



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores relacionados a la indicación de episiotomía en las
gestantes atendidas en el Hospital II-I

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORES:

De La Cruz Tanta Aldair Alonso (orcid.org/0009-0007-2842-2335)

Fiestas Pulido Mayra Yesenia (orcid.org/0009-0002-2280-8011)

ASESOR:

Dr. Diaz Velez Cristian (orcid.org/0000-0003-4593-2509)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud materna

TRUJILLO – PERÚ

2023

Dedicatoria

El esfuerzo y dedicación tienen recompensa, dedicamos este trabajo a nuestros padres y nuestros profesores por su orientación durante la elaboración de este Trabajo.

Agradecimiento

A dios, a nuestros padres y a los profesionales que nos guiaron durante la
realización del presente trabajo

A nuestro asesor por su paciencia y disposición en la elaboración de este trabajo
Al personal del Hospital por brindarnos las facilidades necesarias en la realización
de nuestra tesis.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	12
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	12
3.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN	12
3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	12
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	13
3.5. PROCEDIMIENTOS	14
3.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	14
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	14
IV. RESULTADOS.....	16
V. DISCUSIÓN.....	20
VI. CONCLUSIONES	23
VII. RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS	25
ANEXOS	

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Factores maternos asociados a la indicación episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1</i>	16
<i>Tabla 2. Factores neonatales asociados a la indicación episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1</i>	17
<i>Tabla 3. Factores clínicos maternos y el personal de salud que atendió el parto, asociados a la indicación episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1.....</i>	18
<i>Tabla 4. Análisis multivariado de los factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-1</i>	18

Resumen

Se realizó una investigación de tipo cuantitativa, analítico observacional, retrospectivo de casos y controles, con una muestra de 108 gestantes atendidas en el Hospital Provincial “Rosa Sánchez de Santillán, como objetivo general: Estimar cuales son los factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-1. Obteniendo como resultados, según los factores maternos a la edad, la paridad y el uso de Oxitocina los cuales se asocian a Indicación de episiotomía con una significancia de $p < 0,05$ e intervalos de confianza del 95% del OR límite inferior y superior mayores que 1. Sin embargo, el periodo intergenésico y la posición de parto no se asocian a Indicación de episiotomía. En los factores neonatales, el expulsivo prologado está asociado a indicación de episiotomía ($p < 0,05$). Su intervalo de confianza del 95% del OR límite inferior y superior mayores que 1. Sin embargo, los demás factores neonatales como edad gestacional, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, tipo de presentación y circular de cordón no se asocian a indicación de episiotomía ($p > 0,05$) e intervalo de confianza del 95% del OR contiene a 1. Además, el diagnóstico clínico materno como la preclamsia leve y el personal de salud que atendió el parto no están asociados a la indicación de episiotomía ($p > 0,05$) e intervalo de confianza del 95% del OR contiene a 1

PALABRAS CLAVE: Episiotomía, gestante, macrosomía fetal.

Abstract

A quantitative, observational analytical, retrospective case-control investigation was carried out with a sample of 108 pregnant women treated at the “Rosa Sánchez de Santillán” Provincial Hospital, as a general objective: Estimate which factors are related to the indication of episiotomy in pregnant women treated at Hospital II-1. Obtaining as results, according to the maternal factors of age, parity and the use of oxytocin, which are associated with Indication of episiotomy with a significance of $p < 0.05$ and higher 95% confidence intervals of the lower and upper limit OR. That 1. However, the intergenic period and the birth position are not associated with Indication for episiotomy. In neonatal factors, prolonged expulsion is associated with indication for episiotomy ($p < 0.05$). Its 95% confidence interval of the OR lower and upper limit greater than 1. However, the other neonatal factors such as gestational age, head circumference, macrosomia, use of forceps, type of presentation and cord circularity are not associated with indication for episiotomy ($p > 0.05$) and 95% confidence interval of the OR contains 1. Furthermore, the maternal clinical diagnosis such as mild preeclampsia and the health personnel who attended the delivery are not associated with the indication for episiotomy ($p > 0.05$) and 95% confidence interval of the OR contains 1

KEYWORDS: Episiotomy, Pregnant woman, Fetal macrosomia

I. INTRODUCCIÓN:

La episiotomía, se refiere a la incisión quirúrgica diseñada para reducir la incidencia de desgarros perineales graves durante el trabajo de parto, los dos tipos más comunes son medial y medio lateral, por lo general, se hace referencia a la episiotomía como un procedimiento quirúrgico simple, rápido y de bajo costo que evita o reduce las laceraciones perineales, reduce el sufrimiento materno-fetal y acelera el trabajo de parto¹.

No obstante, la episiotomía es el segundo procedimiento quirúrgico más realizado entre las mujeres en edad fértil, sólo superada por las cesáreas, su prevalencia varía en todo el mundo; por ejemplo, Camboya informa del 90 %; Holanda, 11%; Francia, 20%; y Canadá, 17%². Su prevalencia en Brasil varía, del 47% en hospital público y al 68% en hospital privado, su ocurrencia puede ser universal, dependiendo del profesional que realiza el parto, del hospital y de las características maternas, especialmente si es primípara³.

Actualmente, el uso de este procedimiento quirúrgico ha disminuido debido a la falta de evidencia asociada a sus efectos protectores contra la complicación materna relacionada con el esfínter inducida por el parto vaginal, en un metanálisis reciente las tasas de episiotomía varían considerablemente también (11,6 % en Estados Unidos o 15,2 % en Inglaterra, frente al 75 % en Chipre, el 67,5 % en Polonia, el 68 % en India o el 44,9 % en Singapur⁴. En Francia la década pasada la tasa global de episiotomía es del 41,3%, las guías condujeron a una disminución inmediata, resultando en una tasa de episiotomía del 35%, la tendencia a la baja continuó y el 2019 el porcentaje global de episiotomía fue del 27,1%⁵. Si bien la recomendación internacional es una tasa de episiotomía del 10% para partos normales, en Etiopía se ha reportado una prevalencia del 42% en el norte y 35,2% en el resto de la región, lo cual pone en evidencia que en países en desarrollo la prevalencia es aún muy alta⁶.

La evidencia ha llevado a una disminución en la incidencia de episiotomía en muchos centros de maternidad alrededor del mundo, especialmente en países desarrollados como resultado de ensayos que favorecen la restricción, esta cirugía alcanzan en nuestra región hasta el 96,2% (América del Sur-Ecuador); en Perú , el 65,4% de las primíparas se sometieron a episiotomía , 34,6% sufrieron desgarros en su mayoría de I grado (23.5%), y entre las primíparas que se sometieron a episiotomía el 37.7% con edades de 25 a 29 años⁷.

Se ha identificado que el uso rutinario de la episiotomía en el parto sin tener factores asociados para realizarla está asociado con una mayor prevalencia de daño en la púérpera ya sea desgarros perineales y sus posibles complicaciones a largo plazo de la episiotomía, las cuales incluyen dispareunia, disfunción anorrectal y disfunción sexual.

El personal de salud a cargo de la atención integral debe identificar los factores de riesgo de manera temprana a través de una adecuada atención preconcepcional, tomar medidas para controlar o modificar estos factores a lo largo del tiempo y reducir las episiotomías innecesarias promoviendo actividades de la salud en atención primaria que también ayudaran a mejorar la calidad de vida de mujeres en edad reproductiva.

Ante esta situación, en el presente estudio se formuló el siguiente problema ¿Cuáles son los factores relacionados a la indicación de episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1?

Se plantea como hipótesis: Existe relación entre los factores maternos, neonatales y asistenciales asociados a la indicación de episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1.

Se propone como objetivo general: Estimar cuales son los factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-1. Y como objetivos específicos: Identificar si los factores maternos como periodo intergenésico, paridad, posición de parto, edad y el

uso de oxitocina están asociados a episiotomía en el Hospital II-1, Identificar si los factores neonatales como la edad gestacional , perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, tipo de presentación ,circular de cordón y expulsivo prolongado, están asociados a episiotomía en el Hospital II-1, Identificar si el diagnóstico clínico materno como preclamsia y diabetes están asociados a episiotomía en el Hospital II-1. Identificar si el personal de salud que atendió el parto como obstetra y ginecólogo está asociado a la Indicación de episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1.

II. MARCO TEÓRICO:

Woretaw E, et al; determinaron el nivel de práctica de la episiotomía e identificaron sus determinantes en los establecimientos de salud pública en un estudio transversal de base institucional entre 410 madres utilizando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. Se utilizaron razones de posibilidad con los correspondientes intervalos de confianza del 95% para declarar la importancia de las variables. La magnitud de la práctica de episiotomía fue de 44,15% (IC 95% 39,32-48,97); el desgarro perineal (AOR 3,56, IC 95 % 1,68–7,55), edad entre 25 y 35 años (AOR 0,11, IC 95 % 0,05–0,25), espaciamiento entre nacimientos menor de 2 años (AOR 4,76, IC 95 % 2,31–9,83) fueron factores significativamente asociados con la práctica de la episiotomía⁸.

Pelissari L, et al; analizaron la incidencia de episiotomía y factores maternos y neonatales asociados, en un estudio transversal, retrospectivo, analizaron 11.809 historias clínicas de mujeres que tuvieron parto vaginal, la incidencia de episiotomía fue del 59,4%, entre las mujeres que fueron sometidos a episiotomía, el 27,0% tenía perineo intacto y el 13,5% laceración espontánea. Los factores maternos fueron, edad menor de 19 años, control prenatal adecuado, primiparidad, presencia de dinámica uterina, dilatación cervical entre 1 y 3 cm, y trabajo de parto prolongado ($p < 0.05$)⁹.

Baczek G, et al ; comprobaron si los factores de riesgo que son analizados en la bibliografía siguen siendo válidos y encontrar nuevas causas de riesgo para las incisiones perineales, en un estudio retrospectivo de casos y controles un solo centro, con una base de datos retrospectiva anónima, los factores de riesgo independientes para la episiotomía incluye el parto prolongado (OR = 1,01; IC 95 % IC: 1,01-1,01), un factor protector contra el uso de la episiotomía fue la multiparidad (OR = 0,31; IC 95 %: 0,27–0,35)¹⁰.

Woldegeorgis B, et al; determinaron la prevalencia de la episiotomía y los factores de riesgo vinculados a la práctica, mediante búsquedas de artículos en bases de datos electrónicas internacionales, se utilizó una hoja de cálculo de Microsoft Excel y el software STATA versión 14. Un total de 21 estudios con 40

831 participantes se incluyeron en la revisión y metanálisis, la prevalencia agrupada de la práctica de la episiotomía fue del 41,7% [IC 95% (36,0–47,4), $yo\ 2 = 99,3\ \%, P < 0,001$). Primiparidad [OR: 6,796 (IC 95% (4,862–9,498)), $p < 0,001$, $yo2: 95,1\%$], médicos- parto asistido [OR: 3.675 (IC 95 % (2,034–6,640)), $P < 0,001$, I2: 72,6%], fueron los factores de riesgo asociados¹¹.

Fikadu K, et al; determinaron la magnitud reciente de la episiotomía e identificaron los factores asociados entre las mujeres que dieron a luz en un estudio transversal, se utilizó una técnica de muestreo aleatorio sistemático para seleccionar a los participantes del estudio y se complementó con una revisión de los registros de trabajo de parto y parto. Se encontró que la magnitud de la episiotomía fue de 272 (68,0%) con un IC del 95% = 64,0-72,5. Mujeres que asistieron a la educación secundaria [AOR = 10,24, IC del 95 % = 2,81-37,34], mujeres que asistieron a la universidad o más [AOR = 4,61, IC del 95 % = 1,27-16,71], primíparas [AOR = 4,13, 95%IC = 2,40-7,12], y el IMC < 25 kg/m² [AOR = 2,85, 95% IC = 1,50-5,44] fueron variables independientes que se encontró que tenían una asociación significativa con la episiotomía¹².

Beyene F, et al; evaluaron la proporción y los factores asociados con la episiotomía entre las mujeres en un estudio transversal institucional entre 411 madres, los datos fueron recopilados a través de entrevistas y se respaldaron con la observación utilizando una lista de verificación estándar con una técnica de muestreo aleatorio sistemático. La proporción de episiotomía fue 41,1% con IC 95% (36,5%, 46,2%), la regresión logística multivariable mostró que la primiparidad (AOR=6.026, 95% IC (3.542,10.253)), segunda etapa prolongada del trabajo de parto (AOR=4.612, 95% IC (2.247,9.465)), uso de oxitocina (AOR=2.608, 95% IC (1.431,4.751)), se asociaron significativamente con la práctica de episiotomía¹³.

Jahan U, et al; exploraron los factores maternos para episiotomía durante parto vaginal, en 306 gestantes, encontraron que la edad es un predictor de episiotomía en que los menores de 18 años tenían siete veces más probabilidades de tener una episiotomía (AOR=7,65; IC95% 1,36-18,21;

$p=0,035$), la nuliparidad también fue un factor de riesgo (OR = 4,96; IC95% 2,58-9,52; $p<0,001$)¹⁴.

Campos G, et al ; evaluaron los factores de riesgo para la episiotomía en gestantes que habían tenido parto vaginal en una maternidad universitaria, en un estudio de casos y controles con mujeres embarazadas a episiotomía (casos) y gestantes no sometidas a episiotomía (controles); se incluyeron un total de 522 mujeres (173 casos y 349 controles), los partos con episiotomía tenían más probabilidades de haber requerido fórceps (OR = 12,31; IC95%: 4,9 - 30,1) y haber ocurrido en primíparas (OR = 4,24; IC95%: 2,61 - 6,89)¹⁵.

Vásquez B, et al; identificaron la asociación de paridad y factores vinculados en practicar la episiotomía en un modelo de casos y controles de 298 puérperas, se estableció que estaba significativamente asociada, reflejando un riesgo de 3,7 veces de ser sometida a episiotomía en mujeres primíparas y riesgo de desgarro, las variables como la edad y el estado civil no se asociaron significativamente en el análisis multivariado¹⁷.

Moncayo C, et al; realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal con 153 mujeres y 98 muestras para establecer la frecuencia y factores vinculados a la episiotomía en primíparas, reportaron correlación de la episiotomía y el peso del recién nacido, $p < 0,05$. La prevalencia fue 2,0599 y el intervalo de confianza del 95%. De las 98 pacientes a las que se les realizó episiotomía, 47 (30,72%) recién nacidos pesaron más de 4000 g. Además, hubo evidencia de una asociación entre la episiotomía y la edad gestacional a término con un valor de $p > 0,05$. Y se observó una correlación entre la episiotomía y el perímetro cefálico; valor $p < o$ igual a 0,05. La prevalencia fue 2,95 y el intervalo de confianza fue 95%. La mayoría de las pacientes sometidas a episiotomía (48,37%) eligió la posición de litotomía, mientras que el 15,69% eligió la posición vertical. Al analizar los datos conseguidos, se observó una prevalencia de 2,0555, que fue superior a 1, y se identificó como factor de riesgo para episiotomía con un valor de p de 0,045 y $p < 0,05$, lo que indica una correlación de la variable episiotomía y posición materna en el parto.¹⁶

Zerihun_F, et al determinaron evaluar la prevalencia de la práctica de la episiotomía y los factores asociados en Etiopía, por medio de búsqueda de artículos, en este estudio se incluyeron diez estudios transversales con una población total de 3718, y la prevalencia general de la práctica de la episiotomía fue mayor en Etiopía en comparación con los estudios realizados en otros países. La segunda fase prolongada del trabajo de parto, la presentación de la cara, el peso al nacer > 4000 g, el parto instrumental y la primiparidad de las mujeres fueron los factores asociados a la práctica de la episiotomía. ²⁸

Huamán C, realizó un estudio para determinar los factores que repercuten en la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos desde junio de 2017 a junio de 2018 .El diseño fue no experimental, transversal, y estuvo conformado por un total de 800 partos normales y una muestra de 96 episiotomías, en el grupo de casos de 96 mujeres a las que se les realizó episiotomía, 59, correspondiente al 61,5%, tuvieron circular de cordón umbilical, 37 (38,5%) eran categoría de no circular de cordón umbilical, mientras que en el grupo control de 96 mujeres no fueron indicadas para episiotomía, 67 (69,8%) pertenecían a la categoría de no circulación de cordón umbilical, 29 (30,2%) pertenecía a la categoría con circular de cordón umbilical. Se tuvo como resultado que realizo episiotomía durante el trabajo de parto a los que tuvieron la distocia del cordón umbilical. ³⁵

El parto vaginal se considera un método preferido de parto, aunque la cesárea han aumentado en las últimas décadas, en comparación al parto por cesárea, que puede ser necesario para prevenir resultados adversos o para salvar vidas, el principal beneficio materno del parto vaginal es menos complicaciones anestésicas y quirúrgicas, incluso menos hemorragia que requiera transfusión o histerectomía, menos lesiones intestinales o vesicales, menos complicaciones postoperatorias. Íleo, menos embolia de líquido amniótico, menos embolia gaseosa y menos enfermedad tromboembólica¹⁸.

Otros beneficio son los menores riesgos a largo plazo, que incluyen menos ruptura uterina, menos partos por cesárea recurrentes, menores riesgos de placentación anormal, incluida la previa/acreta; los beneficios para el feto incluyen una mayor probabilidad de amamantar, un ingreso hospitalario más corto, menores tasas de síndrome de dificultad respiratoria y un menor riesgo de ingreso en cuidados críticos¹⁹. Sin embargo un problema importante en el parto vaginal es el riesgo de desgarros vaginales y perineales que provocan dolor, sangrado, infección, dispareunia e incluso una hospitalización prolongada, lo cual aumenta el riesgo de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia fecal²⁰.

La episiotomía es la incisión quirúrgica realizada durante el proceso de parto para expandir la abertura vaginal con el fin de reducir el riesgo de laceraciones de la pared posterior y laceraciones perineales severas (tercer o cuarto grado) para evitar lesiones en el piso pélvico y facilitar el nacimiento del niño, puede proporcionar suficiente espacio para permitir partos asistidos con fórceps o aspiradoras para acortar el trabajo de parto y reducir el dolor²¹. La episiotomía es la incisión quirúrgica que corta el mucosa vaginal, músculos perineales superficiales y algunas fibras del elevador del ano (el músculo del piso pélvico y los fascículos anteriores sostienen ambos lados de la uretra y el vagina), es esencialmente un tipo de lesión de nacimiento y no reduce la incidencia de dolor perineal grave laceraciones, y en cambio aumenta el riesgo de complicaciones²².

Por otro lado existe evidencia que el uso rutinario de la episiotomía se asocia con una mayor prevalencia de desgarro perineal de la pared posterior y desgarro perineal grave, las posibles complicaciones a largo plazo de la episiotomía incluyen dispareunia, disfunción anorrectal y disfunción sexual. En este sentido se ha reportado que el uso selectivo de la episiotomía era preferible a la episiotomía de rutina con respecto al riesgo de laceraciones de la pared posterior y laceraciones perineales innecesarias²³. El embarazo adolescente abarca entre los 10 y los 19 años, un embarazo en esta etapa implica un mayor riesgo de resultados reproductivos adversos, no está claro si esto se debe

principalmente a factores sociodemográficos adversos, desigualdades sociales o simplemente a la inmadurez biológica de adolescentes, los resultados desfavorables del embarazo adolescente son importantes problemas de salud con importantes impactos socioeconómicos; el embarazo adolescente está convirtiéndose cada vez más en un problema de salud pública que en un problema de práctica clínica, puesto que la gran mayoría de los embarazos de adolescentes no son deseados ni planificados²⁴

La paridad se refiere al número de veces que la mujer ha culminado el parto y una mujer nulípara es aquella que nunca ha dado a luz, incluso si ha tenido un aborto espontáneo o una interrupción prematura (antes de las 20 semanas), las mujeres que han dado a luz una vez, son primíparas, mientras que las mujeres que han tenido dos o más partos anteriores son multíparas.²⁵

El índice de masa corporal materno vincula el peso y la talla al inicio del embarazo, tienen un impacto significativo en los resultados de la gestación, el peso del recién nacido es un reflejo de las diversas condiciones durante el embarazo que repercute en la calidad de vida, el crecimiento y desarrollo del niño, así como en la morbilidad infantil, el sobrepeso y la obesidad en el primer trimestre del embarazo se han vinculado con resultados maternos adversos, a diferencia de la desnutrición y sobre nutrición estarían relacionados con resultados desfavorables en el embarazo, pues afecta la formación de la placenta, lo que lleva a una reducción del tamaño de la placenta, alteraciones en la histomorfología y reducción del flujo sanguíneo, lo que puede disminuir la entrega de nutrientes al feto²⁶.

El periodo intergenésico se puede definir de varias formas, como por intervalo entre el nacimiento y el embarazo (el período desde el nacimiento anterior hasta la concepción del embarazo), el intervalo entre embarazos (el período desde el nacimiento anterior, independientemente de si el embarazo resultó en aborto espontáneo/mortinato/nacido vivo, hasta la concepción del embarazo índice) o el embarazo entre partos (el período desde la entrega del anterior nacido vivo hasta el parto del embarazo índice)²⁷.

El peso al nacer se mide con la primera toma después del nacimiento, el peso normal de un recién nacido es de 2500 g y los 3800-4000 g, dependiendo de la edad gestacional, es decir, entre los 2,5 kg y los 3,8-4 kg ²⁴.

Edad gestacional se refiere al tiempo que transcurre desde el inicio del último período menstrual hasta el nacimiento, según la Academia Americana de Pediatría, cataloga a los recién nacidos de la siguiente manera: pre término: < de 37 semanas completas RN a término: 37 – 41 semanas y RN pos término: 42 semanas completas ó más²⁶.

La oxitocina sintética se usa como inductor del parto, principalmente para el tratamiento de distocia en el parto además en la prevención y tratamiento de las hemorragias posparto. ³⁰

El expulsivo prolongado sobrepasa en las nulíparas las 3 horas y en gestantes múltiparas con una duración superior de 2 horas.

Según las normas del ministerio de salud una gestante con talla baja es aquella con una talla menor o igual a 1.40cm. ³¹

Diabetes mellitus gestacional es la alteración metabólica frecuente en el embarazo, los criterios diagnóstico son glucosa plasmática en ayunas mayor o igual de 126mg/dl, glucosa a dos horas posterior de la sobrecarga oral de la misma (75gr), \geq a 200mg/dl. Sintomatología clínica de diabetes y glucosa al azar \geq a 200 mg/dl y HbA1c mayor o igual 6,5%. ³²

La preclamsia ocurre posteriormente a las 20 semanas de la gestación, se diagnostica con la presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más y presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más tomadas en dos ocasiones con 4 horas de diferencia, y después de las 20 semanas de gestación con una presión arterial sistólica de 160 mm Hg o más y presión arterial diastólica de 110 mm Hg o más. Y por recolección de orina de 24 horas presentando una proteinuria de 300 mg o más o la proporción proteína/creatinina de 0,3 mg/dL o más y lectura de la tira reactiva de 2+.³⁶

Perímetro Cefálico es la medición de la cabeza y como punto de referencia se mide desde la protuberancia externa del occipital y las dos protuberancias anteriores del frontal, su valor promedio oscila entre 33 a 35cm. ²⁹

Los fórceps son instrumentos de prensión y tracción ,ejerciendo presión en la base del cráneo, las complicaciones neonatales de los fórceps son la parálisis facial, y el plexo braquial. ³³

La presentación pelviana relaciona el polo pélvico o caudal del feto con el estrecho superior de la pelvis materna, existen tres modalidades para esta presentación: pelvis completa, modalidad franca de nalgas y pelvis incompleta.³⁴

Obstetra personal del campo de la medicina que realiza atención a las mujeres durante el estado del embarazo y el parto, diagnóstico y tratamientos de distintas enfermedades de los Órganos reproductivos de la mujer.

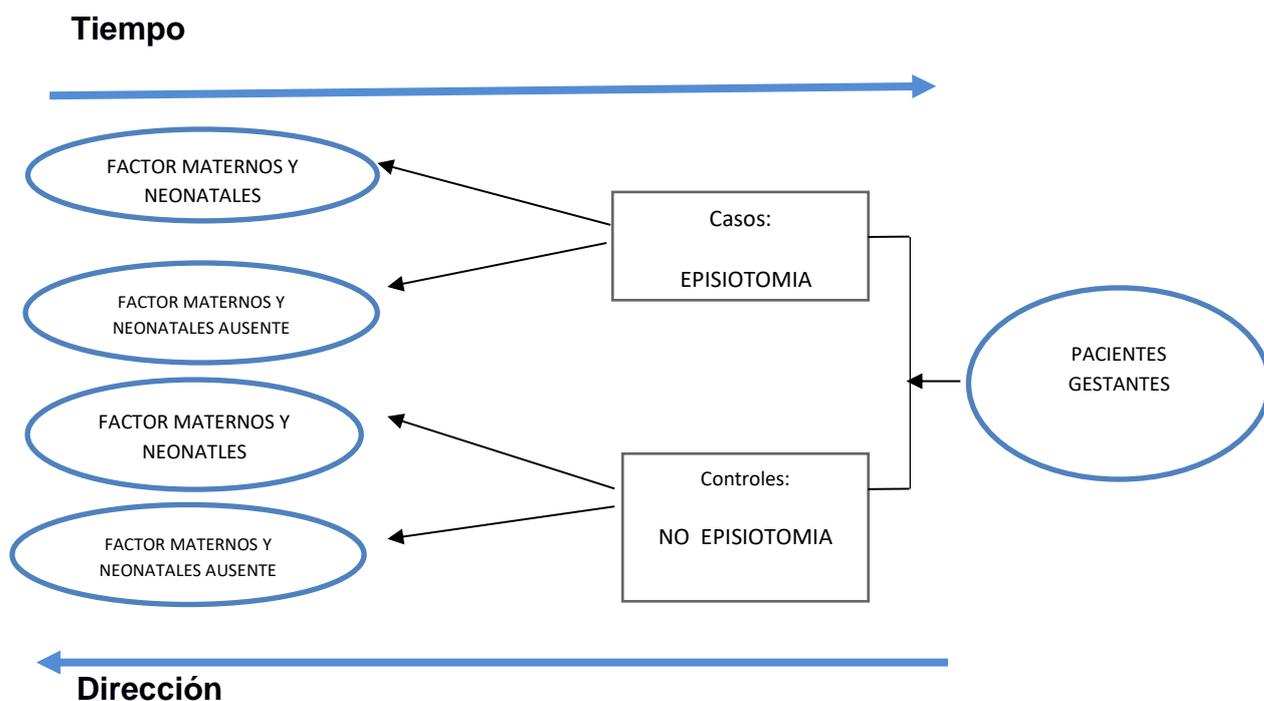
Médico general, profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar dar tratamiento médico a distintas enfermedades que pueden presentar los pacientes que sufren a lo largo en su vida, desde niño hasta la vejez.

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación: Es una investigación de tipo cuantitativa.

Diseño de investigación: Es un Estudio analítico observacional, retrospectivo de casos y controles.



3.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

3.2.1 VARIABLES:

3.2.1.1 Variable Dependiente: Episiotomía

3.2.1.2: Variable Independiente: Periodo intergenésico, paridad, posición del parto, edad , uso de oxitocina, edad gestacional del R.N, perímetro cefálico , macrosomía, uso de fórceps, variedad de presentación, circular de cordón , expulsivo prolongado

3.2.1.3: Variables Intervinientes: Preclamsia y Diabetes.

3.2.2 Operacionalización de variables: Ver Anexo N°01

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1 Población: Estuvo conformada por todas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital II-1 durante el periodo 2019 a 2022.

- **Criterios de Inclusión de casos:** Partos eutócicos con realización de episiotomía, con datos correctamente registrados en la historia clínica (Periodo intergenésico, paridad, posición del parto, edad, uso de oxitocina, edad gestacional del R.N, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, variedad de presentación, circular de cordón, expulsivo prolongado)
- **Criterios de Inclusión de controles:** Partos eutócicos, con datos correctamente registrados en la historia clínica (Periodo intergenésico, paridad, posición del parto, edad, uso de oxitocina, edad gestacional del R.N, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, variedad de presentación, circular de cordón, expulsivo prolongado)
- **Criterios de Exclusión:** Gestantes con óbito fetal y embarazo gemelar, con historias clínicas incompletas que no tengan los datos de: Periodo intergenésico, paridad, posición del parto, edad, uso de oxitocina, edad gestacional del R.N, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, variedad de presentación, circular de cordón, expulsivo prolongado.

3.3.2 MUESTRA:

Se calculó usando el EPIDAT versión 3.1, el cálculo de muestra para el estudio de casos y controles, en el cual la proporción de casos expuestos es de 61.5% y en la proporción de controles expuesto es de 30.2% tanto, con un nivel de confianza del 95% y una potencia mínima de 80%, obteniendo un tamaño de muestra de 46 casos y 46 controles.

3.3.3 MUESTREO:

Fue probabilístico aleatorio simple, ya que mi periodo de estudio será desde el 2019 al 2022 en el cual la población fue de 536 y la muestra de 92 entre casos y controles, del cual se escogió de forma aleatoria las historias clínicas en ese periodo.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica de recolección de datos fue el análisis documental, mediante la revisión de las historias del archivo del Hospital II-1 por medio de una ficha.

El cual consta de dos partes: la primera en la que se registrará el número de la historia clínica, la hora y fecha del llenado, en la segunda parte se evaluará si tuvo indicación para episiotomía y los datos relacionados a los factores de riesgo maternos , neonatales y las variables intervinientes. (Anexo 2).La ficha

fue estructurada únicamente para extraer datos concretos de las historias clínicas y fue validada con juicio de expertos.

3.5. PROCEDIMIENTOS

Se comunicó a la Dirección de la Escuela de la Facultad de Medicina, acerca de la realización del proyecto donde se aprobó el Proyecto de Investigación planteado. Luego se realizó la coordinación respectiva con las entidades del Hospital II-1 y los servicios del Sistema Informativo Materno Neonatal, para poder acceder a la base de datos del mencionado hospital.

Posteriormente con el permiso autorizado del Hospital Provincial “Rosa Sánchez de Santillán” con N° de oficio 008-2023, se revisó las historias clínicas, unidad de análisis, luego se realizó el vaciado de información en la ficha de recolección de datos, estructura para cumplir los objetivos propuestos en la presente investigación.

3.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos fueron procesados utilizando tablas de frecuencia, en una base de datos. El método para determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y neonatales asociados a la indicación de episiotomía, se utilizó la prueba de validez estadística del Chi cuadrado y el odds ratio, así como de los intervalos de confianza correspondiente al 95%. Para analizar la información se realizaron tablas de distribución de frecuencia de doble entrada, y se llegó a comparar los resultados obtenidos con estudios ya realizados anteriormente y que se hayan publicado hasta la actualidad.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS:

Esta investigación se realizó de acuerdo con los estándares éticos los cuales ayudan a promover el respeto para todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales; el único propósito fue encontrar respuestas definitivas sobre nuestro proyecto que no representaron riesgos o daños , ya que el estudio se realizó de acuerdo con los principios de investigación con seres humanos de la declaración de Helsinki II y se solicitó el permiso del comité de investigación y ética de la Universidad Cesar Vallejo y del Hospital II-1 , además del departamento de Sistema Informativo Materno Neonatal, para el acceso a la base de datos de las historias clínicas, unidades analíticas, que

cumplieron con los criterios de selección propuestos en el proyecto de investigación.

IV. RESULTADOS

Identificar si los factores maternos como periodo intergenésico, paridad, posición de parto, edad y el uso de oxitocina están asociados a la indicación de episiotomía en el Hospital II-1.

Tabla 1. Factores maternos asociados a la indicación episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1

Factores maternos		Indicación de episiotomía		p	OR IC 95%)
		Si = 54 n (%)	No = 54 n (%)		
Edad μ (P ₁ P ₃)		22 (18 28)	27 (23 31)	< 0,001	1.076 (1.015 -1.140) 1
Periodo Intergenésico	Largo	15(27,8)	18(33)	0.531	1.300 (0,572-2,956)
	Corto/sin periodo	39(72,2)	36(67)		1
Paridad	Nulípara	30(55,6)	10(20)	< 0,001	5,50 (2,30-13,15)
	Múltipara	24(44,4)	44(80)		1
Posición de parto	Ginecológico	53(98,1)	50(92)	0,182*	4,24 (0,46-39,24)
	Vertical	1(1,9)	4(8)		1
Uso de oxitocina	Si	39(72,2)	20(37)	< 0,001	4,42 (1,96-9,96)
	No	15(27,7)	34(63)		1

Fuente: Elaboración propia de los autores.

La edad mediana es menor en las gestantes con indicación de episiotomía en comparación a las que no tienen episiotomía, esta diferencia es significativa ($p < 0,05$) por lo tanto la edad se asocia a indicación de episiotomía.

La paridad y el uso de oxitocina se asocian a Indicación de episiotomía ($p < 0,05$) e intervalos de confianza del 95% del OR límite inferior y superior mayores que 1.

Sin embargo el periodo intergenésico y la posición de parto no se asocian a Indicación de episiotomía ($p > 0,05$) e intervalos de confianza del 95% del OR contiene a 1.

Identificar si los factores neonatales como la edad gestacional, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, tipo de presentación, circular de cordón y expulsivo prolongado, están asociados a la indicación de episiotomía en el Hospital II-1.

Tabla 2. Factores neonatales asociados a la indicación episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1

Factores neonatales		Indicación de episiotomía		p	OR IC 95%)
		Si = 54	No = 54		
		n(%)	n(%)		
Edad gestacional del recién nacido	Pretérmino	6(11,11)	7(12,96)	0,815	1
	Término	46(85,19)	46(85,19)		1,17 (0,36-3,74)
	Postérmino	2(3,7)	1(1,85)		2,33 (0,17-32,58)
Perímetro cefálico	Aumentado	4(7,41)	6(11,11)	0,507	0,64 (0,17-2,41)
	Normal	50(92,59)	48(88,89)		1
Macrosomía	Si	2(3,7)	6(11,11)	0,135*	0,31 (0,06-1,30)
	No	52(96,3)	48(88,89)		1
Uso de Fórceps	Si	0(0)	0(0)		
	No	54(100)	54(100)		
Tipo de presentación	Cefálico	52(96,3)	52(96,3)	0,691*	1,00 (0,14-7,37)
	Podálico	2(3,7)	2(3,7)		1
Circular de cordón	Si	5(9,26)	6(11,11)	0,750	0,82 (0,23-2,85)
	No	49(90,74)	48(88,89)		1
Expulsivo prolongado	Si	11(20,37)	3(5,56)	0,022	4,35(1,14-16,60)
	No	43(79,63)	51(94,44)		1

Fuente: Elaboración propia de los autores.

El factor neonatal expulsivo prologado está asociado a indicación de episiotomía ($p < 0,05$). su intervalo de confianza del 95% del OR límite inferior y superior mayores que 1. sin embargo, los demás factores neonatales no se asocian a indicación de episiotomía ($p > 0,05$) e intervalo de confianza del 95% del OR contiene a 1.

Identificar si el diagnóstico clínico materno como preclamsia leve y diabetes está asociados a la indicación de episiotomía en el Hospital II-1.

Identificar si el personal de salud que atendió el parto como obstetra y ginecólogo están asociados a la indicación de episiotomía en el Hospital II-1.

Tabla 3. Factores clínicos maternos y el personal de salud que atendió el parto, asociados a la indicación episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1

Factores clínicos maternos		Indicación de episiotomía		p	OR IC 95%)
		Si = 54 n (%)	No = 54 n (%)		
Preclamsia Leve	Si	1(1,85)	1(1,85)	1,000	1,00 (0,06-16,41)
	No	53(98,15)	53(98,15)		
Diabetes Gestacional	Si	0(0)	0(0)		
	No	54(100)	54(100)		
Personal de salud	Obstetra	45(83,33)	48(88,89)	0,404	0,63 (0,21-1,90)
	Ginecólogo	9(16,67)	6(11,11)		

Fuente: elaboración propia de los autores.

La preclamsia leve y el personal de salud no se asocia a indicación de episiotomía ($p > 0,05$) e intervalo de confianza del 95% del OR contiene a 1.

Tabla 4. Análisis multivariado de los factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-1

Factores	Indicadores	gl	p	OR	(I.C. 95%)
	Edad	1	0,14	1,076	(1,015 -1,140)
Periodo Intergenésico	Largo		REF		
	Corto/sin periodo	1	0,154	0,3	(0,06-1,57)
Paridad	Nulípara		REF		
	Múltipara	1	0,034	0,06	(0,01-0,81)
Posición de parto	Ginecológico		REF		
	Vertical	1	0,885	0,74	(0,01-44,45)
Uso de oxitocina	Si		REF		
	No	1	0,877	1,14	(0,22-5,93)

Edad gestacional del recién nacido	Pretérmino	REF			
	Término	1	0,529	2,33	(0,16-32,584)
	Postérmino	1	0,577	2,00	(0,17-22,832)
Perímetro cefálico	Aumentado	REF			
	Normal	1	0,309	5,02	(0,22-112,44)
Macrosomía	Si	REF			
	No	1	0,056	28,18	(0,92-860,03)
Tipo de presentación	Cefálico	REF			
	Podálico	1	0,420	7,02	(0,06-799)
Circular de cordón	Si	REF			
	No	1	0,482	2,73	(0,17-44,73)
Expulsivo prolongado	Si	REF			
	No	1	0,255	0,19	(0,01-3,28)
Personal de salud	Obstetra	REF			
	Médico	1	0,337	0,38	(0,05-2,76)

Fuente: elaboración propia de los autores.

De los factores analizados en la tabla 4, la paridad y edad presentaron asociación a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 ($p < 0.05$), así mismo se determinó el valor OR = 0.06, lo cual indica que la probabilidad de que la gestante múltipara tiene 0.06 más probabilidad de presentar episiotomía que una nulípara, esta probabilidad puede variar entre 0.01 a 0.81.

V. DISCUSIÓN

En concordancia con los hallazgos del presente estudio, la edad se reveló como un factor significativamente asociado a la indicación de episiotomía, así pues la mediana de edad en las gestantes con episiotomía difiere significativamente de aquellas sin episiotomía ($p < 0,05$), indicando una relación directa entre la edad materna y la probabilidad de requerir esta intervención. Similarmente, la paridad y el uso de oxitocina mostraron asociaciones significativas, sugiriendo que estas variables influyen en la decisión clínica de realizar episiotomía. Sin embargo el odds ratio (OR) de 0.06 sugiere que las gestantes multíparas tienen una probabilidad 0.06 veces mayor de experimentar episiotomía en comparación con las nulíparas, este resultado guarda similitud con el estudio de Pelissari et al, el cual examinó la incidencia de episiotomía los factores maternos y neonatales, obteniendo a la edad y la primiparidad ($p < 0.05$) como factor de riesgo, lo que destaca la variabilidad en las prácticas gineco-obstétricas entre distintos centros de atención médica.⁹

Por otro lado, el estudio de Woretaw et al., proporciona información valiosa sobre la práctica de la episiotomía en establecimientos de salud pública y se observa una asociación significativa con factores como desgarro perineal, edad materna y espaciamiento entre nacimientos. La elección de este antecedente se basa en la relevancia de su diseño de base institucional y el empleo de razones de posibilidad con intervalos de confianza del 95%, fortaleciendo la validez de sus hallazgos. Sin embargo estos resultados resaltan la complejidad de los factores asociados a la indicación de episiotomía y las variaciones entre estudios indican la necesidad de considerar las particularidades de cada población y contexto institucional al interpretar los resultados.¹¹

Contrariamente, el estudio no encontró asociación entre un periodo intergenésico y la indicación de episiotomía, lo que sugiere que esta variable no afecta significativamente la probabilidad de esta intervención. Asimismo, la ausencia de asociación con la posición del parto podría indicar una mayor

flexibilidad en las prácticas obstétricas del Hospital II-1, donde la elección de posición no se traduce directamente en la probabilidad de indicar episiotomía. Contrastando con el Estudio de Fikadu et al., proporciona una perspectiva adicional sobre los factores asociados a la episiotomía. Este contraste resalta la variabilidad en las poblaciones estudiadas y destaca la necesidad de considerar los contextos sociodemográficos y de atención médica específicos¹².

En comparación con el estudio de Baczek et al. Aporta otra perspectiva sobre los factores de riesgo para episiotomía. Aunque difiere en el diseño y las variables analizadas, destaca la importancia de considerar factores como el parto prolongado y la multiparidad. La elección de este estudio como antecedente se basa en la relevancia de sus resultados dentro del contexto de incisiones perineales¹⁰.

Entre los factores neonatales, los resultados revelaron que el factor neonatal "expulsivo prolongado" está significativamente asociado a la indicación de episiotomía ($p < 0,05$), mientras que los demás factores neonatales no mostraron asociación significativa

Este factor tiene un intervalo de confianza del 95% del odds ratio (OR) el cual sugiere que este factor aumenta la probabilidad de episiotomía, lo cual destaca la relevancia de considerar no solo los factores maternos, sino también los aspectos relacionados con el neonato al tomar decisiones clínicas sobre la episiotomía

En contraste con el Estudio de Campos et al., abordó los factores de riesgo para la episiotomía en una maternidad universitaria, encontrando que los partos con episiotomía tenían más probabilidades de haber requerido fórceps y de haber ocurrido en primíparas. Estos resultados sugieren que, en otros entornos, el uso de fórceps y otros factores pueden influir en la decisión de realizar episiotomía¹⁵. La elección de este estudio como antecedente se basa en la necesidad de comprender las variaciones entre

diferentes contextos y la importancia de considerar múltiples factores de riesgo.

Los resultados indicaron que la preclamsia leve no se asocia a la indicación de episiotomía ($p > 0,05$). Esta observación sugiere que, en el Hospital II-1, la presencia de preclamsia leve no influye en la decisión de realizar episiotomías. Sin embargo, este resultado puede estar sujeto a diversas variables y prácticas clínicas específicas de la institución, además los resultados indicaron que tampoco hay una asociación significativa entre el personal de salud y la indicación de episiotomía, este resultado podría reflejar prácticas uniformes o protocolos establecidos en el Hospital II-1 que minimizan la variabilidad entre los profesionales de la salud en cuanto a la decisión de realizar episiotomías.

A pesar de la amplia atención que ha recibido la episiotomía en el ámbito obstétrico, es crucial reconocer las limitaciones inherentes a los estudios que abordan este tema. En primer lugar, muchos de los ensayos clínicos y observacionales presentan variaciones metodológicas significativas, lo que dificulta la comparación directa de los resultados.

Otras limitaciones encontradas fueron, el obtener la autorización para la ejecución de la investigación, el tiempo que se otorgó para la recolección de los datos ya que este era compartido con labores asistenciales de nuestro internado en los hospitales, la debilidad fue que al ser un estudio retrospectivo limita la información sobre la exposición y puede ser susceptible de sesgo, además puede ser difícil de identificar un adecuado grupo control, la técnica de recolección de datos fue de forma indirecta, por medio de las historias clínicas de las gestantes, si bien fue probabilístico aleatorio simple, se eligió aquellas que cumplieron con nuestros criterios de inclusión y exclusión, sin embargo algunas de ellas estuvieron incompletas y retrasaba el tiempo de la recolección.

VI. CONCLUSIONES

En el análisis de los factores relacionados con la indicación de episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1, la paridad emergió como un elemento significativamente asociado. Los resultados de este estudio revelaron una asociación estadísticamente significativa entre la paridad y la indicación de episiotomía, con un valor de $p < 0.05$. La odds ratio (OR) de 0.06 señala que las gestantes multíparas tienen una probabilidad 0.06 veces mayor de experimentar episiotomía en comparación con las nulíparas.

En cuanto a los factores maternos, se prestó especial atención a variables como periodo intergenésico, paridad, posición de parto, edad y el uso de oxitocina. Los resultados destacaron asociaciones significativas entre la indicación de episiotomía y la edad, paridad y el uso de oxitocina. En contraste, el periodo intergenésico largo y la posición del parto no mostraron asociación significativa.

Los factores neonatales también se exploraron, incluyendo la edad gestacional, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, tipo de presentación, circular de cordón y expulsivo prolongado. Los resultados revelaron que el factor neonatal "expulsivo prolongado" está significativamente asociado a la indicación de episiotomía ($p < 0,05$), mientras que los demás factores neonatales no mostraron asociación significativa.

En el ámbito del diagnóstico clínico materno, específicamente preclamsia y diabetes, se identificó una asociación con la indicación de episiotomía en el Hospital II-1. Sin embargo, los resultados indicaron que la preclamsia leve no se asocia significativamente a la indicación de episiotomía ($p > 0,05$). Estos hallazgos proporcionan una comprensión detallada de los factores que influyen en la decisión de realizar una episiotomía en este entorno hospitalario.

VII. RECOMENDACIONES

Dada la significativa asociación entre la paridad y la indicación de episiotomía, se sugiere la implementación de protocolos específicos para la evaluación y manejo de mujeres multíparas, considerando cuidadosamente la necesidad real de esta intervención.

Asimismo, en el ámbito de los factores maternos, se recomienda la atención focalizada en mujeres de edad avanzada, multiparidad y aquellas que requieran el uso de oxitocina durante el trabajo de parto. La identificación temprana de estos factores podría permitir una toma de decisiones más informada y personalizada en cuanto a la indicación de episiotomía.

En relación con los factores neonatales, específicamente el expulsivo prolongado, se aconseja una monitorización más intensiva de los casos que presenten esta condición, con el objetivo de anticipar y gestionar de manera adecuada la necesidad de realizar una episiotomía. Sin embargo, se destaca la importancia de evaluar individualmente cada factor neonatal antes de decidir la realización de esta intervención.

Finalmente, considerando el diagnóstico clínico materno, se sugiere una revisión constante de los protocolos en relación con la preeclampsia y la diabetes, garantizando una evaluación exhaustiva de la necesidad de episiotomía en casos específicos. La atención personalizada a las mujeres con preeclampsia leve, sin asociación significativa a la episiotomía, podría contribuir a una toma de decisiones más precisa y ajustada a las necesidades clínicas individuales.

REFERENCIAS

1. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: history, present and future – a review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020:1-6.
2. Clesse C. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care Women Int.* 2019; 39(6): 644–662.
3. Cesar JA, Marmitt LP, Mendoza-Sassi RA. Episiotomy in Southern Brazil: prevalence, trend, and associated factors. *Rev Saude Publica.* 2022 Apr 22;56:26.
4. Lighezzolo J. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women Health* 2019; 59(7): 760-774.
5. Clesse C. Episiotomy practices in France: epidemiology and risk factors in non-operative vaginal deliveries. *Sci Rep* 2020; 10: 20208.
6. Tamene B, Debela FA, Dinkashe F. Prevalence and Determinants of Episiotomy in Saint Paul's Hospital: Cross sectional Survey. *Crit Care Obst Gyne* 2020; 6: 5:18
7. Avila M. Prevalencia De Episiotomía Y Desgarros Perineales En El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – Junio 2015. *Usmp. Tesis.* 2018.
8. Woretaw E. Episiotomy practice and associated factors among mothers who gave birth at public health facilities in Metema district, northwest Ethiopia. *Reprod Health* 2021; 18:142.
9. Pelissari L, Zilly A, Ferreira H, Spohr FA, Casacio GDM, Silva RMM. Practice of episiotomy: maternal and neonatal related factors. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2022;24:66517.
10. Baczek G. Episiotomy for Medical Indications during Vaginal Birth— Retrospective Analysis of Risk Factors Determining the Performance of This Procedure. *J. Clin. Med.* 2022; 11: 4334.
11. Woldegeorgis B. Episiotomy Practice and Its Associated Factors in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Med.* 2022; 9:905174.
12. Fikadu K, Boti N, Tadesse B, Mesele D, Aschenaki E, Toka E, Arega F, Girma T, Paulos A. 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.
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;13:2281-2289.
 14. Jahan U. Maternal factors and short-term outcome associated with episiotomy during vaginal delivery at the Women and Newborn Hospital, Lusaka, Zambia. *Medical Journal of Zambia*, 2022; 49 (2): 163 – 169.
 15. Campos G. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras* 2017; 60(5):465-472.
 16. MD. Christian Moncayo Rivera. 1 & MD. Viviana Vázquez Becerra. Frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital “Luis F. Martínez”. Setiembre 2018 DOI: <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v2i3.151>
 17. Vasquez B. 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. Tesis. 2022.
 18. Serati M, Salvatore S, Rizk D. Episiotomy in modern clinical practice: friend or foe? *Int Urogynecol J*. 2019;30(5):669–71.
 19. Goueslard K, Cottenet J, Roussot A, Clesse C, Sagot P, Quantin C. How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019;18(1):208.
 20. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: history, present and future - a review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020:1–6.
 21. Gu S. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal births in Shanghai hospitals, China: a comparison of policies. *BMC Pregnancy Childbirth* **22**, 475 (2022).
 22. Quoc N. Pelvic floor and sexual dysfunction after vaginal birth with episiotomy in vietnamese women. *Sex Med* 2019;7:514–21.
 23. Sangkomkamhang U, Kongwattanakul K, Kietpeerakool C, et al. Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG* 2020;127:397–403.

24. Ursache A. Epidemiology of Adverse Outcomes in Teenage Pregnancy—A Northeastern Romanian Tertiary Referral Center. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023; 20: 1226.
25. Lucas I. Equity and Parity in Primary Education: A Study on Performance in Language and Mathematics Using Hierarchical Linear Models. *Sustainability* 2022; 14: 12404.
26. Phaloprakarn. Journal clasificaciones de los recién nacidos , setiembre 2017 : Vol. 41, No. 5 : 680–688. Disponible en : http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Clasificaciones_Recien_nacido.html
27. Gu S. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal births in Shanghai hospitals, China: a comparison of policies. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022; 22:475.
28. Zerihun Figa Deyaso , Tesfaye Temesgen Chekole , Rediet Gido Bedada , Wondwosen Molla , Etaferahu Bekele Uddo , Tizalegn Tesfaye Mamo, Prevalencia de la practica de episiotomia y factores asociados con ella en Etiopía, revision sistematica y metanálisis. (Londres) 2022 enero-diciembre; doi: 10.1177/17455057221091659.
29. Torres Herrera, Yamile Factores que Influyen en la realización de episiotomía selectiva En pacientes nulíparas atendidas En El Centro De Salud Maritza Campos Diaz Zamácola Enero- Junio Arequipa 2017, disponible en : <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3362146> .
30. Carvallo D , Martínez E. Revisión narrativa: uso de oxitocina en la inducción del parto, , Universidad Central de Venezuela, 16 de octubre 2020. Disponible en : <http://actacientificaestudiantil.com.ve/wp-content/uploads/2020/10/V13N3A2.pdf>
31. Calvo R. E.S.E Clínica de maternidad, Protocolo expulsivo prolongado, disponible en : <https://docplayer.es/11682363-Expulsivo-prolongado.html>
32. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Grupo Español de Diabetes y Embarazo, Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica clínica actualizada 2021, disponible en : file:///C:/Users/MAYRA/Downloads/05%20Diabetes%20mellitus%20y%20embarazo__gpca__2021.pdf

33. E. Raimond, R. Gabriel, EMC - Ginecología-Obstetricia Volume 57, Issue 1, January 2021, Pages 1-15, disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X20447009>
34. Carlos Fernando Grillo-Ardila , MD, MSc; Alejandro Antonio Bautista-Charry , MD, MS; Mariana Diosa-Restrepo , MD , Breech presentation delivery care: A review of childbirth semiology, mechanism and care, 27 de diciembre de 2019, disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v70n4/2463-0225-rcog-70-04-00253.pdf>
35. Huaman, Candy, Factores Condicionantes Para La Práctica De La Episiotomía En Partos Eutócicos Atendidos En El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay, Perú; Junio 2017-Junio 2018. Disponible en : <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/8703>
36. Jimmy Espinoza, MD, MSc; Alex Vidaeff, MD, MPH; Christian M. Pettker, MD; y Hyagriv Simhan, MD, Boletines del Comité de Práctica-Obstetricia Hipertensión gestacional y preeclampsia, Volumen135, núm. 6, JUNIO 2020: Disponible en: <https://fecolsog.org/articulos-noticias/acog-practice-bulletin-de-mayo-de-2020/>

ANEXOS

ANEXO N°1 . OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE		DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEPENDIENTE:	Episiotomía	Si No	Indicación del personal de salud	Cualitativo Nominal
	Periodo intergenésico	Corto/ Sin periodo (<2 años) Largo (>2 años)	Fecha de ultimo parto	Cualitativo Nominal
	Paridad	Nulípara Multípara	Antecedentes Gineco-obstétricos	Cualitativo Nominal
	Posición del parto	Ginecológica	Partograma	Cualitativo nominal

INDEPENDIENTE – INDICACIONES DE EPISIOTOMIA POR FACTORES MATERNOS:		Vertical		
	Edad	Todas las edades	Fecha de nacimiento	Cuantitativo Nominal
	Uso de oxitocina	SI No	Partograma	Cualitativo Nominal
INDEPENDIENTES	Edad gestacional del R. N	Pretérmino termino Postérmino	Semanas de gestación	Cuantitativa Nominal
	Perímetro Cefálico	Aumentado (> 36cm) Normal (32-36 cm)	Medición de la circunferencia cefálica	Cuantitativo Nominal

- INDICACIONES DE EPISIOTOMIA POR FACTORES NEONATALES:	Macrosomía	Si No	Peso fetal >4000gramos	Cuantitativa Nominal
	Uso de fórceps	Si No	Indicación médica	Cualitativa Nominal
	tipo de presentación	Podálico Cefálico	Ecografía del tercer trimestre	Cualitativa Nominal
	Circular de cordón	Si No	partograma	Cualitativa Nominal
	expulsivo prolongado	< 30 minutos	partograma	Cualitativo Nominal
		>30 minutos		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO MATERNO		Presión arterial Proteinuria	Cualitativo Nominal	

<p>VARIABLES INTERVINIENTES</p>	<p>Pre eclampsia Leve</p>	<p>Si : >140/90 , Proteinuria > 0.3 gr en 24 hrs.</p> <p>No: <140/90 , Proteinuria < 0.3 gr en 24 hrs.</p>		
	<p>Diabetes Gestacional</p>	<p>Si: Ayuno: \geq 126 mg/dl 2 hora: \geq 200 mg/dl HbA1c: \geq 6,5%</p> <p>No: Ayuno:< 126 mg/dl 2hora:<200 mg/dl HbA1c: < 6,5 mg/dl</p>	<p>Glucemia</p>	<p>Cualitativo Nominal</p>
	<p>PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO</p>	<p>Partograma</p>	<p>Ginecólogo Obstetra</p>	<p>Cualitativo Nominal</p>

ANEXO N°02 AUTORIZACIÓN



GERENCIA REGIONAL
DE SALUD

JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo

Trujillo, 21 de Noviembre del 2023

OFICIO N°008-2023 -GRLL-GGR-GRSS-RSA-DE/OT/ODDI

Sr.

MC. CARLOS ALBERTO ABANTO AYASTA
Director Ejecutivo
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD 413

Ciudad – Ascope

ASUNTO : AUTORIZACION PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE TESIS



Es grato dirigirme a usted para saludarle muy cordialmente, y a la vez informarle que los estudiantes FIESTA PULIDO MAYRA YESENIA y DE LA CRUZ TANTA ALDAIR ALONSO, estudiantes de la **Facultad de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo** según CARTA N° 272-2023-UI-EM-FSS-UCV; solicita autorización para aplicar los instrumentos necesarios para el desarrollo de su Proyecto de tesis denominado : "FACTORES RELACIONADOS A LA INDICACION DE EPISIOTOMIA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS en el Hospital nivel II-1" el cual se desarrollara en el Hospital Rosa Sánchez de Santillán en la Provincia de Ascope de la RED de Salud Ascope.

Siendo el objetivo principal de este trabajo de investigación, Factores Relacionados a la Indicación de Episiotomía En Las Gestantes Atendidas en el Hospital de la Provincia de Ascope ,2023.

Es por ello; que habiendo cumplido con todos los requisitos necesarios para la recolección de los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis el Hospital Rosa Sánchez de Santillán perteneciente a la Red de Salud Ascope

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y respeto.

Atentamente,

LIC. SILVIA SIPIRAN CAPRISTAN
Responsable ODDI UES 413
Red de Salud Ascope.

"JUSTICIA SOCIAL CON INVERSION"

Dirección: Miguel Grau SD/N –Ascope, teléfono: 431160



RSA - DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD ASCOPE

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Ascope, 01 de Diciembre de 2023
OFICIO N° 000226-2023-GRLL-GGR-GRS-RSA-D

Sr (a).
CHRISTINA KRISTEL GUTIERREZ VALDERRAMA
DIRECTORA DEL HOSPITAL PROVINCIAL "ROSA SÁNCHEZ DE SANTILLÁN"



Presente. –

Asunto : AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE TESIS

Referencia : OFICIO N°008-2023-GRLL-GGR-GRSS-RSA-DE/OT/ODDI

De mi especial consideración, es grato dirigirme a su Despacho, a fin de saludarle cordialmente y, a la vez, en mérito al documento de la referencia, informarle que los estudiantes **FIESTA PULIDO MAYRA YESENIA** y **DE LA CRUZ TANTA ALDAIR ALONSO**, estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo, según CARTA N° 272-2023-UI-EM-FSS-UCV; solicitan autorización para aplicar los instrumentos necesarios para el desarrollo de su Proyecto de tesis denominado : **"FACTORES RELACIONADOS A LA INDICACION DE EPISIOTOMIA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS en el Hospital nivel II-1"** el cual se desarrollará en el Hospital Rosa Sánchez de Santillán en la Provincia de Ascope de la Red de Salud Ascope.

Siendo el objetivo principal de este trabajo de investigación, Factores Relacionados a la Indicación de Episiotomía En Las Gestantes Atendidas en el Hospital Provincial de Ascope - 2023.

En tal sentido, y al haber cumplido con todos los requisitos necesarios para la recolección de los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis, autorizo el desarrollo de la investigación en el Hospital "Rosa Sánchez de Santillán", perteneciente a la Red de Salud Ascope, motivo por el cual deberá brindar el acceso y las facilidades correspondientes.

Sin otro particular, me despido manifestándole mis muestras de aprecio y consideración



Atentamente,

C. C. **Alberto Abanto Ayala**
DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA 413 SALUD ASCOPE

ANEXO N°03

INSTRUMENTO VALIDADO POR EXPERTOS



ANEXO N°02

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores relacionados a la Indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-1

I. DATOS GENERALES:

1.2. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2023. Hora del llenado: ____: ____ horas

--	--	--	--

1.3. N° de Historia Clínica:

II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO

2.1. EPISIOTOMIA:

Se indico episiotomía en el momento del parto

a. SI b. NO

2.2 Factores Maternos:

Edad:

Periodo intergenésico:

a. Corto /Sin periodo b. Largo

Número de partos:

a. Nulípara b. Multípara

Posición del parto:

a. Ginecológica b. Vertical

Uso de oxitocina:

a. Si b. No

2.3 Factores Neonatales:

Edad gestacional del Recién Nacido:

a. Pretérmino b. Término c. Postérmino

Perímetro cefálico:

a. >36 cm b. 32 a 36 cm

Macrosomía:

a. Si b. No

Uso de fórceps:

a. Si b. No

Tipo de presentación:

a. Podálico b. Cefálico

Circular de cordón

a. Si b. No

Expulsivo prolongado

a. si b. No

2.4 Variables intervinientes:

Diagnóstico clínico Materno

Preeclampsia leve

a. Si b. No

Diabetes Gestacional

a. Si b. No

Profesional que atendió el parto:

A. Ginecólogo b. Obstetra

Observaciones:

[Handwritten signature]
DR. FRANCISCA
GINECOLOGA Y OBSTETRA
C.O.P. 1222

[Handwritten signature]
DR. FRANCISCA
GINECOLOGA Y OBSTETRA
C.O.P. 1222

[Handwritten signature]
DR. TAREK L. ANDRÉS REYES
OBSTETRA
C.O.P. 12057



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, DIAZ VELEZ CRISTIAN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-I", cuyos autores son FIESTAS PULIDO MAYRA YESENIA, DE LA CRUZ TANTA ALDAIR ALONSO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 18 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
DIAZ VELEZ CRISTIAN DNI: 40420852 ORCID: 0000000345932509	Firmado electrónicamente por: DDIAZVE3 el 18-12- 2023 23:40:54

Código documento Trilce: TRI - 0700389