

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE EPISIOTOMÍA EN
GESTANTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE
TALAVERA, AÑO 2023**

PRESENTADO POR:

BACH. YUDIT MERCIA FLORES RAMOS

**PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL
DE OBSTETRA**

ASESORA:

MGT. EVELYN KARLA MEDINA NOLASCO

APURÍMAC – PERÚ

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SAUD DE TALAVERA, AÑO 2023

presentado por: YUDIT MERCIA FLORES RAMOS con DNI Nro.: 73702253 presentado por: con DNI Nro.: para optar el título profesional/grado académico de OBSTETRA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 3 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 10%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 02 de OCTUBRE de 2024

Obst. Evelyn Karla Medina Nolasco
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA
COP: 27554 RENOMA - COP:115

Firma

Post firma EVELYN KARLA MEDINA NOLASCO

Nro. de DNI 42 47 6697

ORCID del Asesor 0000 - 0001 - 7958 - 6152

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:** 27259:387792764

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE

AUTOR

Yudit Mercia Flores Ramos

RECUENTO DE PALABRAS

17433 Words

RECUENTO DE CARACTERES

94568 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

97 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.7MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 2, 2024 10:43 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 2, 2024 10:44 AM GMT-5

● **10% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 25 palabras)



PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

En cumplimiento con lo establecido en el reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, con la finalidad de Optar el título profesional de Obstetra, pongo a vuestra consideración la tesis titulada **“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE TALAVERA, AÑO 2023”**.

El contenido y los resultados obtenidos de la investigación están destinados a poder contribuir al conocimiento teórico y científico para aquellos que estén interesados, así mismo servirá como antecedentes en futuras investigaciones relacionados con el presente estudio.

DEDICATORIA

A DIOS

Por haber guiado mi vida, acompañado durante toda mi carrera, por darme sabiduría y fortaleza para cumplir todos mis metas.

A MI FAMILIA

Gracias a mis padres Delfin, Sunilda y a toda mi familia por apoyarme durante toda mi carrera, por ser mi motivadores por guiarme en el camino correcto y a no perder la fe a pesar de las dificultades, gracias a ustedes soy la persona que soy, gracias los quiero mucho.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios que fue mi principal apoyo y motivación para seguir cada día, gracias a mis padres que fueron mis mayores promotores durante este proceso, gracias a mi universidad por haberme permitido formarme en ella, a todas las personas que fueron participe en este proceso, de manera directa e indirecta gracias a todos ustedes que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

A mi asesora Mgt. Evelyn Karla Medina Nolasco por brindarme parte de su tiempo para guiarme en el desarrollo de mi investigación, por el apoyo incondicional para poder culminar satisfactoriamente mi investigación muchas gracias.

Este es un momento muy especial que espero perdure en el tiempo, no solo en la mente de las que agradecí, a todos les agradezco con todo mi ser.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE GENERAL.....	5
LISTA DE TABLAS	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	11
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Situación problemática.....	14
1.2. Formulación del problema.....	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Justificación de la investigación.....	17
1.3.1. Justificación teórica	17
1.3.2. Justificación metodológica	18
1.3.3. Justificación práctica	18
1.4. Objetivos de la investigación.....	18
1.4.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales	20
2.1.2. Antecedentes regionales /locales.....	25
2.2. Bases Teóricas	25
2.3. Bases conceptuales	28
Anatomía del piso pélvico.....	28
Perineo.....	29
Músculos del periné	30
Tipos de episiotomía	32
Técnica.....	32
Episiorrafia.....	33
Complicaciones de la episiotomía.....	34
Factores maternos asociados a la indicación de episiotomía.....	37

Factores fatales asociados a la indicación de episiotomía	39
Factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía.....	41
2.4. Definición de términos.....	42
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	44
3.1. Hipótesis.....	44
3.1.1. Hipótesis General.....	44
3.1.2. Hipótesis específicas	44
3.2. Identificación de variables.....	45
Variable independiente: Factores asociados.....	45
Variable dependiente: Episiotomía	45
3.3. Operacionalización de variables	46
IV. METODOLOGÍA.....	48
4.1. Ámbito de estudio: Localización política y geográfica.....	48
4.2. Tipo y nivel de Investigación	48
4.3. Unidad de análisis.....	50
4.4. Población de estudio.....	50
4.5. Tamaño de la muestra.....	52
4.6. Técnicas de selección de muestra	53
4.7. Técnica de recolección de información	54
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información.....	54
4.9. Técnicas para demostrar verdad o falsedad de las hipótesis planteadas...	56
4.10. Consideraciones éticas	56
V. RESULTADOS	57
5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión	57
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	66
VI. CONCLUSIONES.....	70
VII. RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS	78
a. Matriz de consistencia	78
b. Solicitud de validación.....	81
c. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos.....	82
d. Validación del instrumento para el juicio de expertos.....	83
e. Lista de expertos para la validación del instrumento	88
f. Ficha de recolección de datos.....	89

g. Solicitud al Centro de Salud	90
h. Carta de autorización del Centro de Salud	91
i. Evidencias fotográficas	92

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Medidas de tendencia central en los dos grupos de comparación del estudio. -----	57
Tabla 2 Características sociodemográficas de las gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023. -----	59
Tabla 3 Análisis bivariado de los factores maternos asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.-----	61
Tabla 4 Análisis bivariado de los factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.-----	63
Tabla 5 Análisis bivariado de los factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023. -----	64
Tabla 6 Análisis multivariado de los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.-----	65

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico transversal, retrospectivo, con una población de 52 gestantes primíparas, de las cuales 15 eran gestantes con episiotomía y 37 gestantes primíparas sin episiotomía; utilizando la técnica documental, mediante una ficha de recolección de datos que contenían factores maternos, fetales e intraparto. **Resultados:** Las variables que resultaron ser significativas en el análisis bivariado fueron: el grado de instrucción superior, la altura uterina mayor de 33 cm y la duración del segundo período de trabajo de parto mayor de 24 minutos; sin embargo el único factor que resultó estar asociado a la indicación de episiotomía fue el factor materno de la altura uterina mayor de 33 cm (ORA =17,1; IC 95%: 3,7-77,5), representando tener 17,1 veces mayor probabilidad para la indicación de episiotomía en gestantes primíparas; mientras que las otras 2 variables analizadas perdieron la fuerza de asociación, actuando como variables confusoras en el modelo de regresión logística final. Además, se incluyeron en el estudio, otros factores fetales y factores relacionados con el proceso de parto, los cuales no resultaron estar asociadas a la indicación de episiotomía. **Conclusión:** Las gestantes con una altura uterina mayor de 33 cm tienen mayor probabilidad para que se les realice la episiotomía.

Palabras clave: Episiotomía, primípara, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the indication for episiotomy in primiparous pregnant women treated at the Talavera Health Center, year 2023.

Material and Methods: Observational, cross-sectional, retrospective analytical study, with a population of 52 primiparous pregnant women, of which 15 There were pregnant women with episiotomy and 37 primiparous pregnant women without episiotomy; using the documentary technique, through a data collection sheet that contained maternal, fetal and intrapartum factors. **Results:** The variables that turned out to be significant in the bivariate analysis were: the level of higher education, uterine height greater than 33 cm and the duration of the second period of labor greater than 24 minutes; However, the only factor that turned out to be associated with the indication for episiotomy was the maternal factor of uterine height greater than 33 cm (AOR =17.1; 95% CI: 3.7-77.5), representing being 17. 1 times greater probability for the indication of episiotomy in primiparous pregnant women; while the other 2 variables analyzed lost the strength of association, acting as confounding variables in the final logistic regression model. In addition, other fetal factors and factors related to the birth process were included in the study, which did not turn out to be associated with the indication for episiotomy. **Conclusion:** Pregnant women with a uterine height greater than 33 cm are more likely to have episiotomy performed.

Keywords: Episiotomy, primiparous, associated factors.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación, está enfocado en el tema de factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023. En la actualidad la indicación de episiotomía en las gestantes primíparas, es el procedimiento quirúrgico más utilizado a nivel mundial y tiene como objetivo ampliar la parte inferior de la vagina, anillo vulvar y el tejido perineal. En muchos guías y libros de obstetricia, se recomienda la práctica de manera sistemática, para reducir los traumatismos perineales después del parto, así como disminuir la pérdida de sanguínea en el parto y evitar traumatismos al recién nacido. Si bien los resultados de varios estudios recomiendan que el uso sistemático de la episiotomía, no contribuye beneficios, contrario este puede incrementar el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado.

En el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, en muchos hospitales; evidenciando que, la episiotomía es indicada de manera rutinaria, en casi todos los centros obstétricos del país.

Sin embargo, no se sabe con exactitud cuáles son las razones exactas que conducen a los profesionales de la salud, para la realización de la episiotomía en las gestantes primíparas. Conocer, los factores que contribuyen a la realización de episiotomía, será de gran ayuda, para un enfoque preventivo, de no realización rutinaria de la práctica de episiotomía.

El propósito del estudio, fue determinar los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

El estudio utilizó 52 historias clínicas de gestantes primíparas, a quienes se le realizó episiotomía, con otro grupo de parturientas, a quienes no se les realizó episiotomía. Se hizo uso de la técnica de análisis documental e instrumento de recolección de datos.

Este estudio es importante ya que, al conocer los factores maternos, fetales y los relacionados al parto, nos ayudarán a identificar los posibles factores que están asociados a la indicación de episiotomía, para enfocar la prevenir de la indicación rutinaria de la episiotomía en las gestantes primíparas.

Para un mejor entendimiento, el estudio se dividió de la siguiente manera:

Capítulo I: Se desarrolló el planteamiento del problema, describiendo la situación problemática, se formularon los problemas, la justificación y los objetivos de la investigación.

Capítulo II: Se desarrolló el marco teórico, consignándose los antecedentes de nivel internacional, nacional y regional, las bases teóricas, las bases conceptuales pertinentes en función del propósito del estudio, y definición de términos.

Capítulo III: Se expone el planteamiento de la hipótesis a constatar, al igual que la descripción y la operacionalización de las variables.

Capítulo IV: Se planteó la metodología de investigación a utilizar, se describió el tipo de investigación, el nivel de investigación, el enfoque, el diseño de estudio, también se consideró la población, la muestra, así como la técnica e instrumento de recolección de datos.

Capítulo V: se muestran los resultados y discusión, donde se presentó el procesamiento, análisis e interpretación de los resultados, y por finalizado de

presenta la conclusión, recomendaciones del estudio, las referencias bibliográficas y los anexos del estudio.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La episiotomía es una incisión en la región púbica (genitales externos), realizada para facilitar la salida del feto, durante la etapa de expulsión en el parto (1). Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, no se recomienda el uso rutinario de la episiotomía, para los partos vaginales naturales; ya que, no se ha demostrado su eficacia, en la prevención de los desgarros perineales; y se considera aceptable una tasa de episiotomía, entre el 10 y el 20% (2). También, se estipula que, se requiere el consentimiento de las mujeres para su realización, por lo tanto; su práctica debe ser limitada, justificable sólo en casos que lo ameriten, y con las técnicas adecuadas (3).

A nivel mundial, se estima que, a 350 000 mujeres, cada año en Reino Unido y a millones más en todo el mundo, se le realizan suturas perineales, a causa de la episiotomía y desgarros asociados al parto. Las tasas de episiotomía son relativamente altas, alrededor del 8% en los Países Bajos; en Inglaterra es el 13%; 25% en los Estados Unidos. Dos países del Oeste de África occidental, reportan tasas de prevalencia del 46% y 54,9%; mientras que en Europa el rango es del 31% y el 69% (2).

En algunas partes de América Latina, la incidencia de este procedimiento puede llegar al 80%. Chile es el uno de los países, donde se realiza este procedimiento en un 70% a 100% de las parturientas primíparas (2). En el año 2019, la tasa de episiotomía en México fue del 69,5%, en Panamá del 81,8%, Argentina con 85,7%, Colombia tiene tasas de episiotomía en primíparas de 86,2%, Nicaragua de 86,3%, Bolivia del 90,8%, un 91,5% en Paraguay, un 92% en Honduras, Brasil con 94,2%,

Uruguay con 95,1% y en Ecuador de llega a un 96,2% de episiotomía en primíparas, evidenciando que la realización de la episiotomía en la práctica, es rutinaria (4).

A nivel nacional, la episiotomía en mujeres nulíparas, es una práctica ampliamente realizada. En los 108 hospitales principales del país, se ha reportado que, el 92,3% de madres primíparas son sometidas a la episiotomía. Estas cifras indican que, la episiotomía se realiza de manera rutinaria en todos los centros obstétricos en el país, las cuales van en aumento, llegando hasta al 100% en algunos establecimientos de salud (2).

Según la Guía Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, del Ministerio de Salud del Perú (2012), la episiotomía debe realizarse de forma limitada, y si la compatibilidad perineal es inadecuada. Sólo se puede realizar si hay complicaciones que justifiquen su indicación; siendo realizada en la distensión máxima del introito vaginal, ya que la episiotomía prematura puede causar un sangrado extenso (5).

Diversos estudios, han reportado evidencia sólida, acerca de los factores relacionados a la realización de la episiotomía, y entre las causas se encuentran, las anormalidades en la pelvis ósea, falta de atención prenatal, estatura materna baja, cesárea previa, nuliparidad, embarazo post término, trabajo de parto prologado, entre otras. Respecto a las causas fetales, se informan presentaciones anómalas (entre ella las deflexiones en su diferente grado) macrosomía fetal, bajo peso fetal, oligohidramnios o polihidramnios, placenta previa o de inserción baja (6).

Si bien es cierto, la indicación de la episiotomía tiene objetivos de reducir las complicaciones, tanto para la madre y el feto en el momento del parto; sin embargo,

muchos estudios, también han documentado efectos negativos que derivan de la práctica de la episiotomía. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha manifestado que, el uso rutinario de la episiotomía, se relaciona con complicaciones perineales después del parto, y que generan malestar entre las púerperas, tales como el desgarro perineal de tercer y cuarto grado, edema vulvar, hematoma, dehiscencia, hemorragias, dispareunia, incontinencia urinaria; complicaciones que impactan de manera negativa en la salud y calidad de vida de las mujeres, y que además, crea secuelas psicológicas en las mujeres, llegando a afectar incluso, en la relación de pareja (7).

Es evidente que este tipo de intervenciones es muy común y elevada, al menos en los países analizados, parece que las normas y la episiotomía selectiva no se están cumpliendo. Si no se realizan mayores intervenciones, frente a esta práctica, las secuelas y consecuencias negativas para las parturientas, seguirán afectando su calidad de vida (8).

Es necesario, seguir creando evidencia sólida a través de la investigación, que permita a los profesionales de la salud, tomar decisiones en base a la evidencia científica al momento de la realización o no, de la episiotomía; creando también reflexión en los profesionales de la salud, acerca de los efectos contraproducentes de esta práctica, tan generalizada en la obstetricia.

La elección del tema de investigación, obedece a que, durante el tiempo de rotación del internado, se pudo observar que, la realización del procedimiento de la episiotomía en pacientes primíparas, es frecuente. Frente a esta situación, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a la realización

de la episiotomía? Conocerlos, resultaran ser de mucha importancia para reforzar estrategias de mejorar la atención con enfoque al parto humanizado.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cuáles son los factores maternos asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?
- ✓ ¿Cuáles son los factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?
- ✓ ¿Cuáles son los factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

La elaboración del presente estudio, surgió de la necesidad de identificar cuáles son los factores que presentan mayor riesgo para la indicación de episiotomía en gestantes primíparas; con la finalidad de generar reflexión en los profesionales de la salud, sobre la decisión de realizar o no, la episiotomía. Además, los resultados obtenidos del presente estudio, ampliarán los conocimientos, en especial en la comunidad de Talavera, en donde hasta la actualidad no se han llevado

investigaciones acerca del tema, sirviendo de referencia bibliográfica para posteriores estudios de investigación acerca del tema.

1.3.2. Justificación metodológica

El diseño de investigación que se empleó en el presente estudio, corresponde a un diseño analítico transversal. El diseño al ser analítico, incluye al estudio un grupo de comparación, el cual nos permitió conocer la proporción de exposición a los factores tanto en el grupo que presenta la episiotomía, como en el grupo que no lo presenta. Se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual fue validada mediante juicio de expertos, y podría ser utilizada por otras investigaciones.

1.3.3. Justificación práctica

De los resultados del presente estudio, se tendrá conocimiento de los diferentes factores que están asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas en el Centro de Salud de Talavera. Estos resultados serán dados a conocer a las diferentes autoridades de salud, como a la comunidad científica; con la finalidad de que puedan reorientar y diseñar estrategias del manejo de las pacientes parturientas y garantizar, la calidad de atención durante el parto, en nuestra población Talaverina. Además, las principales beneficiadas con el presente estudio, serán las mujeres en edad reproductiva, las cuales, al momento de recibir atención en el proceso de atención del parto, ellas queden satisfechas por la atención.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Determinar los factores maternos asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.
- ✓ Determinar los factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.
- ✓ Determinar los factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Cesar JA, et al (9), en Brasil (2022). Investigaron con el objetivo de identificar y analizar la prevalencia, tendencia y factores asociados a la episiotomía en el estado de Rio Grande do Sul, Sur de Brasil. Para ello, se realizó un estudio transversal, empleando la prueba de chi-cuadrado, para comparar proporciones y la regresión de Poisson con ajuste de varianza robusto para el análisis multivariable, también se utilizó el índice de prevalencia (RP) como medida del efecto. Entre los resultados, destacó la alta probabilidad de ocurrencia de episiotomía (RP = 2,23), educación superior (RP = 1,21), mayor ingreso familiar (RP = 1,25), primiparidad (RP = 3,41), atención prenatal en el sector privado (RP = 1,25), parto inducido con oxitocina (RP = 1,18), parto instrumentado con fórceps (RP = 1,32), y aquellas mujeres cuyo recién nacido pesaron 4.000 g o más (RP = 1,43); se llegó a la conclusión, que la prevalencia de la episiotomía disminuyó drásticamente durante el período estudiado, su aparición es más probable entre mujeres con menor riesgo de complicaciones en el parto.

Deyaso ZF, et al (10), en Etiopía (2022). Investigaron con el objetivo de evaluar la prevalencia de la práctica de la episiotomía y los factores asociados. Para ello, se realizó un meta análisis de diez estudios de diseño transversal, con una población total de 3718, la prevalencia agrupada de la práctica de episiotomía y el odds ratio con un intervalo de confianza del 95% se presentaron mediante diagramas de bosque. Los resultados revelaron que, la prevalencia de episiotomía fue del 45,11%; mientras que la segunda etapa del parto prolongada (OR: 4,79), presentación facial del feto (OR: 4,26), peso del recién nacido > 4000 g (OR: 6,71),

parto instrumental (OR: 4,26) y primiparidad (OR: 3,70) fueron factores asociados con la práctica de la episiotomía. En conclusión, la segunda etapa prolongada de parto, la presentación facial, el peso al nacer > 4000 g, el parto instrumental y la primiparidad fueron los factores asociados con la realización de episiotomía.

Woldegeorgis BZ, et al (11), en África (2022). Realizaron una investigación, con el objetivo de determinar la prevalencia general de la episiotomía en África, así como los factores de riesgo asociados con su práctica. Para ello, realizaron un metaanálisis de estudios de diseño transversal. La asociación se expresó a través de un odds ratio (OR) agrupado con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Los resultados mostraron que, la prevalencia agrupada de la práctica de episiotomía fue del 41,7%, así como la primiparidad (OR: 6,79), parto asistido por médicos (OR: 3,675), segunda etapa del trabajo de parto prolongada (OR: 5,53), uso de oxitocina [OR: 4,20), parto vaginal asistido por instrumentos (OR: 5,57) y macrosomía fetal (OR: 5,32) fueron factores asociados con la práctica de la episiotomía. La investigación concluyó que, la prevalencia de episiotomía entre las parturientas africanas fue alta y se debe implementar una práctica de episiotomía selectiva para reducir las altas tasas de episiotomía.

Fikadu K, et al (12), en el sur de Etiopía (2022). En este estudio se buscó determinar la magnitud reciente de la episiotomía e identificar factores asociados entre las mujeres que dieron a luz en el Hospital General Arba Minch. Para ello, la metodología empleada fue un estudio transversal, con análisis de regresión logística binaria y multivariable. Los resultados indican que la magnitud de la episiotomía fue de 272 (68,0%), así mismo, las mujeres que asistieron a educación secundaria (AOR = 10,24), mujeres que asistieron a la universidad y superiores (AOR = 4,61), el peso al nacer \geq 3000 g (AOR = 4,84), primiparidad (AOR = 4,13),

ser amas de casa ocupantes (AOR = 3,43), estado civil casadas (AOR = 2,86), y el índice de masa corporal < 25 kg/m² (AOR = 2,85), fueron variables independientes asociadas significativamente con la episiotomía. Concluyendo que la magnitud de la episiotomía fue del 68,0%, el estado ocupacional, el estado civil, el nivel educativo, la paridad, el peso al nacer y el IMC de los participantes del estudio se asociaron significativamente con la magnitud de la episiotomía.

Beyene F, et al (13), en Noreste de Etiopía (2020). Ejecutaron un estudio con el objetivo de evaluar la proporción y los factores asociados con la episiotomía. Para ello, realizaron un estudio transversal, la asociación entre variables se analizó mediante modelo de regresión logística bivariable y multivariable. Los resultados revelaron que, la proporción de episiotomía fue del 41,1% con IC del 95%. La regresión logística multivariable mostró que la primiparidad (AOR=6.026), la segunda etapa del parto prolongada (AOR=4.612), la entrega de instrumentos (AOR =3.933), uso de oxitocina (AOR=2.608), asistencia de parto por médico residente (AOR =3.225) y peso al nacer de ≥4000 gramos (AOR =5.127), se asociaron significativamente con la práctica de episiotomía. En conclusión, la paridad, el uso de oxitocina, la duración del parto en la segunda etapa, el parto con instrumentos, el peso al nacer y el asistente del parto fueron factores estadísticamente significativos para la práctica de la episiotomía.

Antecedentes nacionales

Vásquez Delgado B del P (14), en Lima (2022). Realizó un estudio, con el propósito de determinar la asociación entre la paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea. Para ello, se realizó un estudio analítico de casos y controles, con una muestra de 298 púerperas, las cuales 149 pacientes fueron casos y 149 controles. Los resultados

que resaltaron fueron: La paridad (OR= 3,7), ser nulípara (OR=4,7), el desgarro (OR=0,26), años de servicio del personal que asiste el parto (OR=0,86), se asociaron estadísticamente con la episiotomía. En conclusión, las mujeres primíparas son más propensas a la realización de episiotomía. Se ha demostrado que los profesionales de salud con experiencia, responsable de la atención del parto representaron menos riesgo de realizar una episiotomía.

Armas Trinidad EW, Veliz Marcelo JW (15), en Huancayo (2017). En este estudio, se buscó determinar los factores asociados a la episiotomía. Para ello, se empleó una metodología empleada analítica observacional, con un diseño caso-control; la muestra fue de 220, de los cuales 110 pacientes con episiotomía (casos) y 110 sin episiotomía (controles), Se aplicó el Chi cuadrado para la contrastación de hipótesis y el Odds Ratio para la asociación de variables. Los resultados obtenidos fueron: Ser primípara (OR= 4.1), edad de la madre entre 12 -18 años (OR= 4.0). Dentro de los factores perinatales: el sufrimiento fetal (OR= 10.9), perímetro cefálico del recién nacido > 35 cm. con (OR= 2.0), representaron ser factores asociados con la episiotomía. Concluyendo que factores maternos como la paridad y edad, los factores perinatales como el sufrimiento fetal y el perímetro cefálico se asocian a la realización de episiotomía.

Corzo Ayme ET, Cuadros Palomino M (16), Ayacucho (2019). En este estudio se buscó identificar los factores asociados a la episiotomía en primigestas de un hospital de Huanta. Durante los meses de julio - setiembre 2019. Para ello, se utilizó, una metodología aplicada no experimental, descriptiva y transversal, aplicando la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado. Los resultados obtenidos fueron: 98.7% de las gestantes eran primigestas con episiotomía y tiempo del periodo expulsivo normal. Así mismo, el 100% fueron primigestas sin

episiotomía y periodo expulsivo normal. El 87,3% fueron primigestas a las que les realizaron episiotomía. Mientras que el grupo de las primigestas sin episiotomía estuvo representado por el 57,9%. El 87,3% con episiotomía y el 100% fueron y sin episiotomía que tuvieron con neonatos con peso normal. El 75,9% fueron primigestas con episiotomía y 94,7% primigestas sin episiotomía que tuvieron neonatos con perímetro cefálico de 33 a 35 cm. En conclusión: El tipo de parto y el tiempo del periodo expulsivo, tuvieron relación estadísticamente significativa con la episiotomía.

Torres Herrera Y (17), en Arequipa (2017). Estudio con el objetivo de establecer los factores que influyen en la realización de episiotomía. Para ello, siguieron una metodología descriptiva, documental, transversal y retrospectivo de nivel relacional, se realizó pruebas de Chi cuadrado a una muestra de 142 historias clínicas de pacientes nulíparas. Entre los resultados, destacaron que, el 44.4% de las pacientes nulíparas se les realizó episiotomía; el 95.1% de las parturientas nulíparas cursaban edades entre 25-35 años, 76.1% de ellas tenían más de seis atenciones prenatales, mientras que el 92.3% de parturientas medían 1.40 a 1.55 cm; mientras que el 57.0% de los recién nacidos de las pacientes nulíparas tuvieron pesos entre 3201-3800 gr, el 97.2% con perímetro cefálico 32 a 36 cm, y el 98.6% nacieron con edades gestacionales de 37 a 42 semanas; las pacientes nulíparas atendidas que tuvieron un parto espontáneo representaron un 99.3%, 53 pacientes que fueron sometidas a episiotomía no presentaron desgarros vaginales, y 48 pacientes a las que no se les realizó episiotomía si presentaron desgarros vaginales. En conclusión: Los factores que influyen en la realización de la episiotomía selectiva son la talla materna y los desgarros vaginales.

Condor Medrano CI (18), en Lima (2015). En este estudio, se buscó determinar los factores de riesgo asociados a la realización de episiotomías en gestantes del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de Ventanilla. Para ello, el estudio fue de tipo cohorte y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 129 parturientas con factores de riesgos de talla, edad, peso y talla del recién nacido y su perímetro cefálico. Entre los resultados, se reveló que, un 14.1% de parturientas tuvieron episiotomía, de las cuales al 35.1 % a las que se les realizaron la episiotomía tenían edades menores de 24 años, además que 74 parturientas con episiotomía eran primíparas. La investigación concluyó que, los factores de riesgo asociados a la realización de episiotomía, fueron la edad menor de 24 años, la paridad y el peso del recién nacido.

2.1.2. Antecedentes regionales /locales

No se encontraron investigaciones.

2.2. Bases Teóricas

El presente estudio se desarrolla sobre la base de las principales teorías que, buscan dar sustento a la realización de la episiotomía, a continuación, se exponen:

Teoría de la reducción de desgarros de tercer y cuarto grado

La episiotomía se justifica principalmente por la prevención de los desgarros perineales graves, específicamente tercer y cuarto grado, que podrían causar incontinencia anal. En general, los estudios observacionales sugieren que la episiotomía está relacionada con los desgarros severos (19). Actualmente, se han llevado a cabo cinco investigaciones aleatorias y controladas con el objetivo de poder evaluar el impacto de la episiotomía oblicua derecha en la prevalencia de los desgarros perineales graves. Según la metaanálisis de estos estudios, la

episiotomía rutinaria no tiene ningún efecto protector en la aparición de desgarros perineales graves (20).

La episiotomía previene los desgarros perineales de primer y segundo grado, así como los desgarros anteriores, la prevención de la elongación muscular a nivel del piso pélvico y sus efectos a largo plazo es otra ventaja adicional del uso frecuente de la episiotomía. Al comparar la tonicidad del piso pélvico de mujeres que han tenido episiotomías (mediante conos vaginales o electromiografía) con mujeres que han sufrido desgarros espontáneos, la revisión de la literatura no proporciona pruebas consistentes en relación a alguna diferencia significativa (21).

Teoría de la prevención del trauma fetal

La prevención del trauma fetal, como la hemorragia intraventricular y la asfisia perinatal, es otra ventaja de la episiotomía. La literatura muestra que no existe una base científica para afirmar que la episiotomía disminuye el tiempo de expulsión o este prevenga el sufrimiento del feto medido con la puntuación de Apgar, el PH de la sangre del cordón umbilical o al ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (22).

Teoría de la protección del piso pélvico

Cualquier daño en el periné durante el nacimiento que se produce de forma espontánea o intencionada a través de una incisión quirúrgica se conoce como daño perineal. Es uno de los traumatismos más comunes que experimentan las mujeres durante el parto, incluso en un parto normal, afectando al 85% de las mujeres que paren vaginalmente. Puede provocar problemas a corto y largo plazo, como la pérdida de la sangre, la necesidad de sutura, el dolor en el perineo, las dificultades para caminar y las limitaciones en las posiciones para alimentar al bebé

después del parto. El dolor puede seguir a largo plazo y tener un impacto en las funciones urinarias, intestinales y sexuales. Además, el traumatismo perineal hace que los músculos del suelo pélvico se debiliten, lo que tiene consecuencias. Si este daño no hubiera ocurrido, los cuidados posparto serían más fáciles y el gasto sanitario se reduciría al reducir la necesidad de los fármacos, las suturas, los tratamientos, las posibles intervenciones quirúrgicas y el tiempo de los profesionales en las futuras consultas destinadas a ayudar a las mujeres frente a las secuelas que puede dejar el traumatismo. La teoría de la protección del piso pélvico se enfoca en aplicar maniobras de protección al periné durante el período expulsivo del parto, ya que la prevención del daño perineal beneficiaría a muchas mujeres y al sistema sanitario. Por lo tanto, debería ser un objetivo fundamental de los profesionales que asisten al nacimiento evitar la realización de la episiotomía en lo posible si no hay complicaciones (23).

Teoría de prevención de traumas perineales

La episiotomía se recomienda cuando se cumplen unos determinados criterios, basada en realizar un corte en la región perineal, realizada con indicación obstétrica cuando se presentan signos de sufrimiento del feto, ante una evolución insuficiente del trabajo de parto y cuando se presenta riesgo de desgarros graves. Los profesionales argumentan que esto ayuda a prevenir traumas perineales graves, como es el prolapso uterino y de incontinencia urinaria. La episiotomía se realiza principalmente en casos de rigidez del periné, la primiparidad, macrosomía fetal, la prematuridad, la presentación pélvica e inminencia de rotura perineal (24).

Si bien es cierto el uso preventivo por rutina de la episiotomía hoy en día continúa siendo indicado a pesar que no existe una evidencia científica que apoye su

beneficio, así como también la existencia de una evidencia clara que puede llevar a algunas consecuencias para la mujer, en especial el aumento de la tasa de infección, el riesgo de lesiones graves en el periné, la mayor pérdida sanguínea, malestar y mayor tiempo de recuperación después del parto, con consecuencias sobre el proceso de la lactancia materna (24).

El uso limitado de la episiotomía aumenta las posibilidades de un parto exitoso y mejora la atención brindada, por lo que se debe de fomentar la realización de manera rutinaria. Por lo tanto, se estima que la frecuencia óptima para la realizar este procedimiento debe ser entre el 10 al 30% de todos los partos vaginales (24).

2.3. Bases conceptuales

La episiotomía es definido como el corte del periné vaginal, que puede realizarse en dirección medio lateral o en también en línea media; realizada para prevenir los desgarros graves cuando la cabeza del feto sobre distiende en el periné, sin darse la dilatación óptima para la salida del feto, y también en los periodos expulsivos prolongados que tengan contracciones uterinas adecuadas y pujos efectivos (1).

Anatomía del piso pélvico

La pelvis es un espacio adyacente a la cavidad abdominal, que contiene los órganos de diversos sistemas, como del sistema urinario, el aparato reproductor o reproductivo y el sistema digestivo en su extremo más distal. Todas estas estructuras están sostenidas y ancladas al suelo de la pelvis, formada por músculos y tejido conectivo. Teniendo como principal componente, al músculo elevador del ano, el cual cubre la mayor parte de la pelvis y está conformado por tres fascículos que tienen forma de "U", que se abre anteriormente, permitiendo el paso de los músculos extremos distales del sistema urinario, reproductivo y digestivo. También

existen otras estructuras de tejido conectivo, fibroso, como ligamentos y arcos tendinosos, que actúan como soporte y suspensión de estas estructuras (29).

El músculo elevador del ano, es el más grande y tiene tres haces: el puborrectal, el pubococcígeo y el iliococcígeo. El puborrectal se origina en la cara posterior de ambos lados de la sínfisis púbica. El puborrectal es un haz grueso de músculo, que extiende hasta la parte posterior e inferior, hasta la parte posterior del recto a nivel de la unión anorrectal. El pubococcígeo, es de origen adyacente al origen del puborrectal, a nivel de la sínfisis del pubis, sobrepasa el recto y se inserta a nivel del cóccix. El iliococcígeo se inserta en los lados a la sínfisis del pubis y también en el arco tendinoso del músculo elevador del ano y por atrás se inserta sobre el ligamento lateral anococcígeo, en las dos últimas vértebras coccígeas (29).

Perineo

Es el área romboide intermuscular, cuyos extremos siguen el modelo de los extremos de la salida pélvica ósea: La sínfisis del pubis en la cara anterior, las ramas isquiopúbicas y las tuberosidad isquiática en la parte anterolateral, los ligamentos sacro ciáticos mayores en el área posterolateral y el cóccix en la región posterior (1).

El perineo anterior consta de tres niveles musculo aponeuróticos: plano profundo, plano medio y el plano superficial (30).

A) El plano muscular de la aponeurosis superficial, incluye el músculo esfínter anal externo y los músculos isquiocavernosos. Comenzando desde la tuberosidad isquiática y finalmente insertándose en la cara superior y lateral del clítoris, el músculo perineal transverso superficial que se va a extender desde la cara interna en la tuberosidad isquiática hacia el rafe que va desde el ano hasta la comisura

vulvar y el músculo bulbocavernoso que rodea la apertura baja de la vagina y el final de la uretra (30).

B) El plano aponeurótico medio, también llamado diafragma genitourinario, cruza la uretra y la vagina. Está compuesto por dos capas, superior e inferior que recubren los músculos perineales profundos, y surgen de la rama isquiopubiana y terminan en el triángulo recto vaginal, el esfínter uretral externo y los músculos perineales profundos que terminan en los vasos y nervios púbicos (30).

C) El plano profundo o diafragma pélvico consiste en una formación músculo y tendinosa en forma de un embudo que sostiene los órganos internos de la pelvis y el abdomen. Esto incluye los músculos elevadores del ano y el coccígeo, que están cubiertos por capas fasciales superior e inferior (30).

Músculos del periné

a) Músculo bulbocavernoso

De origen a nivel del tendón central por delante del esfínter externo del ano, hacia ambos lados de la línea media, se extiende a adelante y también arriba, rodeando la vagina por debajo de los labios mayores y trazando una curva cóncava interna sobre las glándulas de Bartholino, En el otro extremo, está conectado a los cuerpos cavernosos y al ligamento suspensorio del clítoris. Conocido como constrictor vaginal (31).

b) Transverso perineal superficial

Comienza en el extremo inferior de la tuberosidad isquiática y discurre horizontalmente buscando al otro uniéndose en el tendón central, en las mujeres esta mucho menos desarrollada y actúa subsidiariamente en la defecación (31).

c) Transverso profundo del perineo

Se extiende desde las dos ramas isquíplicas hasta el rafe ano-vaginal por encima del músculo Isquiocavernoso, su irrigación y su inervación dependen de los mismos vasos sanguíneos y nervios que del musculo bulbocavernoso. Tiene como función principalmente la de sostener la uretra y la vagina, ayudando al músculo elevador del ano a sostener el recto (31).

d) Diafragma del perineo: Elevador del ano

Está unido a la pelvis, a las vértebras isquiáticas, a la aponeurosis del musculo obturador interno, a las ramas descendentes y horizontales del hueso púbico, y al final de cóccix. Sus fibras están orientadas hacia la línea media y se cruzan con las del lado opuesto (30).

e) Esfínter externo del ano

La zona anatómica del esfínter externo del ano, consta de 10 a 12 haces concéntricos, que se extienden alrededor de la parte inferior del recto y se conectan por delante al cuerpo perineal y por detrás al cóccix. Mantiene un estado de contracción constante en reposo, aportando más tensión y fuerza cuando existe riesgo de incontinencia, y relajándose durante la defecación (31).

f) Músculo Isquiocavernoso

Inicia en la tuberosidad isquiática extendiéndose hacia arriba e insertándose en la cara anterior de la sínfisis púbica, en la base del clítoris y rodeando su cuerpo cavernoso, suministra fibras al área de la unión del tercio medio superior y medio de la uretra formando gran parte del mismo esfínter externo (31).

Tipos de episiotomía

a) Episiotomía mediana

Comienza en la horquilla vulvar posterior y se corta el rafe medio con dirección medial, expandiéndose a menudo hasta las fibras más externas del esfínter anal, tiene mayor probabilidad de producirse un desgarro hacia el esfínter del ano (32).

b) Episiotomía mediana lateral derecha

Inicia a nivel de la horquilla vulvar posterior, dirigiendo la incisión hacia la derecha con un ángulo de 45°, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que atraviesa la fascia anterior de la mucosa cresta anal (32).

c) Episiotomía mediana lateral izquierda

Comienza a 1 o 2 cm distal al anillo himenal, extendiéndose aproximadamente 4 cm lateral y hacia abajo dirigiéndose a la tuberosidad isquiática ipsilateral, hacia la izquierda siguiendo una trayectoria diagonal en un ángulo de 45° con respecto a la línea media lateral y apartándose del recto (2).

Técnica

1. Antisepsia de la región: con agua y jabón y después una solución antiséptica (33).
2. Anestesia: Se infiltra lidocaína al 1 o 2%, se aplica brevemente antes de realizar la incisión en la línea de la futura incisión de ambos lados, tanto superficialmente como más profundamente en la parte vaginal (32).

3. Seccionar con la tijera abotonada: una de sus ramas se introduce en la vagina entre los dedos índice y medio de la mano, sirviendo de guía para cortar y proteger al polo fetal. El corte debe ser perpendicular a la superficie de la piel y firme para tratar de realizarlo con un solo corte (33).

Episiorrafia

Es la sutura de la episiotomía, después de la salida del feto en donde se realiza nuevamente la antisepsia de la región, cambio de los paños del campo y la revisión del canal de vaginal. Después se coloca un tapón vaginal con una gasa larga de control que salga fuera de la vulva, para evitar que la sangre que sale del útero impida la sutura (33).

a) Se inicia suturando la mucosa vaginal con Catgut crómico de 2/0 mediante un plano corrido y enlazado. Iniciando en el ángulo de la episiotomía y avanzando hasta llegar al introito vaginal (34).

b) Posteriormente, utilizando el mismo hilo, se va a pasar hacia el plano muscular, penetrando la mucosa vaginal. El plano muscular profundo se sutura con un plano continuo enlazado, comenzando desde el introito vaginal y avanzando hasta el ángulo externo de la episiotomía, donde se anuda el hilo sobre sí mismo (34).

c) Manteniendo el mismo hilo de sutura se va suturar una nueva capa muscular que es menos profunda, en un punto continuo no enlazado, iniciando en el ángulo externo de la episiotomía y dirigiéndose hacia el introito vaginal donde se va anudar el hilo sobre sí mismo. Se debe mantener siempre la tracción del hilo para una obtener una hemostasia satisfactoria en ambos planos musculares (34).

d) Por último, se va sutura la piel y se van a utilizar puntos separados. Los puntos incluyen la piel y una pequeña porción del tejido subdérmico, y están

espaciadas por un centímetro, si el plano muscular superficial logró una buena hemostasia y afrontamiento de los bordes, se puede suturar la piel con un punto subdérmico corrido (34).

Complicaciones de la episiotomía

Complicaciones inmediatas

a) Hemorragia

Se define hemorragia posparto, a la pérdida de la sangre mayor de 500 ml después de la salida de la placenta durante las primeras 24 horas después de un parto vaginal o en una cesárea que se pierde más de 1000 ml (35).

b) Edema vulvo perineal

El edema es la acumulación de líquido en la zona vulvo-perineal, es causado por la inflamación, causado por una lesión al endotelio capilar o por un traumatismo mecánico. Está localizado y asociado con signos de inflamación, como enrojecimiento, hipertermia local e hipersensibilidad al dolor, en la mayoría de los casos, esto va acompañado de dolor (36).

c) Desgarros vaginales

Son causados a consecuencia de una sobre distensión excesiva o compresiones obstétricas de la vía vaginal. Estos son muy sangrantes porque la vagina es altamente vascularizada (36).

Los desgarros se clasifican de la siguiente manera: Primer grado: estas afectan a la piel perineal, la mucosa vaginal o puede ser ambas; Segundo grado: abarca la piel, la mucosa vaginal y el musculo perineal; Tercer grado: estas abarcan la piel, mucosa vaginal, el musculo perineal y el esfínter anal externo; Cuarto grado: estas

complican la piel, mucosa vaginal, el musculo perineal, el esfínter anal externo y la mucosa rectal (37).

d) Hematomas

Se trata de una acumulación de vasos sanguíneos grandes, incluidas las venas pélvicas, que pueden romperse durante el parto. Se encuentran por debajo de la piel en la vulva, también alrededor o debajo de la vagina y a nivel de los ligamentos anchos. Los hematomas pueden llegar a crecer solo si se encuentran debajo del musculo elevador del ano y la fascia iliaca pélvica profunda, estiran el periné y lo desplazan (36).

Complicaciones mediatas

a) Infecciones

Se trata de la invasión de microorganismos en la episiotomía con o sin laceración, presentes con mayor frecuencia a nivel del tracto genitourinario con una flora mixta aeróbica y anaeróbica con predominio de microorganismos Gram negativos como: los enterococos, los estreptococos del grupo B y los estafilococos, gramnegativos y bacterias anaeróbicas: *garnerella vaginallis*, *estafilococo aureus* (36).

b) Dehiscencia

Es la apertura espontánea de una herida quirúrgica, en base a mi investigación, será la apertura de la herida de una episiotomía. Existen factores predisponentes tales como: Virus de papiloma humano, Infección bacteriana en la piel, tabaquismo la hemorragia excesiva o formación de hematomas (36).

Complicaciones tardías

a) Fibrosis

Es la formación excesiva de tejido conectivo fibroso, a menudo ocurre durante una episiotomía medio lateral, generalmente se produce cuando el tejido está muy

destruido o el tejido no puede regenerarse. También cuando la episiotomía es larga y el material de sutura es de mayor cantidad o es inadecuado (36).

b) Endometriosis

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial (glándulas y estromas) fuera de la cavidad uterina. Este endometrio tiene la capacidad de crecer, invadir e incluso pueden extenderse como un tejido tumoral; en rara vez puede llegar a ser maligna. No es infeccioso, pero tiene varios componentes similares a la respuesta inflamatoria como: fibrosis y la formación de adherencias y el aumento de los macrófagos y los monocitos en el líquido peritoneal (36).

c) Fistulas recto vaginal

Se estima que la fístula recto-vaginal o comunicación patológica entre el recto y la vagina, representa menos del 5% de todas las fístulas anorrectales y su reparación depende mucho de su causa. Hay dos tipos de fístula, la simple es una fístula recto vaginal baja: son menores de 2,5 cm que tienen origen traumático o infeccioso, y la fístula recto vaginal alta que son mayores de 2,5 cm que pueden ser de origen neoplásico o inflamatorio (36).

d) Dispareunia

Es la presencia de dolor constante en los genitales, antes, durante y después de las relaciones sexuales. Esto conduce a una disminución en la calidad de vida de las mujeres, impidiéndoles disfrutar de una vida sexual activa. La dispareunia después del parto es una condición común, causada principalmente por problemas obstétricos y ginecológicos, afectando negativamente la calidad de vida de la mujer. El parto instrumentado y el grado de desgarro son factores predictivos del dolor perineal post parto, y a menudo, afectan la vida sexual de las mujeres. Las fisuras perineales y la infecciones pueden provocar un mayor riesgo de dispareunia, por

ejemplo, el estrechamiento de la entrada vaginal debido a una mala reparación perineal (36).

Factores maternos asociados a la indicación de episiotomía

Edad materna

Se ha considerado que las parturientas menores de 19 años tienen un mayor riesgo de necesitar una episiotomía porque algunas mujeres adolescentes que tienen el periné más rígido o de longitud corta a diferencia de las mujeres que han dado luz. En un estudio, la tasa de episiotomía aumento a medida que aumentaba las edad materna, del 52,38% en el grupo de edad de 15 a 19 años al 77,27% a partir de los 40 años (38).

En otro estudio que se hizo se tomó en cuenta que de un total de 44.4% de primigestas que se realizó episiotomía, el 95.1% tenían edades entre 15 a 35 años, teniendo mayores probabilidades de realizarse una de episiotomía a diferencia de otras edades (17).

Talla materna

Se ha identificado que la talla materna, está relacionada con la indicación de episiotomía. Un estudio informó que 137 pacientes primíparas, 85 de ellas de las cuales fueron sometidas a la episiotomía, el 36% correspondía a talla materna baja, el 22% correspondía a talla materna normal, y un menor porcentaje se tenía una talla materna alta con un 4%, demostrando la asociación entre la indicación de episiotomía y la talla baja materna durante el parto (39).

Por lo tanto, a menor talla materna hay mayor riesgo de realizarse episiotomía, dicha afirmación fue corroborada en una investigación que estudio los factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas tuvo como

resultado que el 92.3% de pacientes a las que se les realizó episiotomía median entre 1.40-1.55 centímetros (17).

Grado de instrucción

Un estudio reportó que, el grado de instrucción de una gestante influye en la indicación de episiotomía; esto debido a que las gestantes desconocen el procedimiento que se le realizaran, y en dicho estudio se reportó que 30.1% de las gestantes primíparas a quienes se les había realizado episiotomía, tenían un grado de instrucción de secundaria incompleta (2).

Ocupación

La situación laboral de las mujeres también influyen en la indicación de episiotomía, en una investigación realizada se obtuvo como resultado que en las primíparas que son amas de casa son a las que se realizó con mayor frecuencia la episiotomía rutinaria y restrictiva coincidiéndose con los hallazgos de Chozo, K, quién reveló que un 45.1% de las parturientas primíparas eran amas de casa (36).

Otro autor explica que, la ocupación de la primigestas y la indicación de episiotomía tienen relación; ya que, reportó que el mayor porcentaje de primíparas, a las que se les realizó episiotomía, eran amas de casa con un porcentaje de (48,7%) (2).

Edad gestacional

La edad gestacional es considerada uno de los factores que condicionan la práctica de episiotomía en primigestas. Un estudio reveló que, de 137 pacientes primigestas, 85 de ellas que corresponde al 62%, se les practico a episiotomía, obteniéndose en mayor porcentaje en los embarazos a término con un 58%, comprobándose la asociación significativa entre la edad gestacional a término y la realización de la episiotomía (40).

Otro estudio corrobora que los factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas, fue la edad gestacional entre las 37–42 semanas (17).

Altura uterina

La altura uterina es un dato que permite ver, si el feto es adecuado o no, para la edad gestacional, al tomar la medida, se puede dar un pronóstico respecto al feto y decir si es grande para la edad gestacional y va necesitar indicarle episiotomía a la gestante en la labor de parto (41).

Primiparidad

La primiparidad es el principal factor para la indicación de episiotomía en primigestas, ya que el cuerpo experimenta por primera vez, la labor de parto. Un estudio, reveló que, el 35,5% de gestantes primíparas, se les realizó episiotomía (41).

También se puede mencionar que, el hecho de ser primigesta y estar en la labor de parto y al no haber buenos pujos de la gestante, se indica la episiotomía. Como se menciona en un estudio, que se hizo relacionado con la primiparidad y la indicación de episiotomía en primigestas, se observó que el más alto porcentaje de episiotomías, corresponde a primigestas con un 83.6%, seguido de las segundigestas nulíparas con un 16.4% (42).

Factores fetales asociados a la indicación de episiotomía

Peso del recién nacido

Se ha reportado que el peso fetal, incide en la indicación de la episiotomía. En un estudio previo, se analizó que el peso medio de los recién nacidos de gestantes, quienes tuvieron episiotomía, fue superior en un 122,7 gr; en comparación a las gestantes que no se les realizó episiotomía, con 3.584,7 gr. y 3.462 gr.

Respectivamente, siendo un factor asociado, el incremento de peso del feto con la indicación de la episiotomía (38).

En otro estudio relacionado al peso del recién nacido, en relación a la indicación de episiotomía; se pudo observar que, el mayor porcentaje de mujeres, a las que se les había realizado episiotomía, tuvieron recién nacidos cuyos pesos oscilaron entre 2500 a 3500 gr, representando un 63,6%, seguido con el peso de los recién nacidos menor de 2500 gr, representado con un 21.8%, y los recién nacidos que pesan mayor de 3500 gr con 14.5% (42).

Perímetro cefálico del recién nacido

El perímetro cefálico del recién nacido, es un dato de relevancia; considerándose que, a mayor perímetro cefálico, hay mayor riesgo de realizar episiotomía. Un estudio determinó que, de 170 recién nacidos, un 82,5% tenían un perímetro cefálico mayor a 33,1 centímetros, evidenciándose su asociación con la práctica de episiotomía (41).

En un estudio realizado en 137 pacientes primigestas, se pudo concluir que el perímetro cefálico del recién nacido, influye en la realización de episiotomía en pacientes primigestas (40).

Posición fetal

La posición del feto también es de relevancia en la indicación de episiotomía, en un estudio que se realizó al comparar la episiotomía selectiva con la rutinaria en 100 pacientes (50 de cada grupo), se obtuvo que en la mayoría de los casos de ambos grupos la variedad de posición occípito púbica fue la que predominó con un 98% en el grupo de episiotomía selectiva y un 94% el grupo de episiotomía rutinaria. Mientras que no se presentó ningún caso en la variedad occípito sacra en el grupo selectivo, en tanto hubo 2 casos en el rutinario con un (4%). El grupo selectivo se

presentó un desprendimiento del producto en la variedad de occípito ilíaca izquierda posterior con un 2% y el grupo rutinario predominó la variedad de occípito ilíaca izquierda anterior en un 2% (41).

Factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía

Duración del segundo periodo del trabajo de parto

En relación a la duración del segundo periodo de trabajo de parto es un dato de consideración ya que este varía entre las primigestas y las multigestas, como se obtuvo en los resultados de un estudio en donde el mayor porcentaje de episiotomía que se encontró durante el periodo expulsivo fue menor de 30 minutos representando un 92.7% y un 7.3% lo obtuvieron el periodo expulsivo entre 30 a 60 minutos (42).

Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal es otro de los factores que predisponen en la realización de la episiotomía ya que al ver una alteración metabólica por disminución del intercambio feto-materna, alterando así la homeostasis fetal y llegando a incitar cambios tisulares irreparables o producirse una muerte fetal, en un estudio se observa que las pacientes a las que se le realizó episiotomía y no presentaron sufrimiento fetal representa un 45.45%, a diferencia de las pacientes que no se les realizó episiotomía y no tuvieron sufrimiento fetal representan un 49.55% (15).

Parto inducido con oxitocina

La administración de oxitocina durante el trabajo parto se ha estudiado como un posible factor de confusión en la decisión de realizar una episiotomía. El análisis de los datos mostró una asociación estadísticamente significativa con la realización de episiotomía en los partos en los que se administró oxitocina ($\chi^2 = 237,527$, $p =$

0,0005). Sin embargo, esta asociación puede considerarse baja ($V = 0,138$). El RR de poder presentar episiotomía al momento que se le administra oxitocina durante el trabajo parto es de 1,58 a comparación de cuando no se le administra oxitocina (43).

Parto instrumentado

La instrumentación durante el parto se puede considerar un factor de riesgo de episiotomía frente al parto eutócico (93% vs 38,7%) (RR=1,84). El papel de la episiotomía de rutinaria en los partos instrumentales está subestimado y requiere más investigación. Especialmente cuando se utilizan fórceps, su uso parece justificado porque se reducen los desgarros perineales (43).

2.4. Definición de términos

Desgarro perineal: Rotura de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo del periné de la vagina durante el parto (44).

Episiotomía: Procedimiento quirúrgico durante el que se hace una incisión en el perineo de la mujer, para agrandar la abertura vaginal y facilitar el (44).

Episiotomía mediolateral: Se realiza desde la parte de la comisura vulvar posterior y sigue un trayecto diagonal en el periné con dirección a la tuberosidad isquiática (45).

Episiotomía mediana: Se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano (45).

Primípara: Mujer que ha dado a luz un niño viable (44).

Factores obstétricos: Factores externos o intrínsecos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante el embarazo, parto, puerperio (46).

Hematoma: Acumulación de sangre extravasada y atrapada en los tejidos de la piel o un órgano, producida por un traumatismo o por una hemostasia incompleta después de una cirugía (44).

Desgarros de primer grado: Cuando sólo comprometen la horquilla, mucosa vaginal y piel perineal (33).

Desgarros de segundo grado: Lesionan la piel, la mucosa vaginal y el musculo perineal, pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano (33).

Desgarros de tercer grado: lesiones que abarcan la piel, la mucosa vaginal y musculo perineal, se extiende desgarrando el esfínter del ano (33).

Desgarros de cuarto grado: Cuando se extiende al ano y la mucosa del recto (33).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

HA: Existen factores asociados significativamente a la indicación de la episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el centro de salud de Talavera, año 2023.

HO: No existen factores asociados significativamente a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el centro de salud de Talavera, año 2023.

3.1.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

HE1: Existen factores maternos asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

HO1: No existen factores maternos asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Hipótesis específica 2:

HE2: Existen factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

HO2: No existen factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Hipótesis específica 3:

HE3: Existen factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023

HO3: No existen factores relacionados con el proceso parto asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

3.2. Identificación de variables

Variable independiente: Factores asociados

Factores Maternos

- Edad
- Talla
- Ocupación
- Edad gestacional
- Altura uterina
- Grado de instrucción

Factores Fetales

- Peso del recién nacido
- Perímetro cefálico del recién nacido
- Posición fetal

Factores relacionados con el proceso de parto

- Duración del segundo periodo del trabajo de parto
- Sufrimiento fetal
- Parto inducido con oxitocina
- Parto instrumentado

Variable dependiente: Episiotomía

3.3. Operacionalización de variables

Factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA/ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores asociados	Son todas las variables asociadas a la mayor frecuencia del daño o problema de salud	Son aquellos factores obstétricos como la edad, talla, grado de instrucción, ocupación, edad gestacional, altura uterina, posición fetal, Factores fetales como el peso del recién nacido, perímetro cefálico, factores intra parto como la duración del periodo expulsivo, registrados en la historia clínica	Factores maternos	Edad	Años cumplidos	De razón/Discreta
				Talla	Medida en centímetros	De razón/Continua
				Grado de instrucción	Hasta secundaria	Ordinal/Dicotómico
					Superior	
				Ocupación	Ama de casa	Nominal/Dicotómico
					Trabajadora independiente	
			Edad gestacional	Número de semanas de embarazo	De razón/Continua	
Altura uterina	Expresada en centímetros	De razón/Continua				
		Factores fetales	Peso del recién nacido	Peso en gramos	De razón/Continua	

				Perímetro cefálico del recién nacido	Expresado en centímetros	De razón/Continua
Episiotomía	Es la incisión en el periné para aumentar el área de la salida y facilitar el nacimiento durante el periodo expulsivo	Procedimiento de episiotomía realizado a la parturienta, registrado en la historia clínica		Posición fetal	Derecha	Nominal/Dicotómica
					Izquierda	
			Factores relacionados con el proceso de parto	Duración del segundo periodo de trabajo de parto	Tiempo en minutos	De razón/Discreta
				Sufrimiento fetal	SI	Nominal/Dicotómica
					No	
				Parto inducido con oxitocina	SI	Nominal/Dicotómica
					No	
				Parto instrumentado	SI	Nominal/Dicotómica
			No			
			Si	Si	Si	Nominal/Dicotómica
No	No	No				

IV. METODOLOGÍA

4.1. **Ámbito de estudio: Localización política y geográfica**

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta como ámbito espacial el Centro de Salud de Talavera. Ubicado en el Distrito de Talavera, Provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac, ubicado a 2,820 msnm, con un área territorial de 148.22m², creado mediante ley el 21 de junio de 1821.

Delimitación política:

Por el norte: Distritos de Pacucha y Andarapa

Por el sur: Distritos de Huancaray y Turpo

Por este: Distrito de Andahuaylas

Por el oeste: Distritos de Santa María de Chicmo y Ocobamba

4.2. **Tipo y nivel de Investigación**

Según tipo de investigación: Básico, porque busca comprender y ampliar conocimientos sobre los factores asociados con la indicación de la episiotomía (47).

Nivel de investigación: Explicativo, porque nos ha permitido comprobar y analizar las causas de la episiotomía(48).

Según la intervención del investigador: El estudio fue observacional, ya que se observaron los fenómenos tal y como se presentan, sin la manipulación a ninguna de las variables bajo estudio, reflejando los datos y su evolución natural (49).

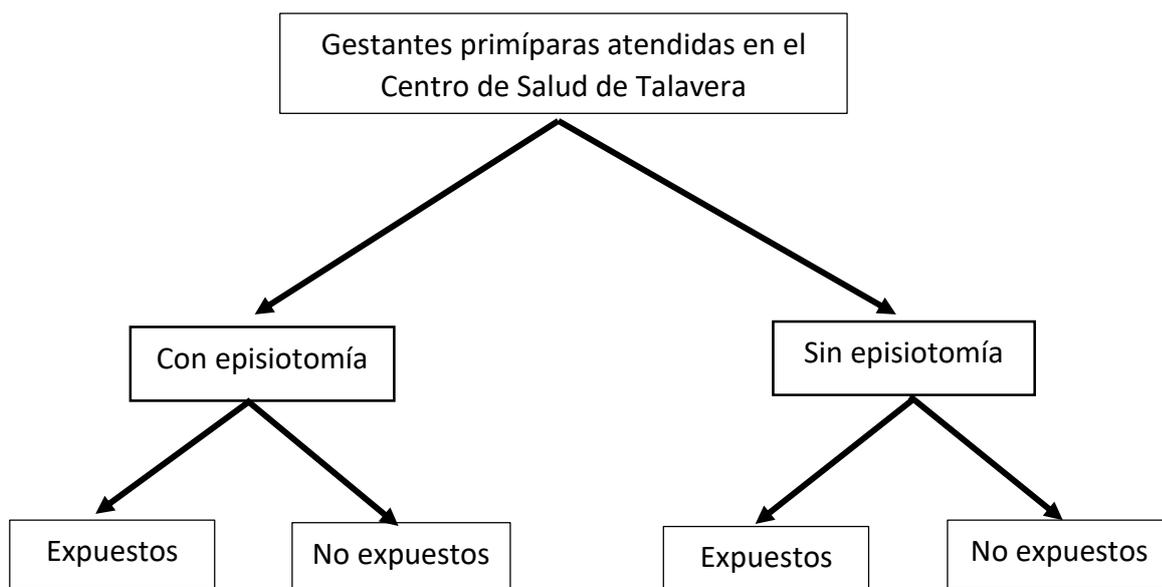
Según la planificación de la toma de datos: El estudio fue retrospectivo, basado en hechos pasados y recolectados del historial clínico de las gestantes primíparas que se atendieron en el Centro de Salud de Talavera en el año 2023 (49).

Según el número de ocasiones que mide la variable: El estudio fue de corte transversal porque valoró simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población definida, y además que los datos fueron medidos en una sola ocasión (49).

Según el número de variable de interés: Bivariado

Según su enfoque: El estudio fue cuantitativo, porque se orientó al estudio de los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de los fenómenos, y por ello el objetivo de la investigación fue establecer los vínculos causales que expliquen el suceso observado (49).

El diseño del estudio transversal es el siguiente:



Fuente: Epidemiología Gordis

Para calcular la prevalencia de la exposición de las gestantes primíparas con la indicación de la episiotomía en comparación con la prevalencia de la exposición en gestantes primíparas sin episiotomía, se utilizará el siguiente enfoque:

	Factores asociados	Con episiotomía	Sin episiotomía
OR=	Expuestas	A	B
	No expuestas	C	D

(AXD)/(BXC)

Donde:

A: Primíparas que hayan estado expuestas y con episiotomía

B: Primíparas que hayan estado expuestas, sin episiotomía

C: Primíparas no expuestas con episiotomía

D: Primíparas no expuestas sin episiotomía

4.3. Unidad de análisis

Fueron todas las gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera durante el año 2023.

4.4. Población de estudio

La población estudiada estuvo conformada por las historias clínicas de las gestantes primíparas que se atendieron en el Centro de Salud de Talavera durante en el año 2023.

Criterios de inclusión y exclusión para el primer grupo 1 “Gestantes primíparas con episiotomía

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas de gestantes primíparas a las que se realizó episiotomía.

- Historias clínicas ubicadas en el archivo general de historias clínicas.
- Historias clínicas de gestantes con parto vaginal institucional a las que se le realizó episiotomía en el Centro de Salud de Talavera durante el año 2023.
- Historias clínicas de gestantes a término y posttérmino, a las que se le realizaron episiotomía en el Centro de Salud de Talavera durante el año 2023.
- Historias clínicas de gestantes primíparas que terminaron en parto vaginal y se les realizó episiotomía en el Centro de Salud de Talavera durante el año 2023.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos de las gestantes primíparas o que no tenga letra legible.
- Gestantes que no dieron un parto institucional en el Centro de Salud de Talavera durante el año 2023.
- Historias clínicas de parturientas con partos domiciliarios o en trayecto.
- Historias clínicas de pacientes sin episiotomía en el Centro de Salud de Talavera durante el año 2023.

Criterios de inclusión y exclusión para grupo 2 “Gestantes primíparas sin episiotomía

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas de gestantes primíparas a las que no le realizaron episiotomía.

- Historias clínicas que se encuentran en el archivo general de todas las historias clínicas.
- Historias clínicas de las gestantes con parto vaginal institucional a las que no se les realizó episiotomía en el Centro de Salud de Talavera en el año 2023.
- Historias clínicas de gestantes primíparas con parto a término y postérmino a las que no se les realizó episiotomía en el Centro de Salud de Talavera en el año 2023.
- Historias clínicas de gestantes primíparas que terminaron en parto vaginal y no se les realizó episiotomía en el Centro de Salud de Talavera en el año 2023.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que estén con datos incompletos de las gestantes primíparas o que no tengan una letra legible.
- Historias clínicas de las gestantes primíparas que no dieron parto institucional en el Centro de Salud de Talavera en el año 2023.
- Historias clínicas de gestantes primíparas con partos domiciliarios o que fueron en trayecto.
- Historias clínicas de gestantes primíparas que no se les realizó episiotomía en el Centro de Salud de Talavera en el año 2023.

4.5. Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra, se recurrió al programa libre denominado Epidat, versión 4.2; donde la fórmula aplicada correspondió al diseño analítico transversal, cuya fórmula es:

$$n_o = \frac{[Z_{1-\alpha_2} \times \sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta} \sqrt{r \times (1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{r \times (P_1 - P_2)^2}$$

Para poder conocer la proporción de casos esperados en p_1 y p_2 , se tomaron en cuenta los datos de un estudio previo, realizado por Vásquez Delgado B en Lima(14), realizándose el cálculo del tamaño muestral con cada uno de los factores de dicho estudio y finalmente se consideró como el factor más importante a la nuliparidad, debido a que con este factor se obtuvo la muestra más representativa al ser incluida en la fórmula.

Donde:

No: Tamaño muestral total

Proporción esperada en:

- Población 1 (p_1): 75%
- Población 2 (p_2): 28%
- P_M : $(p_1 + p_2) / 2$
- r: razón entre tamaños muestrales: 2,40
- $Z(1 - \alpha) \%$: Nivel de confianza: 95%
- $Z(1 - \beta) \%$: Potencia estadística: 90%

El tamaño de muestra que fue obtenido al aplicar la fórmula es de 52, de las cuales:

La población 1 (Parturientas a las que se les realizó episiotomía): 15

La población 2 (Parturientas sin episiotomía): 37

4.6. Técnicas de selección de muestra

El muestreo que se empleó fue no probabilístico a conveniencia de la investigadora.

Al llenar la ficha de recolección de datos, las mujeres fueron divididas en 2 grupos:

El primero de gestantes primíparas con episiotomía y el segundo de gestantes primíparas sin episiotomía.

4.7. Técnica de recolección de información

Análisis documental

La técnica que se empleó fue el análisis documental de las historias clínicas de las gestantes primíparas con episiotomía y las gestantes primíparas sin episiotomía que se atendieron en el Centro de Salud de Talavera durante en el año 2023.

Para recolectar la información se recurrió a la técnica de estudio que es el análisis documental y como instrumento la ficha de recolección de datos, lo cual consta de la siguiente manera:

Factores maternos: que contiene 6 ítems con respuestas tanto continuas, dicotómicas y discretas.

Factores fetales: que contiene 3 ítems de respuestas dicotómicas y continuas.

Factores relacionados con el proceso de parto: que contiene 4 ítems de respuestas continuas y dicotómicas.

Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo la muestra y se pudo aplicar la ficha de recolección de datos, para poder realizar la validez del instrumento se recurrió al juicio de expertos que estuvo conformada por 5 jueces expertos en el tema.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información

Esta investigación primeramente fue aprobado por el comité de investigación de la universidad, posteriormente se solicitó el permiso en el Centro de Salud de Talavera para que pueda ser realizado esta investigación, en el establecimiento de salud se aplicó el instrumento de la investigación, se creó una base de datos en Microsoft Excel, luego esta base de datos se procesó en el estadístico SPSS versión 26, luego se procesó la información y se obtuvo tablas descriptivas e inferenciales de la investigación.

Se utilizó la estadística descriptiva expresada en distribución de medidas porcentuales para las características generales de las gestantes primíparas, así mismo, se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión de las variables cuantitativas como la edad, talla, edad gestacional, altura uterina, peso del recién nacido, perímetro cefálico y duración del segundo período del trabajo de parto; tanto en el grupo de parturientas con episiotomía y sin episiotomía. Se calcularon, la media y la desviación en ambos grupos.

Las variables cuantitativas fueron dicotomizadas, según la mediana de los datos, para ser procesadas en el análisis bivariado y multivariado de manera dicotómica.

Para establecer la asociación entre los factores tanto maternos, fetales y relacionados al parto y la indicación de episiotomía, se utilizó chi cuadrado de independencia. Así mismo, la asociación fue cuantificada mediante el OR o razón de momios. Se estableció un nivel de significancia de 5% $=0,05$; y los odds ratio, se calcularon con intervalos de confianza del 95%.

Cada exposición se evaluó por separado para poder determinar su asociación con la variable dependiente mediante el análisis bivariado y se presentó el odds ratio crudo (ORC), el intervalo de confianza del 95% y los valores de $p < 0,05$.

Las variables independientes que resultaron tener significancia estadística en el análisis bivariado (valor de $p < 0,05$), se incluyeron en el modelo de regresión logística multivariable final para eliminar los factores confusores.

4.9. Técnicas para demostrar verdad o falsedad de las hipótesis planteadas

Para realizar la contrastación de las hipótesis se realizó:

Para lograr demostrar la veracidad o falsedad de las hipótesis se va utilizó la estadística inferencial, la prueba no paramétrica de regresión lineal Chi cuadrado de Pearson, en base del valor de p , donde:

La regla de decisión para aceptar o rechazar la hipótesis nula (H_0) fue:

$$P < 0.05 (5\%) = \text{Rechaza la hipótesis nula}$$

4.10. Consideraciones éticas

En la presente investigación se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos.

Confidencialidad: los datos recolectados de las historias clínicas para el presente estudio fueron exclusivamente usados para fines del presente estudio.

Veracidad: Los datos recogidos, fueron procesados y sometidos al tratamiento estadístico, tal cual se recogieron, sin modificaciones en ninguna de las etapas pertinentes.

Derechos de propiedad intelectual: Se incorporaron citas y referencias bibliográficas de aquellos autores nombrados en el trabajo. También se cumplieron con las directrices y estándares científicos para los enfoques cuantitativos. Por estas razones, esta investigación científica sigue principios éticos y legales.

V. RESULTADOS

5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión

Tabla 1 Medidas de tendencia central en los dos grupos de comparación del estudio.

	Con episiotomía n=15	Sin episiotomía n=37
Edad**	23 ± 4,86 (18 - 36)	22 ± 3,94 (17 - 36)
Talla**	155 ± 5,79 (146 - 163)	154 ± 5,44 (142 - 163)
Edad gestacional**	40 ± 1,16 (36 - 40)	39 ± 1,11 (37 - 41)
Altura uterina**	35 ± 1,80 (29 - 36)	32 ± 1,51 (29 - 36)
Peso del Recién nacido**	3510 ± 323,97 (2600 - 3750)	3190 ± 301,24 (2430 - 3880)
Perímetro cefálico**	34 ± 0,81 (32 - 35)	33 ± 1,21 (32 - 37)
Duración de segundo período de trabajo de parto**	27 ± 12,65 (17 - 60)	21 ± 12,10 (4 - 50)

**Mediana ± desviación estándar

La mediana en ambos grupos es similar, siendo 23 años en las gestantes con episiotomía y en las gestantes primíparas sin episiotomía fue de 22, con una DE de 4,86 y 3,94 respectivamente; esto indica que, la edad no sería un factor asociado a la episiotomía. Al comparar la mediana de la talla materna, en ambos grupos, y la edad gestacional; sugieren que estos, no son determinantes para la episiotomía, debido a que no se evidencia diferencia de rangos entre ambos grupos.

No sucediendo lo mismo con la altura uterina, ya que, la diferencia de medianas en ambos grupos, es diferente, lo que indica que la altura uterina, podría estar asociado a la episiotomía. En el caso del peso del recién nacido, la mediana para las gestantes primíparas con episiotomía fue de 3510 gr, mientras que en las gestantes primíparas sin episiotomía fue de 3190 gr. Al comparar las medianas del

perímetro cefálico, se observa datos casi homogéneos, no habiendo diferencia marcada; por lo tanto, no se asocia a la indicación de episiotomía. Por último, en la duración del segundo periodo de trabajo de parto se obtuvo una mediana de 27 minutos en las gestantes primíparas con episiotomía, mientras que en las gestantes primíparas sin episiotomía la mediana fue de 21 minutos, observando una clara diferencia entre ambos grupos; lo que conllevaría a afirmar que la duración del segundo período de trabajo de parto, se encuentra asociado a la indicación de episiotomía.

Tabla 2 Características sociodemográficas de las gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Características sociodemográficas		Grupo			
		Con episiotomía		Sin episiotomía	
		N	%	N	%
Edad	≤ 22 años	6	40%	23	62,2%
	> 22 años	9	60%	14	37,8%
Idioma	Castellano	12	80%	28	75,7%
	Quechua	3	20%	9	24,3%
Estado civil	Soltera	1	6,7%	1	2,7%
	Casada	1	6,7%	4	10,8%
	Conviviente	13	86,6%	32	86,5%
Procedencia	Zona rural	7	46,7%	17	45,9%
	Zona urbana	8	53,3%	20	54,1%
Grado de instrucción	Primaria	0	5	1	2,7%
	Secundaria	6	40%	25	67,6%
	Superior	9	60%	11	29,7%
Ocupación	Ama de casa	11	73,3%	27	73%
	Independiente	2	13,3%	2	5,4%
	Estudiante	2	13,3%	8	21,6%
Total		15	100%	37	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Las principales características de las gestantes primíparas a las que se les realizó episiotomía, fueron: El (60%) tenían edades mayores de 22 años, el 80% hablaban castellano, el 86,6% de ellas era de estado civil conviviente, un 53,3% procedían de zonas urbanas, mientras que solo un 46,7% son de zonas rurales, el mayor porcentaje alcanzaron educación superior y secundaria con 60% y 40% respectivamente; mientras que un 73,3% eran amas de casa, y el 13,3% eran trabajadoras independientes y estudiantes.

Mientras que las características más resaltantes del grupo de comparación (gestantes sin episiotomía) fue: 62,2% de ellas tenían edades menores e iguales de 22, y el 37,8% de ellas tenían edades mayores de 22.

Tabla 3 Análisis bivariado de los factores maternos asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Factores maternos		Grupo				p*	ORC	IC 95%
		Con episiotomía		Sin episiotomía				
		N	%	N	%			
Edad	≤ 22 años	6	40%	23	62,2%		Ref	
	> 22 años	9	60%	14	37,8%	0,150	2,4	0,7 - 8,4
Talla	≤ 154.5	7	46,7%	19	51,4%	0,760	0,8	0,2 - 2,7
	> 154.5	8	53,3%	18	48,6%		Ref.	
Grado de instrucción	Hasta secundaria	6	40%	26	70,3%		Ref	
	Superior	9	60%	11	29,7%	0,042	3,5	1,0 - 12,3
Ocupación	Ama de casa	11	73,3%	27	73%		Ref	
	Independiente	2	13,3%	2	5,4%	0,346	0,3	0,0 - 2,9
	Estudiante	2	13,3%	8	21,6%	0,574	1,6	0,2 - 8,9
Edad gestacional	≤ 39 sem	9	60%	12	32,4%		Ref	
	> 39 sem	6	40%	25	67,7%	0,072	0,3	0,0 - 1,1
Altura uterina	≤ 33 cm	3	20%	30	81,1%		Ref	
	> 33 cm	12	80%	7	18,9%	0,000	17,1	3,7 - 77,5

p*= Chi cuadrado de Pearson ORC= Odds ratio crudo

Negrita= Significativo (p <0,05)

De todas las categorías de las variables puestas en el análisis bivariado, las únicas que tuvieron significancia estadística (p<0,05) fueron: El grado de instrucción superior de la madre (p=0,042), lo que indica que, las parturientas con un nivel de instrucción superior, tienen hasta 3,5 veces mayor probabilidad para la indicación de episiotomía, en contraste con las parturientas de menor nivel de instrucción. La altura uterina mayor de 33 cm (p=0,000), también fue estadísticamente significativo a la indicación de episiotomía, con una probabilidad de ocurrencia de episiotomía

de 17, 1 veces más, en comparación a las parturientas con una altura uterina menor o igual a 33 cm. Otras variables que obtuvieron un OR mayor de 1, fue la edad mayor de 22 años ($p=0,150$; OR: 2,4), sin embargo, al no obtener significancia estadística, se concluye que no se encuentra asociada a la indicación de episiotomía.

Tabla 4 Análisis bivariado de los factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Factores fetales		Grupo				p*	ORC	IC 95%
		Con episiotomía		Sin episiotomía				
		N	%	N	%			
Peso del recién nacido	≤ 3200 gr	5	33,3%	21	56,8%		Ref	
	> 3200 gr	10	66,7%	16	43,2%	0,132	2,6	0,7 - 9,2
Perímetro cefálico del RN	≤ 34cm	13	86,7%	30	81,1%	0,631	0,6	0,1 - 3,6
	> 34 cm	2	13,3%	7	18,9%		Ref	
Posición fetal	Derecha	10	66,7%	17	45,9%	0,181	2,3	0,6 - 8,2
	Izquierda	5	33,3%	20	54,1%		Ref	

p*= Chi cuadrado de Pearson ORC= Odds ratio crudo

Negrita= Significativo (p<0,05)

El análisis bivariado, ninguno de los factores fetales incluidos en estudio, resultó ser significativo (p>0,05) para la indicación de la episiotomía. Aunque el peso del recién nacido mayor de 3200 gr, y la posición fetal derecha, obtuvieron valores de odds ratio mayores de 1, representando un riesgo para episiotomía, al tener una probabilidad de ocurrencia para episiotomía de ORC=2,6 y ORC=2,3 respectivamente; sin embargo, estas 2 variables no obtuvieron significancia estadística, por lo tanto, no se encuentran asociadas a la indicación de episiotomía.

Tabla 5 Análisis bivariado de los factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Factores relacionados con el proceso de parto		Grupo				p*	ORC	IC 95%
		Con episiotomía		Sin episiotomía				
		N	%	N	%			
Duración de segundo período de trabajo de parto	≤ 24 min	3	20%	21	56,8%		Ref	
	> 24 min	12	80%	16	43,25%	0,022	5,2 1,2 - 21,7	
Sufrimiento fetal	Si	0	0%	0	0%		—	
	No	15	100%	37	100%		—	
Parto inducido con oxitocina	Si	0	0%	0	0%		—	
	No	15	100%	37	100%		—	
Parto instrumentado	Si	0	0%	0	0%		—	
	No	15	100%	37	100%		—	

p*= Chi cuadrado de Pearson ORC= Odds ratio crudo
Negrita= Significativo (p<0,05)

El factor relacionado con el proceso de parto, que resultó significativo para la indicación de episiotomía, fue la duración del período expulsivo del trabajo de parto mayor de 24 minutos, obtuvo un resultado significativo (p=0,022), con una probabilidad de ocurrencia de episiotomía de 5, 2 veces más, en comparación a sus contrapartes. El cálculo de proporciones para el OR no se pudo calcular en los indicadores: sufrimiento fetal, parto inducido por oxitocina y parto instrumentado, por no tener casos de las variables incluidas en el estudio.

Tabla 6 Análisis multivariado de los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Factores	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	p*	ORC	IC 95%	p*	ORA	IC 95%
Grado de instrucción	Hasta secundaria		Ref			
	Superior	0,042	3,5	1,0 - 12,3		NS
Altura uterina	≤ 33 cm		Ref			Ref
	> 33 cm	0,000	17,1	3,7 - 77,5	0,000	17,1 3,7 - 77,5
Duración de segundo período de trabajo de parto	≤ 24 min		Ref			NS
	> 24 min	0,022	5,2	1,2 - 21,7		

p*= Chi cuadrado de Pearson

ORC= Odds ratio crudo ORA= Odds ratio ajustado

NS: No significativo

Las 3 variables que resultaron ser significativas en el análisis bivariado, fueron llevadas al modelo multivariado, donde la altura uterina de la madre mayor de 33 cm (p=0,000; OR: 17,1; IC: 3,7-77,5), fue la única variable que se mantuvo asociada a la indicación de episiotomía. Lo cual quiere decir que las mujeres gestantes con una altura uterina mayor de 33 cm tienen 17,1 veces mayor probabilidad para que se les realice la episiotomía en comparación a las mujeres con una altura uterina menor de 33 cm.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de Talavera, se investigó la relación entre la episiotomía y los factores asociados en gestantes primíparas del Centro de Salud de Talavera en el año 2023.

Este estudio tuvo como objetivo general, determinar los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas en el Centro de Salud de Talavera; demostrando que efectivamente, existen factores asociados a la indicación de episiotomía.

El primer objetivo específico, buscó, determinar los factores maternos asociados a la indicación de episiotomía, encontrándose que en el análisis final multivariado, la altura uterina mayor de 33 centímetros, representó ser un factor asociado a la indicación de episiotomía en las gestantes primíparas del Centro de Salud de Talavera; es decir, las gestantes primíparas que tienen una altura uterina mayor a 33 cm tienen 17,1 veces mayor probabilidad, para que les realicen la episiotomía durante el trabajo de parto, en comparación con las gestantes primíparas que tienen una altura uterina menor a 33 cm. Por ende, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, demostrando que existen factores maternos asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Este hallazgo es respaldado, por estudios que revelan que, las gestantes que tienen una altura uterina mayor para la edad gestacional, están más propensas a la indicación de episiotomía, debido a que, cuando se mensura la altura uterina, esta medida nos permite dar un pronóstico de la probable antropometría del feto (41). Esta argumentación es probablemente, debido a la estimación en la ponderación

mayor del feto, motivo que condiciona que muchos profesionales de la salud, estimen pesos del recién nacido que pueda representar un riesgo para un desgarro perineal, debido a ello, optan por la realización de episiotomía.

Si bien es cierto, el grado de instrucción superior ($p=0,042$; ORC=3,5; IC=1,0-12,3), resultó ser un factor asociado a la indicación de episiotomía en el análisis bivariado; sin embargo, en el modelo final de la regresión logística multivariada, esta variable, no se mantuvo asociado en el análisis multivariado, perdiendo su efecto. Estos resultados a nivel internacional, se contradice con el estudio de Cesar JA et al, (9), en el año 2022 en el estudio realizado en estado de Rio Grande do Sul, Sur de Brasil, donde se demostró que las gestantes con grado de instrucción superior (RP = 1,21), tenían 1,21 veces mayor probabilidad de que se le realice la episiotomía; sin embargo los resultados de Fikadu K, et al, (12), en el sur de Etiopía en el año 2022, reveló que las gestantes primigestas con grado de instrucción secundaria (AOR = 10,24), tuvieron mayor probabilidad de indicación de episiotomía; es decir las mujeres con estudios secundarios tenían 10 veces mayor probabilidad para que se les realice una episiotomía.

Otros factores maternos, incluidas en el estudio no resultaron ser significativas. Entre ellas están: La edad de las gestantes primíparas, la cual no se asoció en ninguna de sus categorías (menor o mayor a 22 años). Estos resultados a nivel nacional se contradicen con el estudio de Armas Trinidad EW, Veliz Marcelo JW ,(15), en Huancayo en el año 2018 se encontró que las gestantes primíparas que tienen edades entre 12 a 18 años tiene 4 veces mayor probabilidad de que se le indique la episiotomía, en comparación a las mujeres mayores a 18 años.

En el segundo objetivo específico, se buscó determinar los factores fetales asociados a la indicación de episiotomía; encontrándose en el análisis bivariado

que, ninguno de los factores estudiados, resultaron ser un factor asociado a la indicación de episiotomía en las gestantes primíparas. Por lo tanto, al contrastar estos hallazgos con las hipótesis planteadas, se acepta la hipótesis nula, y se afirma que, no existen factores fetales asociados a la indicación de episiotomía. Al contrastar estos hallazgos, con otros estudios, se observa que: Respecto al peso del recién nacido > 3200 gr ($p=0,132$; ORC= 2,6; IC=0,7-9,2), al no estar asociado con la episiotomía, a nivel internacional, se contradice con el estudio de Cesar JA et al, (9), en el Sur de Brasil, en el año 2022; que indica que las gestantes cuyo recién nacido pesaron 4000 g o más, tienen 1,43 mayores probabilidades de ocurrencia de episiotomía, concordando también con el estudio de Deyaso ZF, et al (10), en Etiopía en el año 2022, que tuvo como resultado que las gestantes primíparas que tuvieron un recién nacido con un peso mayor a 4000 gr tienen 6,71 veces de probabilidad de que se les indique la episiotomía, al igual que el estudio de Fikadu K, et al, (12), en el sur de Etiopía en el año 2022, revelando que las mujeres que tuvieron un recién nacido con un peso mayor igual a 3000 gr, tenían casi 5 veces (4,84) veces de riesgo de ocurrencia de episiotomía, en comparación a las parturientas con recién nacidos de menor peso.

Otro de los factores fetales analizados en el presente estudio, y que no resultaron ser un factor asociado a la indicación de episiotomía en las gestantes primíparas, fue el perímetro cefálico de recién nacido. Estos resultados a nivel nacional, se contradicen con el estudio de Armas Trinidad EW, Veliz Marcelo JW,(15), en Huancayo en el año 2018; quienes demostraron que, si el perímetro cefálico de los recién nacidos es mayor de 35 cm, tienen 2.0 veces mayor riesgo, para indicación de episiotomía.

Por último, respecto al tercer objetivo específico, que indica determinar los factores relacionados con el proceso del parto asociados a la indicación de episiotomía, se afirma que, la duración del segundo periodo del trabajo de parto mayor a 24 minutos, resultó ser un factor asociado a la episiotomía en el análisis bivariado, perdiendo su efecto en el modelo multivariado; por lo tanto, no representó ser un factor asociado a la realización de episiotomía en la regresión binaria del análisis multivariado. Por lo tanto, podemos decir que, se acepta la hipótesis nula del estudio, es decir; no existen factores relacionados al trabajo de parto asociados a la indicación de episiotomía. Haciendo una contrastación de estos resultados, con estudios previos, se puede decir que; a nivel internacional, estos resultados no concuerdan con los reportes de Deyaso ZF, et al (10), en Etiopía (2022), quienes informaron que la segunda etapa del parto prolongada (OR: 4,79) riesgo de indicación de episiotomía, al igual que el estudio de Woldegeorgis BZ, et al (11), en África (2022), quienes informaron que la segunda etapa del trabajo de parto prolongada (OR: 5,53) riesgo de que se les indique episiotomía, con el estudio de Beyene F, et al (13), en Noreste de Etiopía (2020), informaron que la segunda etapa del parto prolongada (AOR=4.612) riesgo de que se les realice episiotomía.

VI. CONCLUSIONES

Con respecto al objetivo general de determinó que, si existen factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas en el Centro de Salud de Talavera.

En relación al objetivo específico 1: Se identificó que el factor materno asociado a la indicación de episiotomía, es la altura uterina; ya que las gestantes con altura mayor a 33 cm, tienen 17,1 veces mayor probabilidad para que se les realicen la episiotomía durante el trabajo de parto.

En relación al objetivo específico 2: Se identificó que los factores fetales como: el peso del recién nacido, el perímetro cefálico del recién nacido y la posición fetal no se asocian a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas en el Centro de Salud de Talavera.

En relación al objetivo específico 3: Se identificó que los factores relacionados con el proceso de parto como: la duración del segundo periodo del trabajo de parto, el sufrimiento fetal, parto inducido con oxitocina y el parto instrumentado, no se asocian a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas en el Centro de Salud de Talavera.

VII. RECOMENDACIONES

En base a los principales hallazgos del estudio, se da una serie de recomendaciones en los diferentes niveles, para abordar de mejor manera el manejo de la atención de parto:

- ✓ Se recomienda impulsar la creación de programas que apoyen la prevención del uso de episiotomía, para así poder crear conciencia y reflexión de esta práctica, en los profesionales de salud; y reducir la tasa de episiotomía en el Centro de Salud de Talavera.
- ✓ Se recomienda tomar en cuenta al realizar la episiotomía, antes del parto hacer la valoración materna y fetal, de esta manera sea solo uso electivo y no de manera rutinaria y así prevenir complicaciones que afecten a la calidad de vida de la madre.
- ✓ En relación con la tasa de incidencia de realización de episiotomía, se sugiere al servicio de obstetricia del Centro de Salud de Talavera mantener un rango inferior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (20%).
- ✓ Se recomienda hacer talleres de reforzamiento al personal de salud sobre la atención del parto.
- ✓ Se recomienda informar a todas las mujeres embarazadas sobre de los riesgos y beneficios de la episiotomía y tomar en cuenta la opinión de las gestantes en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams Obstetricia, 25e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2739>
2. Cuba Beretta KJ. Frecuencia y complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primiparas Hospital Regional Docente Cajamarca 2017. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 2018 [citado 20 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2715>
3. Asamblea Mundial de la Salud 72. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): informe del Director General. 2019 [citado 8 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/328740>
4. Chamorro Martínez GJ, Torres Romero JK. Prevención y complicaciones de episiotomía en gestantes primigestas. Hospital Carlos Andrade Marín, 2021 [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2022 [citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9868>
5. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva [Internet]. Colegio de Obstetras del Perú. [citado 12 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://colegiodeobstetras.pe/docs/guias-nacionales-de-atencion-integral-de-la-salud-sexual-y-reproductiva/>
6. Avila Fabián AC. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el hospital carlos lanfranco la hoz. Enero – junio 2015. 2015;
7. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
8. Pajuelo Isidro ed. Características de las puérperas episitomizadas atendidas en el hospital de Pichanaki, región Junín, enero - junio del 2017. 7 de diciembre de

2018 [citado 15 de noviembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2273>

9. Cesar JA, Marmitt LP, Mendoza-Sassi RA. Episiotomy in Southern Brazil: prevalence, trend, and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2022;56:26. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003908>

10. Deyaso ZF, Chekole TT, Bedada RG, Molla W, Uddo EB, Mamo TT. Prevalence of episiotomy practice and factors associated with it in Ethiopia, systematic review and meta-analysis. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:17455057221091659. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/17455057221091659>

11. Woldegeorgis BZ, Obsa MS, Tolu LB, Bogino EA, Boda TI, Alemu HB. Episiotomy Practice and Its Associated Factors in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:905174. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.905174>

12. Fikadu K, Boti N, Tadesse B, Mesele D, Aschenaki E, Toka E, et al. Magnitude of Episiotomy and Associated Factors among Mothers Who Give Birth in Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia: Observation-Based Cross-Sectional Study. *J Pregnancy*. 2020;2020:8395142. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/8395142>

13. Beyene F, Nigussie AA, Limenih SK, Tesfu AA, Wudineh KG. Factors Associated with Episiotomy Practices in Bahirdar City, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:2281-9. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S277657>

14. 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. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2022 [citado 15 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5367>

15. Armas Trinidad EW, Veliz Marcelo JW. Factores asociados a la Episiotomía en pacientes atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil El Tambo-2017. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2018 [citado 9 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/734>

16. Corzo Ayme ET, Cuadros Palomino M. "Factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - setiembre 2019". Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga [Internet]. 2020 [citado 12 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3842>
17. Torres Herrera Y. Factores que influyen en la realización de Episiotomía selectiva en pacientes Nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola enero- junio Arequipa 2017. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 26 de noviembre de 2019 [citado 24 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9662>
18. Condor Medrano CI. Factores de riesgo asociados a la realización de episiotomías en mujeres gestantes del servicio de obstetricia del hospital de ventanilla durante el periodo de julio a diciembre 2015, Lima - Perú. Repositorio institucional - UPSJB [Internet]. 2016 [citado 12 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/1086>
19. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part II. Obstet Gynecol Surv. noviembre de 1995;50(11):821-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00006254-199511000-00021>
20. Lede RL, Belizán JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol. mayo de 1996;174(5):1399-402. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70579-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70579-3)
21. Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? Obstet Gynecol Clin North Am. junio de 1999;26(2):305-25. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70077-2](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70077-2)
22. Beneficios y riesgos de la episiotomía: una revisión interpretativa de la literatura en lengua inglesa, 1860-1980 - PubMed [Internet]. [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6346168/>
23. Martínez EML, Sáez ZA, Sánchez EH, Ávila MC, Conesa EM, Ferrer MBC. Métodos de protección perineal: conocimiento y utilización. Rev esc enferm USP. 1

de septiembre de 2021;55:e20200193. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0193>

24. Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M do N, Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M do N. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*. 2017;16(47):539-75. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

25. Felitti K. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *Hist cienc saude-Manguinhos*. diciembre de 2011;18:113-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500007>

26. Freyermuth Enciso MG, Luna Contreras M. Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Realidad, datos y espacio Revista internacional de estadística y geografía*. 2014;5(3):34-43.

27. García Cuesta E. La episiotomía en la era del parto humanizado. junio de 2013 [citado 9 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2999>

28. Rego Pacheco L. Episiotomía y su impacto en la calidad de vida. Estudio de la experiencia de cuatro mujeres con secuelas derivadas de la intervención. 1 de junio de 2020 [citado 4 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A2705?lang=es>

29. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev Med Clin Condes*. 1 de marzo de 2013;24(2):185-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70148-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70148-2)

30. JM Bajo Arenas et all. pdfcoffee.com. [citado 25 de septiembre de 2023]. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Iglesias Guiu J Martín Jiménez A*. Disponible en: <https://pdfcoffee.com/fundamentos-de-obstetricia-sego-iglesias-guiu-j-martin-jimenez-a-pdf-free.html>

31. Arotoma Ore Marcelo Ido. Manual episiotomia.6docx [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/marceloidoarotomaore5/manual-episiotomia6docx>

32. Sarmiento CM, Abad ACT, Gordillo DA, Briceño dk. Guía didáctica para el taller: “episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación”.
33. Rigor Ricardo Orlando et al. Obstetricia y Ginecología.
34. Cabrera JC. Manual Obstetricia y Ginecología. (2018).
35. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
36. Silverio Piñola RN. Estudio comparativo de las complicaciones asociadas al uso de Episiotomía Rutinaria versus Episiotomía Restrictiva en primíparas atendidas en el Hospital Nacional Hipolito Unanue, 2019.[Internet]. 26 de noviembre de 2019 [citado 26 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3593>
37. Olgúin Moya YB. Factores de riesgo para desgarro perineal severo. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2018 [citado 26 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3942>
38. Pérez JH, López EA, Ramos EM, Berzosa RP, Lechuz BV, Donoso ÁM. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Enfermería Global. 12 de junio de 2014;13(3):398-424. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.3.196531>
39. Diaz Ruiz CY. Complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el hospital amazónico periodo 2018. 2019 [citado 19 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/8006>
40. Calapaqui Gutiérrez LN. Episiotomía en pacientes primigestas del Hospital Provincial General Latacunga período abril - mayo 2015 [Internet] [bachelorThesis]. 2016 [citado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4020>
41. Gualán Cartuche CA, Guanoluisa Cordero OI. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vivcente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, 2014. [Internet] [bachelorThesis]. 2015 [citado 13 de

septiembre de 2023]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21517>

42. Davila Samaniego EV, Huaroc Segovia PR. Factores asociados a la indicación de Episiotomía, en Pacientes Primiparas, atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya-Jauja, de octubre del 2016 a Marzo del 2017. [Internet]. 2017 [citado 20 de octubre de 2023]; Disponible en:
<http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/58>

43. Ballesteros Meseguer C. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia. Proyecto de investigación: [Internet]. 26 de mayo de 2014 [citado 11 de diciembre de 2023]; Disponible en:
<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/39087>

44. Mosby, Staff M. Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Elsevier España; 2004. 1526 p.

45. Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencia Médica. 2014;17(2):53-7.

46. Elsevier. Elsevier Connect. [citado 4 de noviembre de 2023]. Embarazo de riesgo: diabetes gestacional, hipotiroidismo e hipertensión. Disponible en:
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/valoracion-inicial-de-la-gestacion.-concepto-de-alto-riesgo-en-obstetricia>

47. Escudero Sánchez CL, Cortez Suárez LA. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. Machala: UTMACH; 2018. 104 p.

48. Gordis. Epidemiología 6 edición [Internet]. LIBROSMÉDICOS.PE. [citado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://librosmedicos.pe/producto/gordis-epidemiologia-6-edicion/>

49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. McGraw Hill España; 2014 [citado 22 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>

ANEXOS

a. Matriz de consistencia

FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE TALAVERA, AÑO 2023						
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICA	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
General	General	General	Variable Independiente	<p>Alcance: enfoque cuantitativo de tipología no experimental, retrospectivo, analítico transversal</p> <p>Diseño</p> <pre> graph TD A[Gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo] --> B[Con episiotomía] A --> C[Sin episiotomía] B --> D[Expuestos] B --> E[No expuestos] C --> F[Expuestos] C --> G[No expuestos] </pre>	<p>Análisis documental de las historias clínicas de gestantes primíparas y las no gestantes primíparas</p>	<p>La asociación entre los factores asociados a la indicación de episiotomía se realizará el análisis bivariado, con Odds Ratio (OR) con IC del 95%, y el valor p de la prueba exacta de Fisher. El valor p se considerará estadísticamente significativa si es <0,05.</p>
¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?	Determinar los factores asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.	Existen factores asociados significativamente a la indicación de la episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.	<p>Factores maternos</p> <p>Edad</p> <p>Talla</p> <p>Ocupación</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Altura uterina</p> <p>Grado de instrucción</p>			
Específicos	Específicos	Específicos	<p>Factores fetales</p> <p>Peso del recién nacido</p> <p>Perímetro cefálico del recién nacido</p> <p>Posición fetal</p> <p>Factores relacionados con el proceso de parto</p>			

en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?	en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.	atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.	Duración del segundo periodo del trabajo de parto Sufrimiento fetal Parto inducido con oxitocina Parto instrumentado
¿Cuáles son los factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?	Determinar los factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.	HE2: Existen factores fetales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.	Variable Dependiente Episiotomía
¿Cuáles son los factores relacionados con el proceso de parto asociados a la	Determinar los factores relacionados con el proceso de parto asociados a la	HE3: Existen factores relacionados con el proceso de parto asociados a la indicación de episiotomía en gestantes	

Población: La población estudiada está conformado por las historias clínicas de las gestantes primíparas que se atendieron en el Centro de Salud de Talavera durante en el año 2023.

Muestra

$$n_0 = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \times \sqrt{(r+1)p_1(1-p_1)} - Z_{1-\beta} \sqrt{r \times (1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{r \times (p_1 - p_2)^2}$$

Instrumentos	
Ficha de recolección de datos	Los factores que obtengan significancia estadística y un OR mayor de 1 en el análisis bivariado, serán incluidos en el análisis en un modelo multivariado de regresión logística, para evitar efectos confusores.

indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023?	indicación de episiotomía en gestantes primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.	primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.			
--	--	---	--	--	--

b. Solicitud de validación

VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

Andahuaylas, 10 de enero de 2024

Señor (a) (Sta.)

Ciudad: Andahuaylas

De mi consideración:

Me es grado dirigirme a Usted, a fin de requerir su colaboración para validar la ficha de recolección de datos, la cual será aplicada al desarrollo del proyecto de investigación titulada: "FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE EPISIOTOMIA EN GESTANTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE TALAVERA, AÑO 2023".

Considerando que la ficha de recolección de datos citado debe ser validado por JUICIO DE EXPERTOS, solicito a Ud. tenga a bien emitir su opinión al respecto, en calidad de persona entendida en la materia. Para este fin acompaño a la presente los instrumentos de investigación con su respectiva guía de estimación.

Por cuanto considero que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de utilidad. El presente instrumento tiene como finalidad determinar si existe correlación entre la episiotomía y los factores asociados a su indicación en gestantes primiparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023.

Agradeciendo anticipadamente por la atención, hago propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

Atentamente.



Yudit Mercia Flores Ramos

DNI: 73702253

Bach. en Obstetricia

C. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica

-----**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**

d. Validación del instrumento para el juicio de expertos

Anexo 3

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					(5)
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					(5)
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					(5)
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				(4)	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					(5)
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					(5)
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					(5)
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					(5)
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					(5)

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica

.....

 **FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**

Anexo 3

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?				4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				4	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?				4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica

ACLAS SAN JERONIMO

Lina Gómez Alcaraz

Mag. Lina Gómez Alcaraz

COP: 12504

----- FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Anexo 3

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica

Mag. Judith Jave Matias
 OBSTETRA
 C.O.P. 22563

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Anexo 3

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?				4	
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				4	
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				4	
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				4	
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?				4	
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?				4	
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?				4	
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				4	
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?				4	

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica

Karina Y Sulca Castro
 DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA
 COMUNITARIATO SUCRE
 GERENCIA DE SALUD
 TELÉFONO: 031 226 426 909

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Anexo 3

b. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?				4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				4	5
5. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?				4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?				4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?				4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?				4	5

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

.....

VALIDACION: Aplica No Aplica


Silvia Z. Vega Mamani
 Mag. Salud Pública y Comunitaria
 REPÚBLICA DE PANAMÁ - 126 COP. 121198

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

e. Lista de expertos para la validación del instrumento

Expertos	Nombres y Apellidos
Experto 1	Mg. Silvia Z. Vega Mamani
Experto 2	Mg. Lina Gómez Alcarraz
Experto 3	Mg. Karina Y. Sulca Carbajo
Experto 4	Mg. Roberto Torres Rúa
Experto 5	Mg. Judith Jave Matías

Fuente: elaboración propia

f. **Ficha de recolección de datos**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ficha de recolección de datos para medir los Factores Asociados a la Indicación de Episiotomía en Gestantes Primíparas atendidas en el Centro de Salud de Talavera, año 2023

N° de Registro: _____

Historia Clínica: _____

Episiotomía: Si () No ()

I.- DATOS GENERALES:

Idioma predominante: Quechua () Castellano () c: Otros ()

Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente ()

Procedencia: Zona Rural () Zona Urbana ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

FACTORES MATERNOS:

1. **Edad:** _____ años cumplidos
2. **Talla:** _____ centímetros
3. **Grado de instrucción:** Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()
4. **Ocupación:** Ama de casa () Trabajadora independiente ()
5. **Edad gestacional:** _____ semanas
6. **Altura uterina:** _____ centímetros

FACTORES FETALES:

7. **Peso del recién nacido:** _____ gramos
8. **Perímetro cefálico del recién nacido:** _____ centímetros
9. **Posición fetal:** Derecha () Izquierda ()

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE PARTO:

10. **Duración del segundo periodo de trabajo de parto:** _____ minutos
11. **Sufrimiento fetal:** Si () ()
12. **Parto inducido con oxitocina:** Si () No ()
13. **Parto instrumentado:** Si () No ()

g. Solicitud al Centro de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FILIAL ANDAHUAYLAS

**"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS
BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"**

**SOLICITO: ACCESO AL CENTRO
DE SALUD Y A LAS HISTORIAS
CLINICAS DEL DEPARTAMENTO
DE OBSTETRICIA PARA OBTENER
DATOS DE LAS GESTANTES
PRIMIPARAS.**

GERENTE DEL CENTRO DE SALUD DE TALAVERA

LIC. WILLIAN ZORRILLA AQUINO

Yo Yudit Mercia Flores Ramos, identificada con DNI 73702253, Bachiller en Obstetricia de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco filial Andahuaylas, Ante Ud. Me dirijo con el fin de expresarle mi cordial saludo con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo la necesidad de obtener el titulo profesional de Obstetra, respetuosamente SOLICITO ACCESO AL CENTRO DE SALUD Y A LAS HISTORIAS CLINICAS DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA PARA OBTENER DATOS DE LAS GESTANTES PRIMIPARAS, el cual es un requisito para obtener como base de dato, para la sustentación de la modalidad de tesis para obtener el titulo profesional de Obstetra.

Seguro de contar con la atención que brinde, quedo con usted muy agradecida

Talavera, 24 de enero del 2024

YUDIT MERCIA FLORES RAMOS
DNI 73702253

CLAS TALAVERA	
N° PREGUNTA	28
FECHA	24/1/24 HORA 11:11
N° FOLIOS	01
FIRMA	

h. Carta de autorización del Centro de Salud



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Dirección de Salud Apurímac II

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



CARTA DE AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION

El Gerente del CLAS TALAVERA, hace constar que la Bach. En obstetricia, Yudit Mercia Flores Ramos DNI 73702253, Realizara revisión de historias clínicas para el trabajo de investigación del tema **“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE EPISIOTOMIA EN GESTANTES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD TALAVERA, AÑO 2023”** para optar el título profesional de obstetricia en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; en el Centro de salud talavera, Micro Red Talavera.

Se expide la siguiente constancia a solicitud de la interesada.

Talavera, 29 de enero del 2024.


 **Willian Zorrilla Aquino**
Lic. Enfermería
DNI: 31187048
GERENTE - CLAS TALAVERA

i. Evidencias fotográficas









