



**UNAP**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TESIS**

**FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN  
GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS “CÉSAR  
GARAYAR GARCÍA”, 2023**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**SILVIA VIRGINIA VÁSQUEZ MENDOZA**

**ASESOR:**

**MC. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ, Dr.**

**IQUITOS, PERÚ**

**2024**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN



Facultad de Medicina Humana  
"Rafael Donayre Rojas"

## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS N°009 / CGT- FMH-UNAP-2024

En la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, departamento de Loreto, a los **08 días del mes de mayo del 2024 a las 13:00 horas**, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulado "**Factores asociados al uso rutinario de episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García", 2023**", aprobada la sustentación con Resolución Decanal **N°178-2024-FMH-UNAP** de la bachiller **SILVIA VIRGINIA VASQUEZ MENDOZA**, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante **Resolución Decanal N°157-2024-FMH-UNAP:**

- |   |            |
|---|------------|
| • MC. Luis Gabriel Godoy Pérez, Dr.             | Presidente |
| • MC. Percy Amador Inga San Bartolomé, Mgtr.CE. | Miembro    |
| • MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas   | Miembro    |
| • MC. Javier Vásquez Vásquez, Dr.               | Asesor     |

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas:

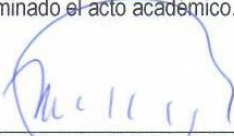
*Satisfactoriamente*


El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

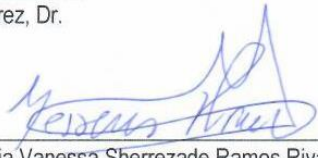
La sustentación pública de la tesis ha sido *aprobada* con la calificación de *18*

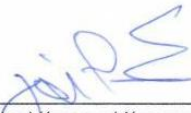
Estando la bachiller *ATO* para obtener título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las *13:27* se dio por terminado el acto académico.

  
MC. Luis Gabriel Godoy Pérez, Dr.  
**Presidente**

  
MC. Percy Amador Inga San Bartolomé, Mgtr.CE.  
**Miembro**


  
MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas  
**Miembro**

  
MC. Javier Vásquez Vásquez, Dr.  
**Asesor**

## MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR



.....  
M.C. Luis Gabriel Godoy Pérez, Dr.  
**Presidente**



.....  
M.C. Percy Amador Inga San Bartolomé, Mgtr. CE.  
**Miembro**



.....  
M.C. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas  
**Miembro**



.....  
M.C. Javier Vásquez Vásquez, Dr.  
**Asesor**

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

NOMBRE DEL TRABAJO

**FMH\_TESIS\_VASQUEZ MENDOZA.pdf**

AUTOR

**SILVIA VIRGINIA VASQUEZ MENDOZA**

RECuento DE PALABRAS

**17470 Words**

RECuento DE CARACTERES

**86764 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**66 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**674.3KB**

FECHA DE ENTREGA

**May 28, 2024 10:44 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**May 28, 2024 10:45 AM GMT-5**

### ● 12% de similitud general

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

A mis padres, por su esfuerzo y dedicación que guiaron mis pasos para llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi hermana, por su constante apoyo incondicional durante todos estos años. Sin ellos, este logro no sería posible.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres y hermana, por todo el soporte que me brindaron durante toda la carrera, apoyándome y confiando siempre en mis capacidades.

A mi asesor, el Dr. Javier Vásquez Vásquez, por sus conocimientos otorgados y paciencia durante todo el proceso de realización de esta tesis.

A mis amigos, Piero, Ingrid y Sebastian, por su apoyo constante desde el inicio hasta la culminación de este proyecto.

## ÍNDICE

	PÁGINA
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR	iii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	6
1.1. Antecedentes	16
1.2. Bases teóricas	25
1.3. Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	34
2.1. Hipótesis	34
2.2. Variables y operacionalización de variables	34
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	39
3.1. Diseño metodológico	39
3.2. Diseño muestral	39
3.3. Procedimiento de recolección de datos	41
3.4. Procesamiento y análisis estadístico	42
3.5. Aspectos éticos	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	62
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	63
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	78
1. ANEXO 1: Matriz de consistencia	78
2. ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos	79
3. ANEXO 3: Dictamen de evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la UNAP	80
4. ANEXO 4: Dictamen de evaluación del Comité de Ética del Hospital Iquitos "César Garayar García"	82
5. ANEXO 5: Juicio de expertos	83

## ÍNDICE DE TABLAS

	PÁGINA
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023	45
<b>Tabla 2.</b> Características sociodemográficas según el uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023	46
<b>Tabla 3.</b> Características obstétricas de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023	47
<b>Tabla 4.</b> Características obstétricas según el uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023	48
<b>Tabla 5.</b> Características de la episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023	50
<b>Tabla 6.</b> Características neonatales de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023	51
<b>Tabla 7.</b> Características neonatales según el uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023	52

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁGINA
Gráfico 1. Diagrama de flujo de recolección de datos de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”	44



## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar los factores asociados al uso rutinario de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023. **Métodos:** Estudio de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo. **Resultados:** La prevalencia de episiotomía fue de 67,6%, donde el 63,9% eran gestantes adolescentes (media = 19 años;  $\pm$ DE = 3,3); el 75,7% tenía educación secundaria; el 79,3% eran convivientes y el 88,8% procedía de distritos urbanos, el 78,1% tuvieron atenciones prenatales adecuadas; en el 86,4% la gestación fue a término; el 85% tuvo parto vaginal espontáneo; el 98% presentó una duración del segundo periodo del parto menor a una hora; el 9,5% presentó desgarros perineales; en el 6,5% el sangrado total del parto fue mayor o igual a 500cc. También, el 95,3% de episiotomías fueron realizadas por obstetras; el 69,8% no tenía indicación justificada para episiotomía; al 97% se le realizó episiotomía mediolateral; y el 91,7% no presentó complicaciones por episiotomía. Entre los neonatos, el 89,9% fue a término; el 92,3% tuvo peso normal al nacer; el 76,9% tuvo perímetro cefálico normal y el 97% tuvo un Apgar al primer minuto mayor o igual a 7 puntos. En el análisis de asociación, solo las atenciones prenatales y los desgarros perineales se asociaron significativamente a la episiotomía. **Conclusiones:** Se encontró una prevalencia elevada de episiotomía en mujeres nulíparas, asimismo se identificaron los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales; y se encontró asociación con las atenciones prenatales y los desgarros perineales

**Palabras clave:** Episiotomía, prevalencia, parto normal.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the factors associated with the routine use of episiotomy in nulliparous pregnant women attended at the Hospital Iquitos "César Garayar García" during the period January - December 2023. **Methods:** Observational, analytical, cross-sectional and retrospective study. **Results:** The prevalence of episiotomy was 67.6%, where 63.9% were adolescent pregnant women (mean = 19 years;  $\pm$  SD = 3.3); 75.7% had high school education; 79.3% were cohabitants and 88.8% were from urban districts. In addition, 78.1% had adequate prenatal care; in 86.4% the gestation was at term; 85% had spontaneous vaginal birth; 98% had a second stage of labor lasting less than one hour; 9.5% had perineal tears; in 6.5% the total bleeding during labor was  $\geq$ 500cc. Also, 95.3% of episiotomies were performed by obstetricians; 69.8% had no justified indication for episiotomy; 97% had mediolateral episiotomy; and 91.7% had no complications due to episiotomy. Among the neonates, 89.9% were at term; 92.3% had normal birth weight; 76.9% had normal head circumference and 97% had a first minute Apgar  $\geq$  7 points. In the association analysis, only prenatal care and perineal tears were significantly associated with episiotomy. **Conclusions:** A high prevalence of episiotomy was found in nulliparous women, sociodemographic, obstetric and neonatal factors were identified, and an association was found with prenatal care and perineal tears.

**Keywords:** Episiotomy, prevalence, natural childbirth.

## INTRODUCCIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que ha sido, y es, utilizado en diversas partes del mundo, con la finalidad de ampliar el canal de parto en situaciones que representen un riesgo inminente de desgarro de la misma registrándose prevalencias que pueden oscilar entre 19 – 26% en Brasil, 20% en Polonia, 32 – 36% en España, 41% en China, 45% en Etiopía, 71% en Rumania, 73% en Líbano y 76% en Portugal; mientras que en el Perú la prevalencia registrada en algunos estudios oscila entre 31- 80%. (6–20)

Las elevadas cifras llevaron a múltiples entidades a estar en contra del uso rutinario de este procedimiento; siendo la OMS quien recomiende que la tasa de episiotomías no debería superar el 10% en cada país. Además, se ha cuestionado el uso rutinario frente al uso selectivo, y es que en una revisión (publicada en Cochrane en el 2017) se evidenció que esta no muestra beneficios maternos ni neonatales (21-26). Sin embargo, a pesar de las recomendaciones emitidas, e incluso de observar una disminución comparado con años anteriores, aún se registran prevalencias que superan el 10%. (4,31)

De igual forma, como todo procedimiento médico – quirúrgico, en la literatura médica existen indicaciones para el uso de episiotomía, como las distocias de presentación, parto instrumentado, macrosomía fetal, sufrimiento fetal, entre otras. A pesar de esto, en algunos establecimientos de salud la episiotomía se realizaría de forma injustificada en más del 50% de partos. (1-3,32)

Además, este procedimiento se ha visto asociado a factores maternos como la edad, la primiparidad y el periodo intergenésico corto; factores relacionados al parto como las distocias de presentación, periodo expulsivo prolongado y parto

instrumental; factores relacionados al feto como macrosomía fetal, hipoxia y frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora; y otros factores como el tipo de profesional de salud que realiza este procedimiento, la edad de este profesional y el tiempo que ejerce su profesión. (4,5,13,38–41)

Respecto a las complicaciones relacionadas al procedimiento, diversos estudios han reportado los siguientes: dolor perineo, hemorragia postparto, dispareunia y disfunción sexual, incontinencia urinaria y fecal, retención urinaria, disfunción de la musculatura del periné, infección y dehiscencia de episiorrafia (42,44,47-53).

Por otro lado, en Latinoamérica, y diversas partes del mundo este procedimiento, y sus consecuencias, sin el consentimiento previo se considera un tipo de violencia obstétrica (20,59). Algunos estudios reportan que en más del 50% de mujeres se les realizó episiotomía sin su consentimiento. Todo esto generaría temor en las mujeres, y en consecuencia, el rechazo para recibir atención en hospitales y/o centros maternos. Ante esto, la OMS menciona que garantizar la salud materna no solo consiste en evitar la mortalidad materna, sino que se debe ampliar las estrategias que permitan reducir las lesiones y discapacidad materna, garantizando una experiencia positiva en el embarazo, parto y postparto. (60-63)

Por lo expuesto, el uso rutinario e injustificado de este procedimiento la convierte en una práctica perjudicial y dañina para las mujeres, constituyendo un problema de salud materna. A pesar de las recomendaciones existentes sobre el uso de la episiotomía, en Iquitos - Perú aún se observa la realización rutinaria de esta, por tal motivo, se planteó el presente trabajo de investigación con la finalidad de generar evidencia que permita contribuir en el establecimiento, pautas para su uso, y en la prevención de complicaciones a corto, mediano y largo plazo en las mujeres de nuestra región.

Finalmente, la pregunta de investigación en este estudio es:

### **Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados al uso rutinario de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general:**

Determinar los factores asociados al uso rutinario de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.

#### **Objetivos específicos:**

1. Identificar la prevalencia del uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.
2. Identificar los factores sociodemográficos (edad, grado de instrucción, estado civil y distrito de procedencia) de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.
3. Identificar los factores obstétricos (atenciones prenatales, edad gestacional, tipo de parto vaginal, duración del segundo periodo de parto, personal que realiza la episiotomía, tipo de episiotomía, indicación de episiotomía, complicaciones por episiotomía, desgarro perineal y sangrado total del parto) de las gestantes nulíparas atendidas en el

Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.

4. Identificar los factores neonatales (edad gestacional, peso al nacer, perímetro cefálico y Apgar al minuto uno) de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.
5. Relacionar el uso de episiotomía y los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.

## **Justificación**

### **Importancia:**

El presente estudio resulta relevante e importante porque el uso rutinario de la episiotomía ha sido demostrado en múltiples estudios con un enfoque principal en los factores asociados y complicaciones relacionadas al procedimiento; sin embargo, aún se observa que continúa siendo una práctica de rutina, sin la existencia de una indicación justificada y registrada en las historias clínicas, por tal motivo, el presente estudio busca generar evidencia que contribuya en la reducción de esta práctica, y si es posible, incentive a la justificación de este procedimiento (de forma obligatoria en las historias clínicas), beneficiando directamente a las mujeres de nuestra región en la mejora y preservación de la salud física, sexual – reproductiva y psicológica; e indirectamente contribuir y facilitar la búsqueda de estrategias que reduzcan y/o eliminen los costos innecesarios generados al sistema de salud por mala praxis de este procedimiento.

## **Viabilidad:**

El estudio fue viable en los siguientes aspectos: contó con los recursos humanos necesarios para su realización, siendo el investigador partícipe activo en todo el proceso de la elaboración del presente trabajo y también se encontró un número aceptable de sujetos elegibles para el estudio; en lo económico, el trabajo fue autofinanciado en su totalidad por el investigador (de esta forma se aseguró la disponibilidad de los materiales utilizados); a nivel temporal, se consiguió seguir del cronograma establecido; y en la parte ética, por la naturaleza del estudio no fue necesario el uso del consentimiento informado, pero se aseguró lo ético mediante la obtención de los permisos del comité de ética en investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y del Hospital Iquitos “César Garayar García” para el acceso a las historias clínicas, asegurándose también que los datos de las pacientes se mantengan en anonimato y no se viole ninguno de los derechos de las mismas.

## **Limitaciones**

Por ser un estudio retrospectivo y por hacer uso de historias clínicas, la principal limitación que se presentó fue la calidad de las mismas, porque muchas de éstas se encontraban incompletas y/o ilegibles y no permitían el llenado correcto del instrumento de recolección de datos (por este motivo se realizó una nueva aleatorización excluyendo estas historias). Además, otra limitación que se considera está relacionada a la fiabilidad de los datos cuantitativos requeridos en nuestro estudio (sangrado total del parto, edad gestacional pediátrica, peso y perímetro cefálico al nacer, y Apgar al primer minuto) debido al posible sesgo existente asociado a falta de certeza de que estas hayan sido tomadas correctamente por el personal encargado de la atención materna y neonatal.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Antecedentes:**

#### **Internacionales:**

En el 2022, un estudio de tipo transversal y retrospectivo realizado en Brasil, tuvo como objetivo identificar y analizar la prevalencia, tendencia y factores asociados a la realización de episiotomía en un estado brasileño aplicando una encuesta a mujeres que tuvieron hijos en los periodos 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019. De 5174 partos vaginales, en el 51,3% (n=2930) se realizó episiotomía. Los resultados de este estudio mostraron que entre el 2007 al 2019, las mujeres con 20 – 25 años de edad fueron el grupo etario con mayor prevalencia con 29,4% (n=1679), seguido del 22,8% (n=1301) con 11 – 19 años; en ambos grupos la prevalencia de episiotomía fue de 52,6% (n=883) y 66,1% (n=860) respectivamente. El 38,6% (n=2203) eran nulíparas y entre ellas, al 71,1% (n=1567) se le realizó episiotomía. Además, del 71,7% (n=4098) de mujeres con más de 6 atenciones prenatales, en el 54,9% (n=2248) se realizó episiotomía. Por otro lado, se registró que el 40,3% (n=2299) tuvieron hijos con un peso al nacer entre 3000 – 3499g, seguido del 24,2% (n=1379) con 2500 – 2999g; donde en el 55,4% (n=1273) y 50,8% (n=701) de madres, respectivamente, se realizó episiotomía. Asimismo, en las madres con hijos que pesaron más de 4000g (4,2%; n=240) al 48,8% (n=117) le realizaron episiotomía. Respecto a la prevalencia de este procedimiento según el año de estudio, observaron que para el 2007 era del 70,9% con un patrón de descenso a 60,2% (para el 2013) y 19,4% (para el 2019). Finalmente, los factores que se asociaron significativamente fueron: ser gestante adolescente, tener más de nueve años de escolaridad e ingresos económicos altos, la primiparidad, el parto vaginal en



instituciones privadas, uso de oxitocina y fórceps durante el parto, y tener un neonato con peso mayor a 4000g. Este estudio concluye que, la prevalencia de la episiotomía en un estado brasileño se redujo en 3,6 veces desde el año 2007 al 2019, y también encontraron los factores asociados a este procedimiento durante el periodo de tiempo mencionado. (7)

En el 2022, una revisión sistemática tuvo el objetivo de evaluar la prevalencia y factores asociados a la realización de episiotomía en Etiopía. En esta revisión, 10 estudios publicados entre 2015 al 2021 cumplieron con los criterios de inclusión establecidas por los autores, donde la población total era de 3718 mujeres. Los resultados de este estudio revelaron que, la episiotomía tuvo una prevalencia combinada estimada del 45,1% (IC del 95%; 37,04 – 53,18;  $p$  valor < 0,001). Por otro lado, los factores asociados fueron: la primiparidad (OR = 4,79, IC 95%: 3,03 – 7,57), el parto instrumental (OR = 4,26; IC del 95%: 2,95 – 6,14), feto macrosómico (OR = 6,71, IC 95%: 3,14 – 14,33), feto con presentación de cara (OR = 4,26; IC del 95 %: 1,21 – 15,07) y emergencias durante la segunda etapa del parto (OR = 9,31, IC 95%: 5,34 – 16,22). Este estudio concluye que en Etiopía hay una prevalencia elevada de episiotomía y también lograron determinar los factores asociados a la realización de este procedimiento. (14)

En el 2022, un estudio de tipo cohorte retrospectiva realizado en Brasil, tuvo como objetivo evaluar los factores asociados a la episiotomía mediolateral selectiva en mujeres atendidas en un hospital académico terciario entre abril del 2017 a febrero del 2019. Dentro de sus resultados, encontraron que la episiotomía mediolateral fue realizada en el 18,7% (n=517) de 2761 partos vaginales. El 88% (n=2432) de mujeres tenían menos de 35 años de edad; y

entre 2083 mujeres, el 65,9% (n=1374) tenía una edad gestacional entre 37 a 40 semanas; mientras que el 52,3% (n=1446) eran primíparas. Entre 2565 recién nacidos, el 79,4% (n=2038) presentó un perímetro cefálico mayor de 33cm; y de 2577 recién nacidos, el 2,5% (n=65) fue macrosómico. Los datos relacionados a la episiotomía revelaron que fue realizada en: el 19,2% (n=468) de mujeres menores de 35 años; el 20,7% (n=284) de mujeres con 37 – 40 semanas de edad gestacional; y en el 25,3% (n=366) de primíparas. Entre las mujeres con fetos no macrosómicos (n=2512) y macrosómicos (n=65), al 18,6% (n=468) y 23% (n=15), respectivamente, le realizaron episiotomía. Los factores de riesgo asociados fueron: una duración prolongada de la segunda etapa del parto (OR = 1,01; IC 95% 1,00 – 1,03; p valor < 0,01); el número de examinaciones vaginales entre 6 – 10 veces (OR = 2,36; IC 95% 1,50 – 3,70; p valor < 0,01), también entre 11 – 20 veces (OR = 3,29; IC 95% 1,74 – 6,20; p valor < 0,01) y la primiparidad (OR = 2,03; IC 95% 1,34 – 3,06; p valor < 0,01). Este estudio concluye que, lograron identificar los factores asociados a la episiotomía mediolateral selectiva realizada en un hospital académico terciario, donde existe mayor riesgo si las mujeres son primíparas y se les realiza más de seis examinaciones vaginales.

(6)

En el 2022, un estudio de tipo casos y controles retrospectivo realizado en Polonia, tuvo como objetivo comprobar si los factores de riesgo analizados en la literatura siguen siendo válidos, encontrar nuevos factores de riesgo para las incisiones perineales y compararlos entre mujeres polacas atendidas en un hospital de tercer nivel, entre los años 2015 a 2020, donde estaba indicada una episiotomía. Incluyeron 19 599 partos vaginales. Entre sus resultados, al 20,4% (n=4001) se le realizó episiotomía, siendo más común en el 40,6% (n=1623) de

mujeres entre 26 – 40 años de edad. Entre las mujeres primíparas, en el 71,5% (n=2859) se realizó episiotomía. Por otro lado, una pérdida sanguínea de 422cc ( $\pm$ DE: 160,8cc) fue mayor en el grupo con episiotomía (diferente a los 371,6cc reportados en el grupo control), también el peso al nacer (3487g;  $\pm$ DE: 428g) y el perímetro cefálico (34,8cm;  $\pm$ DE: 1,7cm) fueron mayores en este grupo, estando asociados significativamente. Respecto a los factores de riesgo, el riesgo de episiotomía aumentaba cuando se usaba oxitocina en la primera y segunda etapa del parto (OR = 4,59; IC 95%: 4,23 – 4,98); siendo mayor en la segunda etapa del parto (OR = 9,23; IC 95%: 7,41 – 11,5), y anestesia epidural (OR = 3,58; IC 95%: 3,32 – 3,85). Este estudio concluye que, la prevalencia de episiotomía fue elevada y los factores de riesgo analizados coinciden con los mencionados en la literatura médica. (9)

En el 2021, un estudio de tipo transversal multicéntrico realizado en China, tuvo como objetivo describir la epidemiología de la episiotomía en este país e investigar qué efectos tiene el uso selectivo de episiotomía en los resultados maternos y fetales, en el periodo de marzo del 2015 a diciembre del 2016 mediante una encuesta sobre trabajo y parto. Incluyeron 46 328 partos vaginales. Los resultados de este estudio muestran que, el 61% (n=28 284) fueron en mujeres nulíparas y el 39% (n=18 044) multíparas, realizándose episiotomía al 41,7% y 21,5% respectivamente. Además, encontraron que la episiotomía no tenía ninguna indicación clínica subyacente en más de la mitad de mujeres nulíparas y en la cuarta parte en multíparas. Los factores de riesgo asociados a este procedimiento en nulíparas fueron: la concepción con tecnología de reproducción asistida, la presencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), placenta previa, rotura prematura de membranas fetales, uso de

anestesia, la modalidad del parto, una segunda etapa prolongada del parto, sufrimiento fetal, la edad gestacional al nacer y el peso al nacer. También evidenciaron que, el uso de episiotomía mediolateral aumentaba el riesgo de laceración perineal de tercer o cuarto grado en las nulíparas (OR = 2,64; IC 95%: 1,08 – 6,48) sin beneficio en los resultados neonatales. Este estudio concluye que, la prevalencia de episiotomía fue elevada, una proporción significativa de uso injustificado de este procedimiento y el uso de episiotomía mediolateral aumenta el riesgo de lesión perineal grave en nulíparas. (12)

En el 2020, un estudio de tipo cohorte poblacional y retrospectivo realizado en Francia, tuvo como objetivo describir la tasa de episiotomía en este país entre los años 2013 – 2017 y los factores asociados a su uso en partos vaginales no operatorios. Dentro de sus resultados, incluyeron 3 069 068 partos vaginales, donde 2 602 440 eran partos vaginales no operatorios y el restante, operatorios, evidenciando el uso de episiotomía con una tasa general de 18,6% (n=569 485) y 12,9% (n=334 429) respectivamente. En el análisis por años, la tasa general de episiotomía en el 2013 era de 21,6% (n=135 894) alcanzando un 14,3% (n=84 521) en el 2017; y de forma aislada, en los partos vaginales no operatorios, observaron una tasa de 15,5% (n=82 965) y 9,3% (n=46 497) para el 2013 y 2017 respectivamente. Respecto a las mujeres nulíparas con parto vaginal no operatorio (n=934 230), el 61,2% (n=571 855) tenían una edad entre 20 – 29 años, seguido del 31,8% (n=297 028) con 30 – 39 años, mientras que el 5,6% (n=52 223) tenían menos de 20 años; además, al 23% (n=215 054) se le realizó episiotomía, siendo las mujeres con 30 – 39 años el grupo etario con mayor proporción de episiotomía con un 23,1% (n=68 733). Por otro lado, en el grupo de mujeres multíparas con parto vaginal no operatorio (n=1 668 210), solo

el 7,2% (n=119 375) tuvo episiotomía. Asimismo, entre los años de estudio, los factores de riesgo en mujeres nulíparas fueron: el uso de analgesia epidural (RR = 1,22 - 1,35), feto con frecuencia cardiaca fetal no tranquilizadora (RR = 1,33 - 1,41), la presencia de meconio en el líquido amniótico (RR = 1,10 - 1,36), la distocia de hombros (RR = 1,21 - 1,23) y feto con presentación de nalgas (RR = 1,35 - 1,54) en mujeres con 20 - 40 años, y el peso del neonato mayor a 4000g (RR = 1,14 - 1,73). En las multíparas, los factores de riesgo fueron: la presencia de un útero con cicatrices (OR = 1,97 - 4,13) y el embarazo múltiple (OR = 1,71 - 4,05) junto a los ya mencionados en nulíparas, excepto el feto con presentación de nalgas. Este estudio concluye que, en los hospitales franceses el uso generalizado de episiotomía, especialmente en los partos vaginales no operatorios, se redujo entre los años 2013 - 2017, sin embargo, también observaron que los factores de riesgo asociados a este procedimiento fueron similares en los años de estudio y no disminuyeron con el tiempo. (4)

En el 2020, un estudio de tipo observacional retrospectivo realizado en España, tuvo como objetivo determinar la frecuencia y correlación de la episiotomía con los desgarros perineales en mujeres con parto vaginal (con las siguientes características: embarazo único, a término y con presentación cefálica) atendidas en el Hospital General Universitario de Alicante en dos periodos de tiempo: 2008 - 2012 y 2013 - 2018. Incluyeron 15 714 historias clínicas. Entre sus resultados, en el primer y segundo periodo se registraron 7990 y 7724 partos, en los cuales la tasa general de episiotomía fue de 42,3% (n=3382) y 32,8% (n=2530) respectivamente; y respecto a los desgarros perineales, la tasa fue de 42,7% y 50,8% respectivamente. En este estudio, el análisis de correlación encontró que existía correlación inversa entre la

episiotomía y los desgarros perineales (valor del coeficiente:  $-0,91$ ), es decir, mientras disminuía el uso de episiotomía, aumentaba la aparición de desgarros perineales. Asimismo, encontraron que la ausencia de episiotomía constituye un factor de riesgo para la aparición de desgarros, pero de grado I y II. Por otro lado, los factores asociados a este procedimiento fueron: la edad materna mayor de 35 años, la primiparidad, la inducción del parto y uso de analgesia epidural (todos con  $p$  valor  $< 0,001$ ) y recién nacido con más de 4500g ( $p$  valor 0,019). Este estudio concluye que, la prevalencia de episiotomía aún es elevada, pero hubo una reducción de las tasas generales de episiotomía entre el primer y segundo periodo de estudio, asimismo lograron determinar los factores asociados a este procedimiento, y observaron que existe riesgo de desgarro de I y II grado en mujeres sin episiotomía. (10)

En el 2020, un estudio de tipo descriptivo y longitudinal realizado en Nigeria, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las complicaciones por episiotomía en mujeres atendidas en el Hospital Universitario de la Universidad de Port Harcourt entre marzo – agosto del 2015. Dentro de sus resultados, entre 1820 partos registrados, en el 22,1% ( $n=403$ ) se realizó episiotomía. Las mujeres con episiotomía tenían entre 20 – 30 años en el 94,8% ( $n=382$ ), el 74,9% ( $n=302$ ) y 19,1% ( $n=77$ ) eran primíparas y nulíparas, respectivamente. La prevalencia de morbilidad post episiotomía fue del 52,1% ( $n=210$ ), reportando las siguientes complicaciones tempranas con mayor frecuencia: el dolor perineal con duración mayor o igual a 72 horas y dificultad para la deambulaci3n en el 34,3% ( $n=72$ ) y 29,1% ( $n=61$ ) respectivamente. Otras complicaciones reportadas fueron la dificultad para amamantar y defecar, asimetría y sangrado perineal, infecci3n y dehiscencia de la episiorrafia. Este estudio concluye que, la prevalencia de

complicaciones asociadas a episiotomía fue elevada en las mujeres nigerianas atendidas en el hospital mencionado. (43)

En el 2020, un estudio de tipo observacional con diseño transversal realizado en Brasil, tuvo como objetivo conocer cuáles son los factores asociados a la episiotomía, utilizando datos de una investigación llamada “Nacer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento” (“Nacer en Belo Horizonte: Averiguación sobre el parto y nacimiento”), incluyendo los datos de 577 partos vaginales. Dentro de sus resultados encontraron que, la media de edad fue 26 años. El 56,6% (n=326) tenía educación secundaria, seguido del 34,7% (n=200) con primaria y el 8,7% (n=50) con universidad. Respecto a la episiotomía, esta fue realizada en el 26,3% (n=152), donde el 59,2% (n=90) tenía conocimiento que le realizarían este procedimiento. Asimismo, la comparación de los resultados entre las mujeres con y sin episiotomía mostraron que: en la edad, la media era de 26 y 24 años; en el grado de instrucción, el 28,8% (n=97) y el 70,2% (n=229) tenía educación secundaria; en la edad gestacional del recién nacido, el 26,5% (n=131) y el 73,5% (n=363) tuvo un neonato a término, seguido del 24,5% (n=12) y el 75,5% (n=37) pretérmino, respectivamente; en el peso al nacer, el 26,8% (n=138) y el 73,2% (n=377) de neonatos nacieron con un peso entre 2500 a 3999g; y en el profesional encargado de la atención fueron los médicos en el 35,6% (n=143) y 64,4% (n=259) seguido de las obstetras en el 4,1% (n=7) 95,9% (n=34). En este estudio encontraron que los factores asociados a la episiotomía fueron: ser joven, primigestas, ser atendida por un profesional médico y dar a luz al neonato en un hospital privado aumenta la probabilidad de ser sometida a episiotomía. El estudio concluye que la tasa de episiotomía fue elevada, donde

poco más de la mitad tenía conocimiento de la realización de este procedimiento, asimismo encontraron los factores asociados al procedimiento. (8)

En el 2019, un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal realizado en España, tuvo como objetivo conocer la tasa de episiotomías, factores asociados y su adecuación a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. Incluyeron a 12 443 mujeres atendidas en el Hospital Clínico Universitario Arrixaca entre de enero del 2016 a octubre del 2017. Dentro de sus resultados, el 63,7% (n=7933) fueron partos vaginales eutócicos, el 21,7% (n=2697) instrumentados y el 14,5% (n=1813) cesáreas. La tasa de episiotomías en el total de partos vaginales fue del 36,5% (n=3879) Respecto a la episiotomía realizada en partos vaginales, según la forma como inicia esta, observaron que en las de inicio espontáneo la tasa de episiotomía fue del 35,5%; un 47,2% si era inducido y 42,3% si es estimulado; existiendo una diferencia estadísticamente significativa (p valor < 0,0005). Mientras que, según la forma de finalización del parto, realizaron episiotomía al 20,6% de partos eutócicos y al 95,3% si fueron partos instrumentados. Por otro lado, según el Apgar del neonato al primer minuto, el procedimiento fue realizado en el 36,4% (n=208) de madres con hijos que puntuaron entre 0 – 3 puntos, en el 36,9% (n=45) si era 4 – 6 puntos y en el 36,5% (n=4 286) si era de 7 – 10 puntos; sin embargo, este factor no presentó significancia estadística. Los factores de riesgo asociados fueron: la edad materna menor de 35 años, el parto instrumentado y la primiparidad. Asimismo, el 5,2% (n=424) de mujeres con episiotomía presentaron desgarros perineales, donde la tendencia de los desgarros fue de segundo grado en el 43,4% (n=184), seguidos de primer grado en el 35,6% (n=151) y de tercer grado en el 19,8% (n=84); existiendo relación



estadísticamente significativa ( $p$  valor  $< 0,0005$ ) entre ambas. Este estudio concluye que, la prevalencia de este procedimiento fue elevada, asimismo, encontraron factores asociados a este, y su relación con la aparición de desgarros perineales. (11)

En el 2019, un estudio de tipo transversal multicéntrico realizado en Brasil y México, tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención del parto en maternidades de Brasil y México basándose en buenas prácticas y eventos adversos. Incluyeron las historias clínicas de 720 nacimientos registrados en dos maternidades brasileñas y 2707 de cinco maternidades mexicanas entre los años 2015 - 2016. Dentro de los resultados relacionados a la episiotomía, encontraron que solo 13,2% ( $n=7$ ) de 53 episiotomías realizadas en Brasil estuvieron justificadas para ser realizadas; mientras que, de las 823 episiotomías en México, solo el 6% ( $n=49$ ) estuvieron justificadas. En este estudio, la conclusión relacionada al uso de episiotomía es que, observaron una proporción elevada de uso injustificado, convirtiéndola en una práctica ineficaz y dañina para las mujeres. (36)

En el 2019, un estudio de tipo transversal y retrospectivo realizado en Rumania, tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de la episiotomía identificar factores asociados a esta y sugerir estrategias para reducir esta práctica en las unidades de maternidad de este país. Recopilaron los datos registrados en ocho hospitales rumanos entre septiembre a diciembre del 2013. Incluyeron el registro de 11 863 partos vaginales. Dentro de sus resultados encontraron que, la episiotomía fue realizada en el 71,4% ( $n=8475$ ) de mujeres. El 89,7% ( $n=10 645$ ) tenía más de 20 años de edad. Según la paridad, el 46% ( $n=5470$ ) eran nulíparas y se realizó este procedimiento al 92,7% ( $n=5072$ ). Además, entre las madres

con neonatos que pesaron entre 2501 – 3500g (n=8063), al 73,7% (n=5941) se le realizó episiotomía. Por otro lado, al 100% (n=45) de madres con neonatos que obtuvieron un puntaje de Apgar de 0 – 3 y al 71,5% (n=8124) de las 11 316 madres con neonatos con Apgar mayor de 7 puntos se le realizó el procedimiento. Los factores asociados fueron: la edad materna, la paridad, la edad gestacional, la prematuridad, el peso al nacer y el tipo de proveedor de atención (todos con p valor < 0,001); también la puntuación de Apgar al minuto (p valor de 0,002) y el uso de oxitocina durante el trabajo de parto (p valor de 0,003). Además, observaron que la presencia de desgarros cervicales, vaginales y labiales estuvieron relacionadas al uso de episiotomía (todos con p valor < 0,001). Este estudio concluye que, en Rumania la prevalencia de este procedimiento fue elevada y lograron identificar los factores y complicaciones asociadas al procedimiento. (15)

En el 2019, un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en Ecuador, tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la episiotomía en gestantes primigestas, con parto eutócico, a término y único atendidas en el Hospital “Luis F. Martínez” en el periodo de estudio del año 2016. Incluyeron 153 partos, dentro de sus resultados encontraron que el 85% tenía entre 15 a 25 años, y el grado de instrucción en el 85,6% era de educación básica y bachillerato. La tasa de episiotomía fue de 64,1% (n=98). Entre 108 gestantes con edad entre 18 – 35 años, al 58,3% (n=63) le realizaron episiotomía. Respecto al peso al nacer, entre 89 gestantes con neonatos de 2500 a 4000g, el 57,3% (n=51) tuvieron episiotomía, mientras que de las 64 gestantes con neonatos de más 4000g, al 73,4% (n=47) se le hizo episiotomía. Entre las 121 gestantes con neonatos con perímetro cefálico entre

32 a 36cm, 59,5% (n=72) se le realizó episiotomía; mientras que de las 32 gestantes con neonatos cuyo perímetro cefálico fue mayor a 36cm, se le realizó episiotomía al 81,2% (n=26). Además, en el 100% (n=153) de nacidos a término, al 64,1% (n=98) de madres se le realizó episiotomía. En el análisis de asociación significativa encontraron que la edad materna, el peso al nacer y el perímetro cefálico se asociaron significativamente a la episiotomía. El estudio concluye que existió una prevalencia elevada de episiotomía en el Hospital "Luis F. Martínez" de Ecuador, y lograron determinar los factores asociados a este procedimiento.

(65)

### **Nacionales:**

En el 2023, una tesis publicada de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en Huancavelica, tuvo como objetivo determinar las complicaciones en gestantes nulíparas con y sin episiotomía atendidas en el Hospital de Lircay en el año 2022. Incluyeron 125 partos vaginales. Entre sus resultados encontraron que la prevalencia de episiotomía fue de 66,4% (n=83). Respecto a los factores sociodemográficos, en el grupo con y sin episiotomía los resultados fueron, respectivamente, los siguientes: en el grupo etario, el 54,2% (n=45) y 54,8% (n=23) eran "jóvenes", seguido del 13,3% (n=11) y 9,5% (n=4) que eran "adolescentes"; respecto al grado de instrucción, en el grupo con episiotomía el 50,6% (n=42) tenía secundaria completa-incompleta y el 25,3% (n=21) primaria completa-incompleta, pero en el grupo sin episiotomía el 52,3% (n=22) tenía primaria completa-incompleta y el 26,2% (n=11) secundaria completa-incompleta; en cuanto al estado civil, en el grupo con episiotomía el 72,3% (n=60) era conviviente, seguido de las solteras con 18,1% (n=15), pero en el grupo sin episiotomía el 45,2% (n=19) eran

solteras, seguido de las casadas con 31% (n=13). Por otro lado, entre las complicaciones inmediatas reportadas en los grupos con y sin episiotomía fueron los siguientes: el dolor perineal en el 69,8% (n=58) y 40,4% (n=17), las hemorragias en el 50,6% (n=42) y 16,6% (n=7), el desgarro de primer grado en el 26,5% (n=22) y 66,6% (n=28) y el desgarro de segundo grado en el 21,6% (n=17) y 4,7% (n=2). Sin embargo, las complicaciones mediatas en ambos grupos fueron: las dehiscencias en el 54,3% (n=45) y 9,5% (n=4), infecciones en el 37,4% (n=31) y 2,3% (n=1), los hematomas 13,3% (n=11) y 14,2% (n=6) y el edema vulvar 30,2% (n=53) y 19,9% (n=8). En este estudio se concluye que la prevalencia de episiotomía fue elevada y las complicaciones inmediatas y mediatas más prevalentes en el grupo con episiotomía fueron el dolor perineal y las dehiscencias; mientras que en el grupo sin episiotomía fueron el desgarro de primer grado y el edema vulvar. (66)

En el 2022, una tesis publicada de tipo observacional, analítico, retrospectivo con modelo de casos y controles realizado en Lima, tuvo como objetivo determinar la asociación entre la paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en mujeres atendidas en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en el periodo 2019 – 2021. Incluyeron a 298 púerperas cuyo parto fue eutócico, donde 149 fueron casos y 149 controles. Dentro de sus resultados encontraron que, la edad media fue de 22 años ( $\pm$ DE: 20 – 28 años). Los factores asociados a la episiotomía: fueron la edad, nuliparidad, el tipo y número de partos previos, la presencia de desgarros perineales y los años de servicio del profesional que realiza la episiotomía. Sin embargo, en el análisis multivariado observaron que la paridad, la presencia de desgarro y los años de servicio del profesional responsable de la atención del parto se mantuvieron como factores

de riesgo independientes a la práctica de episiotomía; además, la nuliparidad otorga un riesgo de 3,7 veces más para la realización de episiotomía (OR = 4,7; IC: 2,54 – 8,94), comparado con las multíparas. Este estudio concluye que, la paridad, la presencia de desgarros perineales y los años de servicio del profesional se asociaron a la práctica de la episiotomía en mujeres atendidas en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en entre el periodo 2019 – 2021. (67)

En el 2021, una tesis publicada de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en Huancavelica; tuvo como objetivo determinar las características de la episiotomía rutinaria y restrictiva en el Centro de Salud de Huando durante el periodo 2016 – 2019. Incluyeron 183 partos del año 2016 (considerando este periodo como el de uso rutinario) y 153 del 2019 (uso restrictivo); encontrando que se realizaron episiotomías en el 31% (n=57) y 21,6% (n=33). Los resultados del grupo de episiotomía rutinaria fueron: el 61,4% (n=35) de mujeres tenía entre 10 – 19 años; el 86% (n=49) eran nulíparas; las principales indicaciones para su realización fueron el sufrimiento fetal agudo en el 24,6% (n=14) y la distocia de hombros en el 7% (n=4); en el 63,2% (n=36) el tipo de corte fue mediolateral derecha; y solo el 8,7% (n=5) presentó desgarro perineal de primer grado, seguido del 3,5% (n=2) con tercer grado; mientras que, las complicaciones por episiotomía fueron dehiscencia de la episiorrafia en el 5,3% de episiotomías, seguido del 3,5% con hematoma y el 1,8% con infección. Por otro lado, en el grupo de episiotomía restrictiva el 57,6% (n=19) tenía entre 10 – 19 años; el 96,9% (n=32) eran nulíparas; la principal indicación para la episiotomía fue el sufrimiento fetal agudo en el 8,8% (n=5), seguido de la distocia de hombros en el 7% (n=4); en el 57,6% (n=19) el tipo de corte fue mediolateral derecha; y solo el 6% (n=2) presentó desgarro perineal de primer grado, sin otro

tipo de desgarro registrado; finalmente solo una paciente (3%) de este grupo presentó infección de la episiorrafia. Este trabajo concluye que, lograron determinar las características del uso de episiotomía rutinaria y restrictiva realizadas a mujeres atendidas en el Centro de Salud de Huando. (18)

En el 2021, un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo realizado en Tacna, que tuvo como objetivo determinar la existencia de violencia obstétrica en mujeres con parto vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre agosto a noviembre del 2019. Incluyeron a 250 puérperas. Dentro de los resultados relacionados a la episiotomía, encontraron que en el 76,4% (n=191) se realizó este procedimiento, pero el 30,8% (n=77) no recibió alguna explicación sobre este procedimiento. Respecto al maltrato obstétrico, el análisis de este estudio muestra que existe desinformación y falta de consentimiento en el 85,2%, trato deshumanizado en el 90,4% y patologización y medicalización en el 99,6% (en este acápite se incluye la realización de episiotomías); asumiéndose con esto que la violencia obstétrica fue percibida por casi el 100% de las puérperas. Este estudio concluye que, existió violencia obstétrica en las mujeres con parto vaginal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de estudio mencionado, y esta violencia se manifestó al menos en una forma de conducta, acción u omisión por parte del personal de salud responsable de la atención del parto. (20)

En el 2021, un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en Huancavelica, tuvo como objetivo evaluar la presencia de complicaciones en gestantes nulíparas con y sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia. Incluyeron 145 partos vaginales. La prevalencia de episiotomía fue de 58,6% (n=85). Al comparar los factores

sociodemográficos entre los grupos con y sin episiotomía encontraron que, respectivamente: en la edad el 61,2% (n=52) y el 50% (n=30) eran “jóvenes”, seguido de las adultas con 31,8% (n=27) y 45,7% (n=28); en el grado de instrucción, el 37,6% (n=32) y el 48,3% (n=29) tenía universidad, seguido del 30,6% (n=26) y 33,3% (n=20) con secundaria; respecto al estado civil, el 57,6% (n=49) y el 61,7% (n=37) eran convivientes, seguido del 32,9% (n=28) y 21,7% (n=13) que eran solteras. Por otro lado, las complicaciones reportadas fueron: edema en el 41,4% (n=60), seguido de hemorragia con 40,7% (n=59), desgarro de primer grado 22,8% (n=33), dehiscencia 21,4% (n=31), hematoma 12,8% (n=20), infección 11,7% (n=17) y dolor perineal 7,6% (n=11). Sin embargo, al comparar el grupo de mujeres con y sin episiotomía, encontrar en el grupo con episiotomía la siguiente prevalencia: la hemorragia estuvo presente en el 47,1% (n=40), seguido de desgarro de primer grado y dehiscencia en el 32,9% (n=28), edema en el 31,8% (n=27), desgarro de segundo grado con 29,4% (n=25), infección con 18,8% (n=16), hematoma con 17,6% (n=15) y dolor perineal con 2,4% (n=2). Por otro lado, en el grupo sin episiotomía la prevalencia de complicaciones fue el siguiente: edema en el 55% (n=33), hemorragia en el 31,7% (n=19), dolor perineal con 15% (n=9), hematoma y desgarro de primer grado en el 8,3% (n=5), desgarro de segundo grado en el 6,7% (n=4), dehiscencia con 5% (n=2) e infección en el 1,7% (n=1). El estudio concluye que en el grupo con y sin episiotomía no existió diferencias significativas entre las complicaciones inmediatas y mediatas. (68)

En el 2020, una tesis publicada de tipo descriptivo, transversal y prospectivo realizado en Ayacucho; tuvo como objetivo conocer los factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas atendidas en el

Hospital de Apoyo de Huanta en el periodo de julio - setiembre del 2019. Incluyeron a 98 primigestas que dieron parto vaginal. Entre sus resultados, al 80,6% (n=79) se le realizó episiotomía, donde el 54,4% (n=43) tenían menos de 19 años y el 44,3% (n=35) tenía 20 – 35 años; el 87,3% (n=69) tuvo una gestación a término, un parto normal y un neonato con peso normal al nacer; el 98,7% (n=78) presentó el segundo periodo del parto con una duración menor a 2 horas; el 75,9% (n=60) tuvo un neonato con perímetro cefálico entre 33 – 35cm, seguido del 12,7% (n=10) con más de 35cm. En el análisis de asociación, solo la duración del segundo periodo de parto (mayor o menor de 2 horas) y el tipo de parto (eutócico o distócico) se asociaron estadísticamente a la realización de episiotomía ( $p$  valor < 0,05). Este estudio concluye que, la prevalencia de episiotomía fue elevada entre las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta y solo dos de los factores mencionados se asociaron a este procedimiento. (19)

### **Regionales:**

En el 2022, una tesis publicada de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, tuvo como objetivo determinar las complicaciones por episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de enero a marzo del 2020. Incluyeron a 100 mujeres primigestas con episiotomía. Dentro de los resultados sociodemográficos encontraron que el 61% (n=61) eran adolescentes (edad entre 14-19 años); el 70% (n=70) era conviviente; el 70% (n=70) tenía como grado de instrucción secundaria; y el 76% (n=76) era ama de casa. Por otro lado, dentro de lo obstétrico, el 88%% (n=78) tuvo una gestación a término; el 64% tuvo mayor/igual a 6 atenciones prenatales; el 96% (n=96) tuvo un parto eutócico; y el tipo de episiotomía realizada fue la



mediolateral en el 100% de pacientes. Además, relacionado a las complicaciones por episiotomía, el 33% (n=33) presentó alguna complicación, siendo más frecuente el dolor en el 72,7% (n=24), seguido del desgarramiento perineal y dehiscencia de episiorrafia, cada una con 9,1% (n=3), y hematoma en el 6,1% (n=2). Por último, el análisis de asociación no encontró significancia estadística con ninguna de las características sociodemográficas y obstétricas. Este estudio concluye que entre las gestantes nulíparas atendidas en el periodo de estudio lograron determinar las características sociodemográficas y obstétricas, asimismo las complicaciones asociadas a la episiotomía, y la ausencia de asociación estadísticas con las variables de estudio. (69)

En el 2019, una tesis publicada de tipo observacional y analítico, tuvo como objetivo determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en el periodo de enero – diciembre del 2017. Incluyeron a 252 mujeres primigestas. Dentro de los resultados encontraron que el 51,2% (n=129) tenía entre 20 – 34 años; y al 93,7% (n=236) le realizaron episiotomía. Entre las mujeres con episiotomía, el 93,2% (n=221) tenía entre 37 – 41 semanas de edad gestacional; el 93,3% (n=224) tuvo neonatos con peso al nacer entre 2500 – 3999g. Entre las mujeres con desgarramiento perineal de primer (n=15) y segundo grado (n=3), el 46,7% (n=7) y 33,3% (n=1), respectivamente, se presentaron en las mujeres con episiotomía. Por otro lado, las complicaciones inmediatas reportadas fueron: la pérdida hemática menor de 400cc (99.2%), anemia (44.1%), laceraciones (7.2%), dehiscencia (3.8%), hematoma (3.4%), la presencia de desgarramiento perineal (3.4%), la infección local (2.1%) y el edema del canal del parto (2.1%). En el análisis bivariado la presencia de laceraciones y

edema en el canal del parto, los desgarros perineales, la pérdida sanguínea mayor de 400cc y la infección de la herida operatoria se asociaron significativamente a la episiotomía. Por otro lado, también encontraron que la presencia de desgarro perineal se asoció significativamente a la presencia de laceraciones en el canal del parto, anemia materna, hematomas, edema de pared y pérdida sanguínea durante el parto. El estudio concluye que la prevalencia de episiotomía fue elevada en las mujeres primigestas atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en el periodo mencionado y también lograron identificar cuáles fueron las principales complicaciones asociadas a este procedimiento. (64)

En el 2019, un estudio de tipo experimental, transversal y retrospectivo, con el objetivo de determinar las complicaciones relacionadas a la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Amazónico ubicado en Ucayali, en todo el año 2018. Incluyeron a 180 nulíparas con episiotomía. Dentro de los resultados encontraron que el 62% (n=112) eran gestantes adolescentes, seguido de las adultas con 37% (n=67); el 64% (n=116) tenía estudios secundarios y el 22% (n=40) estudios superiores; el 69% (n=125) eran convivientes y el 27% (n=48) solteras. Por otro lado, el 67% (n=121) tuvo mayor/igual a 6 atenciones prenatales, mientras que el 91% (n=164) tuvo una gestación a término. Respecto al tipo de episiotomía, en el 96% (n=173) fue de tipo mediana, seguido del 3% (n=6) lateral y solo en el 1% (n=1) fue mediolateral. Respecto a las complicaciones inmediatas, la tasa general de desgarros perineales fue del 29% (n=52), seguido del 11% (n=20) con edema vulvar, 5% (n=9) con hematomas y 1% (n=2) con hemorragias. Entre los desgarros, el 13% (n=22) fue de primer grado seguido del 9% (n=16) segundo grado y 6% (n=10)

tercer grado. Dentro de las complicaciones mediatas, el 9% (n=17) tuvo dehiscencia de episiorrafia; y en las tardías el 7% (n=13) tuvo dispareunia. Este estudio concluye que, lograron determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y las complicaciones por episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en un hospital de la selva peruana. (70)

## **1.2. Bases teóricas:**

### **1. Episiotomía y Episiorrafia: Definición y prevalencia**

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico implementado por primera vez por Sir Fielding Ould, un médico irlandés, en su obra "Teatrise of midwifery in threeparts" en el año 1742; mientras que la episiorrafia es la reparación quirúrgica de la episiotomía (1,2,71). Este procedimiento es utilizado principalmente cuando existen situaciones que representan riesgo materno de desgarro perineal o generen compromiso del bienestar fetal, que tiene la finalidad de ampliar el canal de parto seccionando estructuras del periné en situaciones que representen un riesgo inminente de desgarro de la misma (1–3). A pesar que han pasado 300 años aproximadamente desde su implementación, y de los diversos estudios que han cuestionado el uso rutinario del mismo, este procedimiento aún reporta prevalencias que superan el 10% recomendado por la OMS, e incluso en el Perú puede superar el 50%. (5,8,9,11,12,14,17,20)



Figura 1: Representación gráfica de la episiotomía. Imagen extraída de: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dahse JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Parto vaginal. In: Williams OBSTETRICIA. 25th ed. México: McGraw Hill; 2019. p. 516–38.

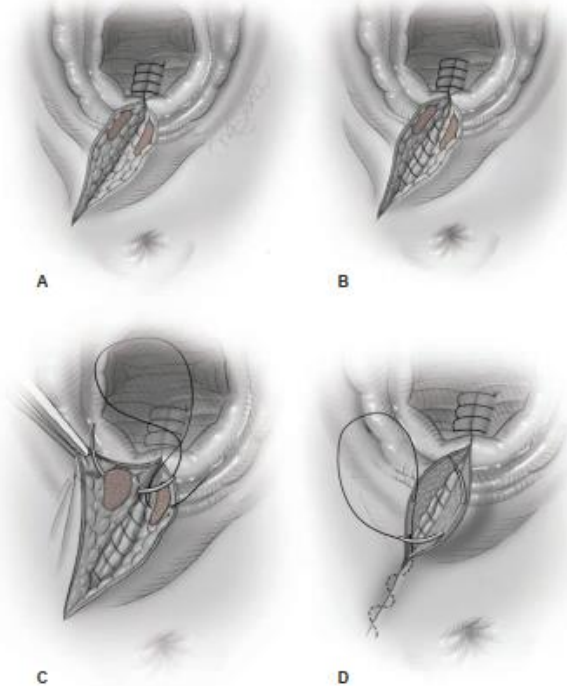


Figura 2: Representación gráfica del proceso de la episiorrafia. Imagen extraída de: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dahse JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Parto vaginal. In: Williams OBSTETRICIA. 25th ed. México: McGraw Hill; 2019. p. 516–38.

## 2. Episiotomía de rutina vs episiotomía restrictiva

Estudios publicados han cuestionado el uso rutinario de la episiotomía; uno de estos fue publicado en Cochrane en el año 2017, debido a que no evidencia beneficios maternos y neonatales; mientras que otros estudios apoyan el uso selectivo ya que ha demostrado disminuir el riesgo de

laceración perineal grave y la hemorragia postparto (26–30). Por tal motivo entidades como la OMS, el ACOG y la FIGO no recomiendan el uso rutinario de este procedimiento (21–24). Asimismo, en nuestro país, el Ministerio de Salud peruano tampoco recomienda el uso rutinario de la episiotomía (mencionado en la “Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural”) (25).

### **3. Clasificación de la episiotomía**

Está determinada según la forma y dirección que adquiere el corte (no influye si el corte es por la derecha o izquierda). En la literatura se registran siete tipos: (1–3,33,71,72)

1. Episiotomía mediana: el corte inicia en la horquilla posterior y se dirige por la línea media, atravesando el tendón central del cuerpo perineal.
2. Episiotomía mediana modificada: similar a la anterior, pero en esta se realiza dos incisiones transversales (hacia la derecha e izquierda) por encima de la localización aproximada del esfínter anal (el diametro total del corte transversal no debe superar entre 2 – 3cm).
3. Episiotomía en forma de “J”: inicia en la horquilla posterior, pero a diferencia de la episiotomía mediana, el corte se dirige lateralmente hacia la tuberosidad isquiática como referencia, creando la forma de una “J” (esta puede considerarse como un “híbrido” entre la episiotomía mediana y mediolateral).
4. Episiotomía mediolateral: inicia en la horquilla posterior y se dirige lateralmente y en sentido inferior; es el tipo de episiotomía más utilizado, siendo dirigido principalmente hacia la derecha. Está

recomendado que el ángulo que se forma debería estar entre 45 a 60 grados, esto disminuiría el riesgo de desgarro perineal de tercer y cuarto grado.

5. Episiotomía lateral: inicia a 1 – 2cm por encima de la línea media y se direcciona hacia la tuberosidad isquiática como referencia.
6. Episiotomía lateral radical (incisión de Schuchardt): este tipo de incisión inicia de forma similar a la anterior, pero el corte se extiende profundamente a un surco vaginal, curvándose inferior y lateralmente alrededor del recto.
7. Episiotomía anterior: también llamada desinfibulación, consiste en realizar la incisión en el punto anterior donde se fusionan los labios menores, sin afectar al clítoris. Este tipo de episiotomía está indicada en mujeres que presenten signos de infibulación previa (es decir, cicatrices por mutilación genital).

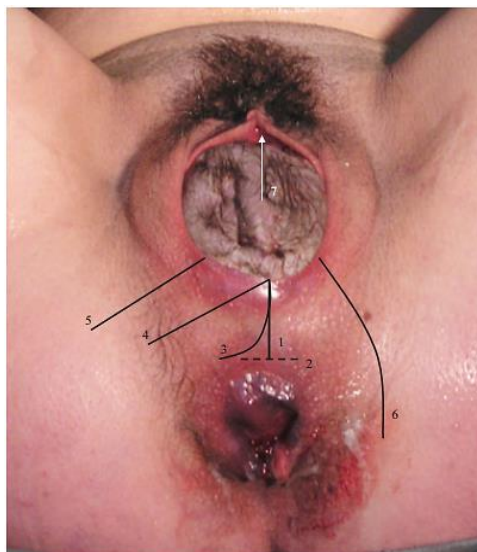


Figura 3: Representación gráfica de los tipos de episiotomía. 1) Mediana; 2) Mediana modificada; 3) En forma de "J"; 4) Mediolateral; 5) Lateral; 6) Lateral radical (incisión de Schuchardt); y 7) Anterior. Imagen extraída de: Kalis V, Laine K, De Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: Towards a standardisation of terminology. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2012;119(5):522–6

#### 4. Indicaciones, factores asociados y contraindicaciones

Según la literatura médica, como todo procedimiento médico – quirúrgico, las indicaciones recomendadas se pueden dividir en función al individuo, con la finalidad conservar el bienestar materno – fetal en situaciones con potencial perjuicio para los mismos; como los siguientes: (1–3,9,32)

MATERNO	FETAL
<ul style="list-style-type: none"><li>• Primigestas o multigestas con riesgo inminente de desgarro perineal</li><li>• Periné corto o rígido</li><li>• Parto instrumentado</li><li>• Cesareada anterior</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distocias de presentación: pelviano o cefálico deflexionado</li><li>• Prematuridad</li><li>• Macrosomía fetal</li><li>• Estado fetal no tranquilizador*</li><li>• Hipoxia fetal</li><li>• Periodo expulsivo prolongado</li></ul>

\* Se considera estado fetal no tranquilizador cuando se registran valores alterados (subóptimos) en la frecuencia cardíaca fetal, oxigenación sanguínea, y otros parámetros, que generan riesgo hipoxia celular y como consecuencia afectan la homeostasis fetal. (73,74)

Sin embargo, aunque estas indicaciones justifiquen el uso de la episiotomía, no son imperativas para la realización de la misma, quedando a criterio clínico del personal que realiza la atención del parto (1,3). Sin embargo, es importante recalcar que el uso adecuado también se vería influenciado por la técnica empleada, el tipo de episiotomía y la experiencia del profesional que lo realiza. (33–35,75)

Dentro de los factores asociados, algunos de los reportados son los siguientes: (4,5,13,38–41)

MATERNO	FETAL	OTROS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad (adolescentes)</li><li>• Primiparidad</li><li>• Periodo intergenésico corto (&lt; 2 años)</li><li>• Parto instrumentado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distocias de presentación</li><li>• Alteración del bienestar fetal</li><li>• Expulsivo prolongado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad y experiencia del profesional que atiende el parto</li></ul>

De igual forma, algunas contraindicaciones, principalmente relacionadas con la madre, son las siguientes: desgarro perineal grave establecido, presencia de condilomas perineales, edema vulvar gigante, várices vulvares grandes, eccema hiperqueratinizado. (2,3,32)

## 5. Complicaciones

En función al tiempo de aparición, las complicaciones reportadas son las siguientes:

- Inmediatas: dolor perineal, desgarros perineales y lesión del esfínter anal, hemorragia y hematoma de pared. (9,12,17,38,42–46,71)
- Mediatas: infección de la herida, dehiscencia de episiorrafia, retención o incontinencia urinaria, incontinencia fecal, disfunción sexual y dispareunia. (42,44,47–53)
- Tardías: incontinencia urinaria, disfunción de la musculatura del periné, disfunción sexual, dispareunia y fistulas urinarias. (3,42,44,47–51,54,55)

Dentro de las complicaciones más reportadas se encuentran los desgarros perineales, existiendo una clasificación en función a las estructuras perineales que afectan: (1,2,76,77)

- Desgarro grado I: compromete solo piel y la mucosa vaginal
- Desgarro grado II: compromete la musculatura (en este caso los músculos bulbo cavernoso y transversos superficiales del periné)
- Desgarro grado III: compromete el esfínter anal externo, esto se subclasifica en:
  - IIIa: afecta menos del 50% del esfínter anal externo.



- IIIb: afecta más del 50% del esfínter anal externo.
- IIIc: afecta todo el esfínter anal externo y compromete el esfínter anal interno.
- Desgarro grado IV: compromete las estructuras mencionadas previamente más la mucosa rectal

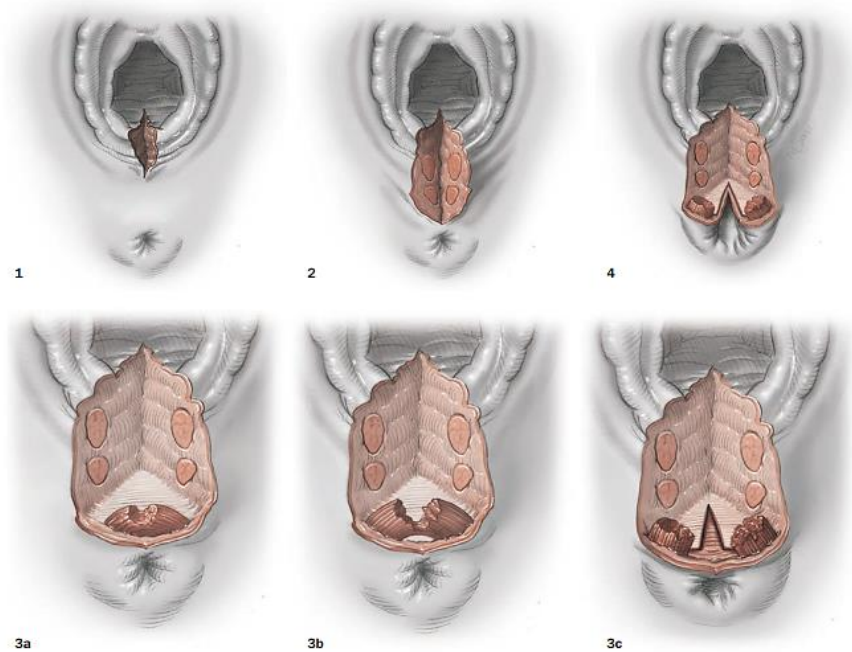


Figura 4: Representación gráfica de los desgarros perineales según el grado. Imagen extraída de: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dahse JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Parto vaginal. In: Williams OBSTETRICIA. 25th ed. México: McGraw Hill; 2019. p. 516–38.

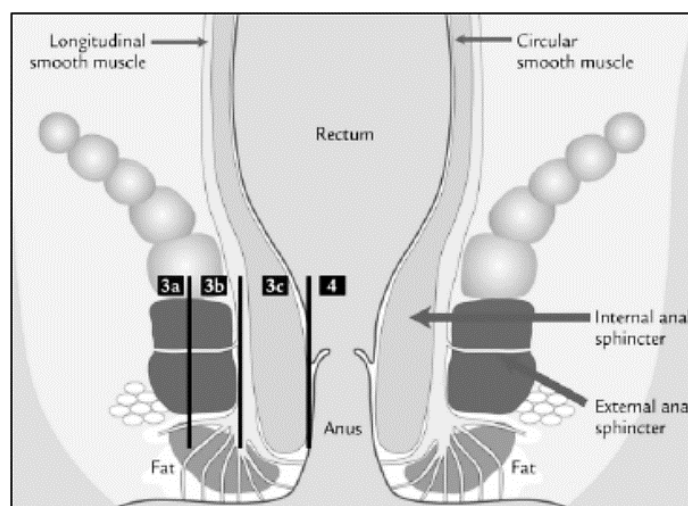


Figura 5. Representación gráfica de las estructuras afectadas en los desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Imagen extraída de: Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C, López-Herrero E. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2020;63(1):48–53.

### 1.3. Definición de términos básicos:

1. **Episiotomía:** procedimiento quirúrgico que amplía el canal del parto seccionando estructuras del periné. (1,2)
2. **Prevalencia:** Número de casos, de una enfermedad, presente en una población determinada en un periodo determinado (no diferencia casos nuevos y antiguos). (73)
3. **Atención prenatal:** Se denomina así a la vigilancia y evaluación integral de la gestante y feto, de forma periódica, con la finalidad de prevenir, diagnosticar y tratar las condiciones que puedan generar morbimortalidad materno perinatal. Se considera que una gestante está “adecuadamente controlada” si ha recibido mayor o igual a 6 atenciones prenatales. (32,73)
4. **Parto vaginal:** Nacimiento de un neonato a través del canal vaginal. Este puede ser espontáneo, inducido o quirúrgico (si existen complicaciones materno – fetales que lo justifiquen) (1,73)
5. **Paridad:** Número de hijos que ha tenido una mujer (distinto al concepto de “gravidad”, ya que este se refiere al número de gestaciones sin importar que el producto haya sido viable o no), pueden ser nulíparas o multíparas. (73)
6. **Parto normal:** Proceso de dar a luz a un neonato, donde el trabajo de parto y parto se produce sin interurrencias y sin intervención médica. (73,78)
7. **Segundo periodo del parto:** Es el período del trabajo de parto que inicia cuando el cuello uterino se ha dilatado completamente y concluye cuando se produce la salida del feto. (73,78)

- 8. Distocia de hombros:** Complicación obstétrica durante el parto, en el cual existe un retraso en la salida del feto causado por algún factor obstructivo que imposibilita la salida del (de los) hombro (s) del feto. (73,79,80)
- 9. Hemorragia postparto:** Pérdida sanguínea mayor a 500cc, o una cantidad que afecta adversamente a la fisiología materna (causa caída de la presión arterial y el hematocrito). Se divide en inmediata (en las primeras 24 horas postparto) o retrasada (después de las 24 horas del posparto). (73)
- 10. Edad gestacional:** Edad estimada desde el inicio del último periodo menstrual, aunque también puede estimarse a partir de la fecundación, el celo, el coito o la inseminación artificial. (73)
- 11. Prematuro:** Neonato nacido con una edad gestacional menor a 37 semanas. (81)
- 12. A término:** Neonato nacido con una edad gestacional entre 37 a 40 semanas. (81)
- 13. Peso al nacer:** Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. El rango normal considerado es de 2500 – 3999g, por encima se considera macrosomía y por debajo, bajo peso al nacer. (73,81)
- 14. Perímetro cefálico:** Es la medida de la cabeza, considerándose el rango normal entre 32 a 37cm. (82)
- 15. Apgar:** Puntaje que valora la adaptación extrauterina del neonato. (73)

## **CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1. Formulación de la hipótesis:**

Hipótesis alterna (H1): Existen factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al uso rutinario de la episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, durante el período enero – diciembre 2023.

### **2.2. Variables y operacionalización:**

#### **Variable dependiente:**

- Episiotomía

#### **Variable independiente:**

- Características sociodemográficas
  - Edad
  - Grado de instrucción
  - Estado civil
  - Distrito de procedencia
- Características obstétricas
  - Atención prenatal
  - Edad gestacional obstétrica
  - Tipo de parto vaginal
  - Duración del segundo periodo de parto
  - Personal de salud que realiza la episiotomía
  - Indicaciones de la episiotomía
  - Tipo de episiotomía
  - Complicaciones de la episiotomía

- Desgarro perineal
- Sangrado total del parto
- Características neonatales
  - Edad gestacional pediátrica
  - Peso al nacer
  - Perímetro cefálico
  - Apgar al primer minuto

## Operacionalización de las variables:

Variables	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores	Medio de verificación
Episiotomía	Procedimiento quirúrgico que amplía el canal del parto seccionando estructuras del periné	Cualitativo	Episiotomía	Nominal – Categórica dicotómica	No	0	Instrumento de recolección
					Si	1	
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS</b>							
Edad	Tiempo de vida de una persona, calculada desde el nacimiento hasta el periodo de referencia, expresado en días, meses o años	Cualitativo	Años	Nominal – Categórica politómica	Gestante adolescente	1	Instrumento de recolección
					Gestante adulta	2	
					Gestante añosa	3	
Grado de instrucción	Nivel educativo de una persona según los niveles alcanzados a lo largo del tiempo	Cualitativo	Nivel de estudios	Nominal – Categórica politómica	Ninguno	0	Instrumento de recolección
					Primaria	1	
					Secundaria	2	
					Superior	3	
Estado civil	Parámetro demográfico indicativo de una persona con o sin pareja, y el estado de esta	Cualitativo	Estado civil	Nominal – Categórica politómica	Soltera	1	Instrumento de recolección
					Conviviente	2	
					Casada	3	
					Divorciada	4	
					Viuda	5	
Distrito de procedencia	Ubicación geográfica catalogada como distrito del cual es originaria una persona	Cualitativo	Distrito	Nominal – Categórica dicotómica	Urbano	1	Instrumento de recolección
					Rural	2	
<b>CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS</b>							
Atención prenatal	Número de atenciones prenatales a las que acudió la gestante durante el embarazo	Cualitativo	Atenciones prenatales	Nominal – Categórica dicotómica	Inadecuado	1	Instrumento de recolección
					Adecuado	2	
Edad gestacional obstétrica	Edad en semanas calculada por el profesional de salud que atiende el parto	Cualitativo	Semanas	Nominal – Categórica politómica	Pretérmino	1	Instrumento de recolección
					A término	2	
					Postérmino	3	
Tipo de parto vaginal	Nacimiento por el canal vaginal que puede ser espontáneo, inducido o instrumental	Cualitativo	Tipo de parto	Nominal – Categórica dicotómica	Espontáneo	1	Instrumento de recolección
					Inducido	2	

Duración del segundo periodo de parto	Duración del segundo periodo del parto comprende desde la dilatación total del cuello uterino hasta la expulsión del feto	Cualitativo	Duración	Nominal – Categórica dicotómica	Menor de 1 hora	1	Instrumento de recolección
					Mayor o igual a 1 hora	2	
Personal de salud que realiza la episiotomía	Profesional responsable de realizar el procedimiento durante la atención del parto	Cualitativo	Profesional de salud	Nominal – Categórica politómica	Ginecólogo (a)	1	Instrumento de recolección
					Médico residente	2	
					Obstetra	3	
					Interno de medicina	4	
Indicación de la episiotomía	Motivo que justifica la realización del procedimiento durante el parto	Cualitativo	Motivo de episiotomía	Nominal – Categórica politómica	Interno de obstetricia	5	Instrumento de recolección
					Ninguno	0	
					Desgarro inminente	1	
					Periné corto o rígido	2	
					Parto instrumental	3	
					Parto distócico	4	
					Prematuridad	5	
					Macrosomía fetal	6	
					Frecuencia cardiaca fetal no tranquilizador	7	
					Expulsivo prolongado	8	
Otros	9						
Tipo de episiotomía	Tipo de corte realizado en el periné con la finalidad de ampliar el canal del parto	Cualitativo	Tipo de episiotomía	Nominal – Categórica politómica	Mediana	1	Instrumento de recolección
					Mediolateral derecha	2	
					Mediolateral izquierda	3	
					Otros	4	
Complicación de la episiotomía	Desenlace negativo que se produce posterior a la realización del procedimiento	Cualitativo	Complicación por episiotomía	Nominal – Categórica politómica	Dehiscencia	1	Instrumento de recolección
					Hematoma	2	
					Infección	3	
					Edema vulvar	4	
					Otros	5	
Desgarro perineal	Lesión que compromete las estructuras del periné, con o sin compromiso del ano	Cualitativo	Grado del desgarro	Nominal – Categórica politómica	Primer grado	1	Instrumento de recolección
					Segundo grado	2	
					Tercer grado	3	
					Cuarto grado	4	
Sangrado total del parto	Cuantificación del sangrado a consecuencia del parto	Cualitativo	Sangrado	Nominal – Categórica dicotómica	Menor de 500cc	1	Instrumento de recolección
					Mayor o igual a 500cc	2	
<b>CARACTERÍSTICAS NEONATALES</b>							
		Cualitativo	Semanas		Pretérmino	1	

Edad gestacional pediátrica	Edad en semanas calculada en el recién nacido según el pediatra por el método de Capurro			Nominal – Categórica politómica	Término	2	Instrumento de recolección
					Postérmino	3	
Peso al nacer	Peso del neonato clasificado según los gramos	Cualitativo	Peso	Nominal – Categórica politómica	Bajo peso	1	Instrumento de recolección
					Normal	2	
					Macrosómico	3	
Perímetro cefálico al nacer	Circunferencia medida occipito – frontal clasificado según los centímetros	Cualitativo	Perímetro cefálico	Nominal – Categórica politómica	Microcefalia	1	Instrumento de recolección
					Normal	2	
					Macrocefalia	3	
Apgar primer minuto	Puntaje de adaptación extrauterina del neonato al primer minuto de vida	Cualitativo	Puntaje de Apgar al primer minuto	Nominal – Categórica dicotómica	Menor de 7 puntos	1	Instrumento de recolección
					Mayor o igual a 7 puntos	2	



## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño metodológico:**

Este estudio es de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo por las siguientes razones:

1. Según la intervención del investigador: es observacional porque no se intervendrá en las variables de estudio.
2. Según el alcance relación causal: es analítico, por la búsqueda de asociación con los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales.
3. Según el número de mediciones de las variables: es transversal, porque las variables se medirán una vez durante la realización del estudio.
4. Según la planificación de la toma de datos: es retrospectivo, porque los datos serán recolectados de las historias clínicas registradas durante el periodo de enero a diciembre 2023.

### **3.2. Diseño muestral:**

#### **Población de estudio**

La población de estudio estuvo conformada por los 710 partos vaginales de gestantes nulíparas registrados en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.

#### **Tamaño de la población de estudio**

La muestra se estimó mediante la fórmula de población finita para obtener una muestra representativa. Para el cálculo de la muestra se optó por determinar que el valor de p (proporción a favor) será del 50%, esto debido a la no existencia de antecedentes locales previos y recientes que tengan

el enfoque general y objetivos del presente estudio; mientras que el nivel de confianza será del 95% y el margen de error de 5%. El desarrollo de la fórmula se muestra a continuación:

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times (1 - p)}{(N - 1) \times e^2 + z^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde:

N = población del estudio

z = Nivel de confianza de 95%, siendo z = 1,96

p = proporción a favor 50% = 0,5

1-p = proporción en contra 50% = 0,5

e = margen de error de 5% = 0,05

Mediante la fórmula, se reemplazaron los datos de la siguiente manera:

$$n = \frac{710 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (0.5)}{(710 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times (0.5)}$$

La muestra necesaria para este estudio será de 250 historias clínicas.

### **Muestra o selección de la muestra**

El muestreo fue de tipo probabilístico aleatorio simple, en el programa Excel 2019, posterior a la obtención de los datos (procedente del área de estadística) de todas las gestantes nulíparas atendidas por parto vaginal en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el período enero – diciembre 2023.

## **Criterios de selección**

### **Inclusión:**

1. Gestantes nulíparas atendidas por parto vaginal en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el periodo enero – diciembre 2023.
2. Gestantes nulíparas con feto único.
3. Gestantes nulíparas con historia clínica legible que contenga los datos requeridos por el estudio.

### **Exclusión:**

1. Gestantes nulíparas donde el parto vaginal terminó en cesárea en el Hospital Iquitos “César Garayar García” durante el periodo enero – diciembre 2023.
2. Parto vaginal instrumentado.

### **3.3. Procedimiento de recolección de datos:**

1. Primero se elaboró el instrumento de recolección, dividido en tres categorías: características sociodemográficas, obstétricas y neonatales (Anexo 2); posteriormente este fue evaluado por 5 jueces (todos especialistas en el área de ginecología y obstetricia) mediante un juicio de expertos (Anexo 5), siendo aprobado con un puntaje del 100%.
2. Luego de demostrar la validez del instrumento de recolección, se entregó a la oficina de estadística, una lista de 400 códigos de historias clínicas del Hospital Iquitos “César Garayar García” (aleatorizadas previamente) para realizar la revisión de las mismas. Durante este proceso, se registró cada historia clínica con su respectivo número con la finalidad de evitar la duplicidad de los datos.

3. Finalizado la recolección de los datos, estos fueron ingresados al programa Excel 2019, donde se realizó el filtro de las historias clínicas, descartándose aquellas que no cumplían los criterios de inclusión (ver Gráfico 1). A continuación, se codificaron los datos de las historias clínicas válidas según la operacionalización de las variables y la base de datos final se ingresó al programa estadístico IBM SPSS versión 22 para el respectivo análisis.

#### **3.4. Procesamiento y análisis de datos:**

El análisis estadístico realizado fue el siguiente: para las variables cualitativas, el análisis univariado se presenta con tablas descriptivas que incluyen las frecuencias absolutas y relativas. Asimismo, para las variables cuantitativas, el análisis univariado se presenta con medidas de tendencia central (media, desviación estándar e intervalo de confianza al 95%).

Por otro lado, en el análisis bivariado, para determinar la asociación entre variables se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher (en función a la aparición de datos mayor o menor a 5) según corresponda, donde se consideró significancia estadística con p valor  $< 0,05$ , el intervalo de confianza del 95% y margen de error del 5%.

#### **3.5. Aspectos éticos:**

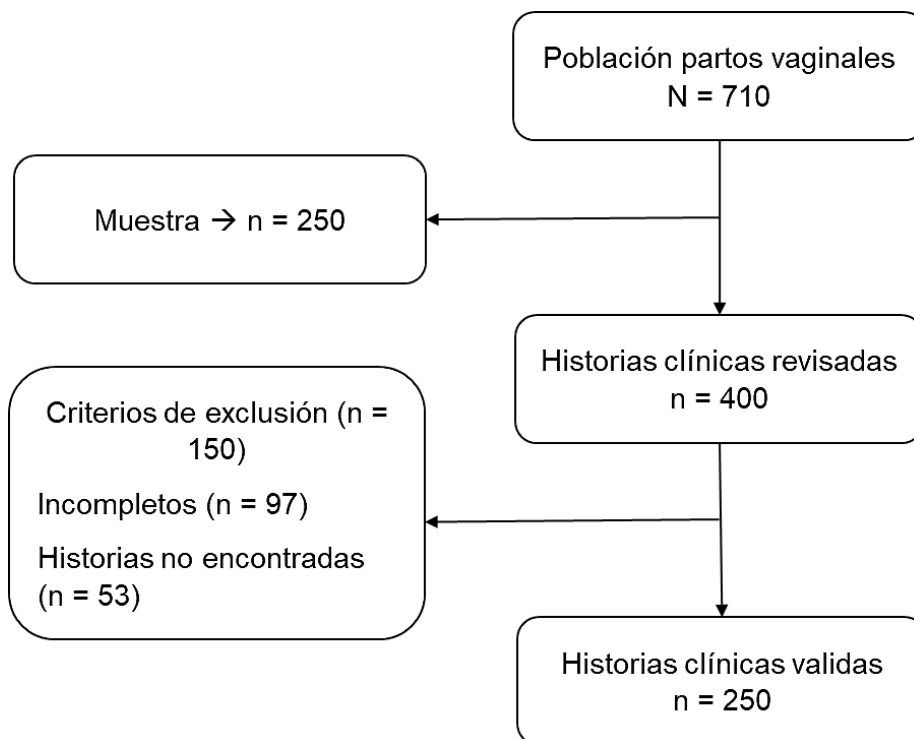
Con la finalidad de asegurar la parte ética y cumplir con los requisitos establecidos en la elaboración del presente trabajo, se solicitó y se obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Además, también se obtuvo la aprobación y los permisos correspondientes al comité de ética del Hospital

Iquitos “César Garayar García” para el acceso a las historias clínicas de este nosocomio.

Asimismo, a pesar de que el estudio no necesitó del consentimiento informado de las pacientes, debido al carácter retrospectivo del diseño metodológico, los datos fueron codificados según el número de historia clínica, sin el uso del (de los) nombre (s) y apellidos de las pacientes; siendo estos datos manejados únicamente por el investigador responsable del estudio, asegurando de esta forma la confidencialidad de los datos de las pacientes.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

**Gráfico 1. Diagrama de flujo de recolección de datos de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”**



En el gráfico 1, se observa que la población de estudio estuvo conformada por 710 gestantes nulíparas con parto vaginal, siendo 250 historias clínicas la muestra necesaria para el estudio. Se entregó una lista con el código de 400 historias clínicas, donde 150 fueron excluidas, registrándose las 250 historias necesarias para el estudio.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023**

Variables	n = 250	%
Edad materna*		
Gestante adolescente	162	64,8%
Gestante adulta	88	35,2%
Grado de instrucción		
Primaria	15	6,0%
Secundaria	194	77,6%
Superior	41	16,4%
Estado civil		
Soltera	51	20,4%
Conviviente	197	78,8%
Casada	2	0,8%
Distrito de procedencia		
Urbano	225	90,0%
Rural†	25	10,0%

Fuente: Datos extraídos de las historias clínicas registradas en el año 2023 en el Hospital Iquitos “César Garayar García”

\* Se considera “Gestante adolescente” cuando la edad materna es menor/igual a 19 años, “Gestante adulta” entre 20 a 34 años y “Gestante años” mayor/igual a 35 años

† Los distritos rurales reportados fueron: “Nauta” (4,8%), “Indiana y Tigre” (0,8% cada uno), y “Fernando Lores, Jenaro Herrera, Napo, Pastaza, Ramón Castilla, Requena, Torres Causana Yaquerana y Yurimaguas” (0,4% cada uno)

En la tabla 1, de características sociodemográficas, se muestra que, según la edad, el 64,8% (n=162) de pacientes atendidas fueron gestantes adolescentes, con una media de 19 años ( $\pm$ DE = 3,2; IC 95% = 18,3 – 19,1). Respecto al grado de instrucción, el 77,6% (n=194) tenía estudios de secundaria, seguido del 16,4% (n=41) con estudios superiores. Por otro lado, el estado civil en el 78,8% (n=197) fue de conviviente; mientras que, en el distrito de procedencia el 90% (n=225) procedía de distritos urbanos.

**Tabla 2. Características sociodemográficas según el uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023**

Variables	Episiotomía				Total		p valor†‡
	No		Sí		N = 250		
	n = 81	%	n = 169	%	N = 250	%	
Edad*							0,669
Gestante adolescente	54	66,7%	108	63,9%	162	64,8%	
Gestante adulta	27	33,3%	61	36,1%	88	35,2%	
Grado de instrucción							0,487
Primaria	5	6,2%	10	5,9%	15	6,0%	
Secundaria	66	81,5%	128	75,7%	194	77,6%	
Superior	10	12,3%	31	18,3%	41	16,4%	
Estado civil							0,187¶
Soltera	16	19,8%	35	20,7%	51	20,4%	
Conviviente	63	77,8%	134	79,3%	197	78,8%	
Casada	2	2,5%	0	0,0%	2	0,8%	
Distrito de procedencia†							0,344
Urbano	75	92,6%	150	88,8%	225	90,0%	
Rural	6	7,4%	19	11,2%	25	10,0%	

Fuente: Datos extraídos de las historias clínicas registradas en el año 2023 en el Hospital Iquitos “César Garayar García

\* Se considera “Gestante adolescente” cuando la edad materna es menor/igual a 19 años, “Gestante adulta” entre 20 a 34 años y “Gestante añosa” mayor/igual a 35 años

† Los distritos rurales reportados fueron: “Nauta” (4,8%), “Indiana y Tigre” (0,8% cada uno), y “Fernando Lores, Jenaro Herrera, Napo, Pastaza, Ramón Castilla, Requena, Torres Causana Yaquerana y Yurimaguas” (0,4% cada uno)

‡ p valor es significativo < 0,05

¶ p valor calculado con la prueba exacta de Fisher

En la tabla 2, de características sociodemográficas según el uso de episiotomía, en la edad materna más del 60% de gestantes con y sin episiotomía eran adolescentes, con una media de edad en el grupo con episiotomía de 19 años ( $\pm$ DE = 3,3; IC 95% = 18,3 – 19,2) y de 19 años ( $\pm$ DE = 3; IC 95% = 17,9 – 19,3) en el grupo sin episiotomía. Respecto al grado de instrucción, se observó que en el grupo con episiotomía el 75,7% (n=128) tenía secundaria, de igual forma en el 81,5% (n=66) del grupo sin episiotomía. En cuanto al estado civil, más del 70% de mujeres con y sin episiotomía eran convivientes, seguido del 20,7% (n=35) y 19,8% (n=16) que eran solteras. Por otro lado, según el distrito de procedencia,



el 88,8% (n=150) con episiotomía procedían de distritos urbanos. Por otro lado, en este análisis no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso de episiotomía y las características sociodemográficas.

**Tabla 3. Características obstétricas de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023**

Variables	n = 250	%
Atenciones prenatales*		
Inadecuado	65	26,0%
Adecuado	185	74,0%
Edad gestacional†		
Pretérmino	34	13,6%
A término	215	86,0%
Postérmino	1	0,4%
Tipo de parto vaginal		
Espontáneo	219	87,6%
Inducido	31	12,4%
Duración segundo periodo de parto		
Menos de 1 hora	248	99,2%
Mayor o igual a 1 hora	2	0,8%
Episiotomía		
No	81	32,4%
Si	169	67,6%
Desgarro perineal‡		
No	188	75,2%
Si	62	24,8%
Sangrado total de parto		
Menos de 500cc	234	93,6%
Mayor/Igual de 500cc	16	6,4%

Fuente: Datos extraídos de las historias clínicas registradas en el año 2023 en el Hospital Iquitos “César Garayar”

\* El número de atenciones prenatales se considera "Adecuado" cuando son mayor/igual a 6; e "Inadecuado" menor a este valor

† Según la edad gestacional se considera "Pretérmino" cuando tiene menor/igual a 36,6 semanas, "A término" entre 37 a 41,6 semanas y "Postérmino" mayor/igual a 42 semanas

‡ Los desgarros reportados fueron de: "Primer grado (18%;n=45), "Segundo grado" (5,6%;n=14) y "Tercer grado" (1,2%;n=3)

En la tabla 3, de características obstétricas, se encontró que el 74% (n=185) tenía atenciones prenatales adecuadas, con una media de 7 atenciones prenatales ( $\pm$ DE = 2; IC 95% = 6 – 7). El 86% (n=215) tenían una gestación a término, seguido del 13,6% (n=34), siendo la media de edad gestacional de 38,3 semanas ( $\pm$ DE = 1,7; IC 95% = 38,1 – 38,6). Por otro lado, el 87,6% (n=219) tuvo

un parto vaginal espontáneo, siendo la duración del segundo periodo de parto menor a una hora en el 99,2% (n=248) con una media de 14 minutos ( $\pm$ DE = 10; IC 95% = 12 – 15). En cuanto al uso de episiotomía, este procedimiento se realizó en el 67,6% (n=169) de gestantes. Respecto a la aparición de desgarro perineal, el 24,8% presentó algún tipo de desgarro, principalmente de primer grado en el 18% (n=45). El sangrado total del parto fue menor de 500cc en el 93,6% (n=234).

**Tabla 4. Características obstétricas según el uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023**

Variables	Episiotomía				Total		p valor‡
	No n = 81	%	Sí n = 169	%	N = 250	%	
Atenciones prenatales*							0,033
Inadecuado	28	34,6%	37	21,9%	65	26,0	
Adecuado	53	65,4%	132	78,1%	185	74,0	
Edad gestacional†							0,734
Pretérmino	12	14,8%	22	13,0%	34	13,6	
A término	69	85,2%	146	86,4%	215	86,0	
Postérmino	0	0,0%	1	0,6%	1	0,4	
Tipo de parto vaginal							0,669
Espontáneo	72	88,9%	147	87,0%	219	87,6	
Inducido	9	11,1%	22	13,0%	31	12,4	
Duración segundo periodo de parto							0,544¶
Menos de 1 hora	80	98,8%	168	99,4%	248	99,2	
Mayor o igual a 1 hora	1	1,2%	1	0,6%	2	0,8	
Desgarro perineal							0,000
No	35	43,2%	153	90,5%	188	75,2	
Si	46	56,8%	16	9,5%	62	62,0	
Primer grado	34	42,0%	11	6,5%	45	18,0	
Segundo grado	11	13,6%	3	1,8%	14	5,6	
Tercer grado	1	1,2%	2	1,2%	3	1,2	
Sangrado total de parto							0,919
Menos de 500cc	76	93,8%	158	93,5%	234	93,6	
Mayor/Igual de 500cc	5	6,2%	11	6,5%	16	6,4	

Fuente: Datos extraídos de las historias clínicas registradas en el año 2023 en el Hospital Iquitos “César Garayar”  
 \* El número de atenciones prenatales se considera "Adecuado" cuando son mayor/igual a 6; e "Inadecuado" menor a este valor

† Según la edad gestacional se considera "Pretérmino" cuando tiene menor/igual a 36,6 semanas, "A término" entre 37 a 41,6 semanas y "Postérmino" mayor/igual a 42 semanas

‡ p valor es significativo < 0,05

¶ p valor calculado con la prueba exacta de Fisher

En la tabla 4, de características obstétricas según el uso de episiotomía, el 78,1% (n=132) y 65,4% (n=53) de gestantes con y sin episiotomía tuvieron atenciones prenatales adecuadas, sin embargo, se observó que el grupo sin episiotomía presentó el mayor porcentaje de gestantes con atenciones prenatales inadecuadas con 34,6% (n=28) comparado el grupo con episiotomía; siendo la media 7 atenciones ( $\pm$ DE = 2; IC 95% = 6 – 7) en el grupo con episiotomía y 6 atenciones ( $\pm$ DE = 2; IC 95% = 5 – 7) en el grupo sin episiotomía. Por otro lado, más del 80% de gestantes con y sin episiotomía tenían una gestación a término, con una media de 38,4 semanas ( $\pm$ DE = 1,8; IC 95% = 38,2 – 38,7) y 38,2 semanas ( $\pm$ DE = 1,5; IC 95% = 37,9 – 38,5) respectivamente. Además, más del 85% de tuvieron parto vaginal espontáneo en ambos grupos, sin embargo, se observó que el mayor porcentaje de parto vaginales inducidos fue en el grupo de gestantes con episiotomía (13% comparado al 11% sin episiotomía). La duración del segundo periodo de parto fue menor a una hora en más del 98%, con una media de 14 minutos ( $\pm$ DE = 10,7; IC 95% = 12,5 – 17,7) con episiotomía y 12 minutos ( $\pm$ DE = 9,1; IC 95% = 10,2 – 14,2) sin episiotomía. Respecto a la aparición de desgarramiento perineal, se observó en el grupo con episiotomía que no aparecieron en el 90,5% (n=153) comparado al 43,2% (n=35) sin episiotomía, asimismo, en el grupo con episiotomía se encontró que hubo desgarramientos de primer grado solo en el 6,5% (n=11) y segundo grado en el 1,8% (n=3). En cuanto al sangrado total del parto, en ambos grupos el 93% fue menor de 500cc, sin embargo, se evidenció que el 6,5% (n=11) del grupo con episiotomía presentó el mayor porcentaje de sangrado mayor o igual a 500cc comparado al 6,2% (n=5) del grupo sin episiotomía. En este análisis se encontró asociación

estadísticamente significativa entre el uso de episiotomía con las atenciones prenatales (p valor de 0,033) y los desgarros perineales (p valor < 0,000).

**Tabla 5. Características de la episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023**

Variables	n = 169	%
Encargado de la episiotomía		
Personal entrenado	162	95,9%
Obstetra	161	95,3%
Ginecólogo (a)	1	0,6%
Personal no entrenado	7	4,2%
Médico residente ginecología	5	3,0%
Interno (a) de obstetricia	2	1,2%
Indicación de episiotomía		
Ninguno	133	78,7%
Prematuridad	17	10,1%
Estado fetal no tranquilizador	12	7,1%
Periné corto o rígido	4	2,4%
Macrosomía fetal	2	1,2%
Expulsivo prolongado	1	0,6%
Tipo de episiotomía		
Mediana	5	3,0%
Mediolateral derecha	152	89,9%
Mediolateral izquierda	12	7,1%
Complicación de episiotomía		
Ninguno	155	91,7%
Hemorragia	6	3,6%
Edema vulvar	5	3,0%
Infección	2	1,2%
Hematoma	1	0,6%

Fuente: Datos extraídos de las historias clínicas registradas en el año 2023 en el Hospital Iquitos “César Garayar”

En la tabla 5, de características de la episiotomía, se encontró que en el 95,9% (n=162) de gestantes este procedimiento fue realizado por personal entrenado, donde el 95,3 (n=161) eran obstetras; sin embargo, también se encontró que no existía alguna indicación (registrada en las historias clínicas) para este procedimiento en el 78,7% (n=133), sin embargo, dentro de las pacientes que tuvieron indicación, el 10,1% (n=17) fue por prematuridad. Por otro lado, el tipo de episiotomía utilizada fue la mediolateral en el 97% (n=164), realizándose en

el lado derecho en el 89,9% (n=152). El 91,7% (n=155) no presentaron complicaciones asociadas al procedimiento, pero la aparición de hemorragia y edema vulvar fue del 3,6% (n=6) y 3% (n=5) respectivamente.

**Tabla 6. Características neonatales de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023**

Variables	n = 250	%
Edad gestacional pediátrica*		
Pretérmino	25	10,0%
A término	225	90,0%
Peso al nacer†		
Bajo peso	21	8,4%
Normal	228	91,2%
Macrosómico	1	0,4%
Perímetro cefálico al nacer‡		
Microcefalia	57	22,8%
Normal	192	76,8%
Macrocefalia	1	0,4%
Apgar al primer minuto¶		
Menor 7 puntos	6	2,4%
Mayor/igual 7 puntos	244	97,6%

Fuente: Datos extraídos de las historias clínicas registradas en el año 2023 en el Hospital Iquitos “César Garayar”

\* Según la edad gestacional se considera "Pretérmino" cuando tiene menor/igual a 36,6 semanas, "A término" entre 37 a 41,6 semanas y "Postérmino" mayor/igual a 42 semanas

† Según el peso al nacer se considera “Bajo peso” si es menor/igual a 2499g; “Normal” entre 2500 a 3999g; “Macrosómico” mayor/igual a 4000g

‡ La clasificación del perímetro cefálico en “microcefalia”, “normal” y “macrocefalia” se realizó en función al rango establecido en las curvas de crecimiento de la OMS

¶ De los casos con Apgar al primer minuto menor de 7 puntos, el 1,2% tuvieron 6 puntos, el 1,2% restante tuvieron 0; 2 y 5 (0,4% respectivamente)

En la tabla 6, de características neonatales de los recién nacidos, el 90% (n=225) fue catalogado por el pediatra con una edad gestacional a término, siendo la media de 38,5 semanas ( $\pm$ DE = 1,4; IC 95% = 38,3 – 38,6). En cuanto al peso al nacer, el 91,2% (n=228) tuvo un peso normal seguido del 8,4% (n=21) con bajo peso, con una media de 3021,5 g ( $\pm$ DE = 389,9; IC 95% = 2972,9 – 3070). Además, en el perímetro cefálico, el 76,8% (n=192) fue normal seguido del

22,8% (n=57), siendo la media de 32,8cm ( $\pm$ DE = 1,5; IC 95% = 32,6 – 33).

Respecto al puntaje de Apgar al primer minuto, este fue mayor/igual a 7 puntos en el 97,6% (n=244).

**Tabla 7. Características neonatales según el uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023**

Variables	Episiotomía				Total		p valor**
	No		Sí		N =	%	
	n = 81	%	n = 169	%	250	%	
Edad gestacional pediátrica*							0,964
Pretérmino	8	9,9%	17	10,1%	25	10,0%	
A término	73	90,1%	152	89,9%	225	90,0%	
Peso al nacer†							0,549††
Bajo peso	9	11,1%	12	7,1%	21	8,4%	
Normal	72	88,9%	156	92,3%	228	91,2%	
Macrosómico	0	0,0%	1	0,6%	1	0,4%	
Perímetro cefálico al nacer‡							0,457††
Microcefalia	18	22,2%	39	23,1%	57	22,8%	
Normal	62	76,5%	130	76,9%	192	76,8%	
Macrocefalia	1	1,2%	0	0,0%	1	0,4%	
Apgar al primer minuto¶							0,667††
Menor 7 puntos	1	1,2%	5	3,0%	6	2,4%	
Mayor/igual 7 puntos	80	98,8%	164	97,0%	244	97,6%	

Fuente: Datos extraídos de las historias clínicas registradas en el año 2023 en el Hospital Iquitos “César Garayar”

\* Según la edad gestacional se considera "Pretérmino" cuando tiene menor/igual a 36,6 semanas, "A término" entre 37 a 41,6 semanas y "Postérmino" mayor/igual a 42 semanas

† Según el peso al nacer se considera "Bajo peso" si es menor/igual a 2499g; "Normal" entre 2500 a 3999g; "Macrosómico" mayor/igual a 4000g

‡ La clasificación del perímetro cefálico en "microcefalia", "normal" y "macrocefalia" se realizó en función al rango establecido en las curvas de crecimiento de la OMS

¶ De los casos con Apgar al primer minuto menor de 7 puntos, el 1,2% tuvieron 6 puntos, el 1,2% restante tuvieron 0; 2 y 5 (0,4% respectivamente)

\*\* p valor es significativo < 0,05

†† p valor calculado con la prueba exacta de Fisher

En la tabla 7, de características neonatales según el uso de episiotomía, el 89,9% (n=152) de gestantes con episiotomía y el 90,1% (n=73) sin episiotomía tuvieron recién nacidos catalogados como a término según la edad gestacional, con una

media de 38,5 semanas ( $\pm$ DE = 1,4; IC 95% = 38,3 – 38,7) y 38,4 semanas ( $\pm$ DE = 1,3; IC 95% = 38 – 38,7). Respecto al peso al nacer, el 92,3% (n=156) y 88,9% (n=72) de nacidos tuvieron un peso normal en el grupo con y sin episiotomía respectivamente, sin embargo, el grupo sin episiotomía presentó mayor porcentaje de bajo peso al nacer con 11,1% (n=9) comparado al 7,1% del grupo con episiotomía, asimismo se encontró que la media de peso fue 3034,7g ( $\pm$ DE = 392,9; IC 95% = 2975,1 - 3094,4) en el grupo con episiotomía y 2993,8g ( $\pm$ DE = 384,5; IC 95% = 2908,8 - 3078,9) sin episiotomía. Por otro lado, en el 76% de nacidos del grupo con y sin episiotomía tuvieron un perímetro cefálico normal, y microcefalia en el 23,1% (n=39) y 22,2% (n=18) respectivamente, encontrándose una media de 32,7cm ( $\pm$ DE = 1,4; IC 95% = 32,5 – 32,9) en el grupo con episiotomía y 32,9cm ( $\pm$ DE = 1,6; IC 95% = 32,6 - 33,2) sin episiotomía. En cuanto al puntaje de Apgar al primer minuto, más del 95% presentó un puntaje mayor/igual a 7 puntos en ambos grupos, pero se observó que el grupo con episiotomía presentó el mayor porcentaje de nacidos con puntaje menor de 7 (3% comparado con el 1,2% del grupo sin episiotomía). Finalmente, en el análisis estadístico no se encontró asociación estadísticamente significativa en el uso de episiotomía y características neonatales.

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

En el presente estudio, encontramos que según la edad materna el 64,8% eran adolescentes, similar a lo reportado por Lunasco Montes FD, 2021, en Perú, donde el 61,4% de gestantes en su estudio tenían entre 10 – 19 años (18); sin embargo, contrasta con los trabajos de Cesar JA, Marmitt LP y Mendoza-Sassi RA, 2022, en Brasil (7); y con Clesse C et al, 2020, en Francia, ya que estos autores reportaron una prevalencia del 22,8% y 5,6% de gestantes menores de 20 años, respectivamente (4). Asimismo, el grupo de gestantes adultas representó solo el 35,2%, resultado que contrasta con el 94% reportado por Clesse C et al, 2020 (4); el 89,7% por Pasc A et al, 2019, en Rumania (15); y el 51,4% por Morote Navarro, 2019, en Perú (64). Además, la media de edad encontrada fue de 19 años, similar a la media de 22 años reportado por Vásquez Delgado BP, 2022, en Perú (67); pero contrario a los 26 años reportado por Aguiar BM et al, 2020, en Brasil (8). Respecto al grado de instrucción, el principal resultado fue que el 77,6% de la población tenía secundaria y el 6% primaria, contrario al 56,6% y 34,7% reportado por Aguiar BM et al, 2020, sin embargo, la población con estudios universitarios fue del 8%, similar al 8,7% reportado por el autor en mención. (8)

En cuanto a las características sociodemográficas según el uso de episiotomía, dentro de la edad materna se encontró que el 63,9% de gestantes con episiotomía eran adolescentes, similar al 61% reportado por Gonzáles Córdova SL, 2022, en Perú (69); con el 61,2% reportado por Mendoza Vilcahuaman J., Nicole De la Cruz K., y Muñoz De la Torre R.J, 2021, en Perú (68); coincide ligeramente con el 54,4% reportado por Corzo Ayme ET y Cuadros Palomino M, 2020, en Perú (19); y también coincide con el 62% de Diaz C, 2019, en Perú(70);



pero contrastamos con el 13,3% reportado por De la Cruz Quispe KN y Perez Acuña C, 2023, en Perú (66). Por otro lado, en nuestra población, el 36,1% de gestantes adultas tuvo episiotomía, siendo este resultado similar al 31,8% reportado por Mendoza Vilcahuaman J., Nicole De la Cruz K., y Muñoz De la Torre R.J, 2021 (68); y coincide con el 37% reportado por Diaz C, 2019 (70); pero contrastamos con el 19,2% de Albuquerque RC et al, 2022, en Brasil (6). Respecto a la media de edad, en el grupo con episiotomía fue de 19 años, contrario a la media de 26 años reportado por Aguiar BM et al, 2020 (8). Respecto al grado de instrucción, el 75,7% de gestantes con episiotomía tenían estudios secundarios, similar al 70% reportado por Gonzáles Córdova SL, 2022 (69); y con el 64% del estudio de Diaz C, 2019 (70); pero contrasta con el 50,6% reportado por De la Cruz Quispe KN y Perez Acuña C, 2023 (66); también contrasta con el 30,6% de Mendoza Vilcahuaman J., Nicole De la Cruz K., y Muñoz De la Torre R.J, 2021 (68); y contrasta con el 28,8% de Aguiar BM et al, 2020 (8). En cuanto al estado civil, en nuestra población en el grupo de gestantes con episiotomía el 79,3% eran convivientes, seguido de solteras en el 20,7%, siendo este resultado similar al 72,3% y 18,1% reportado por De la Cruz Quispe KN y Perez Acuña C, 2023 (66); también con el 70% y 28% reportado por Gonzáles Córdova SL, 2022 (69); y con el 69% y 27% del estudio de Diaz C, 2019 (70); pero contrastamos con el 57,6% y 32,9% de Mendoza Vilcahuaman J., Nicole De la Cruz K., y Muñoz De la Torre R.J, 2021. (68)

Respecto a las características obstétricas, dentro del número de atenciones prenatales, en este estudio se encontró que el 74% de las gestantes tenía mayor o igual de 6 atenciones (catalogadas como adecuadas), este resultado es similar al 71,7% reportado por Cesar JA, Marmitt LP y Mendoza-Sassi RA, 2022 (7). En

cuanto al uso de episiotomía, se encontró una prevalencia elevada en el 67,6% de nuestra población, similar a los resultados reportado por los siguientes autores: el 66,4% por De la Cruz Quispe KN y Perez Acuña C, 2023 (66); el 71,1% de Cesar JA, Marmitt LP y Mendoza-Sassi RA, 2022 (7); el 71,5% de Bączek G et al, 2022, en Polonia (9); el 76,4% de Huarino-Suca SL y Choque-Chura O, 2021, en Perú (20); el 80,6% de Corzo Ayme ET y Cuadros Palomino M, 2020 (19); y con el 64,1% de Moncayo Molina LS y Moncayo Rivera CM, 2019, en Ecuador (65); sin embargo, contrasta con prevalencias muy elevadas del 93,7% y 92,7% de Morote Navarro, 2019 (64), y de Pasc A et al, 2019, respectivamente (15); de igual forma contrasta con las prevalencias menores al 50% de los siguientes autores: el 45,1% reportado por Deyaso ZF et al, 2022, en Etiopía (14); el 41,7% de Ye J et al, 2021, en China (12); el 31% de Lunasco Montes FD, 2021 (18); el 18,6% de Clesse C et al, 2020 (4); 32,8% de Roig-Marin N et al, 2020, en España (10); el 19,1% de Ononuju CN et al, 2020, en Nigeria (43); el 26,3% de Aguiar BM et al, 2020 (8); y el 36,5% de García-Lorca AI et al, 2019, en España (11). Respecto a los desgarros perineales, la tasa general fue del 24,8% en nuestra población, donde en el 18% fue de primer grado, siendo este último resultado similar al 22,8% de desgarros de primer grado reportado por Mendoza Vilcahuaman J., Nicole De la Cruz K., y Muñoz De la Torre R.J, 2021 (68); pero la tasa general contrasta con el 50,8% de Roig-Marin N et al, 2020 (10).

Respecto a las características obstétricas según el uso de episiotomía, se encontró que el 78,1% de gestantes con episiotomía tenía mayor o igual a 6 atenciones prenatales, coincidiendo ligeramente con 64% reportado por Gonzáles Córdova SL, 2022 (69); y con el 67% reportado por Diaz C, 2019 (70);

pero contrastando con el 54,9% reportado por Cesar JA, Marmitt LP y Mendoza-Sassi RA, 2022 (7). En cuanto a la edad gestacional materna, el 86,4% de mujeres con episiotomía tuvieron una gestación a término, similar al 88% reportado por Gonzáles Córdova SL, 2022 (69); también con el 87,3% reportado por Corzo Ayme ET y Cuadros Palomino M, 2020 (19); con el 93,2% de Morote Navarro, 2019 (64); y con el 91% de Diaz C, 2019 (70); sin embargo, contrasta con el 20,7% reportado por Albuquerque RC et al, 2022 (6). Además, entre las gestantes con episiotomía de nuestro estudio, en el 87% el parto vaginal fue espontáneo y en el 13% inducido, este resultado contrasta con lo reportado por García-Lorca AI et al, 2019, donde el 35,5% tuvo un parto vaginal espontaneo y el 47,2% inducido entre sus gestantes con episiotomía (11). En cuanto a la duración del segundo periodo de parto, entre las mujeres con episiotomía en nuestra población el 99,4% tuvo una duración menor a una hora, pero en función a la literatura, el 100% duró menos de 2 horas, coincidiendo con el estudio de Corzo Ayme ET y Cuadros Palomino M, 2020, donde el 98,7% de sus gestantes con episiotomía la duración del segundo periodo fue menor a 2 horas (19). Asimismo, encontramos que solo el 9,5% de mujeres con episiotomía presentaron desgarros perineales, donde el 6,5% fue de primer grado y el 1,8% de segundo grado, estos resultados son similares al el 8,7% y el 1,8% de desgarros de primer grado y segundo grado reportado por Lunasco Montes FD, 2021 (18); y coinciden ligeramente con el 13% y 9% encontrado en el estudio de Diaz C, 2019 (70); pero contrastan con lo reportado por De la Cruz Quispe KN y Perez Acuña C, 2023, donde entre las mujeres con episiotomía reportan que el 26,5% y 21,6% tuvieron desgarros de primer y segundo grado respectivamente (66); también contrasta con Mendoza Vilcahuaman J., Nicole De la Cruz K., y

Muñoz De la Torre R.J, 2021, ya que estos autores reportan una prevalencia de desgarros de primer y segundo grado del 32,9% y 29,4% respectivamente (68); de igual forma contrasta con el 35,6% y el 43,4% de primer y segundo grado reportado por García-Lorca AI et al, 2019 (11); y con el 46.7% y 33,3% de Morote Navarro, 2019. (64)

En cuanto a las características de la episiotomía, en nuestra población el procedimiento fue realizado personal entrenado en el 95,9%, siendo obstetras en el 95,3% y ginecólogos en el 0,6%, contrastando con Aguiar BM et al, 2020, ya que este autor encontró que en su población en el 4,1% y el 35,6% el procedimiento fue realizado por obstetras y médicos, respectivamente (8). Asimismo, al explorar las indicaciones para la realización de episiotomía, encontramos que el 78,7% de mujeres no tuvo ninguna indicación para la realización del procedimiento, siendo este resultado ligeramente similar a lo reportado por Ye J et al, 2021, donde más del 50% de su población no tenía indicación para episiotomía (12). Además, dentro de las indicaciones registradas en nuestro estudio, solo el 21,1% coincidía con lo mencionado en la literatura médica existente, considerándose estas como “justificadas”, resultado que coincide ligeramente con Sousa KDM et al, 2019, en Brasil, donde solo el 13,2% de episiotomías estuvieron justificadas en sedes brasileñas, pero contrasta con el mismo autor, ya que en sedes mexicanas solo el 6% estuvo justificado (36). También encontramos que la principal indicación para episiotomía fue la prematuridad en el 10,1%, contrastando con Lunasco Montes FD, 2021, ya que este autor encontró en su población que la principal indicación para realizar episiotomía fue el sufrimiento fetal agudo en el 24.6% (18). Respecto al tipo de episiotomía, en el 97% fue mediolateral, donde la mediolateral derecha fue la

más prevalente en el 89,9% de nuestra población, coincidiendo con el 100% de episiotomías mediolaterales reportado por Gonzáles Córdova SL, 2022 (69); pero contrastando con el 18,7% reportado por Albuquerque RC et al, 2022 (6); con el 63,2% de Lunasco Montes FD, 2021 (18); y se contrastamos totalmente con el 96% reportado por Diaz C, 2019, donde el principal tipo de episiotomía fue mediana (70). Relacionado a las complicaciones por episiotomía, solo 8,4% de nuestra población presentó complicaciones, siendo estas la hemorragia, el edema vulvar, la infección y hematoma con 3,6%, 3%, 1,2% y 0,6% respectivamente, contrastando con lo reportado por De la Cruz Quispe KN y Perez Acuña C, 2023, donde el 50,6% tuvo hemorragia, 30,2% edema vulvar, 37,4% infecciones y 13,3% hematomas (66); con el 33% de tasa general de complicaciones reportado por Gonzáles Córdova SL, 2022 (69); también contrasta con Mendoza Vilcahuaman J., Nicole De la Cruz K., y Muñoz De la Torre R.J, 2021, donde el 47,1% fueron hemorragia, 31,8% edema, 18,8% infecciones y 17,6% hematoma (68); y con el reporte de Diaz C, 2019, donde el edema vulvar fue del 11% (70); sin embargo, algunos resultados fueron similares a lo reportado por Lunasco Montes FD, 2021, donde solo 1,8% presentó infección y 3,5% hematoma (18); también con Morote Navarro, 2019, donde el 2,1% presentó infección y 3,4% hematoma (64); y con el 1% de hemorragias reportado por Diaz C, 2019. (70)

En cuanto a las características neonatales según episiotomía, dentro de la edad gestacional pediátrica, el 89,9% de mujeres con episiotomía tuvieron neonatos a término, resultado que contrasta con el 26,5% reportado por Aguiar BM et al, 2020 (8); y contrasta ligeramente con el 64,1% reportado por Moncayo Molina LS y Moncayo Rivera CM, 2019 (65). Además, encontramos que el 10,1% fueron

pretérminos, contrastando también con el 24,5% reportado por Aguiar BM et al, 2020 (8). Respecto al peso al nacer, el 92,3% de mujeres con episiotomía tuvieron neonatos con un peso normal, siendo similar al 87,3% reportado por Corzo Ayme ET y Cuadros Palomino M, 2020 (19); y también con el 93,3% de Morote Navarro, 2019 (64); pero contrasta con el 26,8% reportado por Aguiar BM et al, 2020 (8); con el 57,3% de Moncayo Molina LS y Moncayo Rivera CM, 2019 (65); y contrasta ligeramente con el 73,7% de Pasc A et al, 2019 (15). Asimismo, encontramos que solo el 0,6% de mujeres con episiotomía tuvo neonatos macrosómicos, este resultado contrasta con el 48,8% reportado por Cesar JA, Marmitt LP y Mendoza-Sassi RA, 2022 (7); con el 23% de Albuquerque RC et al, 2022 (6); y con el 73,4% de Moncayo Molina LS y Moncayo Rivera CM, 2019 (65). Además, también encontramos que la media de peso al nacer de los neonatos de mujeres con episiotomía fue de 3034,7g, contrastando ligeramente con los 3487g reportado por Bączek G et al, 2022 (9). Relacionado al perímetro cefálico, el 76,9% de mujeres con episiotomía tuvieron neonatos con un perímetro cefálico normal, este resultado es similar al 75,9% reportado por Corzo Ayme ET y Cuadros Palomino M, 2020 (19), pero contrasta ligeramente con el 59,5% reportado por Moncayo Molina LS y Moncayo Rivera CM, 2019 (65). Además, encontramos que la media de perímetro cefálico fue de 32,7cm en los neonatos nacidos de madres con episiotomía, contrastando ligeramente con la media de 34,7cm reportado por Bączek G et al, 2022 (9). Respecto al puntaje de Apgar al primer minuto, el 97% de mujeres con episiotomía tuvo neonatos con puntaje mayor o igual a 7 puntos, siendo este resultado contrastado con el 71,6% reportado por Pasc A et al, 2019 (15); y con el 36,5% reportado por García-Lorca AI et al, 2019. (11)

Finalmente, en el análisis de asociación, ninguna de las características sociodemográficas y neonatales se asociaron a la episiotomía, sin embargo, dentro de las características obstétricas, se encontró asociación solo con las atenciones prenatales y los desgarros perineales, siendo esta última la que coincide con los estudios, realizados en Perú, de Vásquez Delgado BP, 2022 (67); y Morote Navarro, 2019 (64). Sin embargo, dentro de lo obstétrico, nuestros resultados contrastan con otros estudios donde encontraron que la edad gestacional (Pasc A et al, 2019), la duración del segundo periodo del parto (Albuquerque RC et al, 2022; Ye J et al, 2021; y Corzo Ayme ET y Cuadros Palomino M, 2020), el tipo de parto vaginal (García-Lorca AI et al, 2019) y el sangrado del parto (Bączek G et al, 2022; y Morote Navarro, 2019) estuvieron asociados a la episiotomía. (6,9,11,12,15,19,64)

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

- Se determinó los factores asociados al uso rutinario de episiotomía entre las gestantes nulíparas atendidas entre enero a diciembre del 2023 en un hospital público de Iquitos.
- Se identificó una prevalencia elevada de episiotomía entre las gestantes nulíparas atendidas en el periodo de estudio.
- Se identificaron las características sociodemográficas, encontrándose una prevalencia elevada de gestantes adolescentes, donde a una gran proporción de las mismas se le realizó episiotomía.
- Se identificaron las características obstétricas, encontrándose una proporción elevada de gestantes nulíparas con episiotomía que no presentaba indicación registrada en la historia clínica que justificase el uso de este procedimiento.
- Se identificaron las características neonatales, sin encontrarse resultados significativos relacionados al grupo de gestantes nulíparas con episiotomía.
- Finalmente, se relacionó y comprobó la existencia de asociación estadísticamente significativa entre el uso de episiotomía, atenciones prenatales y desgarros perineales, sin existir asociación con las demás variables obstétricas, sociodemográficas y neonatales.



## **CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES**

- Se recomienda gestionar capacitaciones dirigidas al personal encargado de la atención del parto, teniendo en cuenta los factores que influyen significativamente en la práctica de episiotomía mostrados por el presente estudio y así contribuir con la reducción de gastos innecesarios relacionados a la mala praxis del procedimiento y a la aparición de complicaciones relacionadas a la misma.
- Se recomienda realizar un seguimiento regular del uso de episiotomías en el hospital, así como también proporcionar una educación prenatal completa a las gestantes, incluyendo información sobre este procedimiento y las técnicas para minimizar la necesidad del mismo, como el entrenamiento del suelo pélvico y ejercicios de preparación para el parto.
- Se recomienda al personal de salud, promover la participación en los programas de salud sexual y reproductiva, que contribuya en la reducción del embarazo adolescente y los efectos que esta produce en la salud materno – neonatal.
- Se recomienda la implementación de un consentimiento informado para la realización de episiotomía y de un nuevo formato de historia clínica obstétrica que incluya un apartado donde se registre la indicación el motivo y/o causa subyacente que lleve, al profesional encargado de la atención del parto, a justificar la realización de episiotomías en los casos que ameriten de esta.
- Se recomienda continuar con la promoción y mejora de las atenciones prenatales en las mujeres de nuestra región, con la finalidad de identificar

de forma oportuna condiciones y/o patologías neonatales que generen consecuencias negativas que afecten el desarrollo fetal y los resultados neonatales durante el parto.

- Finalmente, se recomienda a otros investigadores a utilizar los resultados del presente estudio como referencia para la implementación de políticas que ayuden a mejorar la atención del parto en las mujeres de nuestra región, permitiendo preservar la salud y reducir la morbilidad materna a corto, mediano y largo plazo.

## CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dahse JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Parto vaginal. In: Williams OBSTETRICIA. 25th ed. México: McGraw Hill; 2019. p. 516–38.
2. Vásquez J. Episiotomía y episiorrafia. In: Manual de Ginecología y Obstetricia. 5th ed. Iquitos: Tierra Nueva; 2020. p. 411–4.
3. Barjon K, Mahdy H. Episiotomy [Internet]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [cited 2023 Dec 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>
4. Clesse C, Cottenet J, Lighezzolo-Alnot J, Goueslard K, Scheffler M, Sagot P, et al. Episiotomy practices in France: epidemiology and risk factors in non-operative vaginal deliveries. *Sci Rep* [Internet]. 2020;10(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70881-7>
5. Cormier J, Merrer J, Blondel B, Le Ray C. Influence of the maternity unit and region of delivery on episiotomy practice in France: a nationwide population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102(4):438–49.
6. Albuquerque RC, Pereira GMV, Luz AG, Nóbrega MA, Lajos GJ, Brito LGO. Risk factors for mediolateral episiotomy at a tertiary hospital: a cross-sectional study. *Rev Assoc Med Bras*. 2022;68(4):463–9.
7. Cesar JA, Marmitt LP, Mendoza-Sassi RA. Episiotomy in Southern Brazil: prevalence, trend, and associated factors. *Rev Saude Publica*.

- 2022;56:1–9.
8. Aguiar BM, da Silva TPR, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, de Souza KV, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):1–6.
  9. 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.* 2022;11(15):1–14.
  10. Roig-Marin N, Quijada-Cazorla MA, Sala-Ferichola M, Palacios-Marqués A, Marín-Tordera D. Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel. *Ginecol Obs Mex.* 2020;88(3):139–45.
  11. García-Lorca AI, Viguera-Mártinez M, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón M, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019;93:16–7. Available from: [www.msc.es/resp](http://www.msc.es/resp)
  12. 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 Heal - West Pacific* [Internet]. 2021;19:100345. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100345>
  13. Woretaw E, Teshome M, Alene M. Episiotomy practice and associated factors among mothers who gave birth at public health facilities in Metema district, northwest Ethiopia. *Reprod Health* [Internet]. 2021;18(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-021->

01194-9

14. 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. *Women's Heal.* 2022;18.
15. Pasc A, Navolan D, Pușcașiu L, Ionescu CA, Szasz FA, Carabineanu A, et al. A multicenter cross-sectional study of episiotomy practice in Romania. *J Eval Clin Pract.* 2019;25(2):306–11.
16. Kaddoura R, DeJong J, Zurayk H, Kabakian T, Abbyad C, Mirza FG. Episiotomy practice in the Middle East: A Lebanese teaching tertiary care centre experience. *Women Birth [Internet].* 2019;32(2):e223–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.005>
17. Teixeira C, Lorthe E, Barros H. Time trends in episiotomy and severe perineal tears in Portugal: a nationwide register-based study. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet].* 2022;22(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05314-6>
18. Lunasco Montes FD. Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud de Huando 2016 y 2019 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021. Available from: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/6a92f501-7dd8-4768-8496-a4c490ef0478>
19. Corzo Ayme ET, Cuadros Palomino M. Factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas. Hospital de Apoyo de Huanta. Julio - Setiembre 2019 [Internet]. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2020. Available from:

<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3842>

20. Huarino-Suca SL, Choque-Chura O. Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. *Rev Médica Basadrina* [Internet]. 2021;15(3):3–10. Available from: <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.3.1151>
21. World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. 1997;24(2):121–3.
22. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. World Health Organization. 2018. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No.165: prevention and management of obstetric lacerations. *Clin Manag Guidelines Obstet Gynecol*. 2016;128(1):1–15.
24. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Management of the second stage of labor. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119:111–6.
25. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2019.
26. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2).

27. Sangkomkarn U, Kongwattanakul K, Kietpeerakool C, Thinkhamrop J, Wannasiri P, Khunpradit S, et al. Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2020;127(3):397–403.
28. Blanc-Petitjean P, Meunier G, Sibiude J, Mandelbrot L. Evaluation of a policy of restrictive episiotomy on the incidence of perineal tears among women with spontaneous vaginal delivery: A ten-year retrospective study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020;49(8).
29. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2016;38(06):301–7.
30. Gu S, Pei J, Zhou C, Zhao X, Wan S, Zhang J, et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal births in Shanghai hospitals, China: a comparison of policies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):1–12.
31. Friedman AM, Ananth C V., Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA.* 2015;313(2):197–9.
32. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guía de práctica Williams y de procedimientos en obstetricia y perinatología.* Ministerio de Salud. 2018.
33. Berzain R, Camacho terceros LA. Episiotomy: Procedure to election and no routine. *Rev Cient Cienc Med* 2014 [Internet]. 2014;17(2):53–7. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332014000200011&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332014000200011&script=sci_arttext&tlng=en)

34. Cunha CMP, Katz L, Lemos A, Amorim MM. Knowledge, Attitude and Practice of Brazilian Obstetricians Regarding Episiotomy. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2019;41(11):636–46.
35. Ali-Masri HY, Hassan SJ, Zimmo KM, Zimmo MW, Ismail KMK, Fosse E, et al. Evaluation of accuracy of episiotomy incision in a governmental maternity unit in palestine: An observational study. *Obstet Gynecol Int.* 2018;
36. Sousa KDM, Pimenta IDSF, Fernández Elorriaga M, Saturno-Hernandez PJ, Rosendo TMSS, de Freitas MR, et al. Multicentre cross-sectional study on adverse events and good practices in maternity wards in Brazil and Mexico: Same problems, different magnitude. *BMJ Open.* 2019;9(12):1–13.
37. Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barennes H, Sudaroth S, Goyet S. Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia. *Reprod Health Matters.* 2015;23(45):68–77.
38. Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hirsch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy – risk factors and outcomes. *J Matern Neonatal Med.* 2017;30(3):251–6.
39. Beyene F, Nigussie AA, Limenih SK, Tesfu AA, Wudineh KG. Factors associated with episiotomy practices in Bahirdar City, Ethiopia: A cross-sectional study. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020;13:2281–9.
40. Nagandla K, Kumar K. Prevalence of teenage pregnancy in 2015–2016 and its obstetric outcomes compared to non- teenage pregnancy at



- Hospital Tuanku Ja'afar Seremban (HTJS), Negeri Sembilan, Malaysia: A retrospective case-control study based on the national obstetric registry. *Malaysian Fam Physician*. 2020;15(2):2–9.
41. Howard DH, Hockenberry J. Physician age and the abandonment of episiotomy. *Health Serv Res*. 2019;54(3):650–7.
  42. Quoc Huy NV, Phuc An LS, Phuong LS, Tam LM. Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy in Vietnamese Women. *Sex Med*. 2019;7(4):514–21.
  43. Ononuju CN, Ogu RN, Nyengidiki TK, Onwubuariri MI, Amadi SC, Ezeaku EC. Review of episiotomy and the effect of its risk factors on postepisiotomy complications at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Niger Med J*. 2020;61(2):96.
  44. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwgant D, Abalos E, et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Heal*. 2023;(23):1–14.
  45. Muraca GM, Liu S, Sabr Y, Lisonkova S, Skoll A, Brant R, et al. Episiotomy use among vaginal deliveries and the association with anal sphincter injury: A population-based retrospective cohort study. *CMAJ*. 2019;191(42):E1149–58.
  46. Borovac-Pinheiro A, Ribeiro FM, Pacagnella RC. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage and its Severe Forms with Blood Loss Evaluated Objectively - A Prospective Cohort Study. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2021;43(2):113–8.

47. Fanshawe AM, De Jonge A, Ginter N, Takács L, Dahlen HG, Swertz MA, et al. The Impact of Mode of Birth, and Episiotomy, on Postpartum Sexual Function in the Medium- and Longer-Term: An Integrative Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023.
48. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalencia y caracterización de los factores asociados a dispareunia en mujeres con antecedente de parto vaginal o cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021;86(5):435–43.
49. Maroyi R, Mwambali N, Moureau MK, Keyser LE, McKinney JL, Brown HW, et al. Prevalence of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in the Democratic Republic of Congo. *Int Urogynecol J*. 2021;32(7):1883–8.
50. Alghamdi AA, Alyousif GF, Alghamdi RL, Almulhim FA, Alsadah HM, Almutawaa JM, et al. The prevalence of urinary incontinence symptoms among multiparous women: a survey of Saudi health-care centers. *Int Urogynecol J*. 2021;32(2):403–11.
51. Liu X, Wang Q, Chen Y, Luo J, Wan Y. Factors Associated with Stress Urinary Incontinence and Williams of Rectus Abdominis in Women at 6-8 Weeks Postpartum. *Urogynecology*. 2023;29(10):844–50.
52. Cao D, Rao L, Yuan J, Zhang D, Lu B. Prevalence and risk factors of overt postpartum urinary retention among primiparous women after vaginal delivery: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):26.
53. Kawasoe I, Kataoka Y. Prevalence and risk factors for postpartum urinary

- retention after vaginal delivery in Japan: A case-control study. *Jpn J Nurs Sci.* 2020;17(2):e12293.
54. Lima CTS, Brito GA, Karbage SAL, Bilhar APM, Grande AJ, Carvalho FHC, et al. Pelvic floor ultrasound finds after episiotomy and severe perineal tear: systematic review and meta-analysis. *J Matern Neonatal Med.* 2020;35(12):2375–86.
55. Min L, Xudong D, Qiubo L, Pingping L, Yuhan L, Guifang Z, et al. Two year follow-up and comparison of pelvic floor muscle electromyography after first vaginal delivery with and without episiotomy and its correlation with urinary incontinence: A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023;102(2):200–8.
56. Espinosa-García CM, Rivera-Medina ER, Rodríguez-Colorado ES, Ramírez-Isarraraz C, Gorbea-Chávez V, Granados-Martínez V. Fascitis necrosante genital posterior a parto instrumentado: reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(7):488–97.
57. Prasad I, Sinha S, Singh S, Agarwal M, Asiya A. A Catastrophic Outcome of Ineffectual Episiotomy Causing Acquired Vaginal Atresia: A Case Report. *Cureus.* 2023;15(5):e39574.
58. Yarandi F, Aghili M, Ramhormozian S, Shirali E. Endocervical adenocarcinoma implantation in episiotomy scar: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2023;17(1):1–6.
59. Laínez Valiente NG, Martínez Guerra GÁ, Portillo Najarro DA, Alvarenga Menéndez AF, Véliz Flores AM. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta.* 2023;6(1):70–

- 7.
60. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med.* 2015;12(6):1–32.
61. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet.* 2019;394(10210):1750–63.
62. Ababor S, Birhanu Z, Defar A, Amenu K, Dibaba A, Araraso D, et al. Socio-cultural Beliefs and Practices Influencing Institutional Delivery Service Utilization in Three Communities of Ethiopia: A Qualitative Study. *Ethiop J Health Sci.* 2019;29(3):343–52.
63. World Health Organization (WHO). Maternal health [Internet]. World Health Organization. [cited 2023 Dec 14]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1)
64. Morote Navarro ME. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en primigestas en trabajo de parto, en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en el año 2017 [Internet]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2019. Available from: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/6412>
65. Moncayo Molina LS, Moncayo Rivera CM. Prevalencia y factores de riesgo asociados a episiotomía en mujeres primigestas atendidas en el hospital “Luis F. Martínez”, año 2016. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2019;79(1):4–10.

66. De la Cruz Quispe KN, Perez Acuña C. Complicaciones en nulíparas con episiotomía y sin episiotomía en el Hospital de Lircay, 2022 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2023. Available from: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/5104>
67. Vásquez Delgado BP. Paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en el periodo 2019 – 2021 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2022. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5367>
68. Mendoza Vilcahuaman J, De la Cruz KN, Muñoz De la Torre RJ. Complicaciones en nulíparas con episiotomía y sin episiotomía en el hospital Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica. *Llamkasun*. 2021;2:21–28.
69. Gonzáles Córdova SL. Episiotomía en primíparas atendidas en el hospital regional de Loreto enero - marzo 2020 [Internet]. Universidad Científica del Perú; 2022. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.14503/1628>
70. Diaz Ruiz CY. Complicaciones de las pacientes nulíparas con episiotomía atendidas en el hospital amazónico periodo 2018 [Internet]. Universidad Alas Peruanas; 2019. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/8006>
71. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: history, present and future – a review. *J Matern Neonatal Med*. 2022;35(7):1386–91.
72. Kalis V, Laine K, De Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: Towards a standardisation of terminology. *BJOG An Int J*

- Obstet Gynaecol. 2012;119(5):522–6.
73. DeCS – Descriptores em Ciências da Saúde [Internet]. [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/es/>
  74. Godoy Villamil PC, Acuña Pradilla C, Caicedo Goyeneche AP, Rosas Pabón D, Paba Rojas SP. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. Soc Ginecologica del Uruguay. 2022;60(1):47–70.
  75. Fodstad K, Laine K, Staff AC. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: An observational study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2013;24(5):865–72.
  76. Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C, López-Herrero E. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. Progresos Obstet y Ginecol. 2020;63(1):48–53.
  77. Sultan AH. Editorial: Obstetrical perineal injury and anal incontinence. Clin Risk. 1999;5(6):193–6.
  78. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dahse JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Parto normal. In: Williams OBSTETRICIA. 25th ed. México: McGraw Hill; 2019. p. 421–40.
  79. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dahse JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Trabajo de parto anómalo. In: Williams OBSTETRICIA. 25th ed. México: McGraw Hill; 2019. p. 441–56.
  80. Vásquez J. Distocia de hombros. In: Manual de Ginecología y Obstetricia. 5th ed. Iquitos: Tierra Nueva; 2020. p. 294–6.
  81. Gomella TL, Eyal FG, Bany-Mohammed F. Newborn Physical

Examination. In: Gomella's neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases and drugs. 8th ed. McGraw Hill; 2020. p. 42–58.

82. Gomella TL, Eyal FG, Bany-Mohammed F. Gestational Age and Birthweight Classification. In: Gomella's neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases and drugs. 8th ed. McGraw Hill; 2020. p. 59–91.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Preguntas de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio	Instrumento de recolección
<p>FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", 2023</p>	<p>¿Cuáles son los factores asociados al uso rutinario de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023?</p>	<p><b><u>Objetivo general:</u></b></p> <p>Determinar los factores asociados al uso rutinario de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023</p> <p><b><u>Objetivo específico</u></b></p> <p>Identificar la prevalencia del uso de episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023.</p> <p>Identificar los factores sociodemográficos (edad, grado de instrucción, estado civil y distrito de procedencia) de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023.</p> <p>Identificar los factores obstétricos (atenciones prenatales, edad gestacional, tipo de parto vaginal, duración del segundo periodo de parto, personal que realiza la episiotomía, tipo de episiotomía, indicación de episiotomía, complicaciones por episiotomía, desgarro perineal y sangrado total del parto) de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023.</p> <p>Identificar los factores neonatales (edad gestacional, peso al nacer, perímetro cefálico y Apgar al minuto uno) de las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023.</p> <p>Relacionar el uso de episiotomía y los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales en las gestantes nulíparas con episiotomía atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023.</p>	<p>Hipótesis nula (H0): No existen factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al uso rutinario de la episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García", durante el período enero – diciembre 2023.</p> <p>Hipótesis alterna (H1): Existen factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al uso rutinario de la episiotomía en las gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García", durante el período enero – diciembre 2023</p>	<p>Tipo: Cuantitativo</p> <p>Diseño: Observacional, analítico, transversal y retrospectivo</p>	<p><b><u>Población de estudio</u></b></p> <p>La población de estudio estuvo conformada por los 710 partos vaginales de gestantes nulíparas registrados en el Hospital Iquitos "César Garayar García" durante el período enero – diciembre 2023.</p> <p><b><u>Tamaño de la población de estudio</u></b></p> <p>La muestra necesaria para este estudio fue de 250 historias clínicas.</p> <p>Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.</p>	<p>Instrumento de recolección de datos con dimensiones sociodemográficas, obstétricas y neonatales</p>



## ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	
CARACTERÍSTICAS MATERNAS	
SOCIODEMOGRÁFICAS	OBSTÉTRICAS
<p>1. Edad: _____ años</p> <p>2. Grado de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria (____) _____</li> <li>• Secundaria (____) _____</li> <li>• Universitario (____) _____</li> <li>• Técnico (____) _____</li> </ul> <p>3. Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera (____)</li> <li>• Conviviente (____)</li> <li>• Casada (____)</li> <li>• Divorciada (____)</li> <li>• Viuda (____)</li> </ul> <p>4. Distrito de procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punchana (____)</li> <li>• Iquitos (____)</li> <li>• Belén (____)</li> <li>• San Juan (____)</li> <li>• Otros (____)</li> </ul> <p>Especificar: _____</p>	<p>1. Atenciones prenatales: _____</p> <p>2. Edad gestacional: _____ semanas</p> <p>3. Tipo de parto vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espontáneo (____)</li> <li>• Inducido (____)</li> <li>• Instrumental (____)</li> <li>• Especificar : _____</li> </ul> <p>4. Duración 2do periodo de parto: _____</p> <p>5. Episiotomía: No (____) / Si (____)</p> <p>6. Personal que realiza la episiotomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ginecólogo (a) (____)</li> <li>• Médico residente (____)</li> <li>• Obstetra (____)</li> <li>• Interno de medicina (____)</li> <li>• Interno de obstetricia (____)</li> </ul> <p>7. Tipo: _____</p> <p>8. Indicación de episiotomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno (____)</li> <li>• Desgarro inminente (____)</li> <li>• Periné corto o rígido (____)</li> <li>• Parto instrumentado (____)</li> <li>• Parto distócico (____)</li> <li>• Prematuridad (____)</li> <li>• Macrosomía fetal (____)</li> <li>• Estado fetal no tranquilizador (____)</li> <li>• Expulsivo prolongado (____)</li> <li>• Otros (____)</li> </ul> <p>Especificar: _____</p> <p>9. Complicación por episiotomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehiscencia (____)</li> <li>• Hematoma (____)</li> <li>• Infección (____)</li> <li>• Otros (____)</li> </ul> <p>Especificar : _____</p> <p>10. Desgarro perineal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No (____)</li> <li>• Si (____)</li> </ul> <p>Grado : _____</p> <p>11. Sangrado total: _____ ml</p>
CARACTERÍSTICAS NEONATALES	
1. Edad gestacional pediátrica	: _____ semanas
2. Peso al nacer	: _____ gramos
3. Perímetro cefálico	: _____ cm
4. Apgar 1'	: _____ puntos

## ANEXO 3: Dictamen de evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la UNAP



**UNAP**

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE  
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN-(CIEI)**

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

### DICTAMEN DE EVALUACIÓN N° 027-2024-CIEI-VRINV-UNAP

Iquitos, 7 de marzo de 2024

Bachiller **SILVIA VIRGINIA VÁSQUEZ MENDOZA**  
Investigadora Tesista – Facultad de Medicina Humana

TÍTULO DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN: "**FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA", 2023**"; recepcionado el 27 de febrero de 2024.

Código asignado por el Comité:

Le informo que el proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité obteniendo los resultados que se describen a continuación:



	N° Y FECHA VERSIÓN	DECISIÓN
PROTOCOLO	PI-027-07/03/24-CIEI-UNAP	(1)
CONSENTIMIENTO INFORMADO	-----	-----

Se concluye que:

Ha sido **APROBADO SIN MODIFICACIONES EN EL PROTOCOLO (1)**.

Este protocolo tiene vigencia del 07/03/2024 hasta 07/09/2024, por un periodo de 6 meses.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (CIEI-UNAP), un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

El Comité dispone de un formato estándar que podrá usarse al efecto, ubíquenos al correo electrónico: [comite\\_etica@unapiquitos.edu.pe](mailto:comite_etica@unapiquitos.edu.pe).

#### OBSERVACIONES AL PROTOCOLO

1. El Plan de Investigación, titulado: "**FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA", 2023**"; fue Aprobado sin Modificación en el Protocolo con valoración (1), sin ninguna observación.



**UNAP**

Universidad Nacional de la Amazonia Peruana

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE  
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN-(CIEI)**


#### OBSERVACIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. No aplicable al Plan de Investigación, titulado: "**FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA", 2023**"; por tratarse de un estudio de revisión de Historias Clínicas no requiere de un consentimiento informado, respeta la confidencialidad de los sujetos de investigación.

#### CONCLUSIÓN

- Los Miembros del CIEI-UNAP manifiestan no tener conflictos de interés en evaluar el estudio.
- Procede la **ejecución de la investigación**.

Atentamente,

  
**HERMANN FEDERICO SILVA DELGADO**  
Presidente  
Comité Institucional de Ética en Investigación – UNAP



#### Nota:

- La Tasa por Servicio de Evaluación del CIEI-UNAP, se realizó por cien y uno con 00/100 soles (S/. 101.00) con el Voucher N° 0974319, efectuado en el Banco de la Nación.

C.c.: Interesada, Archivo.

lfh/eth

---

Calle Nauta N° 555, Distrito de Iquitos – Provincia de Maynas – Departamento de Loreto  
<http://www.unapiquitos.edu.pe> – E mail: [comite\\_etica@unapiquitos.edu.pe](mailto:comite_etica@unapiquitos.edu.pe)  
**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

## ANEXO 4: Dictamen de evaluación del Comité de Ética del Hospital Iquitos “César Garayar García”



*"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"*

### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACION

#### CONSTANCIA N° 002-CIEI-HICGG-2024

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” Certifica que el Proyecto de Investigación, señalado a continuación, fue APROBADO para CONTINUAR el estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON BAJO RIESGO, visto el resumen y los objetivos del proyecto de investigación, se detalla los siguientes datos:

**Título del Proyecto:** “Factores Asociados al Uso Rutinario de Episiotomía en Gestantes Nulíparas Atendidas en el Hospital Iquitos “César Garayar García”, 2023”.

**Código de Inscripción:** 002-ID-COMITÉ DE ÉTICA HICGG – 2024.

**Modalidad de Investigación:** Extra Institucional.

**Investigador Principal:** Silvia Virginia Vásquez Mendoza  
Bachiller en Medicina

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El Investigador alcanzará un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (1 año calendario) hasta el 14 de marzo 2025. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 14 de marzo del 2024.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
Hospital Iquitos “César Garayar García”  
  
CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES  
PRESIDENTE  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

## ANEXO 5: Juicio de expertos

### PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS

TESISTA : Bachiller de medicina Silvia Virginia Vásquez Mendoza

ASESORES : Dr. Javier Vásquez Vásquez

Estimado y respetable profesional, tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitarle participar como Juez Experto en la evaluación del instrumento que hace parte de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", 2023". Se adjunta el resumen del estudio y el instrumento de recolección. Su evaluación resulta importante para validar el instrumento, y de esta forma los resultados sean fiables y utilizados eficientemente. De antemano, muchas gracias por su apoyo.

NOMBRE Y APELLIDO DEL JUEZ EXPERTO : Loenzo Reategui Dávila  
 PROFESIÓN : Especialista en Gineco Obstetricia  
 AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL : 11 años  
 CARGO ACTUAL : Médico asistencial.

Marcar con una "X" la casilla que usted considere conveniente. En el caso de tener observaciones se solicita escribirlas en el cuadro de "observaciones". Gracias.

INDICADORES	CRITERIOS	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
1. FUNCIONALIDAD	El instrumento posee las preguntas que responden los objetivos.					X	
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados en conductas observables y relaciones medibles.					X	
3. ORGANIZACIÓN	El orden de los ítems es adecuado.					X	
4. CLARIDAD	Posee un lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X	
5. SUFICIENCIA	Los ítems propuestos son suficientes para medir las variables.					X	
6. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica y tiene una base teórica científica que lo respalda.					X	
7. COHERENCIA	Existe coherencia entre el los objetivos, el problema y la hipótesis.					X	
8. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación.					X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X	
SUMATORIA PARCIAL						45	
SUMATORIA TOTAL						45	

RESULTADO DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X)

APLICABLE AL CORREGIR ( )

NO APLICABLE ( )

  
 Loenzo Reategui Dávila  
 MEDICO GINECOLOGO - E.M.P. 4117  
 HOSPITAL APOPO IQUITOS

Sello y firma

PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS

TESISTA : Bachiller de medicina Silvia Virginia Vásquez Mendoza

ASESORES : Dr. Javier Vásquez Vásquez

Estimado y respetable profesional, tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitarle participar como Juez Experto en la evaluación del instrumento que hace parte de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", 2023". Se adjunta el resumen del estudio y el instrumento de recolección. Su evaluación resulta importante para validar el instrumento, y de esta forma los resultados sean fiables y utilizados eficientemente. De antemano, muchas gracias por su apoyo.

NOMBRE Y APELLIDO DEL JUEZ EXPERTO : Frank Josue Carrión Jurado.

PROFESIÓN : Especialista en Gineco Obstetricia

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL : 7 años

CARGO ACTUAL : Médico asistencial

✓ Marcar con una "X" la casilla que usted considere conveniente. En el caso de tener observaciones se solicita escribirlas en el cuadro de "observaciones". Gracias.

INDICADORES	CRITERIOS	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
1. FUNCIONALIDAD	El instrumento posee las preguntas que responden los objetivos.					X	
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados en conductas observables y relaciones medibles.					X	
3. ORGANIZACIÓN	El orden de los ítems es adecuado.					X	
4. CLARIDAD	Posee un lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X	
5. SUFICIENCIA	Los ítems propuestos son suficientes para medir las variables.					X	
6. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica y tiene una base teórica científica que lo respalda.					X	
7. COHERENCIA	Existe coherencia entre el los objetivos, el problema y la hipótesis.					X	
8. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación.					X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X	
SUMATORIA PARCIAL						45	
SUMATORIA TOTAL						45	

RESULTADO DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X)      APLICABLE AL CORREGIR ( )      NO APLICABLE ( )

  
 Frank Josue Carrión Jurado  
 Ginecólogo - Obstetra  
 CVP. 54000 - RNE. 35940

Sello y firma

PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS

TESISTA : Bachiller de medicina Silvia Virginia Vásquez Mendoza

ASESORES : Dr. Javier Vásquez Vásquez

Estimado y respetable profesional, tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitarle participar como Juez Experto en la evaluación del instrumento que hace parte de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", 2023". Se adjunta el resumen del estudio y el instrumento de recolección. Su evaluación resulta importante para validar el instrumento, y de esta forma los resultados sean fiables y utilizados eficientemente. De antemano, muchas gracias por su apoyo.

NOMBRE Y APELLIDO DEL JUEZ EXPERTO : Gabriela Miluzca Moran Dioses.

PROFESIÓN : Especialista en Gineco Obstetricia

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL : 2 años

CARGO ACTUAL : Médico asistencial.


Marcar con una "X" la casilla que usted considere conveniente. En el caso de tener observaciones se solicita escribirlas en el cuadro de "observaciones". Gracias.

INDICADORES	CRITERIOS	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
1. FUNCIONALIDAD	El instrumento posee las preguntas que responden los objetivos.					X	
2. OBJETIVIDAD	Los items están expresados en conductas observables y relaciones medibles.					X	
3. ORGANIZACIÓN	El orden de los items es adecuado.					X	
4. CLARIDAD	Posee un lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X	
5. SUFICIENCIA	Los items propuestos son suficientes para medir las variables.					X	
6. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica y tiene una base teórica científica que lo respalda.					X	
7. COHERENCIA	Existe coherencia entre el los objetivos, el problema y la hipótesis.					X	
8. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación.					X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X	
SUMATORIA PARCIAL						45	
SUMATORIA TOTAL						45	

RESULTADO DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X)

APLICABLE AL CORREGIR ( )

NO APLICABLE ( )

  
 Gabriela Miluzca Moran Dioses  
 Ginecología y Obstetricia  
 C.M.P. 54953 - R.N.E. 04201

Sello y firma

**PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS**

**TESISTA** : Bachiller de medicina Silvia Virginia Vásquez Mendoza

**ASESORES** : Dr. Javier Vásquez Vásquez

Estimado y respetable profesional, tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitarle participar como Juez Experto en la evaluación del instrumento que hace parte de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", 2023". Se adjunta el resumen del estudio y el instrumento de recolección. Su evaluación resulta importante para validar el instrumento, y de esta forma los resultados sean fiables y utilizados eficientemente. De antemano, muchas gracias por su apoyo.

**NOMBRE Y APELLIDO DEL JUEZ EXPERTO** : Omar Ronald Párrache Navarro  
**PROFESIÓN** : Especialista en Gineco-obstetricia  
**AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL** : 10 años  
**CARGO ACTUAL** : Médico asistencial

Marcar con una "X" la casilla que usted considere conveniente. En el caso de tener observaciones se solicita escribirlas en el cuadro de "observaciones". Gracias.

INDICADORES	CRITERIOS	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
1. FUNCIONALIDAD	El instrumento posee las preguntas que responden los objetivos.					X	
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados en conductas observables y relaciones medibles.					X	
3. ORGANIZACIÓN	El orden de los ítems es adecuado.					X	
4. CLARIDAD	Posee un lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X	
5. SUFICIENCIA	Los ítems propuestos son suficientes para medir las variables:					X	
6. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica y tiene una base teórica científica que lo respalda.					X	
7. COHERENCIA	Existe coherencia entre el los objetivos, el problema y la hipótesis.					X	
8. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación.					X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X	
SUMATORIA PARCIAL						45	
SUMATORIA TOTAL						45	

RESULTADO DE APLICABILIDAD: APLICABLE ( X )

APLICABLE AL CORREGIR ( )

NO APLICABLE ( )



M. OMAR RONALD PARRACHE NAVARRO  
 GINECO-OBSTETRA  
 C.O.P. 6748



**PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS**

**TESISTA** : Bachiller de medicina Silvia Virginia Vásquez Mendoza

**ASESORES** : Dr. Javier Vásquez Vásquez

Estimado y respetable profesional, tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitarle participar como Juez Experto en la evaluación del instrumento que hace parte de la tesis titulada **"FACTORES ASOCIADOS AL USO RUTINARIO DE EPISIOTOMÍA EN GESTANTES NULÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", 2023"**. Se adjunta el resumen del estudio y el instrumento de recolección. Su evaluación resulta importante para validar el instrumento, y de esta forma los resultados sean fiables y utilizados eficientemente. De antemano, muchas gracias por su apoyo.

**NOMBRE Y APELLIDO DEL JUEZ EXPERTO** : OSWIN CUDER FERNÁNDEZ CAMPOS

**PROFESIÓN** : MEDICO GINECO-OBSTETRA

**AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL** : 11 años

**CARGO ACTUAL** : MEDICO DISTENSIONAL

Marcar con una "X" la casilla que usted considere conveniente. En el caso de tener observaciones se solicita escribirlas en el cuadro de "observaciones". Gracias.

INDICADORES	CRITERIOS	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
1. FUNCIONALIDAD	El instrumento posee las preguntas que responden los objetivos.					✓	
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados en conductas observables y relaciones medibles.					✓	
3. ORGANIZACIÓN	El orden de los ítems es adecuado.					✓	
4. CLARIDAD	Posee un lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					✓	
5. SUFICIENCIA	Los ítems propuestos son suficientes para medir las variables.					✓	
6. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica y tiene una base teórica científica que lo respalda.					✓	
7. COHERENCIA	Existe coherencia entre el los objetivos, el problema y la hipótesis.					✓	
8. PERTINENCIA	El instrumento es útil y adecuado para la investigación.					✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					✓	
SUMATORIA PARCIAL						45	
SUMATORIA TOTAL						45	

RESULTADO DE APLICABILIDAD: APLICABLE (X)      APLICABLE AL CORREGIR ( )      NO APLICABLE ( )

  
Dr. Oswin C. Fernández Campos  
 Ginecología y Obstetricia  
 C.M.P. 48008    R.M.P. 41435

Sello y firma