de interrogantes,

macrosomía fetal) y episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	con la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024 Ho₁: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas anteparto (hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infección urinaria, polihidramnios, macrosomía fetal) y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	• Ox (observación de la variable 1, complicaciones obstétricas) • Oz (observación de la variable 2, episiotomía selectiva) • r (coeficiente de correlación)	características obstétricas (02 ítems), características demográficas (05 ítems). • Del apartado de las complicaciones: Complicaciones obstétricas anteparto (05 ítems) y durante el parto (05 ítems). • Del apartado de la variable de supervisión, episiotomía selectiva (01 ítems)
P₂: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) y episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	O₂: Asociar las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) con la episiotomía selectiva en las gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	Hi₂: Existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024 Ho₂: No existe asociación entre las complicaciones obstétricas durante el parto (trabajo de parto prolongado o detenido, desprendimiento prematuro de la placenta,	POBLACIÓN Y MUESTRA POBLACIÓN Dentro del grupo poblacional, estuvieron conformadas por 120 gestantes primigestas de parto vaginal, atendidas en el Centro de Salud Panao, del departamento de Huánuco, 2024. MUESTRA Teniendo en cuenta la fórmula para poblaciones finitas, se determinó una muestra de 92 gestantes	

		hemorragia obstétrica anormal, desgarros perineales, distocia de hombros) y la episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024
P₃: ¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024?	O₃: Describir las características demográficas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	Estas variables (demográficas y obstétricas) fueron netamente descriptivas, por lo tanto, no se formuló hipótesis.
P₄: ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024?	O₄: Describir las características obstétricas de las gestantes primigestas, atendidas en el Centro de Salud Panao, de Huánuco – 2024	

ANEXO 2

ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Título de la investigación “**Complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao – 2024**”

Historia clínica Nro. _____

Nro. orden _____

I. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad

- a. ≤ 19 años
- b. De 20 a 34 años
- c. ≥ 35 años

2. Grado de instrucción

- a. Sin instrucción
- b. Estudios primarios
- c. Estudios secundarios
- d. Superior no universitario
- e. Superior universitario

3. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Trabajadora independiente
- c. Trabajadora dependiente

4. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorciada

5. Religión

- a. católica
- b. Evangélica

B. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

6. Edad gestacional

- a. Prematuro moderado (32 – 34 semanas)
- b. Prematuro leve (35 – 36 semanas)
- c. A término (37 – 41 semanas)
- d. Postérmino (De 42 semanas a más)

7. Atenciones prenatales (APN)

- a. Ninguna atención prenatal
- b. De 1 a 2 atenciones prenatales
- c. Entre 3 a 5 atenciones prenatales
- d. Mayor de 6 atenciones prenatales

II. VARIABLE DE RELACIÓN

A. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ANTE-PARTO

8. Hipertensión gestacional

- a. Si
- b. No

9. Diabetes gestacional

- a. Si
- b. No

10. Infección urinaria

- a. Si
- b. No

11. Polihidramnios

- a. Si
- b. No

12. Macrosomía fetal

- a. Si
- b. No

B. COMPLICACIONES OBSTÉTRICA DURANTE EL PARTO

13. Trabajo de parto prolongado o detenido

- a. Si
- b. No

14. Desprendimiento prematuro de la placenta

- a. Si
- b. No

15. Hemorragia obstétrica anormal

- a. Si
- b. No

16. Desgarros perineales

- a. Si
- b. No

17. Distocia de hombros

- a. Si
- b. No

III. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

A. EPISIOTOMÍA SELECTIVA

18. Realización de episiotomía selectiva

- a. Si
- b. No

ANEXO 3

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

MARCELO ARMAS MARICELA

1.2. Institución donde labora:

HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO

1.3. Denominación del Instrumento:

"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EPISIOTOMÍA SELECTIVA EN
GESTANTES PRIMIGESTAS EN EL CENTRO DE SALUD PANAO - 2024"

1.4. Autor del instrumento:

BRAVO CALDERON JENNIFER MISHILL

1.5 Aspecto de Validación:

SE EVALÚA CON EL SIGUIENTE CUADRO
DE PUNTUACIÓN

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1 (01-09)	2 (10-12)	3 (12-15)	4 (15-18)	5 (18-20)
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X

a). De 01 a 09: (No válido, reformular)

b). De 10 a 12: (No válido, modificar)

c). De 12 a 15: (Válido, mejorar)

d). De 15 a 18: (Válido, precisar)

e). De 18 a 20: (Válido, aplicar)

OPINION DE APLICABILIDAD

EL INSTRUMENTO PUEDE SER APLICADO, TAL COMO ESTÁ ELABORADO
EN BASE A SUS VARIABLES.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:18.....

FECHA:20 de febrero del 2025.....



Maricela Marcelo Armas
OBSTETRA
CQP. 8537

FIRMA DEL EXPERTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE
VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Pozo Perez Martha Alejandrina

1.2. Institución donde labora:

Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

1.3. Denominación del Instrumento:

"Complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Panao - 2024"

1.4. Autor del instrumento:

Bravo Calderon Jennifer Mishell

1.5 Aspecto de Validación:

Se evalúa con el siguiente cuadro de
puntuación

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1 (01-09)	2 (10-12)	3 (12-15)	4 (15-18)	5 (18-20)
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				✓	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				✓	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				✓	
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos				✓	
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				✓	✓
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				✓	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				✓	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				✓	

a). De 01 a 09: (No válido, reformular)

b). De 10 a 12: (No válido, modificar)

c). De 12 a 15: (Válido, mejorar)

d). De 15 a 18: (Válido, precisar)

e). De 18 a 20: (Válido, aplicar)

OPINION DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

PROMEDIO DE VALORACIÓN:17.....

FECHA: 20 de febrero del 2025

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Herminio Valdizán Medina"
.....
Martha Alejandrina Pozo Perez
OBSTETRA
COP 8818

.....
FIRMA DEL EXPERTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

PINO BERROSPÍ MARITZA Y.

1.2. Institución donde labora:

HOSPITAL REGIONAL HERNILIO VALDIZAN MEDRANO

1.3. Denominación del Instrumento:

"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EPISIOTOMÍA SELECTIVA EN
GESTANTES PRIMÍGESTAS EN EL CENTRO DE SALUD PANAO - 2024"

1.4. Autor del instrumento:

BRAVO CALDERON JENNIFER MISHELL

1.5 Aspecto de Validación:

SE EVALUA CON EL SIGUIENTE CUADRO
DE PUNTUACIÓN

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1 (01-09)	2 (10-12)	3 (12-15)	4 (15-18)	5 (18-20)
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos				X	
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				X	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				X	

a). De 01 a 09: (No válido, reformular)

b). De 10 a 12: (No válido, modificar)

c). De 12 a 15: (Válido, mejorar)

d). De 15 a 18: (Válido, precisar)

e). De 18 a 20: (Válido, aplicar)

OPINION DE APLICABILIDAD

EL DICHO INSTRUMENTO CALIFICADO PUEDE SER APLICADO PORQUE
CUMPLE CON LOS REQUISITOS.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:17.....

FECHA:26 DE FEBRERO DEL 2025.....

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Herminio Valdizán Medrano"
Ministerio de Salud
2025

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 4
FORMATO DE SOLICITUD DE PERMISO

Huánuco, ____ de ____ 2024

Director:

ASUNTO: Solicitud de autorización para recopilar información de las historias clínicas de usuarias con diagnósticos de complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva.

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es JENNIFER MISHELL BRAVO CALDERON, ex alumna de la Universidad de Huánuco. Como parte del proceso para obtener el título profesional de Obstetra, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado **“Complicaciones obstétricas y episiotomía selectiva en gestantes primigestas en el Centro de Salud Pano – 2024”**.

Para llevar a cabo este estudio, necesito recolectar datos de mujeres primigestas que han sido atendidas en su institución y que han experimentado complicaciones obstétricas relacionadas con la episiotomía selectiva. Solicito formalmente su permiso para acceder a esta información, la cual es fundamental para el desarrollo y éxito de mi investigación. Me comprometo a entregar los resultados obtenidos una vez finalizado el estudio, con el objetivo de contribuir a la mejora de la atención en salud y el manejo de las complicaciones obstétricas.

Agradezco de antemano su atención y colaboración, y espero que mi solicitud sea aceptada.

Atentamente,

JENNIFER MISHELL BRAVO CALDERON

ANEXO 5

AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD PACHITEA
MICRO RED PANAÓ- CENTRO DE SALUD PANAÓ



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

CARTA DE ACEPTACIÓN

LIC. ENF. XIMENA J. VERDE SUAREZ
JEFE DE LA MICRORED PANAÓ

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. para saludarle, y, asimismo, dar respuesta a su solicitud, manifestarle que el proyecto de Investigación titulado **“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EPISIOTOMÍA SELECTIVA EN GESTANTES PRIMIGESTAS EN EL CENTRO DE SALUD DE PANAÓ – 2024.”** Elaborado por la estudiante del Programa académico Profesional de Obstetricia, **JENNIFER MISHALL BRAVO CALDERON**, a solicitud del interesado, mi persona acepta la elaboración de su proyecto en el **CENTRO DE SALUD PANAÓ** mediante las historias clínicas en las que serán brindadas por parte de admisión. Elevo a su despacho para que se realicen los trámites correspondientes aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Martes, 17 de diciembre del 2024


GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD PACHITEA
Lic. Enf. Ximena J. Verde Suarez
CEP: 89087
JEFE DE LA MICRORED PANAÓ

LIC. ENF. XIMENA J. VERDE
SUAREZ

JEFE DE LA MICRORED PANAÓ

ANEXO 6

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



