



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores que predisponen a la práctica de episiotomía en gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo, 2023

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Gonzalez Espinoza Jhazly Pizzeli (orcid.org/0000-0001-8169-3694)

ASESOR:

Dr. Montes Iturrizaga, Ivan (orcid.org/0000-0003-0381-8732)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO - PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis primeramente a Dios por darme la fortaleza y sabiduría para lograr concluir mi carrera, a mis orgullosos padres Pedro Gonzalez y Patricia Espinoza porque con su amor y apoyo impulsaron mi camino y que con mucho sacrificio me brindaron las facilidades para crecer profesionalmente.

Por último, un agradecimiento especial a mis abuelos Milda Pantoja y Aquiles Gonzalez que desde el cielo son mi guía e inspiración para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradecida con mi hermanita Thiaghi Gonzalez quien fue parte del proceso y hoy celebra conmigo mis logros como yo las de ella.

A mi familia en general y amigos que en algún momento me brindaron palabras de aliento para no desistir en el camino, a mis docentes por brindarme las herramientas, desarrollar mis habilidades y motivarme a ser una excelente profesional, a mi asesor que gracias a su guía y sus aportes fue posible concluir este proyecto.

Así también agradezco profundamente a mi casa de estudios por acompañarme en este largo camino.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes de Investigación.....	6
2.2 Marco conceptual	9
III. METODOLOGÍA	13
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	13
3.2 Variables y operacionalización	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5 Procedimientos.....	17
3.6 Análisis de datos.....	17
3.7 Aspectos éticos.....	18
IV. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES.....	38
VIII. REFERENCIAS	39
ANEXO	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las gestantes a término y realización de episiotomía.	19
Tabla 2. Distribución de las gestantes a término según personal que atendió el parto.	20
Tabla 3. Distribución de las gestantes a término según la edad	21
Tabla 4. Distribución de las gestantes a término según paridad	22
Tabla 5. Distribución de las gestantes a término según el ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach	23
Tabla 6. Distribución de las gestantes a término según la posición del parto.	24
Tabla 7. Distribución de las gestantes a término según el grado de desgarro perineal.....	25
Tabla 8. Distribución de las gestantes a término y personal que atendió el parto.	26
Tabla 9. Distribución de las gestantes a término según la realización de episiotomía actual y la edad.	27
Tabla 10. Distribución de las gestantes a término por episiotomía actual y paridad.	28
Tabla 11. Distribución de las gestantes a término según la episiotomía actual y ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach.	29
Tabla 12. Distribución de las gestantes a término según episiotomía actual y posición de parto.	30
Tabla 13. Distribución de las gestantes a término según episiotomía actual y desgarro perineal.	31
Tabla 14. Distribución de las gestantes a término según episiotomía actual, personal que lo atendió, edad, paridad, ponderado fetal, posición de parto y desgarro perineal.	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de las gestantes a término y realización de episiotomía.	19
Figura 2. Porcentaje de las gestantes a término según personal que atendió el parto.	20
Figura 3. Porcentaje de las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023 según edad	21
Figura 4. Porcentaje de las gestantes a término según paridad.....	22
Figura 5. Porcentaje de las gestantes a término según el ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach	23
Figura 6. Porcentaje de las gestantes a término según la posición del parto.	24
Figura 7. Porcentaje de las gestantes a término según el grado de desgarro perineal.....	25
Figura 8. Porcentaje de las gestantes a término y personal que atendió el parto.	26
Figura 9. Porcentaje de las gestantes a término según la realización de episiotomía actual y la edad.	27
Figura 10. Porcentaje de las gestantes a término por episiotomía actual y paridad	28
Figura 11. Porcentaje de las gestantes a término según la episiotomía actual y ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach.	29
Figura 12. Porcentaje de las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023 según Episiotomía actual y Posición de parto.....	30
Figura 13. Porcentaje de las gestantes a término según episiotomía actual y desgarro perineal.	31

RESUMEN

En el presente estudio se tuvo como objetivo identificar los factores que predisponen a la práctica de episiotomía en el periodo expulsivo en gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo. La metodología de estudio fue de tipo analítico, cuantativo, no experimental, retrospectivo, de casos y controles, siendo los datos extraídos de las historias clínicas de las puérperas que cumplieron con los criterios de elegibilidad y puesto en la “ficha de recolección de datos”. Los resultados obtenidos a través de la prueba chi cuadrado fueron según la episiotomía y la edad, el 32.06% fue joven y no tuvo episiotomía, el 29.01% fue adulto y no tuvo episiotomía, el 18.32% fue joven y si tuvo episiotomía. Según la paridad, el 67.18% fue multípara mientras que el 32.82% fue primípara. En cuanto a la episiotomía y desgarro perineal, el 32.82% no tuvo desgarro y no tuvo episiotomía, el 30.53% no tuvo desgarro y si tuvo episiotomía, el 24.43% tiene grado I y no tiene episiotomía, contrastado con el 4.58% que tuvo este mismo grado y si tuvo episiotomía. Por último, se llega a la conclusión de que hay una asociación entre la realización de episiotomía y la edad materna, el desgarro perineal y la paridad. Adicionalmente, se evidencia que en el contexto de este estudio no se observa una asociación significativa entre el personal que brindó la atención, el peso fetal al nacer y la posición durante el parto.

Palabras clave: Episiotomía, trabajo de parto, desgarro perineal.

ABSTRACT

The objective of the present study was to identify the factors that predispose to the practice of episiotomy in the second stage of pregnancy in full-term pregnant women in a peripheral maternal health center in Trujillo. The study methodology was analytical, quantitative, non-experimental, retrospective, case-control, with the data extracted from the medical records of the postpartum women who met the eligibility criteria and placed in the "data collection form.". The results obtained through the chi square test were according to episiotomy and age, 32.06% were young and did not have an episiotomy, 29.01% were adults and did not have an episiotomy, 18.32% were young and did have an episiotomy. According to parity, 67.18% were multiparous while 32.82% were primiparous. Regarding episiotomy and perineal tear, 32.82% did not have a tear and did not have an episiotomy, 30.53% did not have a tear and if they had an episiotomy, 24.43% had grade I and did not have an episiotomy, contrasted with 4.58% who had this same degree and if you had an episiotomy. Finally, we conclude that there is an association between performing episiotomy and maternal age, perineal tear and parity. Additionally, it is evident that in the context of this study there is no significant association between the personnel who provided care, fetal weight at birth and position during birth.

Keywords: Episiotomy, labor, perineal tear.

I. INTRODUCCIÓN

En relación con los desgarros perineales se ha observado que su incidencia es relativamente común durante el parto vaginal, y su prevalencia puede variar dependiendo de la población estudiada y las prácticas obstétricas locales. En más del 85% de los casos de parto vaginal, se registra algún grado de desgarro perineal, mientras que los desgarros de tercer o cuarto grado ocurren en un rango de 0.6% a 11% de todos los partos vaginales. Afortunadamente, la incidencia de desgarros perineales tiende a disminuir en partos posteriores, pasando del 90.4% en mujeres que dan a luz por primera vez, al 68.8% en mujeres con múltiples partos vaginales (1).

Además, se ha notado que ciertos factores de riesgo, como el primer embarazo (primiparidad), bebés de gran tamaño (macrosomía fetal), una segunda etapa del parto prolongada, la posición de parto, el uso de instrumentación y la presencia de episiotomía previa, están relacionados con un mayor riesgo de experimentar desgarros perineales.

Por tanto, los desgarros perineales son laceraciones espontáneas que se producen a la salida del feto y corresponde a la segunda causa de hemorragia post parto seguido de la atonía uterina. Según su invasión se divide en cuatro grados; el de primero compromete únicamente la piel y mucosa vaginal, el de segundo grado involucra la fascia y el músculo perineal, los desgarros perineales de tercer grado se extienden hasta el esfínter anal externo y los desgarros perineales de grado cuatro atraviesan la mucosa rectal lesionando el esfínter anal externo e interno. Estos dos últimos grados denominados severos ya que suponen un gran número de complicaciones en el puerperio y su cronicidad afecta la calidad de vida de la madre (2).

En este contexto, se distinguen varios factores que predisponen al desgarro perineal, entre ellos encontramos a los extremos de la edad materna, se considera que a menor edad mayor riesgo de lesiones obstétricas por el

menor diámetro fisiológico del piso pélvico y a mayor edad por pérdida de la elasticidad vaginal, la paridad, más frecuente en primíparas, el ponderado fetal produce lesiones obstétricas por macrosomía fetal, la presentación y posición fetal, periodo expulsivo prolongado, periné inelástico, distocia de hombros y el parto instrumentado (3). Siendo la macrosomía fetal, el parto instrumentado y la posición en occipito posterior que pueden producir los desgarros severos (2).

Una de las estrategias para la prevención de desgarros perineales severos implica la realización de un procedimiento quirúrgico conocido como episiotomía, cuyos registros históricos señalan su primera aplicación en 1741. A nivel global, las tasas de realización de episiotomías notificadas varían considerablemente, desde un 9.70% en Suecia hasta un 100% en Taiwán. En Estados Unidos, las tasas se sitúan en un 62.50%, mientras que en Europa alcanzan el 30%, con estimaciones aún más elevadas en Latinoamérica (4).

Históricamente, desde los años 1920 se consideraba a la episiotomía un procedimiento quirúrgico preventivo de las lesiones perineales en el periodo expulsivo del trabajo de parto, que incluso disminuía la tasa de mortalidad materno-infantil y el riesgo de hemorragia post parto. Posteriormente alrededor de los años 1980 la episiotomía era un procedimiento de rutina que se realizaba a toda gestante independientemente de la ausencia de factores que predisponían al desgarro, siendo en la mayoría de los casos innecesaria (2), hasta que estudios posteriores al año 1990, consideraban que este procedimiento incrementaba el riesgo de extensión de laceración perineal a grado 3 y 4, es decir, desgarros severos (5).

Siendo así, conceptualmente, la episiotomía viene a ser un procedimiento quirúrgico que comprende en llevar a cabo una incisión en el perineo, área ubicada entre la vagina y el ano, con el propósito de expandir el diámetro del introito vaginal, facilitar la salida del neonato durante el parto y reducir los desgarros perineales grado III y IV. Se considera que la incisión de

episiotomía es equivalente a un desgarro de segundo grado intencionado por el personal de salud bajo consideraciones fetomaternas para reducir las complicaciones postparto. Al ser una incisión controlada, se diferencia de un desgarro espontáneo por ser menos traumático y tener menos complicaciones de cicatrización de la herida (6).

Por otro lado, múltiples estudios han demostrado que la episiotomía de rutina incrementa la tasa de prevalencia de desgarro perineal severo por prácticas innecesarias. Dicho desgarro se produce por continuidad de la incisión de episiotomía, teniendo como posibles complicaciones a corto plazo, el dolor intenso, las infecciones del sitio de la incisión, o la hospitalización prolongada; y las complicaciones que prevalecían en tiempo eran: la disfunción sexual, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, y el riesgo de prolapso de órganos pélvicos (5).

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1990 a la actualidad recomienda la episiotomía restrictiva sobre la rutinaria, no excediendo el 10% de todos los partos, en tanto que, el ministerio de sanidad considera que, obtener tasas inferiores al 15% es el ideal de estándar de calidad (3,6). Con las recomendaciones dadas por la OMS, las tasas de episiotomía redujeron considerablemente en ciertos países desarrollados como Francia, del 58% al 19.9% al 2014 y del 25% al 9% en EE.UU en el 2011 (5). Mientras que en países como China e India las tasas de prevalencia oscilan hasta un 80%. (7) En Latinoamérica, Brasil maneja tasas de prevalencia que bordean el 45% y en Perú superan el 50% (5,7).

A pesar de las recomendaciones del uso restrictivo de la episiotomía, en el Perú se sigue practicando con regularidad este procedimiento, más frecuentemente en zonas periféricas. A falta de consenso internacional y de no existir criterios para su realización, el personal de salud realiza este procedimiento bajo conocimientos médicos, experiencia propia y empirismo, por lo que en muchos de los casos se realiza innecesariamente o se deja de hacer conllevando a múltiples complicaciones no previstas, para ello es

relevante conocer qué condiciones materno-fetales predisponen a la realización de episiotomía.

Formulación del problema:

¿Qué factores predisponen a la práctica de episiotomía durante el periodo expulsivo en gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo?

Justificación de la investigación

La realización de una episiotomía durante el parto es una intervención obstétrica común, pero su aplicación no siempre está claramente respaldada por evidencia científica. Esta investigación busca justificar su relevancia al abordar la pregunta crucial de qué factores predisponen a la práctica de episiotomía durante el periodo expulsivo en gestantes a término. Reconociendo la importancia de esta intervención en la salud materna y neonatal, es fundamental comprender cuáles son los factores maternos y neonatales que influyen en la toma de decisiones del personal de salud. Los resultados de esta investigación pueden proporcionar información valiosa para mejorar la práctica obstétrica, promoviendo un enfoque más basado en la evidencia y centrado en la salud de la madre y el recién nacido, evitando intervenciones innecesarias y contribuyendo al bienestar de la población gestante.

Objetivo general

Identificar los factores que predisponen a la práctica de episiotomía en el periodo expulsivo en gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo.

Objetivos específicos

- Identificar los factores maternos asociados a la práctica de episiotomía el periodo expulsivo.
- Identificar los factores neonatales asociados a la práctica de episiotomía durante el periodo expulsivo.

Hipótesis

Ha: Si existen factores neonatales y maternos asociados a la práctica de episiotomía en gestantes a término.

Ho: No existen factores neonatales y maternos asociados a la práctica de episiotomía en gestantes a término.

II. MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes de Investigación

Por disposición de la OMS en el año 2018 en Suiza, se estipularon directrices sobre los cuidados durante el parto, destinado a los responsables de la formulación de políticas sanitarias de cada país, fueron 56 recomendaciones de las cuales 26 son nuevas y 30 pertenecientes a las directrices ya estipuladas. Resalta que “No se recomienda el uso de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo” (8).

Ya China en el año 2018 se realizó un estudio retrospectivo de cohortes, utilizando datos electrónicos de 3721 partos vaginales que ocurrieron después de las 28 semanas de gestación. Compararon a las mujeres que se sometieron a una episiotomía con aquellas que no lo hicieron. Los factores de riesgo ajustados que estuvieron significativamente asociados con la realización de episiotomía incluyeron la primeriza, una prolongación de la segunda etapa del parto y la supervisión por personal médico. Para las mujeres primerizas, los factores de riesgo específicos incluyeron un aumento en la edad materna (por año), un aumento en el diámetro biparietal (por centímetro), una primera etapa del parto que duró más de 10 horas y el peso del recién nacido (por cada 100 gramos). Cada aumento de 100 gramos en el peso al nacer se asoció con un aumento del 6.1% en el riesgo ajustado de episiotomía entre las mujeres primerizas (9).

Posteriormente, un grupo de investigadores en el año 2019 en España desarrollaron un estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal sobre las tasas de episiotomía y sus factores relacionados, con una muestra significativa de 10.630 mujeres, de las cuales el 20,6% tuvo parto eutócico. De este grupo, se obtuvo una tasa de episiotomía del 36.5%, en su mayoría por primíparas con más del 49% y en múltiparas alrededor del 15%; adicionalmente se observó una tasa de desgarros asociados a

episiotomía de segundo grado con 43,40%, de primer grado con 35,61% y tercer grado con 19,81% (6).

Por otro lado, en Etiopia en el año 2022 se ejecutó una investigación tipo revisión sistemática con el objetivo de determinar la prevalencia global de la episiotomía en África y analizar los factores de riesgo asociados a su realización. El estudio incluyó un total de 21 investigaciones con 40,831 participantes. La prevalencia global de la episiotomía fue del 41.7% [IC 95% (36.0-47.4)], y se encontró una fuerte heterogeneidad ($I^2 = 99.3\%$, $P < 0.001$). Además, se identificó que la primiparidad estaba significativamente asociada con un mayor riesgo de episiotomía (OR: 6.796 [IC 95% (4.862-9.498)], $P < 0.001$) (10).

En España en el 2016 se llevó a cabo una investigación, descriptiva, transversal y analítica, de 12.093 partos en un hospital, para conocer la tasa de episiotomía y su relación con distintas variables clínicas. Las variables clínicas que presentaron una asociación significativa fueron: primiparidad, edad gestacional >41 semanas, parto inducido, uso de analgesia epidural, uso de oxitocina, posición de litotomía durante la expulsión fetal e instrumentación. Por otra parte, la edad materna fue ≥ 35 años y el peso del recién nacido $< 2500g.$, tuvieron una menor incidencia de episiotomía. Concluyeron que la episiotomía estuvo condicionada por las intervenciones obstétricas que se realizaron durante el desarrollo del parto (11).

En Latinoamérica, un estudio hecho en Brasil en el 2020 comparó la tasa de episiotomía que recomienda la OMS (no mayor del 10% del total de los partos), versus las estadísticas a nivel mundial. Menciona que existe una variación de entre el 5% como en Dinamarca hasta de una 90% encontrado en países asiáticos, siendo más frecuente este procedimiento en primíparas que en multíparas y en hospitales privados más que en instituciones públicas (12).

Así mismo en el Perú se llevó a cabo una investigación en el año 2020 de tipo cuantitativo, no experimental de diseño descriptivo, transversal y retrospectivo con el objetivo de distinguir las complicaciones tras la realización de episiotomía en primíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Se tuvo una población de estudio constituida por 146 primíparas, siendo la muestra la misma población constituida por 124 primíparas, como resultado, el 61% de complicaciones se encontraban en el grupo etario de 14 a 19 años, siendo el 78% primíparas con gestación a término, el 96% tuvo parto vaginal y el 100% de las primíparas se le realizó episiotomía (13).

Ya en el año 2021 también en Perú, Lunasco llevó a cabo una investigación observacional descriptivo, de 90 púerperas, de las cuales a 57 se realizó episiotomía rutinaria y a 33 episiotomía restrictiva en el grupo de edad de 10 – 19 años, predominando en ambos grupos la episiotomía en las primíparas hasta en un 96.9%. Con respecto a las complicaciones por episiotomía, tuvo mayor frecuencia en las primíparas (43.9%) a diferencia de las múltiparas (10.5%); los desgarros de primer a tercer grado predominaron en la episiotomía rutinaria con 14% versus la episiotomía restrictiva con un 6%. Las complicaciones post episiotomía fueron: infección, hematomas y dehiscencia, siendo también mayor en las episiotomías rutinarias (10.5%) que en las episiotomías restrictivas (3%). Por tanto, el estudio concluyó que la episiotomía restrictiva presentaba menos complicaciones durante el parto y el puerperio a comparación de la episiotomía rutinaria (14).

En nuestro contexto social, el congreso de la República del Perú en el año 2015, bajo el proyecto de Ley 1158/2011 Comisión de Salud y Población aprueba el proyecto de Ley de Promoción y Protección del derecho del parto humanizado y de la salud de la mujer gestante, en 2015. Ante la magnitud de casos de episiotomía realizados rutinariamente de hasta el 80% de los partos atendidos, por el mero desconocimiento del personal de salud sobre la necesidad de cuando realizarlo, se plantea eliminar la práctica de episiotomía por sus efectos clínicos que produce, incrementando el riesgo de afecciones inmediatas y la morbilidad en la púerpera (15).

2.2 Marco conceptual

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión en el periné de aproximadamente 5 cm. Se realiza durante la segunda fase del periodo expulsivo con el fin de incrementar el diámetro vaginal y facilitar el trabajo de parto previniendo lesiones graves del canal vaginal y reduciendo el riesgo de sufrimiento fetal y asfixia perinatal. Esta práctica está reservada a ser realizada por el personal médico u obstetra que atiende el parto (16).

Esta misma, hace décadas era un procedimiento de rutina que se realizaba a toda gestante en trabajo de parto, en múltiples ocasiones siendo su uso innecesario, produciendo en ellas complicaciones crónicas; a la actualidad, diversos estudios consideran que su uso debe ser individualizado de acuerdo con las características maternas y fetales, a esto llamamos episiotomía restrictiva, únicamente realizado bajo condiciones que ameriten su realización. (2)

La literatura describe 7 tipos de técnicas de episiotomía (mediana, mediana modificada, en forma de J, medio lateral, lateral, lateral radical y anterior), siendo 2 la más utilizadas, y de uso preferente se practica la episiotomía medio lateral por ser de menor riesgo y mayor beneficio a diferencia de las otras técnicas.(4) Posteriormente se describirán las dos técnicas que prevalecen a la actualidad:

La episiotomía mediana; consiste en realizar un corte vertical de 90° desde la horquilla vulvar en dirección al orificio anal. Dentro de sus beneficios se encuentra el menor sangrado, la reparación quirúrgica es más sencilla y con mejores resultados anatómicos. A la actualidad no se recomienda ya que, en la práctica, de ser necesaria una ampliación de la incisión, este lesiona el esfínter anal produciendo complicaciones y cronicidad (2).

La episiotomía medio lateral, es la técnica más utilizada en América latina y Europa. Consiste en realizar una incisión oblicua de 45° desde el introito vaginal hacia la tuberosidad isquiática. Esta técnica produce mayor sangrado pero controlable, mayor dificultad de episiorrafia y mayor riesgo de dispareunia, pero, en sus ventajas, de ser necesaria permite la ampliación de la incisión sin involucrar el esfínter anal previniendo los desgarros de III y IV grado, siendo esta última mención, el motivo por el cual se considera como la técnica de elección a la actualidad (2,17).

La episiotomía está indicada en casos que: el periodo expulsivo sea prolongado y el feto este sometido a sufrimiento fetal agudo o riesgo de asfixia perinatal; cuando las posibilidades de desgarro perineal severo sean altas, esto implica a la macrosomía fetal, la distensibilidad inadecuada del perineo o la estrechez pélvica; o cuando se prevé un parto instrumentado por distocias del trabajo de parto (16).

Dentro de sus ventajas se encuentra la ampliación del canal del parto, la reducción del tiempo del periodo expulsivo, disminuir el trauma del canal del parto y prever el sufrimiento fetal ante situaciones específicas. Y las desventajas de este procedimiento son: el riesgo de desgarro perineal severo, episiorrafia insatisfactoria y de mala cicatrización, dolor postparto inmediato y crónico de la región perineal, hematoma perineal o riesgo de infección (12).

Diversos estudios demostraron que, la episiotomía es el principal factor de riesgo para desgarros de III y IV grado, a predominio de episiotomías medianas, además de, mayor riesgo de infección de la episiorrafia, sangrado y tiempo de cicatrización. (6) Las episiotomías medianas que se compliquen con un desgarro suponían a futuro difusión del piso pélvico como prolapso genital e incontinencia urinaria; dispareunia, hematomas y en menor frecuencia la fistula recto-vaginal. En conjunto afectando la calidad de vida de la madre y mayores gastos al sistema de salud. (18) Por lo tanto, se

considera que el riesgo de episiotomía es mayor al beneficio obtenido cuando se practica rutinariamente y no basada en evidencia.

En relación a los factores intraparto que precisan la realización de episiotomías en gestantes a término en un entorno de atención periférica en salud materna, se han investigado algunas de esas variables, dentro de ellas tenemos a la paridad de la paciente, la duración de la segunda etapa del parto, la posición de la gestante durante el parto, la instrumentalización del parto y la presencia de episiotomía previa, entre otras (19).

La paridad de la paciente se refiere al número de embarazos previos que ha tenido una mujer. Las primíparas, es decir, aquellas que están experimentando su primer embarazo, a menudo tienen una mayor probabilidad de recibir una episiotomía en comparación con las multíparas. Esto se debe a que el tejido perineal en las mujeres primerizas tiende a ser menos elástico y resistente a la distensión durante el parto. Por lo tanto, se considera un factor asociado significativo para la episiotomía (16, 20).

La duración de la segunda etapa del parto, la cual comienza cuando el cérvix está completamente dilatado y termina con el nacimiento del bebé. Una segunda etapa prolongada, es decir, un período en el que la gestante pasa mucho tiempo pujando antes del nacimiento, puede aumentar la probabilidad de que se realice una episiotomía. Esto se debe a que la presión prolongada sobre el perineo puede llevar a un mayor riesgo de desgarros perineales espontáneos, y los profesionales de la salud pueden optar por una episiotomía para controlar mejor el proceso del parto (21).

La posición de la gestante durante el parto también puede influir en la necesidad de una episiotomía. Por ejemplo, algunas posiciones, como el parto en posición vertical o de cuclillas, pueden disminuir la presión en el perineo y reducir la probabilidad de desgarros perineales (22). En contraste, la posición supina (acostada boca arriba) a menudo se asocia con una mayor necesidad de episiotomía debido a la tensión adicional en el perineo (23).

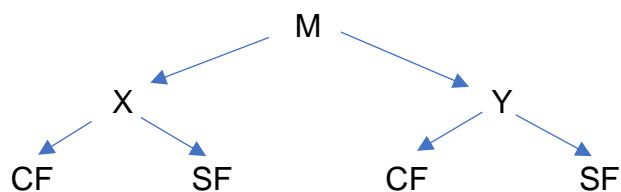
La instrumentalización del parto, en algunos casos, cuando el parto se vuelve más complicado, se pueden utilizar instrumentos como fórceps o ventosas para ayudar en el parto. La instrumentación del parto puede aumentar el riesgo de desgarros perineales y, por lo tanto, llevar a una mayor probabilidad de que se realice una episiotomía para facilitar la extracción del bebé y minimizar el daño perineal (21).

La episiotomía previa, las mujeres que han tenido episiotomías en embarazos anteriores pueden tener un mayor riesgo de requerir episiotomías en embarazos posteriores debido a la cicatrización previa y la posible debilidad del tejido perineal (19).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

El diseño de investigación propuesto es de tipo observacional de carácter analítico debido a que observamos el comportamiento de las variables no intervenidas. Siendo de tipo casos y controles debido a que se agrupó la población según el factor de riesgo y se evaluó según el efecto que produce. De tipo cuantitativo, pues se expresó numéricamente y se detalló sobre estadísticas obtenidas; transversal ya que se analizó las variables recopiladas de un periodo de tiempo, y retrospectivo porque los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de las puérperas que cumplen con los criterios de elegibilidad en el Centro de Salud materno periférico de Trujillo en el periodo Junio – noviembre del 2023 a través de la “ficha de recolección de datos” (Anexo 01). Por tal motivo, este estudio se considera analítico al evaluar la causalidad.



M: Población

X: Episiotomía

Y: No episiotomía

CF: Con factores.

SF: Sin factores.

3.2 Variables y operacionalización

Las variables consideradas se presentan a continuación, los detalles de cada una de estas se verán en la Tabla 01:

Variable dependiente:

- Episiotomía actual

Variables independientes:

- Personal de salud que atendió el parto
- Edad materna
- Paridad
- Ponderado fetal previo al parto
- Posición del parto
- Desgarro perineal

3.3 Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por todas las puérperas que se atendieron por parto vaginal en un centro de salud materno periférico perteneciente al distrito de Alto Trujillo, en el periodo junio – noviembre del 2023.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Puérperas mayores de 14 años y menores de 35 años.
- Puérperas con producto único a término (mayor de 37 semanas de gestación).
- Atendidas por parto vaginal
- Puérperas atendidas en el periodo entre mayo – noviembre del 2023.
- Gestantes para las cuales se disponga de datos clínicos y registros médicos completos que permitan la recopilación de información relevante para el estudio.

Criterios de Exclusión

- Gestantes que fueron referidas a otro establecimiento de salud.
- Parto vaginal instrumentado, en presentación podálica o distócica de hombros.
- Gestantes que tengan condiciones médicas que impidan la episiotomía, como preclamsia severa, trastornos hemorrágicos, etc.
- Puérperas cuya historia clínica no cuente con los datos necesarios para el estudio.

Muestra: La determinación del tamaño de la muestra se llevó a cabo utilizando la fórmula correspondiente para estudios de casos y controles. (19).

$$n_1 = \frac{\left| \left(Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 p_1 q_1 (r+1) \right|}{r (p_1 - p_2)^2}$$

$$n_2 = r n_1$$

Donde:

n1: número de casos

n2: número de controles

Z α / 2: desviación normal estándar para la prueba de dos colas basada en el nivel alfa.

Z β : desviación normal estándar para la prueba de una cola basada en el nivel beta (se relaciona con el nivel de potencia) r = proporción de controles a casos

p1 = proporción de casos con exposición y q1=1- p1

p2 = proporción de controles con exposición y q2=1- p2

$$\bar{p} = \frac{p_1 + r p_2}{+1} \text{ y } \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

Considerando:

- Margen de confianza bidireccional (1-alfa): 95%
- Potencia (porcentaje de probabilidad de detección): 80%
- Relación de controles por caso: 2
- Proporción hipotética de controles con exposición: 5.6
- Proporción hipotética de casos con exposición: 29.4

Se obtuvo:

Número de casos: 33 mujeres en el periodo posparto, Número de controles: 66 mujeres en el periodo posparto. En total, el tamaño de la muestra fue de 99 mujeres.

Muestreo: Se obtuvo la información de los expedientes médicos de las mujeres en periodo posparto atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Centro de Salud Materno Periférico de Trujillo, durante el periodo comprendido entre junio y noviembre de 2023. La selección de estas mujeres posparto se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión predefinidos en el estudio.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se inspeccionó las historias clínicas de las puérperas y de los neonatos para recabar las variables en el centro de salud sujeto a estudio en un periodo de 6 meses de junio – noviembre del 2023. Se elaboró una ficha de recolección de datos, que consta de cuatro partes, que incluye: responsable de la atención del parto, factores maternos – neonatales, procedimiento de episiotomía y desgarro perineal (Anexo 01). Al finalizar, los datos fueron puestos en el programa de Excel para su análisis estadístico.

3.5 Procedimientos

Se contó con los permisos correspondientes del centro de salud sujeto a estudio. Luego se efectuó las coordinaciones con las jefaturas de los servicios de ginecología, medicina y obstetricia, para dar a conocer el proyecto de investigación.

Posteriormente se obtuvo la información fidedigna que se requiere directamente de las historias clínicas y del libro de partos del servicio de obstetricia que cumplan con los criterios de inclusión, para ser plasmados sobre la “ficha de recolección de datos” (Anexo 01).

3.6 Análisis de datos

El análisis estadístico comprendió de una evaluación sistemática y descriptiva de los datos recopilados, con el objetivo de determinar las frecuencias en porcentaje de los efectos tanto en los casos como en los controles. Este análisis se llevó a cabo mediante un enfoque bivariado y multivariado para ello se utilizó la prueba chi cuadrado para medir si los factores están asociados a la variable independiente, con un nivel de confianza del 95% y un umbral de significancia estadística establecido en $p < 0,05$.

Para evaluar la asociación entre las variables dependientes e independientes se hizo uso de la prueba chi cuadrado.

Los resultados se presentaron de manera visual y comprensible a través de gráficos y tablas generados con software estadístico apropiado, como SPSS v.28. Este enfoque tiene como finalidad proporcionar resultados que sean interpretables de manera didáctica y que reflejen con precisión los hallazgos de la investigación de manera confiable.

3.7 Aspectos éticos

El presente estudio se realizó bajo los fundamentos éticos de la declaración de Helsinki emitido el año 1964, preservando la intimidad y confidencialidad de la identidad de cada uno de los participantes y de la institución involucrados en la investigación.

Durante la recolección de datos, el investigador primó la veracidad del estudio en el proceso de investigación sin alterar los datos obtenidos en ninguna de las fases con la finalidad de garantizar un trabajo válido y confiable.

La naturaleza del presente estudio no intervino sobre las variables o las condiciones fisiológicas del paciente, por consecuente, los participantes no fueron sometidos a riesgo físico, mental o social durante el estudio. Bajo este fundamento los datos obtenidos fueron utilizados únicamente para la realización de la tesis.

Es de suma importancia señalar que la presente investigación no trasgrede la norma legal vigente estipulada por el Instituto Nacional de Salud y por el Comité de Ética de la Universidad César Vallejo e sus artículos 1, 3, 4, 7, 8, 9. Por tal motivo, el proyecto fue presentado en primera instancia al comité de ética de investigación de la facultad de Medicina de la Universidad César Vallejo para su revisión y aprobación, posteriormente se gestionó los permisos correspondientes del centro materno infantil sujeto a estudio. Cabe resaltar que dicho proyecto no requirió de consentimiento informado de las puérperas ya que los datos fueron obtenidos directamente de las historias clínicas y de la ficha de recolección de datos otorgada al responsable de la atención del parto. Dicho ello, declaro que no existirá conflicto de intereses.

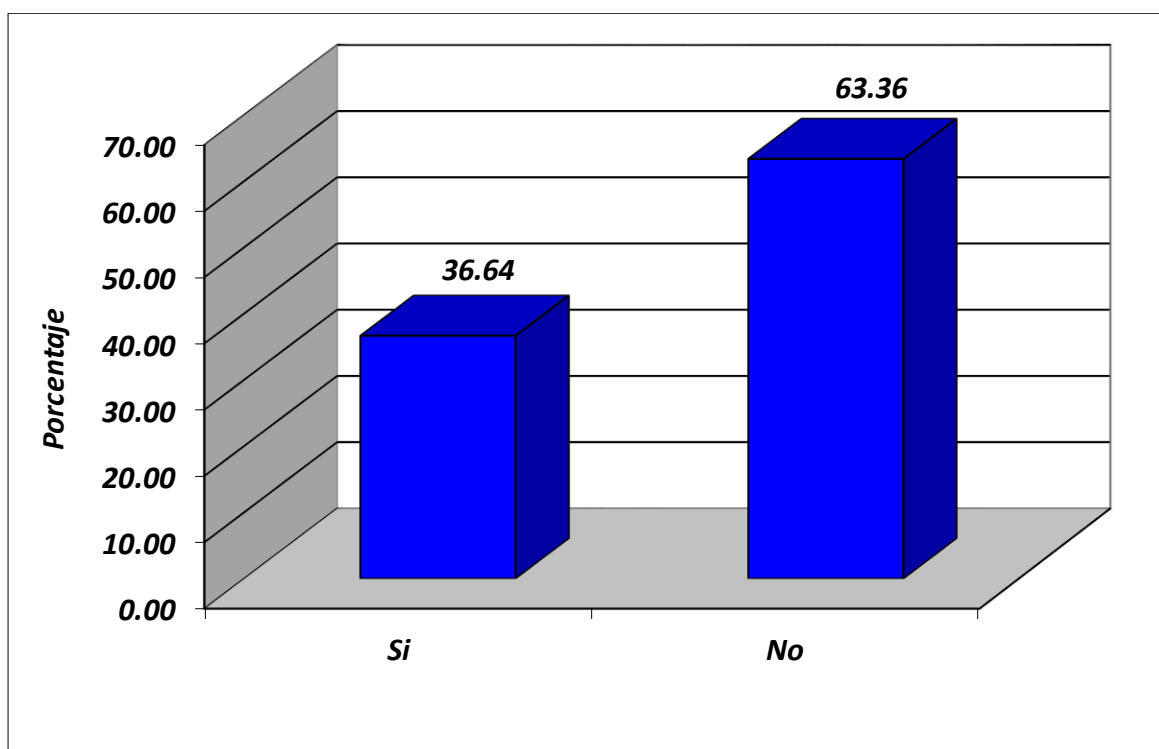
IV. RESULTADOS

En la Tabla 1 y Figura 1 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023 según episiotomía, el 63.36% precisa que no se le realizó dicha intervención, mientras que el 36.64% precisa que si lo tenía de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas.

Tabla 1. Distribución de las gestantes a término y realización de episiotomía.

Episiotomía en el embarazo actual		
Respuesta	fi	hi%
Si	48	36.64
No	83	63.36
Total	131	100.00

Figura 1. Porcentaje de las gestantes a término y realización de episiotomía.

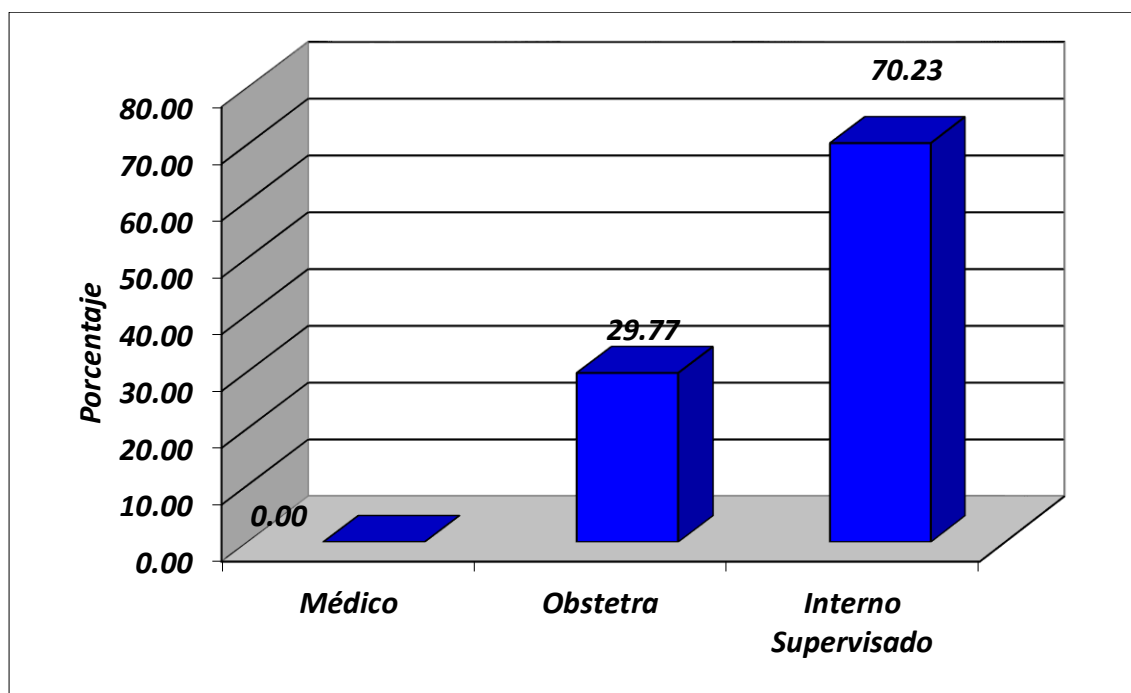


En la Tabla 2 y Figura 2 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo en el año 2023, según personal que atendió el parto, el 70.23% fue interno supervisado, mientras que el 29.77% fue obstetra.

Tabla 2. Distribución de las gestantes a término según personal que atendió el parto.

Personal que atendió el parto		
Respuesta	fi	hi%
Médico	0	0.00
Obstetra	39	29.77
Interno Supervisado	92	70.23
Total	131	100.00

Figura 2. Porcentaje de las gestantes a término según personal que atendió el parto.

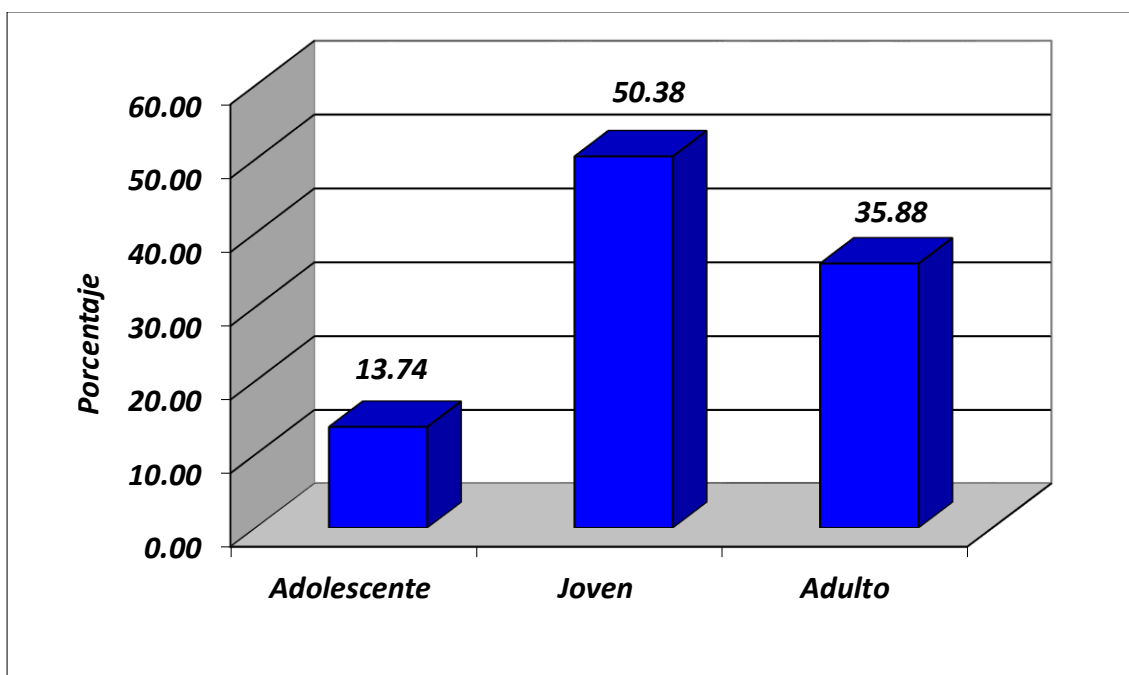


En la Tabla 3 y Figura 3, se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo en el año 2023, según edad, el 50.38% fue joven, mientras que el 35.88% fue adulto y solo el 13.74% fue adolescente.

Tabla 3. Distribución de las gestantes a término según la edad

Edad		
Respuesta	fi	hi%
Adolescente	18	13.74
Joven	66	50.38
Adulto	47	35.88
Total	131	100.00

Figura 3. Porcentaje de las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023 según edad

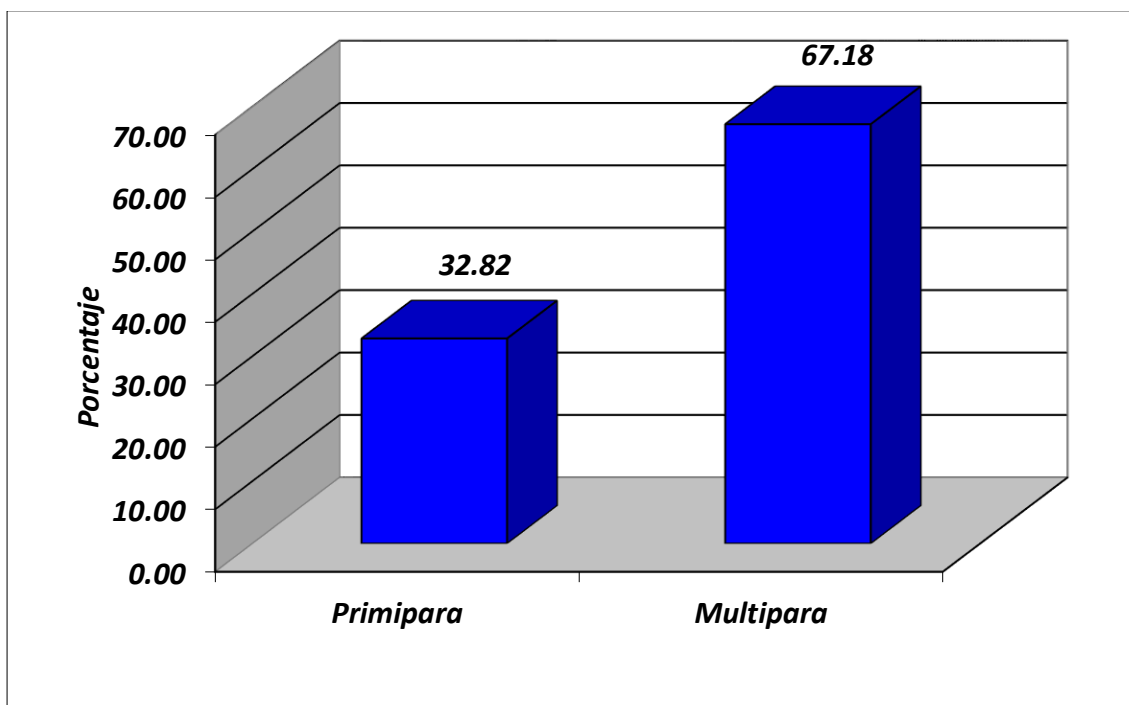


En la Tabla 4 y Figura 4 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la paridad, el 67.18% fue múltipara mientras que el 32.82% fue primípara.

Tabla 4. Distribución de las gestantes a término según paridad

Paridad		
Respuesta	fi	hi%
Primípara	43	32.82
Múltipara	88	67.18
Total	131	100.00

Figura 4. Porcentaje de las gestantes a término según paridad

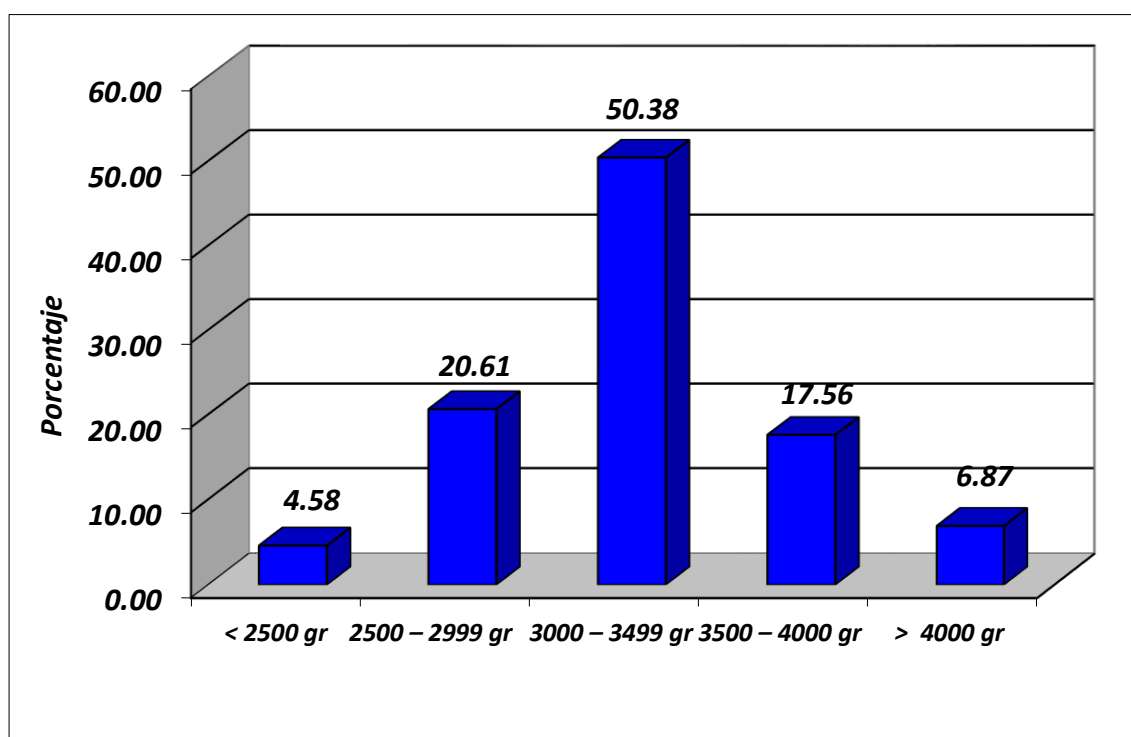


En la Tabla 5 y Figura 5 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según el “Ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach”, el 50.38% estaba entre 3000 a 3499 gramos, mientras que el 20.61% estaba entre 2500 a 2999 gramos, el 17.56% estaba entre 3500 a 4000 gramos, el 6.87% estaba más de 4000 gramos y el 4.58%, estaba en menos de 2500 gramos

Tabla 5. Distribución de las gestantes a término según el ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach

Ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach		
Respuesta	fi	hi%
< 2500 gr	6	4.58
2500 – 2999 gr	27	20.61
3000 – 3499 gr	66	50.38
3500 – 4000 gr	23	17.56
> 4000 gr	9	6.87
Total	131	100.00

Figura 5. Porcentaje de las gestantes a término según el ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach

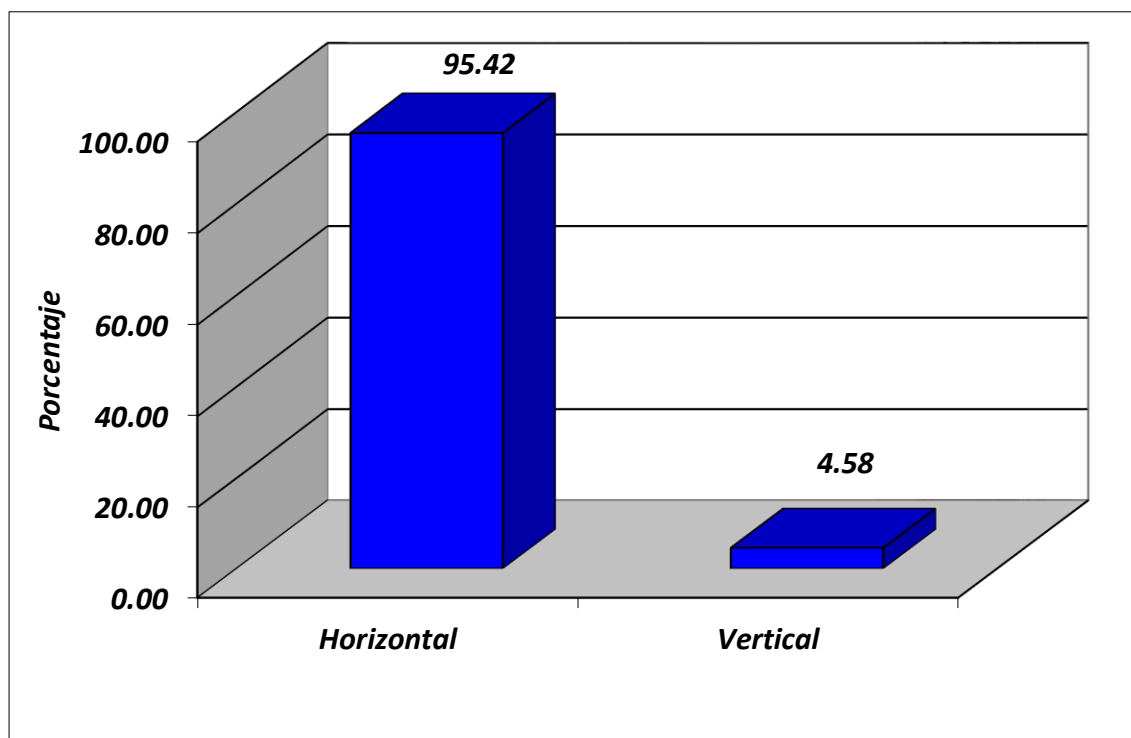


En la Tabla 6 y Figura 6 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la posición de parto, el 95.42% preciso que fue horizontal y solo el 4.58% fue vertical.

Tabla 6. Distribución de las gestantes a término según la posición del parto.

Posición de parto		
Respuesta	fi	hi%
Horizontal	125	95.42
Vertical	6	4.58
Total	131	100.00

Figura 6. Porcentaje de las gestantes a término según la posición del parto.

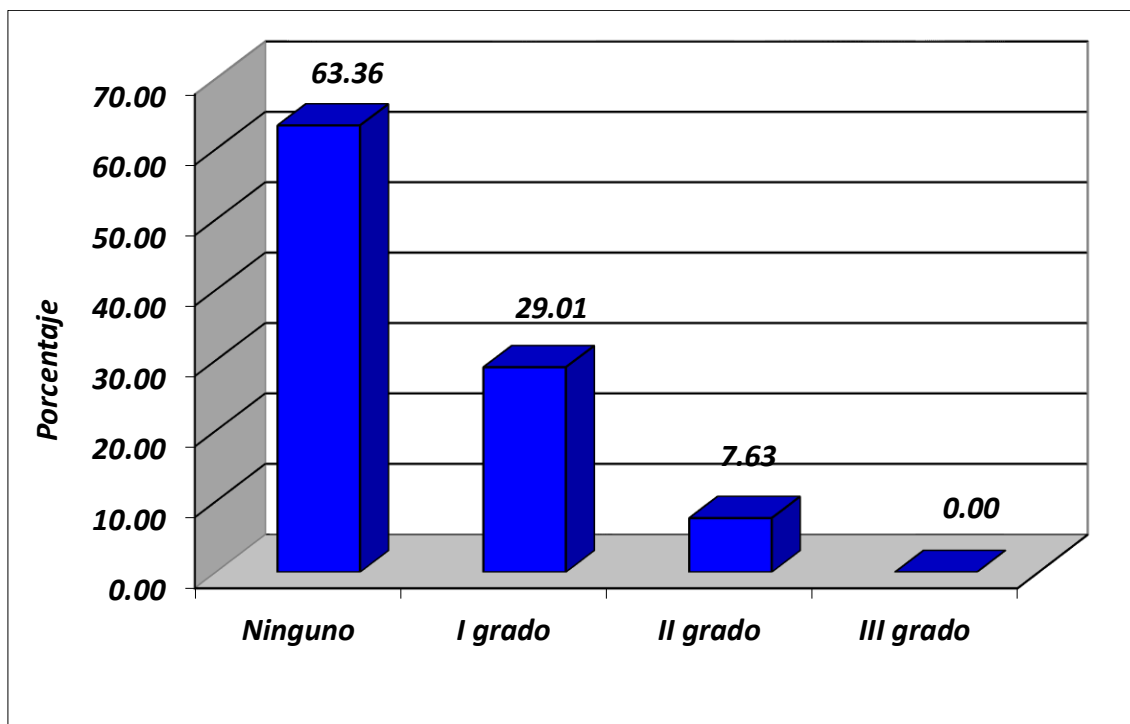


En la Tabla 7 y Figura 7 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según el desgarro perineal, el 63.36% precisó que no obtuvo ningún grado del mismo, el 29.01% precisó Grado I y el 7.63% restante precisó grado II.

Tabla 7. Distribución de las gestantes a término según el grado de desgarro perineal.

Desgarro perineal		
Respuesta	fi	hi%
Ninguno	83	63.36
I grado	38	29.01
II grado	10	7.63
III grado	0	0.00
Total	131	100.00

Figura 7. Porcentaje de las gestantes a término según el grado de desgarro perineal.

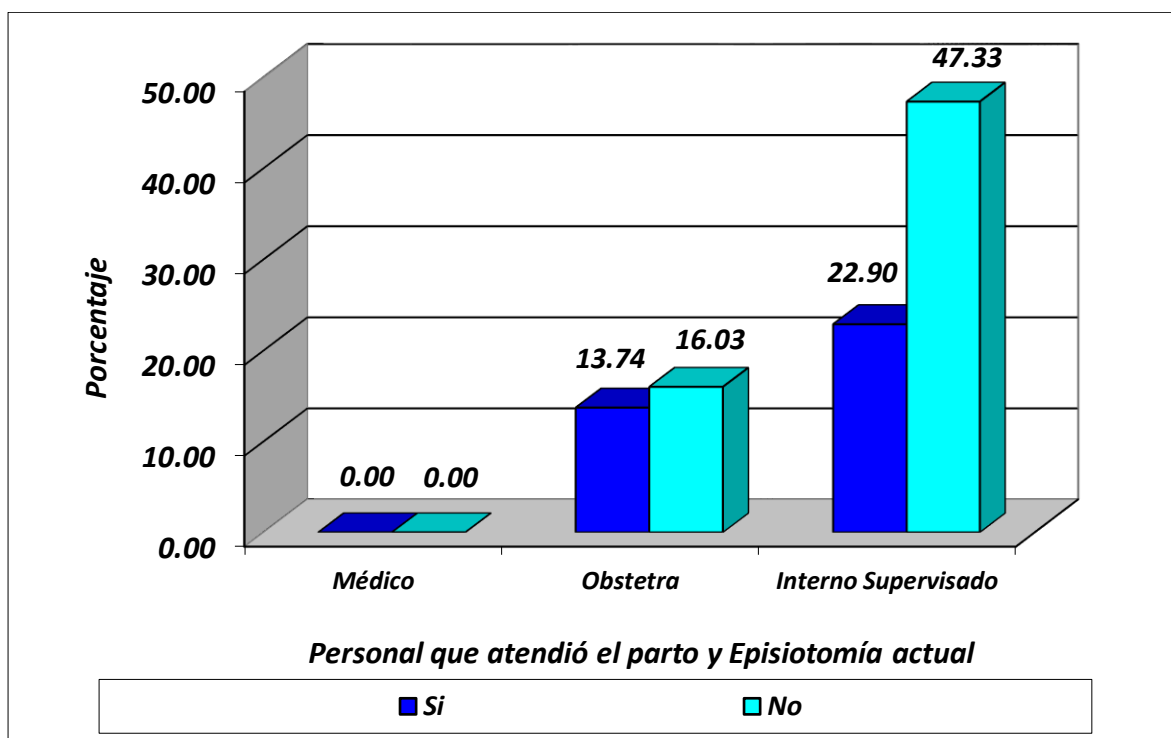


En la Tabla 8 y Figura 8 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la episiotomía y el personal que atendió el parto, el 47.33% fue el interno supervisado y no tuvo episiotomía, el 22.90% fue interno supervisado y si tuvo episiotomía.

Tabla 8. Distribución de las gestantes a término y personal que atendió el parto.

Episiotomía actual y personal que atendió el parto						
Respuesta	Si		No		Total	
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%
Médico	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Obstetra	18	13.74	21	16.03	39	29.77
Interno Supervisado	30	22.90	62	47.33	92	70.23
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00

Figura 8. Porcentaje de las gestantes a término y personal que atendió el parto.

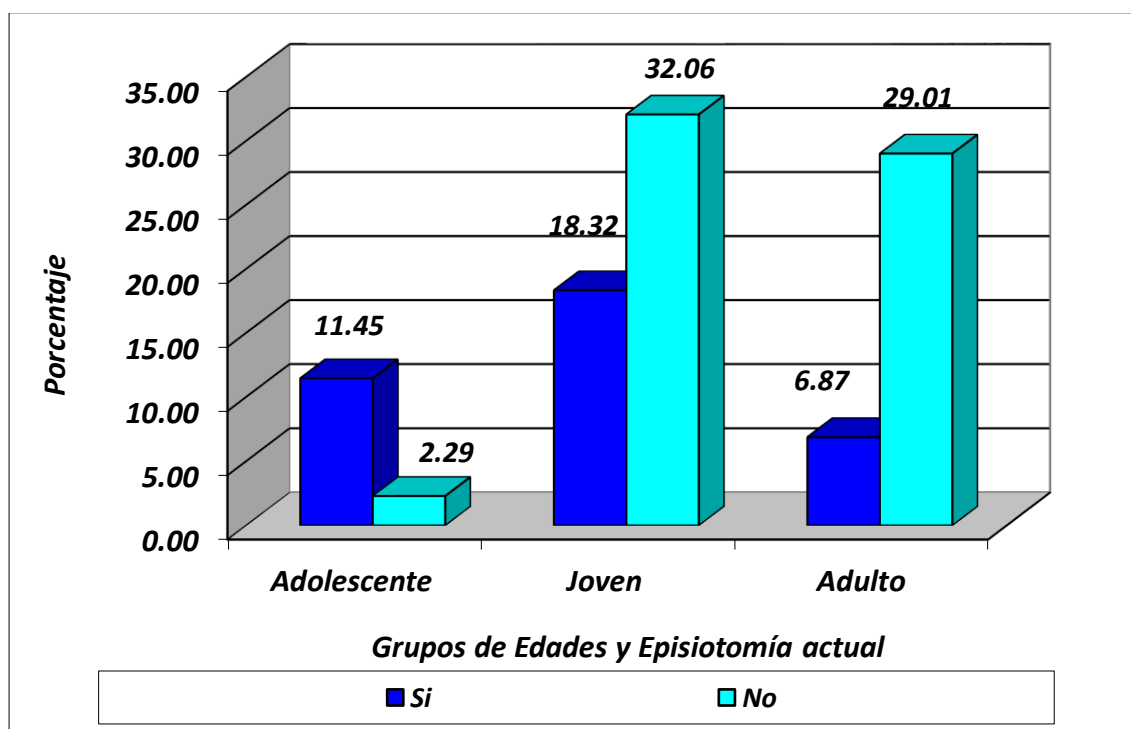


En la Tabla 9 y Figura 9 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la episiotomía y la edad, el 32.06% fue joven y no tuvo episiotomía, el 29.01% fue adulto y no tuvo episiotomía, el 18.32% fue joven y si tuvo episiotomía.

Tabla 9. Distribución de las gestantes a término según la realización de episiotomía actual y la edad.

Episiotomía actual y Edad						
Respuesta	Si		No		Total	
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%
Adolescente	15	11.45	3	2.29	18	13.74
Joven	24	18.32	42	32.06	66	50.38
Adulto	9	6.87	38	29.01	47	35.88
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00

Figura 9. Porcentaje de las gestantes a término según la realización de episiotomía actual y la edad.



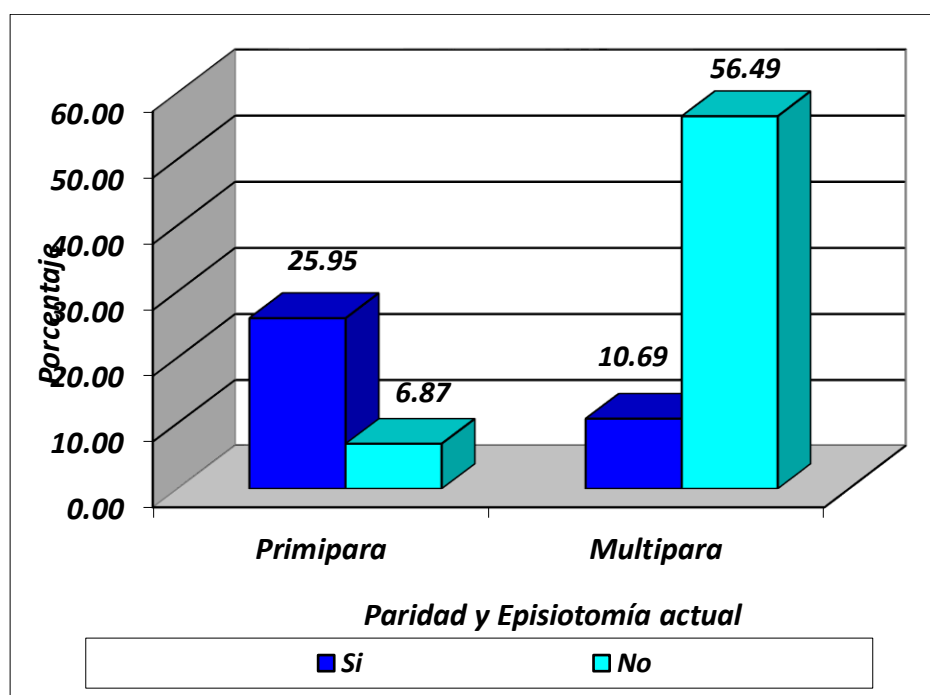
En la Tabla 10 y Figura 10 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la episiotomía y la paridad, el 56.49% fue múltipara y no tuvo episiotomía, mientras que el 25.95% fue primípara y si tuvo episiotomía, y el 10.69% es múltipara y si tuvo episiotomía.

Además, se observa que del total de primíparas siendo 43, a 34 de ellas se le realizó episiotomía, dando como resultado el 85%. Caso contrario sucede con las múltiparas que, de su totalidad de 88 puérperas, solo a 14 se le realizo la episiotomía, dando como resultado un 29%.

Tabla 10. Distribución de las gestantes a término por episiotomía actual y paridad.

Episiotomía actual y Paridad						
Respuesta	Si		No		Total	
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%
Primípara	34	25.95	9	6.87	43	32.82
Múltipara	14	10.69	74	56.49	88	67.18
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00

Figura 10. Porcentaje de las gestantes a término por episiotomía actual y paridad

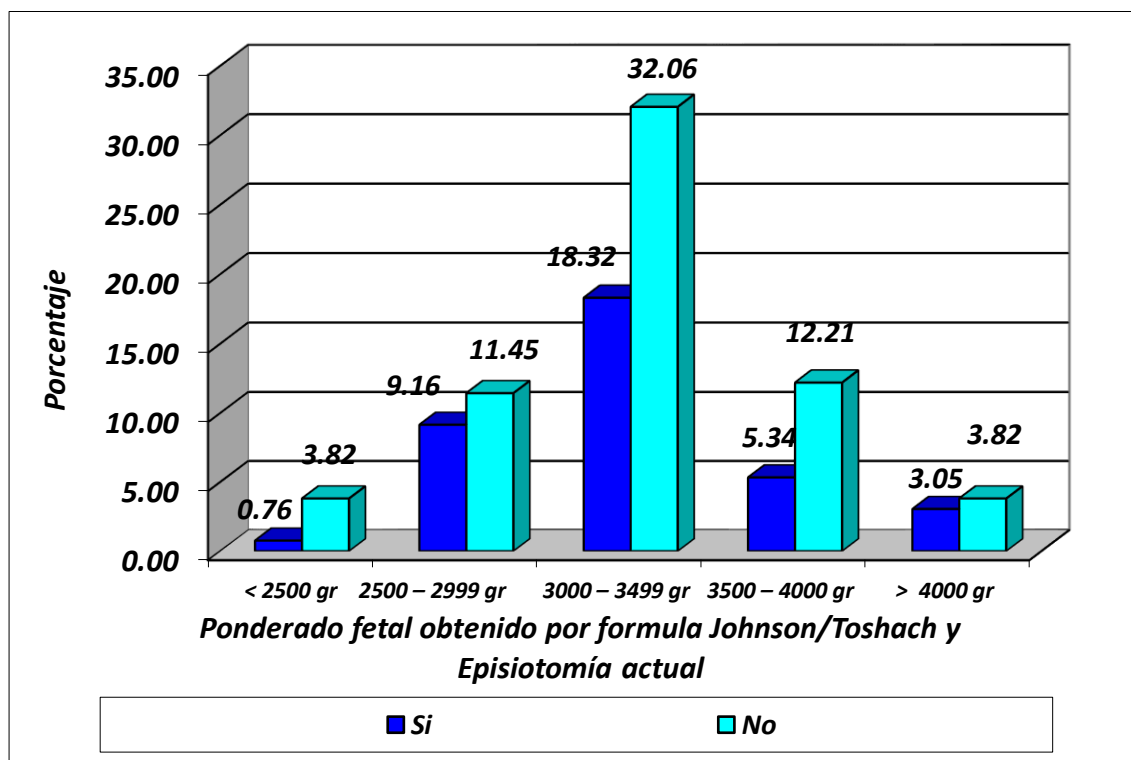


En la Tabla 11 y Figura 11 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la episiotomía y el ponderado fetal, el 32.06% estuvo entre 3000 a 3499 gramos y no tiene episiotomía, seguido del 18.32% que si tuvo episiotomía y se encontraba en este rango de peso.

Tabla 11. Distribución de las gestantes a término según la episiotomía actual y ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach.

Episiotomía actual y Ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach						
Respuesta	Si		No		Total	
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%
< 2500 gr	1	0.76	5	3.82	6	4.58
2500 – 2999 gr	12	9.16	15	11.45	27	20.61
3000 – 3499 gr	24	18.32	42	32.06	66	50.38
3500 – 4000 gr	7	5.34	16	12.21	23	17.56
> 4000 gr	4	3.05	5	3.82	9	6.87
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00

Figura 11. Porcentaje de las gestantes a término según la episiotomía actual y ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach.

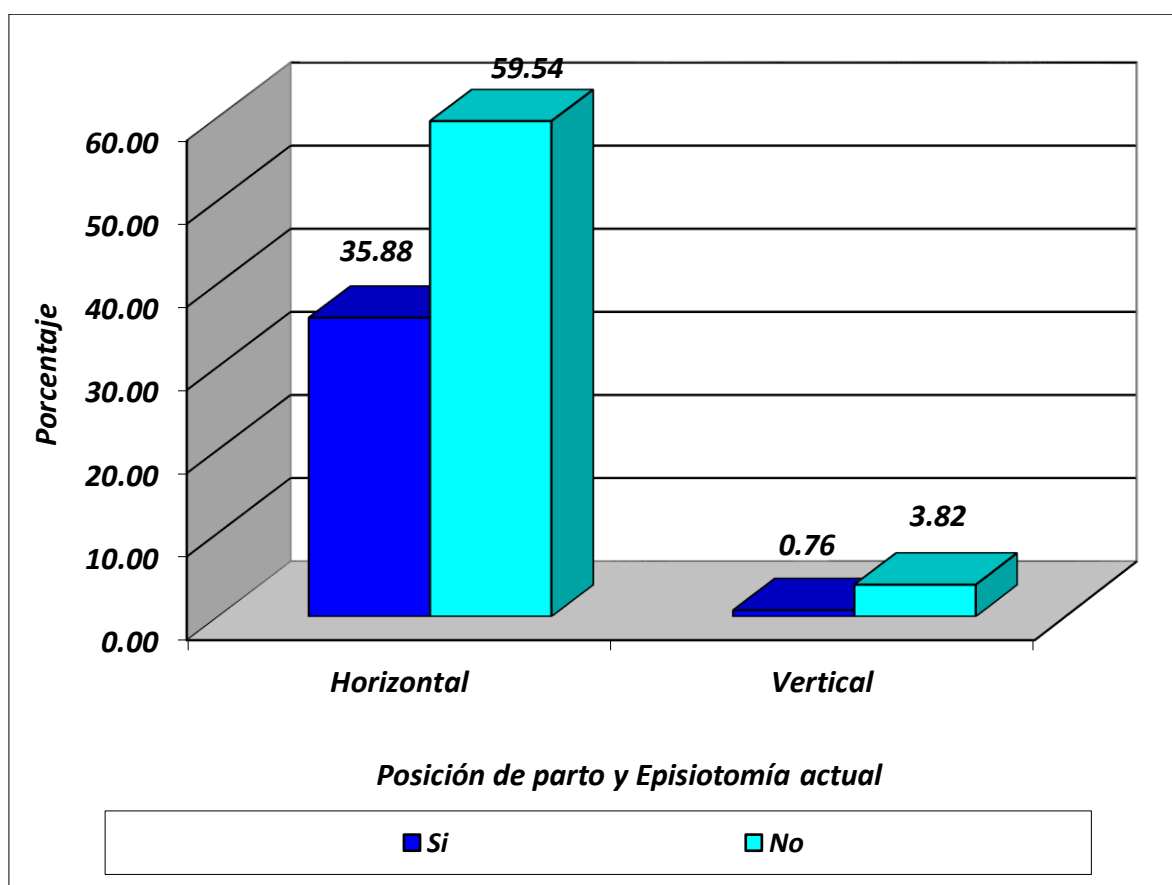


En la Tabla 12 y Figura 12 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la episiotomía y la posición de parto, el 59.54% fue horizontal y no tiene episiotomía, el 35.88% fue horizontal y si tiene episiotomía, la totalidad de los verticales no tuvo episiotomía.

Tabla 12. Distribución de las gestantes a término según episiotomía actual y posición de parto.

Episiotomía actual y Posición de parto						
Respuesta	Si		No		Total	
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%
Horizontal	47	35.88	78	59.54	125	95.42
Vertical	1	0.76	5	3.82	6	4.58
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00

Figura 12. Porcentaje de las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023 según Episiotomía actual y Posición de parto

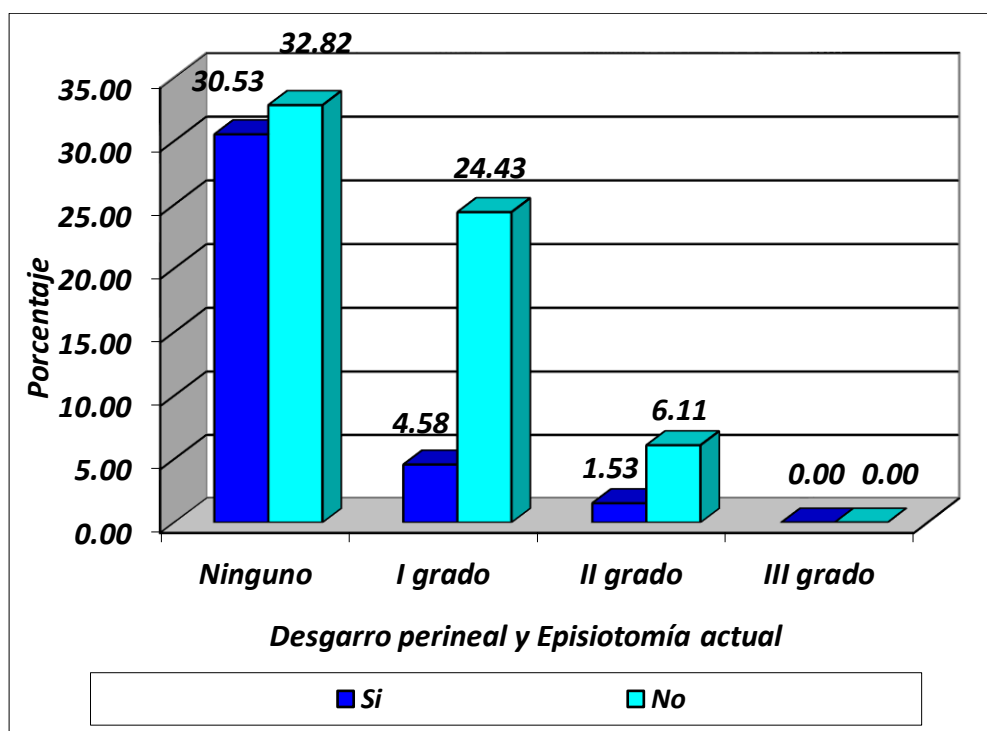


En la Tabla 13 y Figura 13 se observó que las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, según la episiotomía y desgarro perineal, el 32.82% no tuvo desgarro y no tuvo episiotomía, el 30.53% no tuvo desgarro y si tuvo episiotomía, el 24.43% tiene grado I y no tiene episiotomía, contrastado con el 4.58% que tuvo este mismo grado y si tuvo episiotomía.

Tabla 13. Distribución de las gestantes a término según episiotomía actual y desgarro perineal.

Episiotomía actual y Desgarro perineal						
Respuesta	Si		No		Total	
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%
Ninguno	40	30.53	43	32.82	83	63.36
I grado	6	4.58	32	24.43	38	29.01
II grado	2	1.53	8	6.11	10	7.63
III grado	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00

Figura 13. Porcentaje de las gestantes a término según episiotomía actual y desgarro perineal.



En la tabla 14 se puede corroborar que existe relación entre episiotomía con la edad, paridad y desgarro perineal en las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, mediante la prueba estadística Chi cuadrada a un nivel de significancia del 5%. Con sus valores de p de 0.000; 0.000 y 0.001 respectivamente.

Además de verificar que no existe relación entre episiotomía con el personal que lo atendió, ponderado fetal y posición de parto en las gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo Año 2023, mediante la prueba estadística Chi cuadrada a un nivel de significancia del 5%. Con sus valores de p de 0.141; 0.670 y 0.299 respectivamente.

Tabla 14. Distribución de las gestantes a término según episiotomía actual, personal que lo atendió, edad, paridad, ponderado fetal, posición de parto y desgarro perineal.

Personal que lo atendió	Episiotomía actual				Total		Xc y p
	Si		No		fi	hi%	
Médico	0	0.00	0	0.00	0	0.00	Xc=2.165 P=0.141
Obstetra Interno	18	13.74	21	16.03	39	29.77	
Supervisado	30	22.90	62	47.33	92	70.23	
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00	
Edad	Si		No		Total		Xc y p
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%	
Adolescente	15	11.45	3	2.29	18	13.74	Xc=23.101 P=0.000
Joven	24	18.32	42	32.06	66	50.38	
Adulto	9	6.87	38	29.01	47	35.88	
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00	
Paridad	Si		No		Total		Xc y p
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%	
Primípara	34	25.95	9	6.87	43	32.82	Xc=49.636 P=0.000
Múltipara	14	10.69	74	56.49	88	67.18	
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00	
Ponderado fetal	Si		No		Total		Xc y p
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%	
< 2500 gr	1	0.76	5	3.82	6	4.58	Xc=2.359 P=0.670
2500 – 2999 gr	12	9.16	15	11.45	27	20.61	
3000 – 3499 gr	24	18.32	42	32.06	66	50.38	
3500 – 4000 gr	7	5.34	16	12.21	23	17.56	

> 4000 gr	4	3.05	5	3.82	9	6.87
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00

Posición Del parto	Si		No		Total		
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%	
Horizontal	47	35.88	78	59.54	125	95.42	Xc=1.081 P=0.299
Vertical	1	0.76	5	3.82	6	4.58	
Total	48	36.64	83	63.36	131	100.00	

Desgarro perineal	Si		No		Total		
	fi	hi%	fi	hi%	fi	hi%	
Ninguno	40	30.53	43	32.82	83	63.36	Xc=13.080 P=0.001
I grado	6	4.58	32	24.43	38	29.01	
II grado	2	1.53	8	6.11	10	7.63	
III grado	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Total	48	36.64	83	63.36	131	Total	

V. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a través de este estudio revelaron de manera significativa la existencia de una asociación entre el desgarro perineal, la edad y la paridad, respaldada por valores de p notoriamente bajos: 0.001, 0.000 y 0.000, respectivamente. En cada uno de estos contextos, se identificaron factores clave analizados y detallados en secciones específicas, lo que contribuye a la comprensión más profunda de los vínculos observados.

En particular, en lo que respecta a la paridad, se observó una tendencia predominante hacia la realización de episiotomías en mujeres primíparas. Esta observación se alinea de manera coherente con los resultados de un metaanálisis extenso llevado a cabo por Zerihun F. et al. (20), el cual arrojó que la probabilidad de que las primíparas se sometieran a episiotomía era 4,79 veces mayor en comparación con mujeres multíparas (OR: 4,79, IC 95%: 3,03, 7,57). Este patrón también se corrobora en otro metaanálisis realizado por Beshada Z. et al. (10) donde se encontró que las primíparas presentaban una probabilidad 6,78 veces mayor de experimentar una episiotomía en comparación con las mujeres multíparas (OR: 6,796, IC 95%: 4,862–9,498, $P < 0,001$, I² : 95,1%). Estos resultados sugieren que las primíparas tienen una mayor probabilidad de someterse a episiotomías, lo cual puede tener implicaciones importantes en la atención perinatal.

En el contexto de la presente investigación, se evidencia de manera consistente una correlación entre la edad y un aumento en la probabilidad de desgarro perineal, con la adolescencia identificada como el grupo específico donde la realización de episiotomías es más prevalente. Este descubrimiento encuentra respaldo en un estudio llevado a cabo por Medeiros C. et al. (21), cuyos resultados indican un índice de prevalencia (PR) de 1,74 para este grupo etario [PR: 1,74 (IC 95%: 1,33–2,28), $P < 0,0001$]. Estos hallazgos subrayan la relevancia de considerar la edad como un factor determinante en la incidencia de desgarro perineal, especialmente durante la adolescencia, donde la falta de cambios anatómicos en la púerpera al momento del alumbramiento puede ser un factor crítico a tener en cuenta.

En el marco de los datos asociados estadísticamente significativos, se enfatiza la relevante conexión entre la realización de episiotomía y la notable disminución de la incidencia de desgarro perineal. En este contexto, la investigación dirigida por Grażyna B. et al. (3) aportan una perspectiva esclarecedora. Se destaca una tendencia notable en la cual el 90.2% de los pacientes que fueron sometidos a episiotomía no experimentaron ningún grado de desgarro perineal. En comparación, el 76.7% de aquellos a quienes no se les practicó episiotomía también careció de desgarro perineal. Estos datos sugieren una asociación significativa entre la realización de episiotomía y la reducción de la incidencia de desgarro perineal. Estos reveladores hallazgos resaltan de manera clara y contundente la relación inversa entre la realización de episiotomía y la incidencia de desgarro perineal, respaldando con firmeza la utilidad de este procedimiento como medida preventiva eficaz en casos donde existan factores asociados.

Uno de los hallazgos más destacados, previamente asociado en la literatura aunque no validado en nuestra investigación, se relaciona con el peso al nacer superior a 4000g. Investigaciones anteriores, han consignado que la probabilidad de llevar a cabo una episiotomía en fetos con un peso al nacer ≥ 4000 g fue 5,32 veces mayor [OR: 5,32 (IC del 95 %: 2,738–10,339), $P < 0,001$, I 2 : 95,1%] (10) , en contraste con los nacimientos con peso normal. Además, la investigación refleja una relación aún más pronunciada, alcanzando una probabilidad 8,03 veces mayor (OR: 8,03; IC 95%: 3,45-18,71) (20). Estos resultados sugieren que el peso al nacer elevado puede ser un factor determinante en la decisión de realizar una episiotomía durante el parto, pero que ello tendrá asociación significativa dependiendo la población estudiada.

En cuanto a las posiciones del parto, se observó que estas no se asocian significativamente con la realización de episiotomías. No obstante, es notable la inferioridad en el porcentaje de episiotomías en la posición vertical. Este hallazgo no sorprende, ya que numerosos estudios respaldan esta tendencia. Específicamente, se mencionan episiotomías en el 26% de los partos horizontales, en contraste con solo el 4% en los partos verticales (22), corroborado con la investigación de Marino L. (23), donde se resalta una probabilidad notablemente baja de 0.18 (OR=0,18,IC 95%:0,12-0,27. $P < 0,001$) de que las gestantes con parto

vertical tengan episiotomías. Estos aciertos resaltan la influencia positiva de la posición vertical en la reducción de la incidencia de episiotomías, respaldando así la consideración de las posturas durante el parto como un componente importante en la toma de decisiones obstétricas.

Las limitaciones intrínsecas a este estudio se focalizan en la distribución desigual de la población para cada variable analizada. Los porcentajes asociados a cada una de ellas exhiben variabilidad y carecen de uniformidad, lo cual introduce la posibilidad de sesgo en los resultados. Además, se llevó a cabo la exclusión de diversas historias clínicas que no cumplían con los criterios establecidos para la investigación. En su mayoría, estas exclusiones fueron atribuibles a deficiencias en el registro de datos, lo que podría haber afectado la representatividad, así como el extravío de algunas historias clínicas, debido a que no se cuenta con un sistema digital para su registro. Estas consideraciones subrayan la importancia de abordar las limitaciones con cautela al interpretar los hallazgos del estudio y resaltan la necesidad de futuras investigaciones que aborden de manera más exhaustiva estos aspectos.

La principal fortaleza destacada en el marco de la presente investigación radica en la obtención minuciosa de historias clínicas, superando incluso la muestra recomendada para el estudio. Este enfoque de recolección exhaustiva de datos confiere mayor solidez y robustez estadística a la representación de la población bajo investigación. Además, es crucial resaltar que el diseño estadístico empleado fue sometido a un análisis riguroso, garantizando la representación clara y confiable de cada dato recopilado. Esta atención meticulosa tanto en la recopilación como en el análisis de los datos contribuye significativamente a la validez interna del estudio, fortaleciendo la confiabilidad de los resultados obtenidos y resaltando la calidad metodológica de la investigación.

VI. CONCLUSIONES

Se llega a la conclusión que existe relación de la episiotomía con la edad materna, el desgarro perineal y la paridad, siendo todos factores de la madre, encontrándose un nivel de significancia cercano al 0 absoluto. Además, cabe destacar, que estos factores observados individualmente, se encontró que las puérperas primíparas fueron sometidas a episiotomía en un 85%.

Adicionalmente, se evidencia que en el contexto de este estudio no se observa una asociación significativa entre el personal que brindó la atención, el peso fetal al nacer y la posición durante el parto.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los investigadores futuros expandir la amplitud del ámbito de estudio e incorporar un mayor número de variables que puedan aportar mayor profundidad al entendimiento de los factores asociados con la episiotomía en la población objeto de estudio. Esta ampliación y enriquecimiento del análisis contribuirán de manera significativa a fortalecer la base de evidencia disponible, proporcionando así un respaldo más robusto para las decisiones clínicas en este ámbito específico. Este enfoque más abarcador permitirá una comprensión más holística de los determinantes de la práctica de la episiotomía, promoviendo una toma de decisiones más informada y precisa en el ámbito clínico.

VIII. REFERENCIAS

1. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(1-2):35-8.
2. Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica.* 2014;17(2):53-7.
3. Bączek G, Rychlewicz S, Sys D, Rzońca P, Teliga-Czajkowska J. Episiotomy for Medical Indications during Vaginal Birth-Retrospective Analysis of Risk Factors Determining the Performance of This Procedure. *J Clin Med.* 26 de julio de 2022;11(15):4334.
4. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 de enero de 2009;(1):CD000081.
5. Ye J, Chen Y, Yang H, Chen Q, Huang Y, Zhao J, et al. A nationwide cross-sectional survey of episiotomy practice in China. *Lancet Reg Health West Pac.* febrero de 2022;19:100345.
6. García-Lorca AI, Viguera-Mártinez M de los Á, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón M de las M, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME, et al. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Española de Salud Pública [Internet].* 2019 [citado 23 de junio de 2023];93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. 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.
8. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva – Resumen de orientación [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>

9. Zhang M, Wang M, Zhao X, Ren J, Xiang J, Luo B, et al. Risk factors for episiotomy during vaginal childbirth: A retrospective cohort study in Western China. *J Evid Based Med*. noviembre de 2018;11(4):233-41.
10. 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.
11. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 20 de mayo de 2016;24:e2793.
12. Aguiar BM, Silva TPR da, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV de, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm*. 5 de octubre de 2020;73:e20190899.
13. Gonzales Córdova SL. EPISIOTOMIA EN PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO - MARZO 2020. 29 de diciembre de 2021 [citado 23 de junio de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1628>
14. Montes BL, Denise F. SALUD MATERNA PERINATAL. [Internet]. [citado 23 de junio de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3445/TESIS-2021>
15. Comisión de Salud y Población [Internet]. [citado 23 de junio de 2023]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rKR6ly_H3qEJ:https://www4.congreso.gob.pe/comisiones/2015/salud/index.html&hl=es-419&gl=pe
16. EPISlotoMía VERSUS DESGaRRo Revisión de las evidencias científicas [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FxQLraGudW0J:www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-97-09.pdf&hl=es-419&gl=pe>

17. [www.elsevier.com](https://www.elsevier.com/es-es/connect/induccion-al-parto-indicaciones-y-contraindicaciones) [Internet]. [citado 23 de junio de 2023]. Inducción y estimulación del parto: guía para profesionales sensibles. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/induccion-al-parto-indicaciones-y-contraindicaciones>
18. Campana DH, Académico V, Ruíz DJS, Rojas DVC, Ruiz DKC, García DML. ACTA DE SESIÓN ORDINARIA DEL CONSEJO UNIVERSITARIO DE LA UCV. [citado 23 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2022/12/4.-ACTA-CUO-30.04.2021.pdf>
19. Guía: Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles - Fisterra [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/calculo-tamano-muestral-estudios-casos-contrroles/>
20. 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)*. 17 de abril de 2022;18:17455057221091659.
21. Carvalho CCM de, Souza ASR, Moraes Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56:333-9.
22. Franco N, Ayllón S, Vallejo M. BENEFICIOS DE LA POSICIÓN VERTICAL PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Experiencia en el Hospital «Manuel A. Villarroel» de Punata, Cochabamba, Bolivia. *Revista médica (Cochabamba)*. /;19.
23. Marino Panduro LR. Parto vertical con adecuación intercultural en relación al parto horizontal en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, período mayo-agosto 2012. Universidad Nacional Hermilio Valdizán [Internet]. 2016 [citado 14 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/1777>

ANEXOS

Anexo 01:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores que determinan la práctica de episiotomía en gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo, 2023”

Fecha: ____/____/____

Personal que atendió el parto: Médico () Obstetra () Interno supervisado ()

Identificación de la puérpera:

Nº Historia clínica de la puérpera: _____

Factores Maternos y fetales:

Edad: ____ Adolescente () Joven () Adulto ()

Paridad: ____ Primípara () Multípara ()

Ponderado fetal obtenido por formula Johnson/Toshach: (AU – W) x 155

- < 2500 gr ()
- 2500 – 2999 gr ()
- 3000 – 3499 ()
- 3500 – 4000 gr ()
- > 4000 gr ()

Episiotomía actual: Si () No ()

Posición de parto: Horizontal () Vertical ()

Desgarro perineal, independiente de si se realizó o no episiotomía actual:

- Ninguno ()
- I grado ()
- II grado ()
- III grado ()
- IV grado ()

Anexo 02:



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

AUTORIZACION DE EJECUCION DE PROYECTO

La jefatura del Centro de Salud Materno Infantil Alto Trujillo - El Porvenir, **AUTORIZA** a la siguiente estudiante de la escuela de medicina de la Universidad Cesar Vallejo:

- JHAZLY PIZZELI GONZALEZ ESPINOZA.

A realizar el desarrollo del proyecto de investigación titulado "FACTORES QUE PREDISPONEN A LA PRACTICA DE EPISIOTOMIA EN GESTANTES A TERMINO EN UN CENTRO DE SALUD MATERNO PERIFERICO DE TRUJILLO, 2023", asimismo se autoriza la aplicación de instrumentos de recolección de datos para la presente investigación.

Alto Trujillo, 04 de diciembre del 2023




CALLE AGUILAR MARIA DEL ROSARIO
MEDICO CIRUJANO
D.M.N. 83979

María del Rosario Calle Aguilar
Jefa del Centro de Salud Alto Trujillo

Anexo 03: Operacionalización de variables.

VARIABLE	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo De Variable
<p>DEPENDIENTE</p> <p>Episiotomía actual</p>	<p>Técnica quirúrgica obstétrica que consiste en realizar una incisión en la región perineal con la finalidad de ampliar el orificio vaginal y facilitar la salida del producto.</p>	<p>Acto quirúrgico realizado bajo criterio del personal quien atiende el parto según las características perineales y antropométricas del feto.</p>	<p>1. Si 2. No</p>	<p>Cualitativo Nominal</p>
<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Personal de salud que atendió el parto</p>	<p>Persona que posee los conocimientos y las destrezas de guiar el trabajo de parto en todas sus fases cuidando de la integridad de la salud materna y fetal.</p>	<p>Se obtendrá la información de la atención del parto de la historia clínica materna y del libro de atención de parto de dicho centro de salud.</p>	<p>1. Médico 2. Obstetra 3. Interno supervisado</p>	<p>Cualitativa nominal</p>

<p>Edad Materna</p>	<p>Alude al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de referencia. La edad materna determina el factor de riesgo antes, durante y posterior a la gestación</p>	<p>Años cumplidos de la gestante de acuerdo con su DNI. Clasificación de edades según MINSA: Adolescente, desde 12 a 17 años 11 meses. Joven de 18 a 29 años 11 meses. Adulto de 30 a 59 años 11 meses.</p>	<p>1. Adolescente 2. Joven 3. Adulto</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>
<p>Paridad</p>	<p>Número de veces que la mujer tuvo un parto vía vaginal.</p>	<p>Número de hijos que la madre tuvo con anterioridad, registrado en el carné de control prenatal.</p>	<p>1. Primípara 2. Multípara</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Ponderado fetal previo al parto</p>	<p>Cuantificación de la masa corporal del feto que va en relación con la</p>	<p>Obtención del peso fetal en gramos a través de la fórmula de</p>	<p>1. < 2500 gr 2. 2500 – 2999gr 3. 3000 – 3499gr</p>	<p>Cuantitativa continua</p>

	<p>edad gestacional. Permite valorar su desarrollo y el peso aproximado del bebe al nacer.</p>	<p>Johnson/Tosha ch $PF=(AU-W) \times 155$ <ul style="list-style-type: none"> •W= 12, si la altura de presentación fetal es por encima de las espinas ciáticas. •W= 11, si la altura de presentación fetal es por debajo de las espinas ciáticas (III plano de Hodge). </p>	<p>4. 3500 – 3999 gr 5. > 4000 gr</p>	
<p>Posición de Parto</p>	<p>Son 2 las posiciones del parto; vertical y horizontal, siendo la primera más frecuentes en regiones andinas y amazónicas. El parto</p>	<p>Posición que adquiere la paciente al momento del parto, registrado en la historia clínica.</p>	<p>1. Vertical 2. horizontal</p>	<p>Cualitativo Nominal</p>

	<p>vertical puede ser de cuclillas, arrodillada o parada. Mientras que la posición horizontal es en decúbito supino</p>			
<p>Desgarro perineal</p>	<p>Afecciones médicas imprevistas que se producen en la fase expulsiva o en post parto inmediato que afecta el canal vaginal.</p>	<p>Valoración médica que se obtendrá a través de la visualización de la lesión del canal del parto, y de acuerdo con sus características será clasificado y anotado en la historia clínica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. I grado 3. II grado 4. III grado 5. IV grado 	<p>Cualitativo ordinal</p>



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MONTES ITURRIZAGA IVAN, 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 que predisponen a la práctica de episiotomía en gestantes a término en un centro de salud materno periférico de Trujillo, 2023", cuyo autor es GONZALEZ ESPINOZA JHAZLY PIZZELI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, 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
MONTES ITURRIZAGA IVAN DNI: 09378716 ORCID: 0000-0003-0381-8732	Firmado electrónicamente por: IVMONTESIT el 18- 12-2023 12:15:43

Código documento Trilce: TRI - 0699830