

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE  
EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN  
PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO  
DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. JUDITH KATHERIN QUIROZ MAMANI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRA**

**JULIACA – PERÚ**

**2025**

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE  
EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN  
PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO  
DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. JUDITH KATHERIN QUIROZ MAMANI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRA**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

**:**

  
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

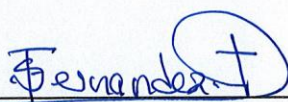
**PRIMER MIEMBRO**

**:**

  
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**SEGUNDO MIEMBRO**

**:**

  
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**ASESOR DE TESIS**

**:**

  
Dra. Cs. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**:**

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 1024 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 31 de octubre del 2025

### VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 7837 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024**

### CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: OBSTETRA del (la) bachiller: **QUIROZ MAMANI JUDITH KATHERIN** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- \* **1er. Miembro** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. Cs. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : LUES 03 DE NOVIEMBRE DEL 2025  
**HORA** : 14:00 HORAS  
**LOCAL** : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



**DISTRIBUCION:**  
- Jurados (3)  
- Interesado (1)  
- Asesor de Tesis (1)  
- Archivo FCS 2025(1)



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 729-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

**VISTOS:** Exp. 2025-CU-3647 presentada por el(la) egresado (a) QUIROZ MAMANI JUDITH KATHERIN quien ha solicitado cambio del Primer Miembro y asesor de la propuesta de Investigación conducente para optar el título profesional de: OBSTETRA

**CONSIDERANDO:** Que, según Resolución Decanal N° 729-2025-D-FCS-UANCV se aprueba de la propuesta de Tesis: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024 Teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- \* **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
  
- \* **Asesor** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el Oficio N° 212-2025-UI-FCS-UANCV-J solicitando la emisión de la resolución de cambio del Asesor por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** APROBAR el CAMBIO del PRIMER MIEMBRO y ASESOR designados a el (la) egresado (a) QUIROZ MAMANI JUDITH KATHERIN para la revisión del borrador de tesis titulado: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024 para optar al Título Profesional de OBSTETRA debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- \* **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- \* **1er. Miembro** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
  
- \* **Asesor** : Dra. Cs. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

\* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

DISTRIBUCIÓN  
Jurados,  
EP Obstetricia





# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 634 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 30 de julio del 2025

### VISTOS:

El Informe N° 192-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 22 de julio del egresado (a) QUIROZ MAMANI JUDITH KATHERIN quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024 para optar el título profesional de: OBSTETRA

### CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* Presidente : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- \* 1er. Miembro : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- \* 2do. Miembro : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- \* Asesor (a) : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.-** APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) QUIROZ MAMANI JUDITH KATHERIN para optar el Título Profesional de: OBSTETRA Con la tesis titulado: : FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024 correspondiente a la Línea de investigación SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

**ARTICULO SEGUNDO.-** DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, OB Archivo



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 1005 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de agosto del 2024

### VISTOS:

El Informe N° 068-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 05 de agosto de la E.P. de Obstetricia, folio 0000079;

### CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **QUIROZ MAMANI JUDITH KATHERIN** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 291 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SE RESUELVE:

**APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **QUIROZ MAMANI JUDITH KATHERIN** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO - RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud Dra **ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

**ARTICULO TERCERO - DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Obstetricia, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: OBSTETRICIA Archiv



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE  
COP 2034  
DECANA




# 20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 18%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Metadatos complementarios

Título de la Tesis	
<b>FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024</b>	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JUDITH KATHERIN QUIROZ MAMANI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70409858
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0009-2413-0460">https://orcid.org/0009-0009-2413-0460</a>
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02064784
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0009-0904-9920">https://orcid.org/0009-0009-0904-9920</a>
Datos del jurado	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921

<b>Datos de estudio</b>	
Línea de estudio	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- P06
Grupo de estudio	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica del estudio	<p><b>Edificio:</b> CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca  <b>Coordenadas:</b>  <b>Latitud:</b> -15.4842264  <b>Longitud:</b> -70.1545826  <b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1pE6rmSO4UJINi8OxzT7eMigSYa11RdU&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1pE6rmSO4UJINi8OxzT7eMigSYa11RdU&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó el estudio	Agosto 2024 – Octubre 2025
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Obstetricia, Ginecología</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a></p> <p><b>Salud Pública</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p>



UNIVERSIDAD NACIONAL NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Maria Concepcion Figueroa Vilca*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA FCS



**DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo JUDITH KATHERIN QUIROZ MAMANI, identificado con DNI Nro. 70409858, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024

Asesorado por: Dra. Cs. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 01 de DICIEMBRE del 2025

Firma del Asesor  
(obligatoria)

Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella

## **DEDICATORIA**

Con un gran devoción y dedicación a nuestro amado señor creador quien me proporciono los medios como la sabiduría y la voluntad que me sirvió para poder lograr los objetivos que me propuse hace mucho tiempo.

Con una hermosa sonrisa y un cálido sentimiento de gratitud a mis apreciados padres y a mis grandiosos amigos que en sus hermosas palabras y acciones que fueron el puente hacia mis metas.

## **AGRADECIMIENTO**

Con una enorme nostalgia a la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, que fue el epicentro donde se realizó mi crecimiento académico y personal.

De igual manera a la Posta sanitaria Santa Adriana que fue el medio que se realizó la extracción de información.

## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iv
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	viii
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	x
<b>RESUMEN</b> .....	xii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	xiv

### CAPITULO I

#### ASPECTOS GENERALES

<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>1</b>
1.1.1. Problema principal .....	2
1.1.2. Problemas específicos .....	3
<b>1.2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
1.2.1. Justificación Teórica .....	3
1.2.2. Justificación practica .....	3
1.2.3. Justificación metodológica .....	4
<b>1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>4</b>
1.3.1. Objetivo general .....	4
1.3.2. Objetivos específicos .....	4
<b>1.4. HIPÓTESIS</b> .....	<b>5</b>
1.4.1. Hipótesis general .....	5
1.4.2. Hipótesis Específicas .....	5
<b>1.5. VARIABLES</b> .....	<b>5</b>
<b>1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE</b> .....	<b>6</b>

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>7</b>
2.1.1. A Nivel Internacional.....	7
2.1.2. A nivel nacional.....	11
2.1.3. A nivel local.....	14
<b>2.2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>31</b>

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	32
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
3.4.1. Población .....	32
3.4.2. Muestra .....	33
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	33
3.5.1. Técnicas.....	33
3.5.2. Instrumentos .....	33
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	33
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS .....	34
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	34
3.8.1. Validez .....	34
3.8.2. Confiabilidad .....	34

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	35
------------------------------	----

CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS .....	64
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	65
ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	74
ANEXO 3. INSTRUMENTO .....	75
ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO .....	77
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN .....	80

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Índice de masa corporal pregestacional relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024.....	35
Tabla 2. Edad relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de Santa Adriana 2024 .....	37
Tabla 3. Grado de instrucción relacionado a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	39
Tabla 4. Ganancia de peso en el embarazo relacionado a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	41
Tabla 5. Paridad relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud s Santa Adriana 2024 ...	43
Tabla 6. Edad gestacional relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	45
Tabla 7. Antecedente de episiotomía relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	47
Tabla 8. Tipo de control prenatal relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	49
Tabla 9. Morbilidad en el embarazo actual relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024.....	51

Tabla 10. Complicaciones del parto relacionado al tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	53
Tabla 11. El tipo de episiotomía rutinaria o selectiva practicada con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024. ....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Índice de masa corporal pregestacional relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024.....	35
Figura 2. Edad relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de Santa Adriana 2024 .....	37
Figura 3. Grado de instrucción relacionado a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	39
Figura 4. Ganancia de peso en el embarazo relacionado a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	41
Figura 5. Paridad relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud s Santa Adriana 2024....	43
Figura 6. Edad gestacional relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024..	45
Figura 7. Antecedente de episiotomía relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	47
Figura 8. Tipo de control prenatal relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	49
Figura 9. Morbilidad en el embarazo actual relacionada a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	51
Figura 10. Complicaciones parto relacionado a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana 2024 .....	53

Figura 11. El tipo de episiotomía rutinaria se realiza con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana ..... 55

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024. **Material y métodos:** estudio con diseño no experimental, con un tipo básico de nivel correlacional y transversal, de enfoque cuantitativo y retrospectivo. Usando la técnica análisis documental y como instrumento ficha de recolección de datos. Población y muestra conformada por 452 partos. **Resultados:** Los factores de riesgo pregestacionales relacionados con el tipo de episiotomía fueron el 41.6% de mujeres con IMC con sobrepeso ( $P=0.009$ ), un 56% entre 20 y 35 años ( $P=0.000$ ), y un 47.3% con nivel de instrucción secundaria ( $P=0.019$ ). Los factores de riesgo obstétricos relacionados se muestra la edad gestacional (65.9%,  $P=0.018$ ), antecedente de episiotomía (64.8%,  $P=0.000$ ), atención prenatal tardía (65.5%,  $P=0.000$ ), infección urinaria (51.1%,  $P=0.012$ ) y complicaciones en el parto, donde el 53.3% no presentaron complicaciones ( $P=0.023$ ). sin embargo, los que no se relacionaron son la ganancia de peso (50.7% con un aumento de 8 a 16 kg,  $P=0.009$ ), la edad (56% entre 20 a 35 años,  $P=0.567$ ) y la paridad (60.2% multíparas,  $P=0.403$ ). El tipo de episiotomía más frecuente fue la episiotomía selectiva, con un 73.9%. **Conclusiones:** Se determinó los factores de riesgo asociados con el tipo de episiotomía en las parturientas incluyen el sobrepeso, la edad de 20 a 35 años, y el nivel educativo secundario. Además, la edad gestacional, los antecedentes de episiotomía, la atención prenatal tardía, la infección urinaria y las complicaciones durante el parto son factores significativos. La episiotomía selectiva resultó ser la más frecuente en la muestra estudiada.

**Palabras clave:** Episiotomía, Factores de riesgo, parturientas, rutinarias y selectivas.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the risk factors related to the type of routine vs. selective episiotomy in parturients attended at the Santa Adriana Health Center. 2024.

**Materials and methods:** A non-experimental study design, with a basic correlational and cross-sectional level, and a quantitative and retrospective approach. Using the documentary analysis technique and a data collection form as an instrument. The population consisted of 452 births,

**Results:** Pre-gestational risk factors related to the type of episiotomy were 41.6% of women with overweight BMI ( $P=0.009$ ), 56% between 20 and 35 years old ( $P=0.000$ ), and 47.3% with a secondary education level ( $P=0.019$ ). Obstetric risk factors associated with pregnancy were gestational age (65.9%,  $P=0.018$ ), history of episiotomy (64.8%,  $P=0.000$ ), late prenatal care (65.5%,  $P=0.000$ ), urinary tract infection (51.1%,  $P=0.012$ ), and complications during delivery, with 53.3% having no complications ( $P=0.023$ ). However, those not associated with pregnancy were weight gain (50.7% with an increase of 8 to 16 kg,  $P=0.009$ ), age (56% between 20 and 35 years,  $P=0.567$ ), and parity (60.2% multiparous women,  $P=0.403$ ). The most common type of episiotomy performed on parturients treated at the Santa Adriana Health Center was selective episiotomy, at 73.9%. **Conclusions:**

The risk factors associated with the type of episiotomy in the parturients were determined to include overweight, age between 20 and 35 years, and secondary education level. Additionally, gestational age, previous episiotomy history, late prenatal care, urinary infection, and complications during delivery were significant factors. Selective episiotomy was found to be the most frequent in the studied sample.

**Keywords:** Episiotomy, Risk factors, parturients, routine and selective.

## INTRODUCCIÓN

La episiotomía constituye una intervención médica frecuente durante el alumbramiento por vía vaginal, que implica realizar un corte en la zona de la vagina y el ano con el propósito de agilizar el alumbramiento del recién nacido y evitar laceraciones de mayor extensión. A lo largo de las décadas, ha sido considerada una intervención estándar en muchos partos, aunque su uso ha sido cuestionado debido a las evidencias que sugieren que no siempre es necesaria y que puede implicar varios riesgos para la madre. Entre estos riesgos se incluyen complicaciones como infecciones, hemorragias, dolor persistente, cicatrización deficiente y efectos sobre la función del esfínter anal y la continencia.

La decisión de realizar una episiotomía depende de diversos factores, como la presentación del bebé, el uso de instrumental en el parto, el tamaño del bebé y la condición de la madre. Sin embargo, la tendencia en la medicina actual es realizar este procedimiento solo cuando es estrictamente necesario, dada la posibilidad de consecuencias negativas asociadas.

El capítulo I expone los lineamientos primarios de la indagación, contemplando la delimitación del dilema central, la argumentación de su pertinencia, los propósitos y las conjeturas que orientan el trabajo científico. El capítulo II desarrolla el andamiaje gnoseológico y nocional, suministrando el sustento doctrinal que afianza y legitima la pesquisa efectuada. El capítulo III describe las estrategias metodológicas aplicadas, especificando la configuración del protocolo, la índole de la indagación. El Capítulo IV alberga la información hallada de forma empírica extraídos y la respectiva controversia reflexiva, examinando e interpretando los resultados dentro de la arquitectura del estudio.

## **CAPITULO I**

### **ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **A nivel internacional**

En la nación guatemalteca en 2019 se efectuaron alrededor de 33 mil episiorrafias profilácticas, lo que implica que el colectivo femenino expuesto a una posible disfunción del mecanismo esfinteriano vesical y con eventual necesidad de intervención fisioterapéutica especializada constituye un grupo clínicamente significativo, dicha disfunción miccional persiste como una afección subvalorada en los registros clínicos, debido a que genera pudor en quienes la presentan, coartando así la iniciativa de solicitar asistencia profesional adecuada. (1)

La OMS y la multiplicidad de estudios clínicos actuales desaconsejan la implementación sistemática de la episiotomía en féminas que cursan un alumbramiento eutócico. La reconfiguración del panorama obstétrico tanto a nivel interno como global demanda inversiones en la recalificación de los agentes sanitarios y en el fortalecimiento de los procesos formativos universitarios, con el propósito de brindar atención con enfoque humanizado, basado en la ética, la dignidad y estándares óptimos de asistencia, la expansión del enfoque emancipador femenino, permitiendo a la mujer reconocer sus prerrogativas y asumir su rol desde una perspectiva consciente durante la gestación, el puerperio y la maternidad. (2)

## **A nivel nacional**

Perú, muestra estudios realizados en Hospitales II-I. Tras efectuar la indagación bibliográfica correspondiente, se concluyó que en pacientes primigestas resulta clínicamente indicado ejecutar una episiorrafia en un rango del 80% al 90% de los cuadros obstétricos, dado que el canal del parto presenta una configuración estrecha, lo cual conlleva un riesgo considerable si se omite dicha maniobra quirúrgica. En aproximadamente el 85% de los partos donde no se ha implementado esta intervención, se manifiestan diversos grados de laceraciones en la región anoperineal, y en un intervalo del 1% al 8% se evidencia una ruptura perineal de alta severidad con compromiso tisular profundo. (3)

## **A nivel local**

En una exploración clínica efectuada en el nosocomio de Huancané se halló una prevalencia de episiorrafia del 31.0% ( $p=0.05$ ), siendo la causa predominante de intervención cesárea la existencia de una laparotomía obstétrica previa, con una frecuencia del 9.3% ( $p=0.05$ ). Asimismo, se registraron laceraciones del periné y del canal cervical en un 7.8%, asociadas directamente con un intervalo intergenésico considerado de alta vulnerabilidad obstétrica. En cuanto a las variables neonatales, se detectaron calificaciones bajas en la escala de Apgar en el 3.1% ( $p=0.05$ ) y peso neonatal disminuido en el 3.9% ( $p=0.05$ ), ambas con correlación clínica con periodos intergenésicos catalogados como de alto riesgo perinatal. (4)

## **Formulación del problema**

### **1.1.1. Problema principal**

**PG.** ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024?

### **1.1.2. Problemas específicos**

**PE1.** ¿Cuáles son los factores de riesgo pregestacionales relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana?

**PE2.** ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana?

**PE3.** ¿Cuál es el tipo de episiotomía rutinaria o selectiva practicada con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

### **1.2.1. Justificación Teórica**

El centro de Salud Santa Adriana de Juliaca es frecuente la aplicación de la episiotomía como técnica durante la asistencia al alumbramiento. En este establecimiento de salud se atendieron 1460 partos durante los tres años de estudio y se realizó episiotomía en el 452 que representa el 31%, superando lo indicado por la OMS.

La aplicación de episiotomías se considera una técnica polémica en vista de la amplia investigación científica que demuestra sus repercusiones desfavorables, la finalidad de esta indagación está dirigido a comparar los agentes de peligro en la práctica de episiotomía rutinaria y selectiva en Santa Adriana.

### **1.2.2. Justificación practica**

En los hallazgos y las beneficiadas serán las parturientas especialmente las madres primerizas, se pretende alertar sobre el uso excesivo de la episiotomía rutinaria. Los análisis recientes sugieren la implementación selectiva de la episiotomía frente a la habitual, dado que su utilización controlada demuestra

menores complicaciones maternas producto de una disminución del trauma en el perineo, el uso selectivo de la episiotomía, se conseguirá una menor probabilidad de trauma perineal ulterior, una reducida demanda de sutura para las lesiones perineales y menos complicaciones en la recuperación tisular en el período de siete días.

### **1.2.3. Justificación metodológica**

Se revisó 452 Historias clínicas, de pacientes en quienes se realizó episiotomía durante el parto en la posta Santa Adriana, el diseño es retrospectivo abarcando información en 2021 al 2023. La información se captará a través de una herramienta de recopilación de datos y se realizará el tratamiento de los mismos con el software SPSS V24".

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

**OG.** Determinar los factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

OE 1. Señalar los factores de riesgo pregestacionales relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

OE 2. Indicar los factores de riesgo obstétricos relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

OE 3. Identificar el tipo de episiotomía rutinaria o selectiva practicada con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

## **1.4. HIPÓTESIS**

### **1.4.1. Hipótesis general**

**HG.** Los factores de riesgo pregestacionales y obstétricos están relacionados a tipo de episiotomía rutinaria con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

### **1.4.2. Hipótesis Específicas**

HE1. Los factores de riesgo pregestacionales como: el sobre peso, la edad de 20 a 35 años y el grado de instrucción secundaria si están relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

HE2. Los factores de riesgo obstétricos como: la ganancia excesiva de peso en el embarazo, la primiparidad, la edad gestacional de 39 a 40 semanas, no presentar antecedentes previos de episiotomía, el control prenatal tardío, la anemia gestacional y el periodo expulsivo prolongado si están relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

HE3. El tipo de episiotomía rutinaria se realiza con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

## **1.5. VARIABLES**

**Variable 1.** Factores de riesgo

**Variable 2.** Tipo de episiotomía

## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
V1. Factores de riesgo	1.1 Pregestacionales	1.1.1 Índice de masa corporal pregestacional	a) Delgadez b) Normal c) Sobrepeso d) Obesidad
		1.1.2 Edad	a) Menor o igual a 17 años b) 18 a 35 años c) 36 a más
		1.1.3 Grado de instrucción	a) Primaria b) Secundaria c) Superior universitaria d) Superior no universitaria
	1.2 Obstétricos	1.2.1 Ganancia de peso en el embarazo	a) Menor de 8 kilos b) 8 a 16 kilos c) Mayor de 16 kilos
		1.2.2 Paridad	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara
		1.2.3 Edad gestacional	a) 37 a 38 semanas b) 39 a 40 semanas
		1.2.4 Antecedente de episiotomía	a) No presenta b) Si presenta
		1.2.5 Tipo de atención prenatal	a) Precoz b) Tardío
		1.2.6 Morbilidad en el embarazo actual	a) Anemia b) Infecciones urinarias d) Ninguna
		1.2.7 Complicaciones del parto	a) Periodo expulsivo prolongado b) Macrosomía fetal c) Desgarro inminente d) Ninguno
V2. Tipo de episiotomía		2.1 Tipo de episiotomía	a) Rutinaria b) Selectiva

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. A Nivel Internacional**

**Aguar, Et al. (5) Investigacion titulada, Fatores associados a la realizacion de episiotomia. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020.** Objetivo: Hallar los elementos clínico-obstétricos vinculados a la práctica de la episiorrafia. Procedimientos metodológicos: con una sola medición atemporal, estructurado a partir de los registros de la pesquisa con una unidad muestral de 577 puérperas que culminaron su gestación por vía vaginal. Para estimar la fuerza de asociación entre la práctica quirúrgica y sus eventuales condicionantes, se utilizaron modelos de regresión logística, calculando el odds ratio correspondiente. Resultados: La maniobra fue aplicada en el 26,34% de las participantes; de estas, el 59,21% tenía conocimiento de haber sido intervenida. Se mostro que las féminas menores, primigestas, atendidas por personal distinto al de enfermería obstétrica y quienes parieron en instituciones privadas, presentaban mayor propensión a recibir esta intervención. Conclusión: A la luz de los niveles de ejecución de esta práctica, el estudio subraya la imperiosa necesidad de establecer una contraindicación taxativa frente a su uso indiscriminado.

**García, et al. (6) Investigación titulada, Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Revista Española de Salud Pública, 2020.** Objetivo: identificar la prevalencia de

episiorrafias y su correspondencia con las directrices y analizar los elementos asociados a su ejecución. Procedimientos: Se implementó una pesquisa cuantitativa, de tipo observacional, descriptiva y con una sola medición. se extrajo mediante el sistema informático SELENE, repositorio digital de historias clínicas institucionales. Resultados: Se reportó una frecuencia global de episiorrafia del 36,5%. En los partos iniciados espontáneamente, la tasa alcanzó el 35,5%; en los inducidos, fue del 47,2%, y en los estimulados, del 42,3%. En alumbramientos eutócicos, la proporción fue del 20,6%, mientras que en los asistidos con instrumentación obstétrica dio un 95,25%. En féminas que atraviesan por su primera gestación que dio un 49,64%, comparado con el 15,55% en aquellas féminas que atravesaron con embarazos anteriores Se documentó una propensión a laceraciones perineales de grado dos 43,40%, seguidas por las de grado uno con un 35,61% y de grado tres 19,81% en contexto de episiotomía. Conclusión: La tasa observada supera los parámetros sugeridos por las normativas vigentes. Las variables que guardan mayor correlación con esta práctica quirúrgica representan la provocación o amplificación del trabajo de parto, además del empleo de elementos auxiliares obstétricos y la condición de primigestación.

**Pelissari et al. (7) Investigacion titulada, Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 18º de janeiro de 2022.** Objetivo: examinar la prevalencia de episiorrafia y los elementos obstétricos y neonatales vinculados, con una unidad muestral en la indagación de 11.809 expedientes clínicos de pacientes que culminaron su gestación mediante vía de una sola medicion atemporal y de tipo retrospectiva, en la cual se escrutaron. Resultados se identificó una tasa de episiorrafia del 59,4%. Entre las usuarias que no fueron sometidas a esta intervención, el 27,0% conservó la

integridad del periné y el 13,5% presentó desgarro espontáneo. Entre los determinantes maternos se encontraron edad inferior a 19, vigilancia prenatal óptima, primera gestación, contractilidad uterina activa, dilatación cervical incipiente (1–3 cm), ruptura de membranas ovulares y fase de parto prolongada. Entre los factores neonatales se identificaron nacimientos a término, peso fetal  $\geq 2500$ g, índice de Apgar  $\geq 7$ , presentación cefálica, complicaciones perinatales y transferencia a alojamiento conjunto. Conclusión: la frecuencia de esta maniobra quirúrgica resultó elevada; se recomienda su restricción, considerando la fisiología parturitiva y la singularidad biológica de cada femina, con el fin de optimizar la atención obstétrica integral.

**Mosquera (8) Investigación titulada, Indicaciones de episiotomía en primíparas versus riesgo y complicaciones. Ecuador. 2023.** Objetivo: Hallar la idoneidad de la intervención quirúrgica episiotomizante en gestantes primíparas frente a las posibles secuelas clínicas asociadas. procedimiento metodológico: Se adoptó una aproximación de carácter cualitativo, fundamentada en una revisión sistemática centrada en el abordaje quirúrgico del periné durante el trabajo de parto. Tras el análisis exhaustivo de la literatura especializada, se estableció que en pacientes primigestantes la realización de una episiorrafia es clínicamente recomendada entre un 80% a 90% de los casos, dado que la conformación estrecha del canal del parto representa un factor de riesgo significativo si no se realiza dicha maniobra. En aproximadamente el 85% de los alumbramientos sin esta técnica, se evidencian traumatismos en la región anoperineal, y entre un 1% y un 8% se presentan rupturas severas con afectación estructural considerable. Entre las principales secuelas postquirúrgicas reportadas se identifican algias en la zona perineal, formación de hematomas, episodios hemorrágicos, procesos infecciosos, entre otras complicaciones clínicas de relevancia obstétrica.

**Peña et al. (9) Investigación titulada, Macrosomía fetal: factores de riesgo y resultados perinatales. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia, España 2021.** Objetivo: Reconocer la frecuencia de presentación de fetos con peso superior al normal e identificar sus agentes predisponentes predominantes y los desenlaces perinatales asociados. Procedimientos metodológicos: Se incluyeron 6.221 neonatos como unidad muestral de una indagación retrospectiva de tipo observacional. Resultados: Se constató una incidencia de macrosomía del 5,9%, agentes de peligros con significancia estadística destacan la edad gestacional avanzada, el fenotipo masculino, la multigestación. En cuanto a los desenlaces obstétrico-neonatales, se encontró correlación entre macrosomía y la vía de terminación de la gestación, observándose mayor probabilidad de extracción quirúrgica en bebés macrosómicos con  $n$  OR 1,62; con un IC 95% y un rango 1,3–2,1; de un  $p$  menor al 0,0001. Cuando el trabajo de parto fue inducido, el riesgo de resolución quirúrgica se duplicó con un RR 2,32; con un IC 95% y de un 1,56–3,38; de un  $p$  menor 0,0001. Dentro de las complicaciones perinatales asociadas se registró mayor frecuencia de complicación escapular con un OR 11,45; con un IC 95% y un 7,1–18,5; de un  $p$  menor a 0,0001, fracturas claviculares con un OR 6,87; con un IC 95% y un 1,3–37,4; de un  $p$  igual a 0,0258 y parálisis braquial con un OR 13,74; con un IC 95% y un 2,8–67,87; de un  $p$  igual a 0,0013. Conclusiones: La identificación de los agentes etiopatogénicos asociados a macrosomía permite reconocer gestantes con riesgo aumentado y anticiparse a las complicaciones inherentes, existe consenso unificado sobre el momento ni la modalidad óptima de culminación gestacional tanto la inducción farmacológica como la cesárea constituyen medidas parciales que incrementan su frecuencia sin traducirse en una disminución proporcional de las complicaciones neonatales.

### **2.1.2. A nivel nacional**

#### **De La Cruz y Fiestas (3) Investigación titulada, Factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-I. 2023.**

objetivo: Hallar los agentes que ocasionan abordaje episiotomizante en gestantes primigestas frente a las adversidades clínicas derivadas. procedimiento metodológico implementada se alinea con un enfoque de carácter cualitativo, basado en una recopilación sistemática de literatura científica especializada sobre la práctica quirúrgica perineal. Resultados: Tras la recopilación exhaustiva de fuentes bibliográficas pertinentes, se estableció que en mujeres primíparas se requiere la ejecución de una episiotomía en un rango del 80% al 90% de los casos, debido a la estrechez del trayecto vaginal, cuya condición anatómica podría generar complicaciones si se omite esta intervención. Se documentó que, en aproximadamente el 85% de los partos sin dicha técnica, emergen laceraciones perianales, y entre un 1% y 8% se presentan rupturas severas con afectación tisular extensa, entre las reacciones adversas más frecuentes se destacan las algias perineales, formación de hematomas, eventos hemorrágicos y cuadros infecciosos, entre otros efectos secundarios relevantes desde el punto de vista obstétrico.

#### **Gutiérrez (10) Investigación titulada, Factores asociados a la realización de episiotomía en embarazadas del hospital nacional Hipólito Unánue. 2023.**

Objetivo: Identificar las variantes clínicas vinculadas con la ejecución de episiotomía en féminas en estado de embarazo atendidas Proceso metodológico: Investigación de orientación cuantitativa, con una sola medición atemporal, retrospectivo. Resultado: Dentro de los determinantes maternos, se evidenció que el grupo etario comprendido entre los 20 y 35 muestra asociación de  $X^2 = 7,14$ ;  $p$  menor 0,02. Respecto al IMC, un valor superior a 30 se asocia a mayor frecuencia

de episiotomía selectiva de un 49,9% de 171 unidades; rutinaria nos da un 7%, 24 unidades; en pacientes con IMC entre 25 y 30, se halló un 36,4% de procedimientos selectivos y se obtuvo 2% rutinarios; en gestantes con IMC menor a 25, donde registraron 3,5% de un total de 12 unidades de episiotomía selectiva teniendo un 1,2% de 12 unidades rutinaria. Entre las pacientes sin diagnóstico de diabetes, se identificó una correlación significativa con la práctica selectiva de 75,5%, sustentada  $X^2$  igual a 4,30 y un valor  $p = 0,03$ ; en diabéticas, el 14,3% recibió episiotomía selectiva y solo una paciente fue sometida a la técnica de forma rutinaria. Conclusiones: Las variantes maternas como la edad reproductiva intermedia, la condición de obesidad, la multiparidad y el antecedente de episiotomía previa muestran vinculación con la práctica de este procedimiento en 2022. En contraste, no se halló asociación entre factores sociodemográficos o perinatales y la aplicación de esta maniobra quirúrgica obstétrica.

**Lunasco (11) Investigación titulada, Practica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el centro de Salud Huando. 2021.** Objetivo: Establecer la frecuencia de aplicación de la episiotomía en su modalidad controlada y sistemática  
Procedimiento metodológico: El estudio adoptó un enfoque observacional, retrospectivo y una sola medición atemporal correspondiente a un nivel descriptiva, con una unidad muestral de 90 partos intervenidos con episiotomía.  
Resultados: La mayor proporción de gestantes pertenecía al grupo etario de 10 a 19 con un porcentaje 61,4% y 57,6%; con predominancia de instrucción secundaria de 70,2% y 69,7%, dedicación al trabajo doméstico no remunerado 63,2% y 72,7% y aplicación del procedimiento quirúrgico en su primer evento obstétrico 86% y 96,9%. Se identificaron complicaciones en la fase expulsiva en ambos grupos, con mayor frecuencia en el grupo sistemático 43,9% frente al restrictivo (10,5%). En ambas cohortes se empleó predominantemente la técnica

medio-lateral, con preferencia por la variante derecha en el 63,2% (rutinaria) y 57,6% (restrictiva), y la izquierda en el 26,3% en rutinaria y un 39,3% en restrictiva; seguida por la incisión mediana de 26,3% y 39,3%. Las laceraciones perineales de 1°, 2° y 3° grados que demostraron un 14,03% del conjunto rutinario y un porcentaje del 6,06% del restrictivo. Las reacciones adversas postoperatorias como falla en la cicatrización, invasión microbiana y extravasación sanguínea se documentaron en un 10,5% en el grupo sistemático y en un 3% en el selectivo. Conclusiones: La episiotomía de tipo restrictivo evidencia menor tasa de complicaciones durante la fase expulsiva, así como menor incidencia de laceraciones y eventos adversos postquirúrgicos en comparación con la modalidad rutinaria.

**Estrada y Flores (12) Investigación titulada, Prevalencia y factores presentes en gestantes con episiotomía atendidas en el Centro de Salud Belén de Ayacucho. 2022.** Objetivo: Precisar la tasa de ocurrencia y los determinantes concurrentes en mujeres gestantes sometidas a episiotomía. Procedimiento metodológico: Se desarrolló una indagación de carácter descriptivo, con una empleación de la observación y una sola medición atemporal correspondientes a cohortes de 267. Resultados: Los aspectos sociodemográficos revelaron que las pacientes eran en su mayoría adolescentes con un 30,3% y féminas jóvenes de 64,4%, con nivel educativo primario con un 18,7% o secundario 65,6%, predominantemente procedentes de zonas urbanas (59,9%) y rurales (30,0%). En cuanto a ocupación, predominó la labor no remunerada del hogar (52,1%), seguidas de trabajadoras (25,5%) y estudiantes (22,5%). En lo obstétrico, el mayor porcentaje correspondió a nulíparas (67,8%), con periodos intergenésicos breves (12,4%) o adecuados (18,4%), crecimiento gestacional a término con un 93,6% y control prenatal apropiado (68,2%). En lo clínico-patológico, se identificó

anemia en 38,2%, sobrepeso en 3,0% y obesidad en 0,4%. Las complicaciones derivadas del procedimiento incluyeron laceración perineal de un 17,6%, algias postquirúrgicas dio un 5,6%, hematoma vulvar con un porcentaje de 4,5%, dehiscencia de episiorrafia proporciono un porcentaje de 0,7% y hemorragia considerable dio un 0,7%. La técnica más empleada fue la episiotomía medio-lateral (99,6%), siendo marginal el uso de la variante lateral (0,4%). Según el rango etario, las adolescentes presentaron: 21 casos de laceración, 6 de dolor persistente y 4 de hematoma; las jóvenes: 22 con desgarros y 8 con hematomas, además de 7 con dolor; mientras que las gestantes de edad avanzada mostraron 4 desgarros y 2 infecciones. Conclusión: Se estimó una frecuencia de episiotomía del 34,9%, valor notoriamente superior a los parámetros establecidos OMS.

**Barbaran (13) Investigación titulada, Perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga Essalud. 2020.** Objetivo: Establecer la caracterización nosológica de las parturientas intervenidas con episiotomía  
Procedimiento metodológico: La indagación se enmarcó como de naturaleza observacional, con diseño retrospectivo y con una sola medición atemporal; se recurrió al uso de cédula para análisis archivístico y la técnica empleada fue la evaluación documental. resultados: Las patologías del aparato genitourinario como infecciones del sistema genitourinario y patologías de contagio sexual fueron más frecuentes en el conjunto de gestantes no sometidas a episiotomía (21,05% y 10,53%) en comparación con aquellas que sí lo fueron (5,62% y 4,49%). De las primigestas, el 72,60% recibió episiotomía, mientras que solo el 30,70% de las multigestas en segunda gesta fueron intervenidas. Las patologías detectadas en la hospitalización durante las contracciones uterinas abarcaron tensión arterial alta (8,85%), agentes de preeclampsia (5%) y desangramiento obstétrico (1,92%), todas presentándose con mayor incidencia en quienes no fueron sometidas al

corte perineal (18,13%) frente al grupo intervenido (12,36%). El 5,77% de los alumbramientos presentó complicaciones en la fase expulsiva del parto, tales como posición occipital posterior, presentación transversa, deflexiones cefálicas, sangrados, expulsivo prolongado y distocia escapular, distribuyéndose de forma equiparable en ambos grupos clínicos. Un 38,46% de los nacimientos presentó desgarros perineales; en las gestantes sin episiotomía, el 50,29% cursó con desgarros de grado I, mientras que en el grupo episiotomizado se registraron más casos de laceraciones perineales de segundo a cuarto grado. Se halló: 35% de desgarros simples, 4% con episiotomía más desgarro, 34% solo con episiotomía, y un 27% con integridad perineal preservada. Conclusión: se notó que en temas clínicos el perfil predominante en los alumbramientos con episiotomía fue el de mujeres primigestas; además, se evidenció la omisión del procedimiento quirúrgico en contextos clínicos donde su aplicación era pertinente

### **2.1.3. A nivel local**

**Vargas (14) Investigación titulada, Factores asociados a la episiotomía en mujeres con parto vaginal en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro. 2024.** Objetivo: Identificar los condicionantes vinculados a la realización de episiotomía en pacientes con alumbramiento por vía vaginal. (14) procedimiento metodológico: Intervencionista, de naturaleza exploratoria-descriptiva, con nivel asociativo de corte retrospectivo y paradigma cuantitativo. La cohorte estuvo compuesta por 108 parturientas con parto eutócico, utilizando como recurso técnico la evaluación archivística, validada previamente mediante juicio clínico de expertos. Resultado: Se halló que la variante etaria presentó una vinculación del 77.8% con la episiotomía; el oficio o actividad laboral alcanzó una correlación del 80.6%; la condición de nuliparidad o multiparidad registró un 72.2%, y el perímetro cefálico neonatal exhibió una asociación destacada del

91.7%. Estas variables de índole socio-clínica y obstétrica mostraron una correlación significativa con el procedimiento quirúrgico, con valores p obtenidos de 0.003, 0.034 y 0.002, inferiores al nivel de significación estándar ( $p < 0.05$ ). Asimismo, se evidenció que el tipo de episiotomía más habitual fue la mediolateral, con una prevalencia del 96.3%. Conclusión: Se deduce que tanto los factores sociodemográficos como los determinantes obstétricos se encuentran interrelacionados con la práctica de episiotomía en partos vaginales, siendo esto respaldado estadísticamente por un p valor menor al umbral de significación aceptado ( $0.000 < 0.05$ ).

**Añamuro J. L. (15) Características de la atención prenatal y su influencia en la vía del parto, en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca–Huancané. 2024.**

Objetivo: Precisar los atributos de la supervisión prenatal y su repercusión en la modalidad del desenlace obstétrico. (15) procedimiento metodológico. La indagación con manipulo las variantes, con una estructura cuantificable y corte sincrónico con 196 expedientes clínicos como unidad poblacional y se elegio a 129 como unidad muestral. Resultado: Las propiedades internas de la vigilancia prenatal tales como: el inicio tardío del control gestacional en el 53.6% de los casos,  $p=0.05$ , y la administración incompleta del paquete biomédico obstétrico en el 48.0%,  $p=0.01$ , mostraron tener efecto en la modalidad de culminación del embarazo por laparotomía segmentaria. No se halló asociación entre la frecuencia menor a seis controles prenatales (23.3%) y la vía del parto,  $p>0.05$ . Los elementos externos del seguimiento prenatal como: el envío por rotura anticipada de las bolsas amnióticas con un 5.4% y con el P igual a 0.05, los controles domiciliarios para seguimiento del embarazo de un 48.9%y con un P igual a 0.05, la administración completa de suplementos de calcio (53.5%)  $p=0.01$ , y de hierro

con un 50.4% y un P igual a 0.01, así como la presencia de complicaciones gestacionales con un 15.5% y con un P igual 0.001, sí mostraron influencia en el tipo de parto. La calidad de atención clasificada como adecuada en el 62.8%  $p > 0.05$ , no presentó conexión significativa con la modalidad de alumbramiento. El tipo de parto predominante en gestantes que accedieron a controles prenatales fue el eutócico en 68.2%, y el quirúrgico en 31.8%. Conclusión: Se evidenció una alta frecuencia de cesáreas, por encima de los parámetros sugeridos por la OMS, atribuible a características tanto internas como externas del seguimiento prenatal en dicho establecimiento sanitario, concluyéndose que la hipótesis planteada se corrobora parcialmente.

**Mamani (4) Investigación titulada, Resultados del parto en relación al periodo intergenésico de riesgo obstétrico en pacientes atendidas en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané. 2024.** Objetivo: Delimitar los desenlaces obstétricos vinculados al intervalo intergenésico considerado de riesgo clínico en usuarias gestantes (4) Procedimiento metodológica. Se estructuró un estudio de índole descriptiva, relacional, interpretativa y sin manipulación de las variantes con una unidad muestral de 129 historias médicas con 46 de corta duración y 83 prolongados Resultados. Entre los desenlaces maternos del parto se identificó trabajo de parto extendido en el 11.7% ( $p=0.05$ ), realización de episiotomía mediolateral en 31.0% ( $p=0.05$ ), indicación principal de cesárea por antecedente quirúrgico previo en 9.3% ( $p=0.05$ ) y la presencia de laceraciones perineales o cervicales en 7.8%, todos ellos en conexión con el intervalo intergenésico riesgoso. En cuanto a los desenlaces neonatales, se reportaron puntuaciones bajas de Apgar en el 3.1% y con un P igual a 0.05 y peso neonatal inferior al estándar en el 3.9% y con un P igual a 0.05, también asociados

con dicho intervalo. El patrón predominante del en una etapa crítica de intergenésico fue el prolongado en el 64.3%, seguido del breve con un 35.7%, en las pacientes evaluadas. Cierre. Esta pesquisa concluye que los desenlaces desfavorables tanto para la madre como para el neonato están intrínsecamente ligados al intervalo intergenésico de riesgo obstétrico.

**Gallegos (16) Investigación titulada, Hábitos nutricionales asociados a la anemia ferropénica en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Juliaca. 2024.**

Objetivo: Identificar las pautas alimenticias relacionadas con la aparición de anemia hipocrómica microcítica en féminas gestantes

Procedimiento metodológico: El estudio se enmarca en una estructura de una sola medición atemporal de una naturaleza descriptiva y de proyección prospectiva, una unidad muestral de 116 féminas que atraviesan la etapa de embarazo.

Resultados: Entre las variantes alimentarias vinculadas con la anemia ferropénica se halló el régimen nutricional inadecuado en el 52.6% con significancia  $p=0.002$ , y una ganancia ponderal gestacional de 16 kg en el 53.4%, con  $p=0.000$ . En lo referente a micronutrientes, el incumplimiento en la adherencia a la profilaxis suplementaria fue reportado en un 68.1% con  $NS=0.000$ , y la ingesta simultánea de sales ferrosas y calcio en el 44.8% con  $NS=0.002$ . En cuanto a la frecuencia de ingesta diaria, se encontró ausencia total de alimentos bioprotectores en el 48.3% donde el  $NS$  es igual a 0.000; el consumo escaso de alimentos energizantes (una taza diaria) en el 59.5% con  $NS=0.000$ ; baja frecuencia de alimentos estructurales (una vez al día) en el 54.3% con  $NS=0.004$ , y alta ingesta de comestibles ultra procesados (>3 veces al día) en el 50.9% con  $NS=0.003$ . En cuanto al tipo de anemia, predominó la forma leve con una prevalencia del 58.6%.  
Conclusión: Existe una vinculación más acentuada entre la anemia ferropénica y

el patrón alimentario cotidiano, así como con la adherencia irregular al esquema de nutrición debida en féminas que atraviesan por la etapa de embarazo asistidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Juliaca, 2023.

**De La Sota (17) Investigación titulada, Anemia materna y complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno. 2023.** Objetivo: Establecer la repercusión de la deficiencia hemoglobínica gestacional sobre los desenlaces clínicos adversos durante el proceso obstétrico Metodología: con una extracción de información mediante la observación con una sola medición atemporal y cuna naturaleza descriptiva, con una unidad muestral 50 mujeres encinta con diagnóstico de anemia gestacional, extrayéndose una muestra analítica de 44 individuos tratados. Resultados: Se identificó que el 59.10% presentaba anemia de grado intermedio y el 20.50% cursaba con anemia intensa. Entre las complicaciones obstétricas que mostraron vinculación significativa con los niveles de hemoglobina figuraron la edad gestacional al parto con un porcentaje de 27.30%, cistitis infecciosa dio un 43.20%, quiebre anticipada de capas amnióticas (15.90%), requerimiento transfusional (9.10%), episodios hemorrágicos durante la gestación (18.20%) y riesgo inminente de aborto espontáneo (9.10%). Conclusión: La carencia de hierro durante el embarazo presenta una influencia considerable sobre la manifestación, evidenciándose asociación estadísticamente válida con todos los parámetros obstétricos analizados con un P menor a 0.05.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **1. Factores de riesgo**

los predictores de riesgo son variables biológicas, del medio ambiente o socioculturales que incrementan las chances de desarrollar complicaciones durante la gravidez, el parto o la fase neonatal. Identificarlos permite implementar medidas preventivas y mejorar los resultados maternos y perinatales. Se clasifican en pregestacionales, gestacionales y perinatales (14)

#### **1.1 Pregestacionales**

los agentes de los puntos críticos pregestacionales son aquellos que se muestran antes de la concepción. Involucran aspectos del estado de salud general de la mujer, antecedentes médicos y reproductivos, condiciones sociales y estilo de vida. Detectarlos durante la atención preconcepcional permite intervenir tempranamente y reducir el impacto negativo sobre el embarazo (17)

##### **1.1.1 Índice de masa corporal pregestacional**

Volumen de peso de la mujer antes de la concepción, medido en kilogramos (kg). Permite calcular el índice de masa corporal previo a la gestación, útil para categorizar el estado nutricional de la embarazada y controlar su ganancia ponderal de acuerdo a su clasificación. El bienestar fisiológico se encuentra estrechamente condicionado por la condición nutricional de los individuos, siendo este vínculo especialmente relevante en mujeres en etapa reproductiva, dado que un equilibrio nutricional óptimo incide de manera directa en su salud integral y en la de su descendencia en gestación.

Un estado nutricional inadecuado, ya sea por insuficiencia o por sobrecarga, previo o durante la etapa de gestación, se correlaciona con una mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas y contribuye al aumento de eventos mórbidos y letales tanto en la madre como en el neonato (18).

**a) Bajo peso:** El bajo peso se define por un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Esta condición puede indicar una ingesta deficitaria de elementos nutricionales esenciales, lo cual puede incidir detrimentalmente en la condición sanitaria. Las personas con bajo peso pueden experimentar fatiga, debilidad, mayor susceptibilidad a infecciones, pérdida de masa ósea y problemas reproductivos, como menstruación irregular o infertilidad. Además, el bajo peso puede estar asociado con trastornos alimentarios, enfermedades crónicas o metabólicas y estrés psicológico.

**b) Normal:** Se considera el rango saludable, con un IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Las personas en esta categoría suelen tener un equilibrio adecuado entre peso y altura, lo cual comúnmente se relaciona con un riesgo disminuido de dolencias crónicas con dirección de diabetes tipo 2 y padecimientos del sistema cardiovascular. Mantener un IMC dentro de este rango se logra mediante una alimentación equilibrada y actividad física regular.

**c) Sobrepeso:** El sobrepeso se clasifica con un índice de masa corporal dentro del intervalo 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> se establece como exceso ponderal, sin alcanzar el umbral de obesidad; sin embargo, esta condición incrementa la susceptibilidad a padecer patologías prolongadas no comunicables como la diabetes no insulino dependiente, incremento permanente de la presión sanguínea, trastornos respiratorios nocturnos como la apnea del sueño, y neoplasias malignas específicas. Este exceso ponderal puede estar condicionado por una interacción multifactorial entre predisposición genética, patrones alimentarios inadecuados y sedentarismo persistente.

**d) Obesidad:** La obesidad se conceptualiza como una condición caracterizada por un IMC que superan los 30 kg/m<sup>2</sup>. Esta alteración antropométrica se vincula con una probabilidad elevada de desarrollar afecciones crónicas de alta

prevalencia, entre ellas diabetes no insulino dependiente, tensión arterial alta sostenida, disfunciones cardiovasculares, trastornos respiratorios como apnea obstructiva del sueño, ciertos procesos oncológicos y hepatopatías. Su etiología es multifactorial, involucrando componentes genéticos, alteraciones metabólicas, influencias del entorno y conductas inadecuadas. (19)

### **1.1.2 Edad**

En relación a la variable etaria, la ejecución de episiotomías presenta una mayor prevalencia en gestantes adolescentes, reduciéndose su incidencia en mujeres que superan los 35 años. La gestación en la adolescencia, también identificada como concepción precoz, se conceptualiza conforme a los criterios de la OMS como aquella que acontece en féminas desde el inicio del periodo reproductivo hasta la culminación de la adolescencia biológica.

La gestación en féminas de cronología avanzada ha sido categorizada por la FIGO en 1958, como aquella que acontece en mujeres cuya edad es igual o excede los 35 años. La incidencia de embarazos en pacientes con edad materna prolongada oscila en un rango que fluctúa entre el 9,6% y el 7,1% según reportes epidemiológicos (20)

### **1.1.3 Grado de instrucción**

El grado educativo es un determinante para un estado crítico considerable en salud materna, ya que impacta directamente en la aptitud de la mujer para comprender y seguir adecuadamente las recomendaciones médicas durante el embarazo. Un nivel educativo bajo se asocia con menor acceso a información sobre cuidados prenatales, alimentación adecuada y signos de alarma, lo que puede llevar a un comienzo demorado de la atención prenatal y a una reducida adherencia a los tratamientos. Además, suele estar relacionado con condiciones socioeconómicas la disponibilidad de cuidados de salud, acrecentando la

posibilidad de complicaciones como parto antes de término, peso insuficiente al nacimiento y los decesos de la progenitora y el neonato (21)

## **1.2 Obstétricos**

### **1.2.1 Ganancia de peso en el embarazo**

El incremento ponderal durante el embarazo constituye un fenómeno complejo determinado no únicamente por modificaciones fisiológicas y metabólicas maternas, sino también por el metabolismo de la placenta, pero, Respecto a la magnitud y cronología del incremento ponderal gestacional, no existe una pauta universal, dado que cada organismo femenino experimenta esta fase biológica de forma idiosincrásica con variantes como la morfología corporal, la masa corporal preconcepcional, la gestación múltiple y el estado fisiopatológico general influyen de manera significativa. A nivel de consenso clínico, se sostiene que las pacientes con índice de masa corporal inferior al estándar basal presentan mayor requerimiento de ganancia ponderal durante la gravidez que aquellas con IMC elevado

**-Primer trimestre.** el estado gestacional de las 13 semanas iniciales el incremento ponderal fisiológico aceptable puede fluctuar entre una ganancia nula (sí, es clínicamente normal no presentar aumento de masa corporal) y hasta 2,3 kilogramos. Incluso, es clínicamente factible experimentar una ligera pérdida de peso durante este periodo inicial, especialmente si se manifiestan episodios eméticos o náuseas persistentes.

**-Segundo y tercer trimestre.** Aunque no sea una pauta universal para todas las gestantes, el profesional de salud podría aconsejar la incorporación de alrededor de 340 kilocalorías extras diarias durante el segundo trimestre y cerca de 450 en el tercero. Debido al crecimiento continuo del feto, es factible que aumentes entre

220 y 450 gramos semanalmente si iniciaste la gestación con un peso corporal adecuado (22)

### **1.2.2 Paridad**

La paridad se denomina para un estado obstétrica en gestaciones que una mujer ha experimentado y que han alcanzado una madurez gestacional viable, habitualmente establecida en 20 semanas o más. Este término se enfoca en los partos que superan dicho umbral, sin importar si el neonato nació con vida o fallecido. Por ejemplo, una fémina con un embarazo que terminó en aborto espontáneo antes de las 20 semanas no se clasifica como multípara (23)

### **1.2.3 Edad gestacional**

Un parámetro fundamental en obstetricia que establece el tiempo que ha pasado desde el inicio del último sangrado menstrua en féminas que atraviesan el periodo embarazo. Se expresa en semanas completas y es esencial para evaluar el desarrollo fetal y planificar el manejo del embarazo. Por lo general, un embarazo se considera a término cuando alcanza entre 37 y 42 semanas de gestación. Los nacimientos antes de la semana 37 se clasifican como prematuros, mientras que los posteriores a la semana 42 se consideran postérmino. La determinación precisa de la edad gestacional permite identificar posibles riesgos, como el retraso en el crecimiento intrauterino o la macrosomía fetal, y facilita la programación de intervenciones adecuadas para garantizar la salud materna y fetal (24)

### **1.2.4 Antecedente de episiotomía**

El antecedente de episiotomía se considera un factor de riesgo en embarazos posteriores debido a las posibles complicaciones asociadas a esta intervención quirúrgica, que involucra una incisión quirúrgica en el área donde se ubica la vagina para agilizar el alumbramiento. Las féminas que han atravesado por una episiotomía previa pueden presentar mayor probabilidad de desgarros perineales,

dolor crónico, dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) o alteraciones en el suelo pélvico. Además, este antecedente puede influir en la decisión clínica de repetir la intervención, lo que incrementa el riesgo de morbilidad perineal acumulada. Por ello, es importante que el equipo de salud evalúe cuidadosamente los antecedentes obstétricos al planificar el manejo del trabajo de parto y considere estrategias de protección perineal para minimizar complicaciones (25)

### **1.2.5 Tipo de atención prenatal**

El seguimiento gestacional comprende un conjunto estructurado de maniobras clínicas y procedimientos protocolizados, ya sean continuos o periódicos, orientados a la detección precoz, abordaje terapéutico y neutralización de los elementos etiológicos que puedan incidir los decesos y letalidad tanto de la progenitora como perinatal. La entidad rectora en salud global, OMS reconoce que la atención obstétrica constituye un eje prioritario dentro de las políticas sanitarias públicas, siendo una táctica esencial para optimizar los desenlaces obstétricos y mitigar el riesgo de fallecimientos vinculados al ciclo reproductivo (24)

La vigilancia gestacional puede contribuir a disminuir la mortalidad siempre que sea precoz, sostenido, integral y de amplia cobertura, además de promover estilos de vida saludables.

#### **a) Precoz**

Es imperativo que se inicie en el primer trimestre para la detección temprana de una gestación con potencial riesgo obstétrico elevado. El abordaje debe comenzar de forma inmediata ante la presunción de embarazo, con el objetivo de confirmar el estado gestacional e instaurar oportunamente la secuencia de controles clínico-perinatales correspondientes.

**Sus objetivos son:**

- Identificar precozmente elementos predisponentes, condiciones comórbidas y determinantes psicosociales que pudieran interferir con el curso fisiológico de la gestación, permitiendo así una intervención oportuna y la definición clínica de la periodicidad y complejidad del nivel asistencial requerido para cada control.
- Establecer con precisión la cronología gestacional; monitorizar de manera integral el bienestar somático de la gestante y el feto en cada encuentro clínico; además de proporcionar educación continua en torno al autocuidado materno, la protección fetal y las prerrogativas legales, incluyendo el acceso a prestaciones odontológicas.

Una de las tácticas primordiales instauradas por el aparato sanitario para reducir los índices de morbilidad y letalidad materno-perinatal ha sido la implementación sistemática de protocolos de seguimiento clínico, tamizajes diagnósticos y maniobras asistenciales regulares, con garantía de acceso universal, lo cual ha repercutido positivamente en los datos epidemiológicos de salud obstétrica y fetal.

(24)

### **b) Tardío**

En el espectro de la vigilancia gestacional deficiente, se clasifica como gestación no monitorizada aquella en la que la gestante no ha tenido ninguna interacción clínica prenatal. Se considera supervisión insuficiente cuando se han realizado únicamente una o dos visitas con el obstetra, médico generalista o profesional en obstetricia. Asimismo, se cataloga como inicio dilatado del seguimiento prenatal aquel que se inicia posterior a la décimo tercera semana gravídica. (25)

## **1.2.6 Morbilidad en el embarazo actual**

### **a) Anemia**

La disminución patológica en la cantidad de hematíes o pigmento sanguíneo circulante genera un cuadro clínico denominado anemia, que compromete la

capacidad de oxigenación tisular al dificultar el traslado del O<sub>2</sub> desde los sacos aéreos pulmonares hacia la periferia corporal. La etiología más recurrente de esta disfunción hematológica durante la gestación es la ferropenia, representando aproximadamente el 95% de los diagnósticos. Esta alteración hematopoyética constituye una de las complicaciones obstétricas de mayor prevalencia, afectando a más de 56 millones de gestantes globalmente. Conforme a los reportes de la OMS, su incidencia en el embarazo en regiones de América Latina y específicamente en Uruguay se considera moderada, oscilando entre el 20% y 39%. (26)

Durante la gestación, es fisiológicamente habitual que se registre una reducción en los niveles de hemoglobina y eritrocitos, acompañada de una demanda aumentada de oxígeno. Al incremento del metabolismo materno se suma el del feto en desarrollo, lo cual conlleva a una anemia gestacional leve como fenómeno compensatorio. Si bien la astenia suele ser un signo común en este periodo, su asociación con disnea, palidez mucocutánea o taquicardia puede advertir un cuadro anémico.

Esto se considera frecuente debido a la elevación de los requerimientos de hierro en esta etapa biológica. En ocasiones, sin embargo, el déficit hematínico ya coexistía antes de la concepción. Por esta razón, se sugiere una consulta pregestacional, donde se podrían prevenir diversos cuadros anémicos previos a la fecundación. Para conservar una eritropoyesis eficaz con niveles óptimos de hemoglobina, son indispensables micronutrientes esenciales como el hierro, folato y cobalamina. (18)

#### **b) Infecciones urinarias**

La patología infecciosa del tracto urinario representa una complicación recurrente durante la gestación. Si no se interviene terapéuticamente, puede desencadenar

afecciones severas a lo largo del embarazo. En condiciones fisiológicas, la micción es un fluido estéril que porta solutos, electrolitos y metabolitos, pero está exenta de microorganismos patógenos como bacterias, virus y hongos. Las paredes vesicales están protegidas por una barrera mucosa especializada que impide la fijación y proliferación de agentes infecciosos en su epitelio. Durante el periodo gestacional, el aparato urinario sufre modificaciones funcionales y morfoanatómicas, tales como la dilatación renal y la obstrucción parcial de las vías urinarias y la cisterna vesical debido al útero aumentado de tamaño. Además, la micción durante esta etapa no se evacua completamente; el pH urinario se torna menos ácido y se incrementan los niveles de glucosa, proteínas y hormonas. (27)

### **1.2.7 Complicaciones del parto**

#### **a) Periodo expulsivo prolongado**

Tradicionalmente, se ha estipulado que el lapso fisiológico del estadio expulsivo no debería exceder los 60 minutos en nuligestas y los 30 en multigestas. En esta línea, se han ejecutado diversas indagaciones clínicas que abordan el fenómeno denominado “pujo diferido” o “descenso pasivo del polo fetal”, con el propósito de atenuar la intervención instrumental en nacimientos con analgesia epidural. Esto ha implicado una reformulación del enfoque obstétrico convencional durante la conducción del segundo periodo del trabajo de parto, permitiendo a la parturienta un intervalo mayor para procurar un alumbramiento espontáneo, sin imponer la maniobra de pujo inmediatamente después de lograr la dilatación completa.

#### **b) Macrosomía fetal**

El vocablo “macrosomía fetal” se emplea para identificar a un neonato que supera significativamente el peso promedio esperado. Se considera que un bebé presenta macrosomía cuando su masa corporal excede las 8.8 libras (4000g), sin considerar la duración del embarazo. Ante la sospecha clínica de macrosomía, el

profesional sanitario puede solicitar evaluaciones prenatales, tales como la prueba de reposo fetal o el perfil biofísico fetal, con el fin de monitorear la integridad y el bienestar del feto. (28)

### **c) Desgarro inminente**

Frecuentemente se presentan cuando la cabeza fetal atraviesa el orificio vaginal. Estas rupturas suelen originarse debido a un tamaño cefálico excesivo que dificulta la distensión vaginal, o bien por una elasticidad limitada de los tejidos vaginales. Las lesiones vaginales también son denominadas laceraciones o desgarros perineales (29).

## **2. TIPO DE EPISIOTOMÍA**

Es crucial para gestantes saludables y sus neonatos, reconociendo que el parto constituye un proceso fisiológico que generalmente transcurre sin adversidades para la gran parte de las féminas en estado de gestación y sus descendientes, incluso cuando se ponen en práctica o solicitan intervenciones clínicas. Según la OMS el parto eutócico surge espontáneamente en una mujer con producto a las 37 semanas o más, con la cabeza en flexión, vértice como punto de referencia, y finaliza igualmente de forma natural, sin que surjan complicaciones durante su desarrollo. (29)

Según la OMS, la episiotomía no debe practicarse en más del 20% de los partos. La evidencia científica ha demostrado que esta intervención genera dolor, incrementa la hemorragia y ocasiona mayores disfunciones sexuales a largo plazo (30)

### **2.1 Tipo de episiotomía**

#### **a) Rutinaria**

Este procedimiento, denominado episiotomía, se emplea como una práctica rutinaria en partos en ciertos países. Tanto las laceraciones espontáneas como la

episiotomía requieren sutura y pueden ocasionar dolor severo, sangrado, infección, molestias durante las relaciones sexuales, además de favorecer el desarrollo de incontinencia urinaria crónica. (31)

La episiotomía implica la necesidad de suturar, y no está claro cuáles son sus efectos beneficiosos o adversos cuando se utiliza como parte rutinaria en partos fisiológicos. Es fundamental determinar si realmente evita laceraciones extensas, ya que de lo contrario las pacientes podrían someterse a intervenciones quirúrgicas innecesarias, experimentar dolor y desarrollar complicaciones crónicas. Evaluar la implementación de una política sistemática de episiotomía resulta crucial tanto para el ejercicio médico como para el estado de salud y bienestar de las gestantes y sus neonatos.

#### **b) Selectiva**

De manera global, los hallazgos señalan que la aplicación restrictiva de la incisión perineal en las gestantes (donde se anticipa un alumbramiento espontáneo sin instrumentos) implica que menor número de mujeres desarrollen lesiones perineales severas. (32)

Por consiguiente, la justificación para la ejecución rutinaria de episiotomías con el fin de evitar lesiones perineales severas carece de respaldo en la evidencia vigente, y no se logró detectar ventaja alguna para la neonata ni la progenitora. La episiotomía aplicada de forma selectiva no altera la puntuación de Apgar en el neonato. Adoptar posturas diferentes a la litotomía disminuye la frecuencia de episiotomías y resguarda frente a desgarros profundos. (33)

El protocolo del Ministerio de Salud para la atención del parto eutócico aconseja evitar la episiotomía como práctica habitual en partos vaginales espontáneos, restringiendo su aplicación únicamente a partos instrumentados (excluyendo la ventosa) y en situaciones de compromiso fetal comprobado. (34)

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL.

**A término:** La mayoría de las gestaciones se oscilan entre las 37 y 42 semanas gestacionales, no obstante, algunas pueden continuar más allá. Cuando el período supera las 42 semanas, se denomina gestación postmadura o extendida, evento que se registra en una proporción reducida de casos obstétricos. (25)

**Embarazo.** Intervalo temporal que abarca desde la concepción (unión de un óvulo con un espermatozoide) hasta el alumbramiento; en este lapso, el óvulo fertilizado se desarrolla dentro del útero materno. (33)

**Episiotomía.** Corte quirúrgico en el periné destinado a ampliar el canal vaginal en la fase final del período expulsivo o durante el alumbramiento. (35)

#### **Factores de riesgo.**

Cualquier atributo o condición observable en un individuo o colectivo que se reconoce como vinculada a una mayor probabilidad de presentar, desarrollar o estar particularmente susceptible a una patología. (36)

**Postérmino:** Sobrepasado o postmadura (nacido posterior a las 42 semanas de embarazo) (23)

**Rutinaria.** Se refiere a aquello realizado de manera habitual, es decir, como una práctica arraigada, un hábito adquirido que se ejecuta por simple repetición sin un análisis crítico o justificación racional. (15)

**Selectiva.** se escoge según el criterio de necesidad prestando atención a los detalles. (18)

## CAPITULO III

### PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue no experimental debido a que en este estudio no se pudo intervenir sobre las variables ni distribuir aleatoriamente a los participantes o circunstancias, lo que define esta modalidad de investigación (37)

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio de tipo básica de diseño correlacional y de carácter transversal, dado que se propuso analizar la asociación entre dos variables mediante la obtención de datos en un único instante o en un lapso reducido, sin efectuar intervenciones ni alteraciones experimentales. (37)

#### 3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se implementó el método hipotético-deductivo al establecer la hipótesis a partir de una observación inicial. El enfoque adoptado fue cuantitativo, dado que implicó la recopilación y el examen de datos numéricos, lo que facilitó la detección de patrones, la estimación de promedios, la verificación de vínculos entre variables y la obtención de resultados extrapolables a amplias poblaciones. (38)

#### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

##### 3.4.1. Población

Se encontraron 452 casos de parturientas a quienes se les realizó una episiotomía durante el parto en el Centro de Salud Santa Adriana, en el periodo comprendido entre los años 2021 y 2023.

ESTABLECIMIENTO	2021			2022			2023		
	NUM	DEN	%	NUM	DEN	%	NUM	DEN	%
MR. SANTA ADRIANA	884	1,712	51.6	749	1,771	42.3	707	1,288	54.9
CS. SANTA ADRIANA	373	609	61.2	310	696	44.5	298	507	58.8

Fuentes: Base de datos del Centro de Salud Santa Adriana

### 3.4.2. Muestra

Se reviso el 100% (452) casos de parturientas, en quienes se realizó episiotomía durante el parto en el Centro de Salud Santa Adriana, en los años 2021 hasta el 2023.

## 3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

### 3.5.1. Técnicas

Para el logro de los objetivos del presente trabajo de investigación se utilizó el análisis documental que fue la recolección de datos de las historias clínicas.

VARIABLE 1: análisis documental

VARIABLE 2: análisis documental

### 3.5.2. Instrumentos

Variable 1: ficha de recolección de datos

Variable 2: ficha de recolección de datos, La ficha de recolección de datos fue un instrumento utilizado para registrar, organizar y sistematizar la información obtenida durante una investigación o estudio. Esta herramienta permitió recopilar datos relevantes de manera estructurada, facilitando su análisis posterior.

## 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Como primer paso, se solicitó la autorización al jefe del Centro de Salud Santa Adriana para la realización del presente estudio. La información

necesaria para el desarrollo de la investigación fue recolectada mediante un instrumento estructurado de recopilación de datos, diseñado específicamente para garantizar la exactitud, coherencia y sistematización de la información obtenida.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

En la comprobación de hipótesis se aplicó el estadístico chi cuadrado y nivel de significancia, que se emplea para identificar si existe una correlación importante entre variables categóricas

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### 3.8.1. Validez

Instrumento de recolección de datos fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos, con el objetivo de asegurar su pertinencia, claridad, coherencia y relevancia con respecto a los objetivos de la investigación. Para ello, se contó con la participación de 3 profesionales especializados en el tema, entre ellos obstetras y especialistas en el área de salud.

#### 3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, lo que garantiza la consistencia interna de las variables utilizadas en el estudio actual.

Análisis de confiabilidad del instrumento

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,715	10

## CAPITULO IV

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL RELACIONADA A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Delgadez	20	4.4	25	5.5	45	9.9
Normal	45	10.0	112	24.9	157	34.9
Sobrepeso	40	8.8	148	32.7	188	41.5
Obesidad	13	2.9	49	10.8	62	13.7
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>26.1</b>	<b>334</b>	<b>73.9</b>	<b>452</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: ficha de recolección de datos.

$$X^2 C = 11.498$$

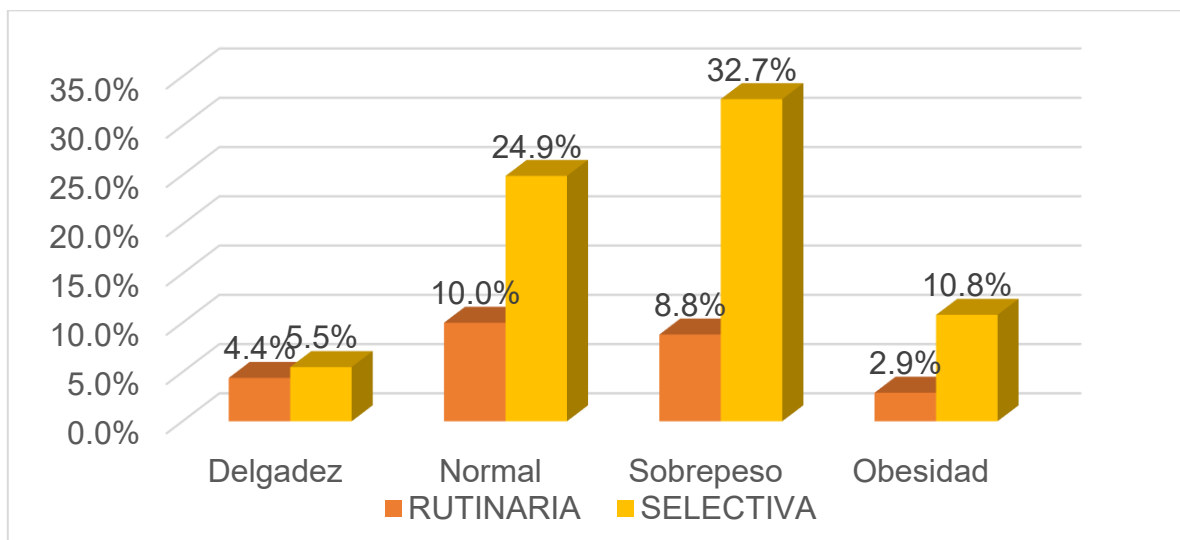
$$GL = 3$$

$$X^2 T = 7.814$$

$$P = 0.009$$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 1.**



Fuente: Tabla 1

En la tabla y figura 1. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 41.5% presento sobrepeso, el 34.9% tuvo un peso normal, el 13.7% presento obesidad y el 9.9% presento delgadez.

En cuanto al tipo de episiotomía el 32.7% tuvo una episiotomía selectiva y el 10% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para el índice de masa corporal pregestacional y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que chi cuadrado calculado es 11.498 mayor a  $\chi^2$  tabulado 7.814 para 3 grados de libertad, en un P valor de 0.009. lo cual nos indica que el índice de masa corporal está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

Según los resultados del investigador **Gutiérrez (10)**. muestra los hallazgos obtenidos en su estudio donde el  $IMC > 30$  está asociado a la episiotomía (X<sup>2</sup> (selectiva=49,9%, 171 pacientes; rutinaria 7%, 24 pacientes) Siendo este resultado congruente con los hallazgos del estudio actual ya que el 41.6% tuvo sobrepeso de las cuales se relacionaron a la episiotomía selectiva en las pacientes que fueron atendidas.

**Tabla 2. EDAD RELACIONADA A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SANTA ADRIANA 2024**

EDAD	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Menor o igual a 17 años	33	7.3	34	7.5	67	14.8
18 a 35 años	56	12.4	197	43.6	253	56.0
36 a más	29	6.4	103	22.8	132	29.2
TOTAL	118	26.1	334	73.9	452	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 21.849$$

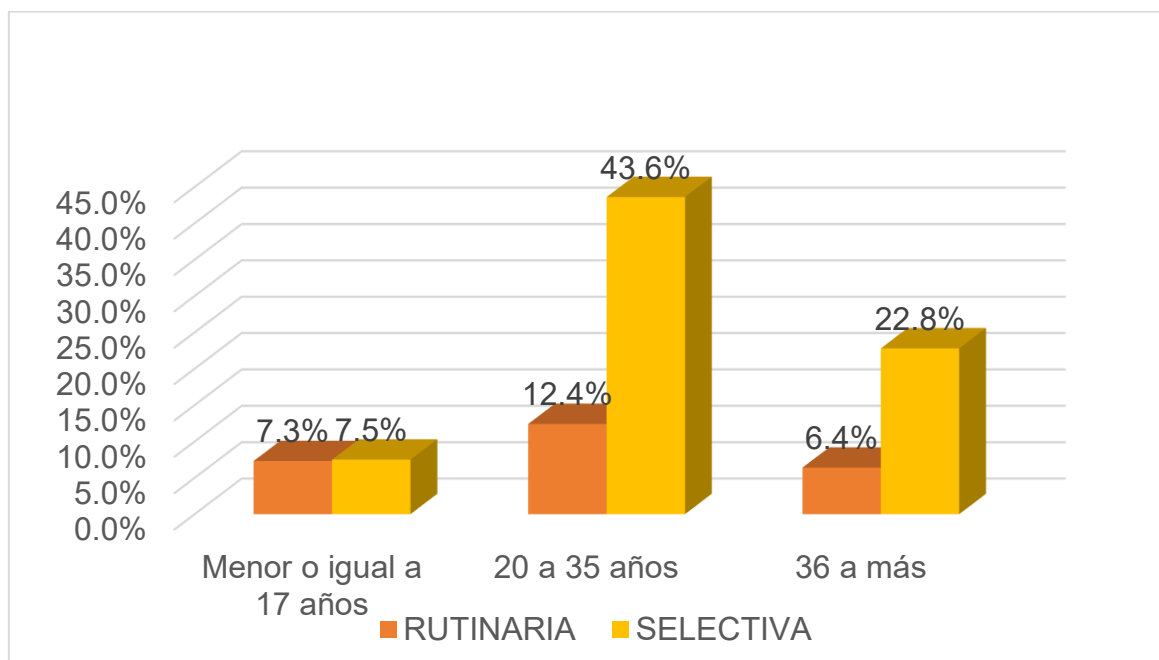
$$GL = 2$$

$$X^2 T = 5.991$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 2.**



Fuente: Tabla 2

En la tabla y figura 2, Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 56% de los pacientes tenía entre 18 y 35 años, el 29.2% eran mayores de 36 años, y el 14.8% tenía menos de 17 años. En cuanto al tipo de episiotomía el 43.6% tuvo una episiotomía selectiva y el 12.4% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para la edad de la gestante y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  cuadrado calculado es 21.849 mayor a  $\chi^2$  tabulado 5.991 para 2 grados de libertad, en un P valor de 0.000. lo cual nos indica que la edad está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

#### DISCUSIÓN:

Los investigadores **Pelissari et al.** (7) Muestran en su estudio la incidencia de episiotomía siendo que fue el 59,4%. Entre las mujeres que no se sometieron a episiotomía, Los factores maternos relacionados fueron edad menor de 19 años Siendo este resultado diferente a los resultados de los investigadores mencionados ya que el 56% fueron mujeres de 18 a 35 años las se sometieron a la episiotomía selectiva en un 43.6% de las gestantes atendidas.

**Tabla 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria	34	7.6	56	12.4	90	20.0
Secundaria	44	9.7	170	37.6	214	47.3
Superior universitaria	24	5.3	62	13.7	86	19.0
Superior no universitaria	16	3.5	46	10.2	62	13.7
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>26.1</b>	<b>334</b>	<b>73.9</b>	<b>452</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 9.914$$

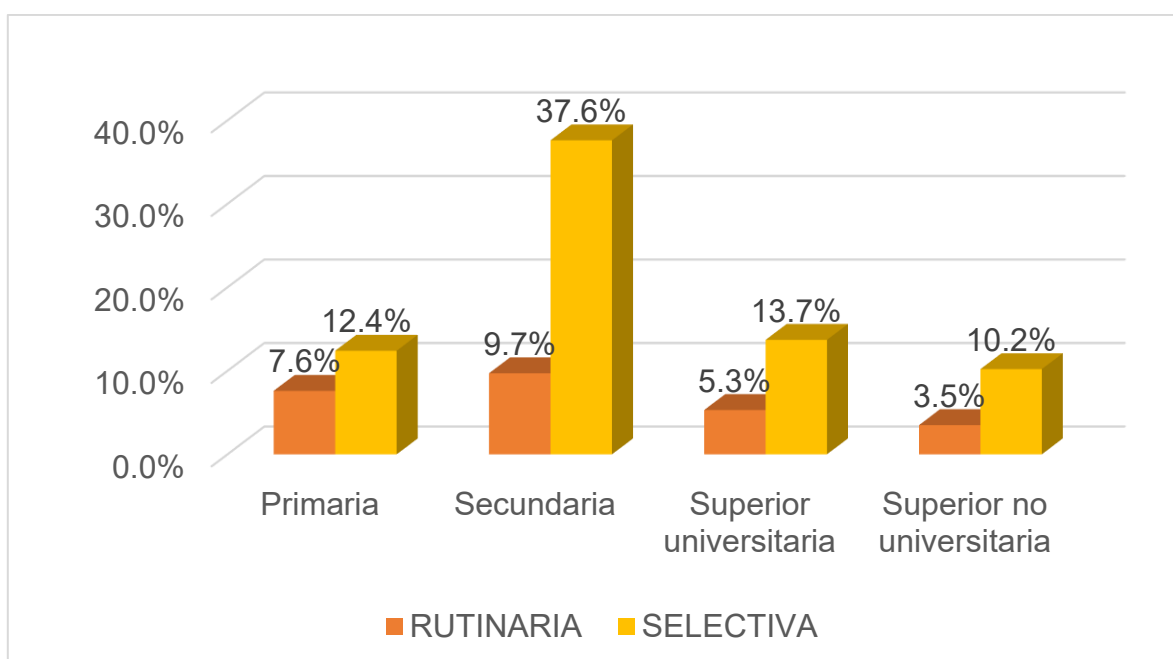
$$GL = 3$$

$$X^2 T = 7.814$$

$$P = 0.019$$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 3.**



Fuente: Tabla 3.

En la tabla y figura 3. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 47.3% fueron pacientes con grado de instrucción de nivel secundario, el 20% con nivel primario, el 19% con un nivel superior universitario y finalmente el 13.7% con nivel superior no universitaria.

En cuanto al tipo de episiotomía el 37.6% tuvo una episiotomía selectiva y el 9.7% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para el grado de instrucción de la gestante y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  cuadrado calculado es 9.914 mayor a  $\chi^2$  tabulado 7.814 para 2 grados de libertad, en un P valor de 0.019. lo cual nos indica que el grado de instrucción está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

En los hallazgos de los investigadores **Estrada y Flores** (12). muestra que los factores demográficos de las gestantes con episiotomía fueron con instrucción primaria 18.7%, con secundaria 65.6% Teniendo como base los resultados anteriores de los autores ya mencionados a comparación se muestra el actual estudio donde 47.3% fueron pacientes con nivel secundario las que presentaron episiotomías selectivas.

**Tabla 4. GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO RELACIONADO A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Menor de 8 kilos	19	4.2	42	9.3	61	13.5
8 a 16 kilos	56	12.4	173	38.3	229	50.7
Mayor de 16 kilos	43	9.5	119	26.3	162	35.8
TOTAL	118	26.1	334	73.9	452	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 1.144$$

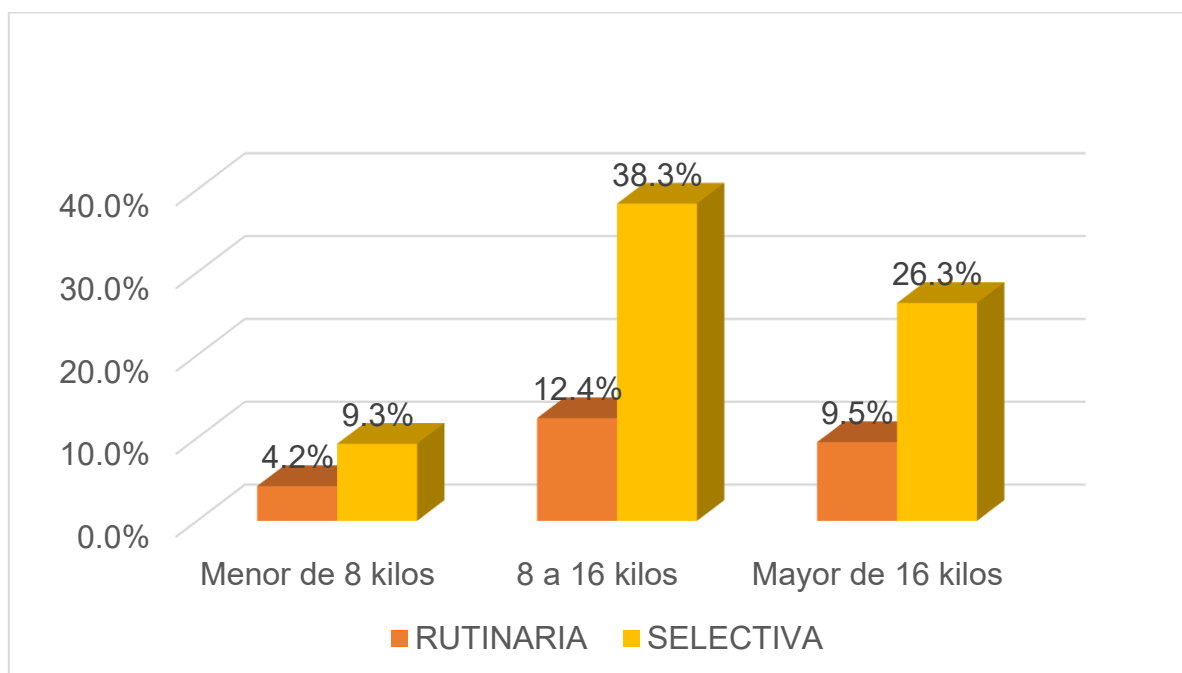
$$GL = 2$$

$$X^2 T = 5.991$$

$$P = 0.567$$

NO ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 4.**



Fuente: Tabla 4.

En la tabla y figura 4. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 50.7% fueron pacientes con una ganancia de peso de 8 a 16 kilos, mientras que el 35.8% fueron pacientes con un peso mayor a 16 kilos y el 13.5% con un peso menor a 8 kilos.

En cuanto al tipo de episiotomía el 38.3% tuvo una episiotomía selectiva y el 12.4% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para la ganancia de peso y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  cuadrado calculado es 1.144 menor a  $\chi^2$  tabulado 5.991 para 2 grados de libertad, en un P valor de 0.567. lo cual nos indica que el grado de instrucción no está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

En los resultados de **Gallegos** (16). muestra su resultado donde la ganancia de peso de inicio a fin del embarazo fue de 16 kg en un 53.4% y un  $p= 0.000$ . Siendo este hallazgo semejante al estudio actual ya que el 50.7% fueron pacientes que ganaron un peso de 8 a 16 kilos sin embargo esto no tuvo relevancia con la episiotomía en las pacientes atendidas, ya que no tuvo una relación directa.

**Tabla 5. PARIDAD RELACIONADA A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD S SANTA ADRIANA 2024**

PARIDAD	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	12	2.6	45	10.0	57	12.6
Múltipara	69	15.3	203	44.9	272	60.2
Gran múltipara	37	8.2	86	19.0	123	27.2
TOTAL	118	26.1	334	73.9	452	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 1.839$$

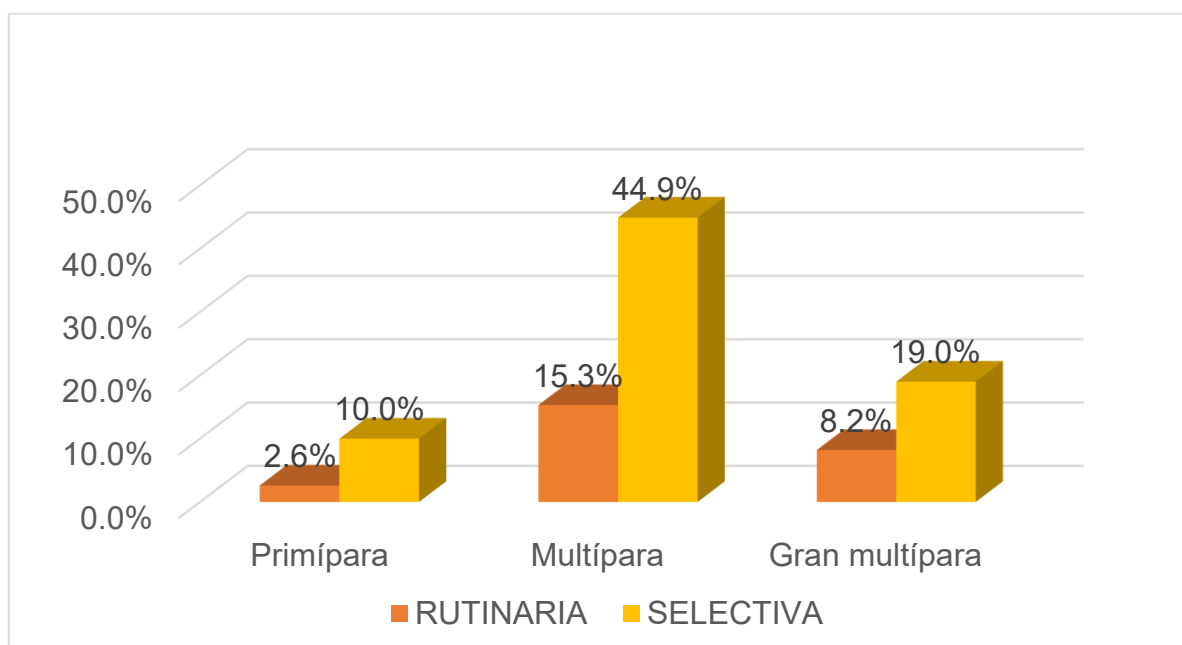
$$GL = 2$$

$$X^2 T = 5.991$$

$$P = 0.403$$

NO ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 5.**



Fuente: Tabla 5

En la tabla y figura 5. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 60.2% fueron pacientes con multiparidad, el 27.2% fueron gran múltiparas y el 12.6% fueron primíparas.

En cuanto al tipo de episiotomía el 44.9% tuvo una episiotomía selectiva y el 15.3% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para la paridad y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  calculado es 1.839 menor a  $\chi^2$  tabulado 5.991 para 2 grados de libertad, en un P valor de 0.403. lo cual nos indica que la paridad no está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

En los hallazgos de los investigadores **García, et al.** (6) Las variables asociadas a la realización de la episiotomía son el parto inducido o estimulado, la instrumentación y la primiparidad. Se evidencia una relación significativa entre la práctica de episiotomía y el mayor grado de desgarro Siendo este hallazgo que discrepa con los resultados del estudio actual ya que el 60.2% fueron múltiparas sin embargo este no se relacionó con la episiotomía en las gestantes.

**Tabla 6. EDAD GESTACIONAL RELACIONADA A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

EDAD GESTACIONAL	USO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
37 a 38 semanas	51	11.3	103	22.8	154	34.1
39 a 40 semanas	67	14.8	231	51.1	298	65.9
TOTAL	118	26.1	334	73.9	452	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 5.951$$

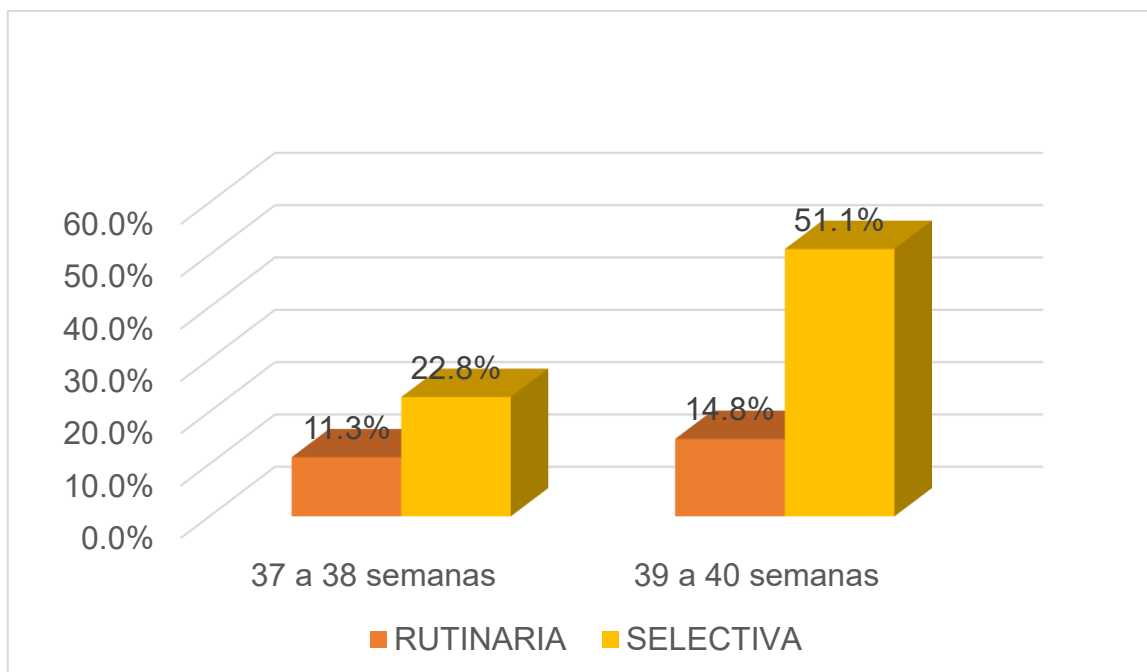
$$GL = 1$$

$$X^2 T = 3.841$$

$$P = 0.018$$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 6.**



Fuente: Tabla 6

En la tabla y figura 6. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 65.9% fueron pacientes de 39 a 40 semanas de embarazo y el 34.1% fueron pacientes de 37 a 38 semanas.

En cuanto al uso de episiotomía el 51.1% tuvo una episiotomía selectiva y el 14.8% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para la edad gestacional y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  calculado es 5.951 siendo esto mayor a  $\chi^2$  tabulado 3.841 para 1 grado de libertad, en un P valor de 0.018. lo cual nos indica que la edad gestacional está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

En los hallazgos de los investigadores **Estrada y Flores** (12) refleja los resultados obtenidos donde la edad gestacional a término 93.6% se relacionó a la episiotomía en las gestantes que fueron atendidas. Resultado que es congruente con el estudio actual ya que el 65.9% fueron gestantes que se encontraban a término de 39 a 40 semanas de embarazo siendo que esto si se relacionó con el uso de la episiotomía.

**Tabla 7. ANTECEDENTE DE EPISIOTOMÍA RELACIONADA A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

ANTECEDENTE DE EPISIOTOMÍA	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
No presenta	58	12.8	101	22.4	159	35.2
Si presenta	60	13.3	233	51.5	293	64.8
TOTAL	118	26.1	334	73.9	452	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 13.678$$

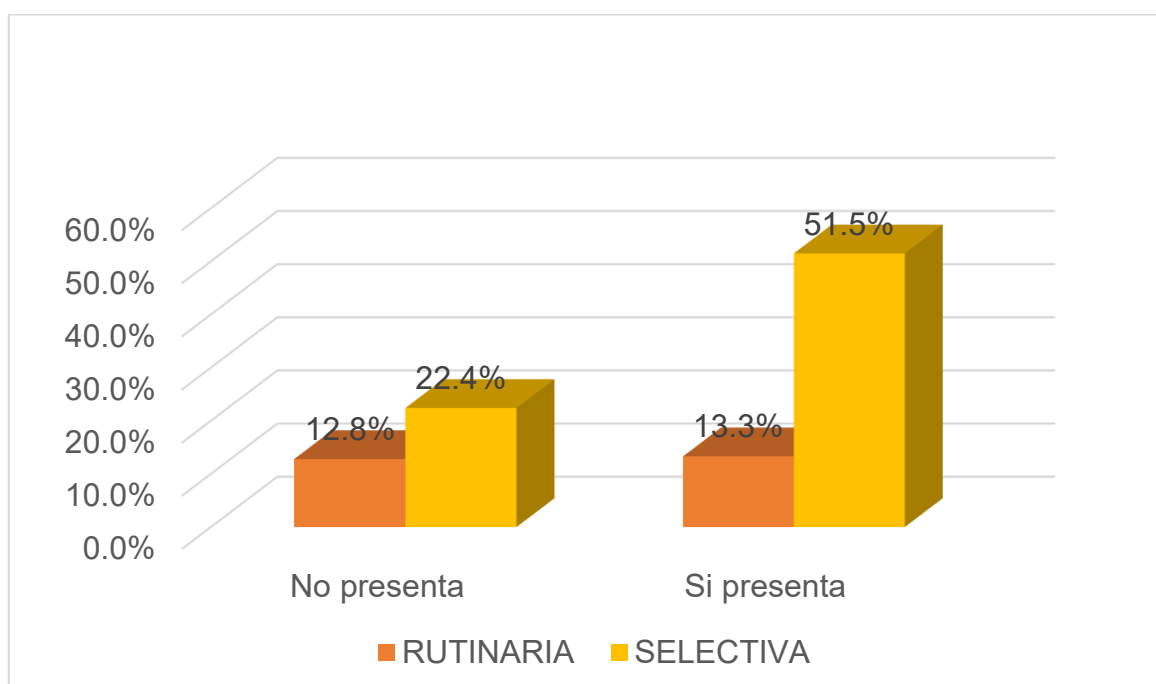
$$GL = 1$$

$$X^2 T = 3.841$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 7.**



Fuente: Tabla 7

En la tabla y figura 7. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 64.8% fueron pacientes que si presentaron antecedentes de episiotomía y el 35.2% no presento este antecedente.

En cuanto al tipo de episiotomía el 51.5% tuvo una episiotomía selectiva y el 13.3% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para los antecedentes de episiotomía y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  calculado es 13.678 siendo esto mayor a  $\chi^2$  tabulado 3.841 para 1 grado de libertad, en un P valor de 0.000. lo cual nos indica que los antecedentes de episiotomía no están relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

En los resultados de los investigadores **Aguiar, Et al.** Muestra que el 59,21% sabía que había sido sometido a ella. Se observó que las mujeres más jóvenes, las primerizas (5). Este hallazgo fue congruente con los autores mencionados ya que el 64.8% si presento antecedente de episiotomía.

**Tabla 8. TIPO DE CONTROL PRENATAL RELACIONADA A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

TIPO DE ATENCIÓN PRENATAL	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Precoz	61	13.5	95	21.0	156	34.5
Tardío	57	12.6	239	52.9	296	65.5
TOTAL	118	26.1	334	73.9	452	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 20.858$$

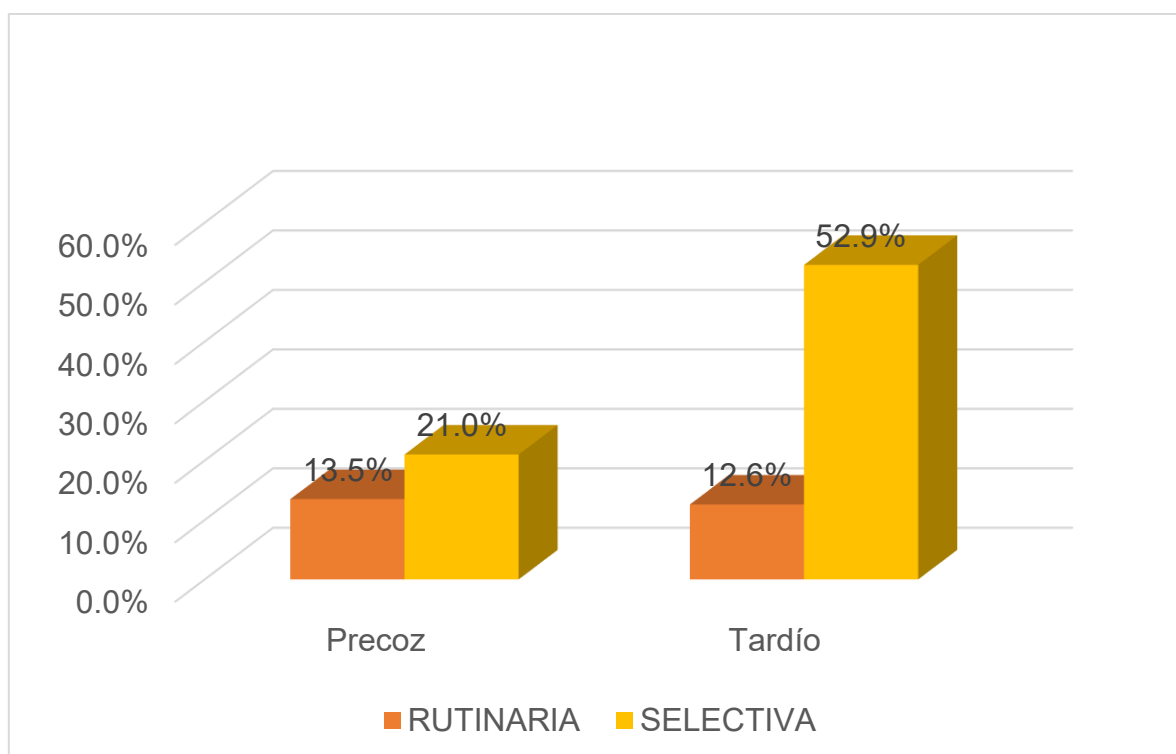
$$GL = 1$$

$$X^2 T = 3.841$$

$$P = 0.000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

**FIGURA 8.**



Fuente: Tabla 8

En la tabla y figura 8. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 65.5% fueron pacientes con atención prenatal tardía y el 34.5% con una atención prenatal precoz.

En cuanto al tipo de episiotomía el 51.5% tuvo una episiotomía selectiva y el 13.3% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para el tipo de atención prenatal y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  calculado es 20.858 siendo esto mayor a  $\chi^2$  tabulado 3.841 para 1 grado de libertad, en un P valor de 0.000. lo cual nos indica que el tipo de control prenatal está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

En los hallazgos de los autores **Pelissari et al.** (7) Muestran los resultados siguientes donde indica que el control prenatal fue adecuado Mientras que en el estudio actual se encontró que el 65.5% tuvo una atención prenatal de forma tardía lo cual se relacionó directamente con la episiotomía en las pacientes que fueron atendidas.

**Tabla 9. MORBILIDAD EN EL EMBARAZO ACTUAL RELACIONADA A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

MORBILIDAD EN EL EMBARAZO ACTUAL	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Anemia	33	7.3	58	12.8	91	20.1
Infecciones urinarias	61	13.5	170	37.6	231	51.1
Ninguna	24	5.3	106	23.5	130	28.8
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>26.1</b>	<b>334</b>	<b>73.9</b>	<b>452</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 8.816$$

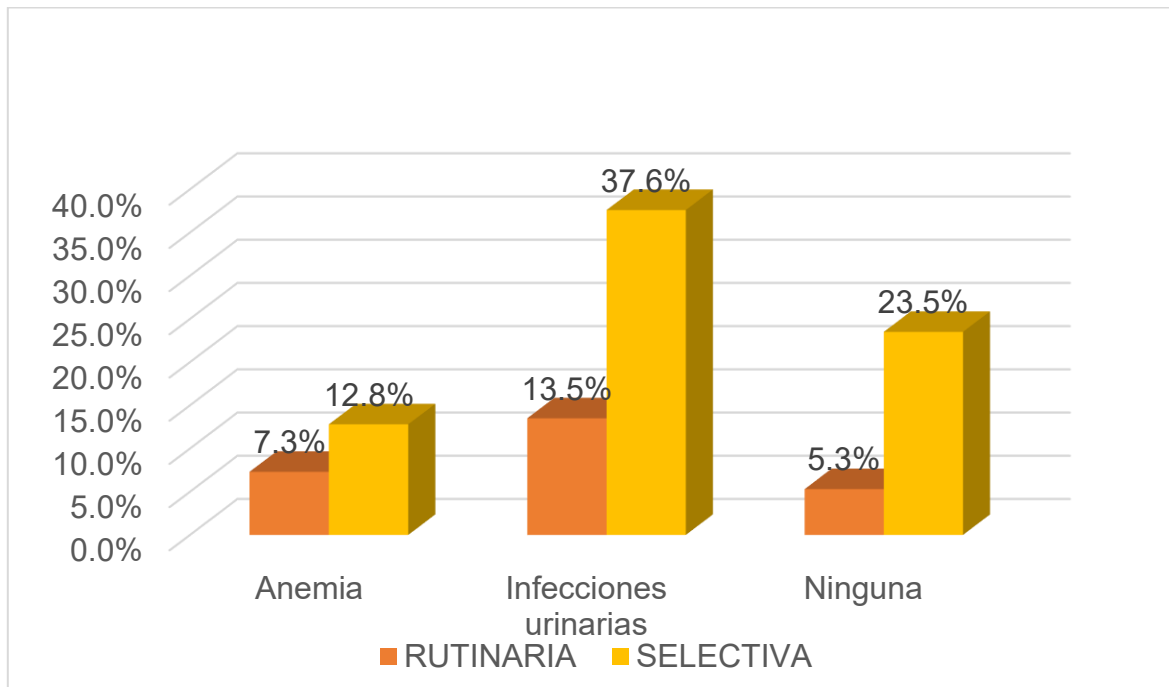
$$GL = 2$$

$$X^2 T = 5.991$$

$$P = 0.012$$

*ES SIGNIFICATIVA*

**FIGURA 9.**



Fuente: Tabla 9

En la tabla y figura 9. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 51.1% que presentaron morbilidad en el embarazo como la presencia de infecciones urinarias, el 28.8% no presento ningún tipo de morbilidad y el 20.1% presento anemia durante su gestación.

En cuanto al tipo de episiotomía el 37.6% tuvo una episiotomía selectiva y el 13.5% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para la morbilidad en el embarazo actual y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  cuadrado calculado es 8.816 siendo esto mayor a  $\chi^2$  tabulado 5.991 para 2 grado de libertad, en un P valor de 0.012. lo cual nos indica que la morbilidad en el embarazo actual está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

Según los hallazgos **De La Sota** (17). infección urinaria se encontró que el (43.20%) presentaron esta patología, Siendo este resultado congruente con los hallazgos del autor mencionado líneas arriba, donde el 51.1% presento infección urinaria en el embarazo lo cual estuvo relacionado con el uso de la episiotomía.

**Tabla 10. COMPLICACIONES DEL PARTO RELACIONADO AL TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA 2024**

COMPLICACIONES PARTO	TIPO DE EPISIOTOMÍA					
	RUTINARIA		SELECTIVA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Periodo expulsivo prolongado	17	3.7	31	6.9	48	10.6
Macrosomía fetal	22	4.9	34	7.5	56	12.4
Desgarro inminente	26	5.8	81	17.9	107	23.7
Ninguno	53	11.7	188	41.6	241	53.3
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>26.1</b>	<b>334</b>	<b>73.9</b>	<b>452</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 9.495$$

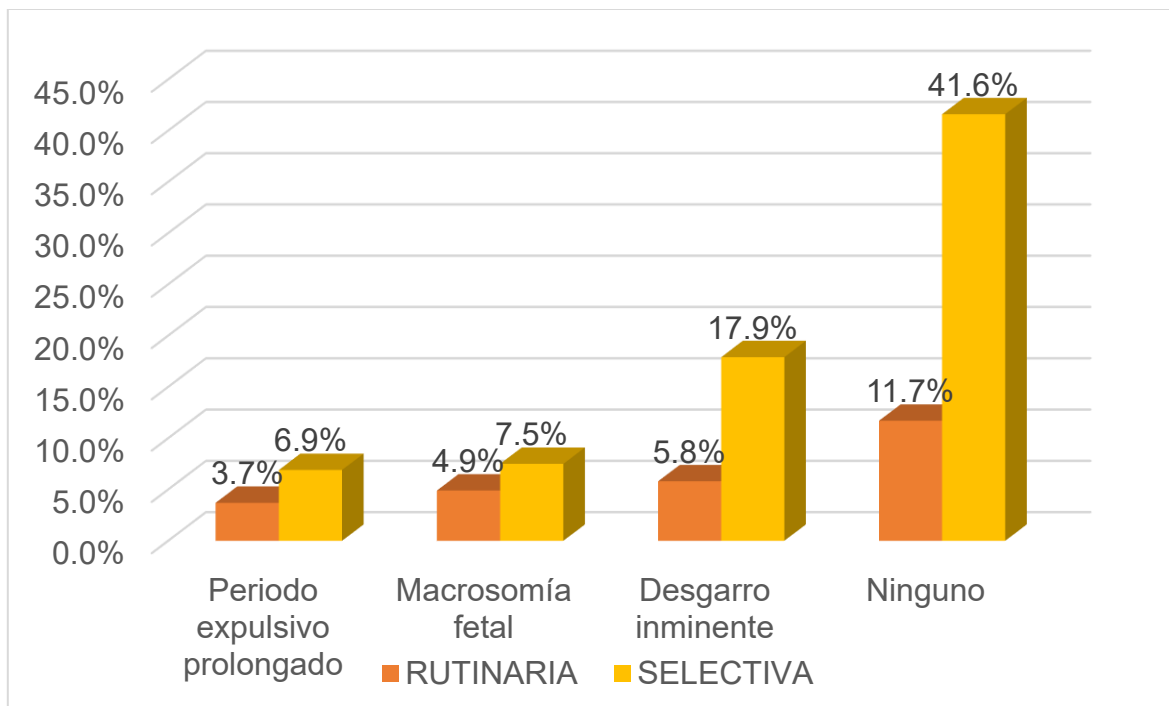
$$GL = 3$$

$$X^2 T = 7.814$$

$$P = 0.023$$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 10.**



Fuente: Tabla 10

En la tabla y figura 10. Corresponden al 100% de los casos de estudio (452 pacientes), se observa que el 53.3% no presento ningún tipo de complicación durante el parto, mientras que el 23.7% presento desgarro inminente, el 12.4% presento macrosomía fetal y finalmente el 10.6% presento periodo expulsivo.

En cuanto al tipo de episiotomía el 41.6% tuvo una episiotomía selectiva y el 11.7% tuvo una episiotomía rutinaria.

Se calculó la prueba de  $\chi^2$  para complicaciones del parto y el tipo de episiotomía de la gestante dando como resultado que  $\chi^2$  calculado es 9.495. siendo esto mayor a  $\chi^2$  tabulado 7.814 para 3 grado de libertad, en un P valor de 0.023. lo cual nos indica que las complicaciones parto está relacionado significativamente con el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva.

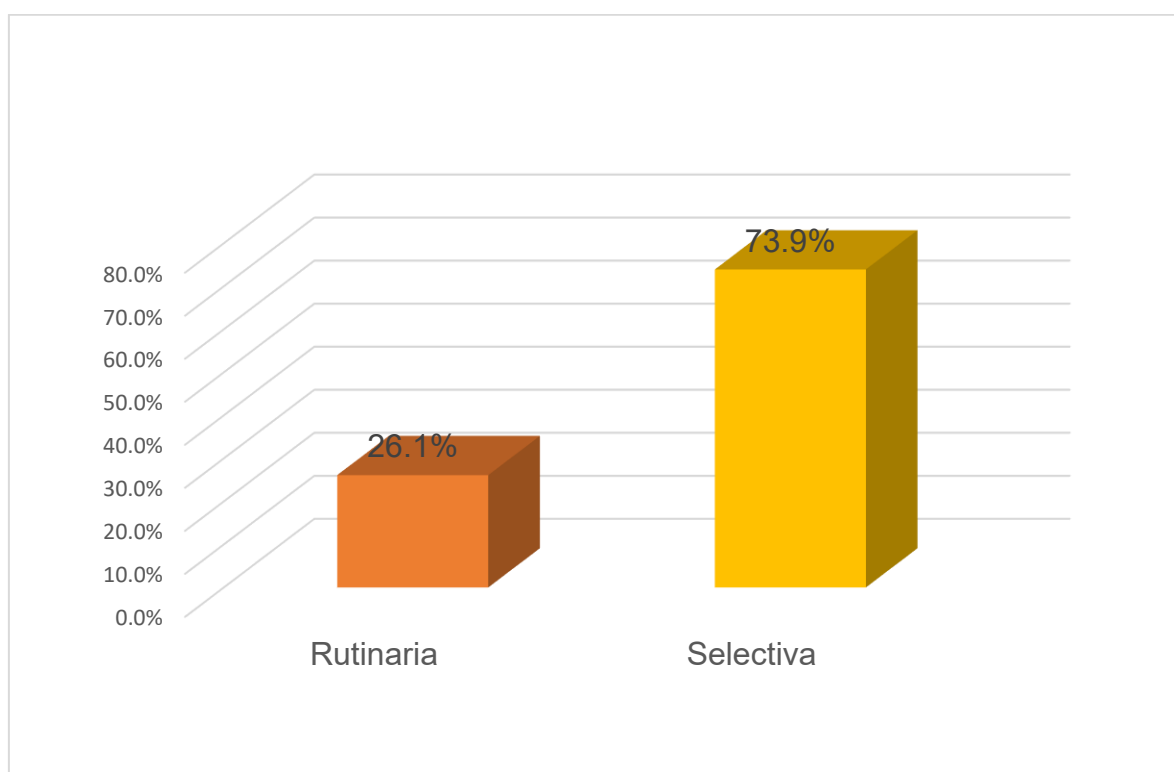
En los hallazgos del investigador **Mosquera** (8). refiere que las mujeres primíparas es necesario realizar una episiotomía en el 80% y 90% de los casos pues el conducto vaginal se encuentra estrecho y resulta riesgoso si no se realiza la práctica quirúrgica, en el 85% de casos en donde no se ha aplicado esta técnica se presenta algún tipo de trauma perianal y entre el 1 y 8% existirá un desgarro perianal severo Siendo este resultado congruente a lo encontrado por el autor mencionado ya que el 53.3% no presento ninguna complicación durante el parto ya que este resultado se relacionó al uso de la episiotomía selectiva por lo que se encontró relación para con los resultados.

**Tabla 11. EL TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA O SELECTIVA PRACTICADA CON MAYOR FRECUENCIA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024.**

USO DE EPISIOTOMÍA	TOTAL	
	fi	%
Rutinaria	118	26.1
SELECTIVA	334	73.9
TOTAL	452	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FIGURA 11.**



Fuente: tabla 11.

En la tabla y figura N.º 11 nos muestra el tercer objetivo específico el cual es comparar el uso de episiotomía rutinaria o selectiva practicada con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.

Del 100% de los casos de estudio los cuales son 452 pacientes, se muestra que el 73.9% presento una episiotomía selectiva y el 26.1% presento una episiotomía rutinaria. Siendo que la episiotomía que se practicó en mayor frecuencia fue la episiotomía selectiva en el total de los casos de estudio, tal como se detalla en la tabla 11.

Según los hallazgos del investigador **Gutiérrez** (10). muestra que la episiotomía usada en mayor frecuencia fue la selectiva en un 49,9%, 171 pacientes; rutinaria 7%, 24 pacientes del total de los pacientes estudiados Siendo este resultado concordante con los hallazgos del estudio actual ya que el 73.9% hizo de la episiotomía selectiva en las pacientes que fueron atendidas en dicho establecimiento.

## CONCLUSIONES

**Primera:** Se determinó que existe una relación significativa entre los factores de riesgo y el tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024. Aceptando de modo parcial la hipótesis planteada.

**Segunda:** Se señaló los factores de riesgo pregestacionales relacionados con el tipo de episiotomía incluyen un 41.6% de mujeres con índice de masa corporal en rango de sobrepeso ( $P=0.009$ ), un 56% de parturientas entre 20 y 35 años ( $P=0.000$ ), y un 47.3% con nivel de instrucción secundaria ( $P=0.019$ ).

**Tercera:** Se indicó que los factores de riesgo obstétricos relacionados significativamente con el tipo de episiotomía: la edad gestacional (65.9%,  $P=0.018$ ), antecedente de episiotomía (64.8%,  $P=0.000$ ), atención prenatal tardía (65.5%,  $P=0.000$ ), infección urinaria (51.1%,  $P=0.012$ ) y complicaciones en el parto, donde el 53.3% no presentaron complicaciones gracias a las episiotomías selectivas ( $P=0.023$ ). Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas con el uso de la episiotomía en cuanto a la ganancia de peso (50.7% con un aumento de 8 a 16 kg,  $P=0.009$ ), la edad (56% entre 20 a 35 años,  $P=0.567$ ) y la paridad (60.2% multíparas,  $P=0.403$ ).

**Cuarta:** Se identificó el tipo de episiotomía más frecuente practicada en las parturientas atendidas en el Centro de Salud Santa Adriana fue la episiotomía selectiva, con un 73.9%, mientras que solo un 26.1% recibió una episiotomía rutinaria.

## RECOMENDACIONES

**Primera.** Al jefe del centro de Salud Santa Adriana coordinar con el jefe de obstetras para promover prácticas de parto respetuoso y capacitar al personal de salud en técnicas de manejo del periné para evitar el uso de episiotomías, favoreciendo su aplicación solo cuando sea estrictamente necesario, con el objetivo de reducir intervenciones innecesarias y mejorar la recuperación postparto de las mujeres.

**Segunda:** Al jefe de obstetras implementar un enfoque integral de salud pregestacional que incluya orientación nutricional, programas de ejercicio como la psicoprofilaxis y educación sobre salud reproductiva, dirigidos a mujeres en edad fértil, con el fin de reducir factores de riesgo como el sobrepeso y promover un embarazo saludable.

**Tercera:** A los obstetras implementar estrategias innovadoras para reducir el uso de episiotomías, como el entrenamiento del personal médico en técnicas de manejo del perineo, como el masaje perineal y el apoyo del periné, que ayudan a prevenir desgarros sin necesidad de episiotomía. Es importante fomentar la educación personalizada para la madre mediante aplicaciones móviles y programas educativos que promuevan los ejercicios perineales para disminuir el uso de episiotomías.

**Cuarta:** Al jefe de obstetras realizar capacitaciones continuas en técnicas de parto respetuoso, el uso de alternativas a la episiotomía como el masaje perineal y posiciones de parto que favorezcan la elasticidad del periné, Además, es crucial seguir protocolos que restrinjan el uso rutinario de la episiotomía y promuevan su aplicación solo cuando sea estrictamente necesario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez C. Protocolo fisioterapéutico basado en evidencia de calidad, para el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres post parto vaginal con episiotomía. 2023.
2. Dos Santos, G. G. Violencia Obstétrica caracterizada episiotomía rutinaria. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(2), 165-166. 2020.
3. De La Cruz A. A., Fiestas M. Y. Factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-I. 2023.
4. Mamani J. B. Resultados del parto en relación al periodo intergenésico de riesgo obstétrico en pacientes atendidas en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané. 2024.
5. Aguiar, B. M., Silva, T. P. R. D., Pereira, S. L., Sousa, A. M. M., Guerra, R. B., Souza, K. V. D., Matozinhos, F. P. Fatores associados à realização de episiotomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190899. 2020.
6. García A. I., Viguera M. D. L. Á., Ballesteros C., Fernández M. D. L. M., Carrillo C., Martínez M. E. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201907040. 2020.
7. Pelissari LCB, Zilly A, Ferreira H, Spohr FA, Casacio GD de M, Silva RMM da. Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 18º de janeiro de 2022.
8. Mosquera J. A. Indicaciones de episiotomía en primíparas versus riesgo y complicaciones. Ecuador. 2023.

9. Peña M.S., Escribano M., López E. Macrosomía fetal: factores de riesgo y resultados perinatales. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 48(3), 100637.España. 2021.
10. Gutiérrez A. Factores asociados a la realización de episiotomía en embarazadas del hospital nacional Hipólito Unánue. 2023.
11. Lunasco F. D. Practica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el centro de Salud Huando. 2021.
12. Estrada N. M., Flores M. D. R. Prevalencia y factores presentes en gestantes con episiotomía atendidas en el Centro de Salud Belén de Ayacucho. 2022.
13. Barbaran R. E. Perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga Essalud. 2020.
14. Vargas T. Y. I. Factores asociados a la episiotomía en mujeres con parto vaginal en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro. 2024.
15. Añamuro J. L. Características de la atención prenatal y su influencia en la vía del parto, en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca–Huancané. 2024.
16. Gallegos S. M. Hábitos nutricionales asociados a la anemia ferropénica en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Juliaca. 2024.
17. De La Sota P. A. Anemia materna y complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno. 2023.
18. García M. Diferencias en los resultados obstétricos y perinatales en mujeres con diabetes gestacional según su índice de masa corporal. 2023.
19. Moya, J. S. S., Velasco, J. P. S. Violencia obstétrica de las mujeres embarazadas en estado de gestación frente a la salud pública. *Código Científico Revista de Investigación*, 4(E2), 434-452. 2023.

20. Arcos D., Aguilar G., Sosa M. Síndrome Metabólico y Factores de Riesgo Asociados en Embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Guerrero. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 564-580. 2024.
21. Quishpe E. T. V., Lara V. E. G. Conocimientos, actitudes, prácticas alimentarias y estado nutricional en embarazadas, revisión bibliográfica. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, 14(2), 6-17. 2023.
22. Asadobay P. E., Herrera C. S. Masaje perineal en mujeres embarazadas para la prevención de un traumatismo perineal durante el parto (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.). 2024.
23. Camacho M. La paridad, alternancia de género y evolución del rol de la mujer en la escena política y gestión pública en el Perú. *Giuristi Rev Derecho Corporativo* [Internet]. 2024 Jul-Dic [citado 2025 May 6];5(10):3-21. Disponible en: <https://revistas.esan.edu.pe/index.php/giuristi/article/view/655/654>
24. Lattari A. Edad gestacional. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2023 Nov [citado 2025 May 6]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>
25. Veiga, I. A., Rodríguez, I. A., Cortiñas, M. M. Dolor pélvico en mujeres con episiotomía versus mujeres con desgarro perineal de segundo grado. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 50(2), 100848. 2023.
26. Silva A..H., Díaz C. L. L. Cobertura y calidad de atención prenatal desde la perspectiva de los determinantes sociales en el establecimiento de Salud

- Alonso Suazo (Doctoral dissertation, Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC). 2023.
27. Manrique Y., Del toro M. Funcionalidad familiar de adolescentes asistentes a control prenatal. Cartagena 2021. *Revista Ciencia y Cuidado*, 20(1), 22-32. 2023.
28. Fajardo N. K., Azúa M. Anemia por deficiencia de hierro en el periodo gestacional: diagnóstico, consecuencias prevención. *MQRInvestigar*, 7(1), 1793-1814. 2023.
29. Aguilar, G., Garbini, S. M. Prevalencia de infección urinaria, complicaciones y factores asociados en embarazadas que acuden al Hospital Regional De Coronel Oviedo. *Arandu Poty*, 2(2), 8-13. 2023.
30. Cárdenas J. E. G. Principales factores maternos asociados a macrosomía fetal en pacientes no diabéticas. *Archivos De Medicina, Salud Y Educación Médica*. 2024.
31. Frau A. Identificación de lesiones obstétricas del suelo pélvico mediante ecografía tridimensional. 2023.
32. Quintana A.E. Parir: Voces después del dolor. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2024, vol. 21, no 1.
33. Negrillo L. O. R. I. A. Factores asociados al parto que afectan a la recuperación de las relaciones sexuales postparto. 2024.
34. Mesa A. D. P., Pérez L., Vilar A., China J., Infante F., Jeppesen J. Evolución del tipo de partos y resultados perineales en un hospital de Canarias. 2023.
35. Carpio M. V., Troya L. A. Multiparidad como factor de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes atendidas en el Hospital Provincial Martín Icaza, Babahoyo. 2024.

36. Fraile J. D. V. Riesgo obstétrico en mujeres adultas primigestantes con obesidad. 2024
37. Sampieri RH. Las rutas del abuso de drogas. Centro de Información de la Biblioteca del CIJ. 2010. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales\\_de\\_consulta/drogas\\_de\\_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf). Accedido el: 6 de mayo de 2025.
38. Sánchez Flores, Fabio Anselmo. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria, 13(1), 102-122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

# ANEXOS

## ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control prenatal	morbilidad_embarazo_actual	complicaciones_del_parto	tipo_episiotomia
1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	1
2	2	2	1	1	1	1	2	1	4	2
2	2	2	1	2	1	1	1	1	4	1
2	2	2	1	2	1	2	2	1	4	2
3	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2
3	3	2	2	2	1	2	2	2	4	2
3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	2
3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	3	2	2	2	2	4	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2
3	2	2	3	3	2	2	2	2	4	2
3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
3	2	2	3	1	2	2	2	2	3	2
3	2	2	3	1	2	2	2	2	4	2
4	3	2	3	1	2	2	2	3	4	2
4	3	2	3	1	1	2	2	3	4	2
4	3	3	3	1	1	2	2	3	4	2
1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2
1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
2	2	3	2	2	1	1	2	2	3	2
2	1	3	2	2	1	1	2	2	4	2
2	1	3	2	2	1	1	2	2	4	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control prenatal	morbilidad_embarazo_actual	complicaciones_del_parto	tipo_episiotomia
26	2	1	3	1	2	1	1	2	3	4	2
27	2	2	3	1	3	2	1	2	3	4	2
28	2	2	3	1	2	2	1	2	3	4	2
29	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2
30	3	2	3	2	3	2	1	2	2	3	2
31	3	2	3	2	3	2	1	2	2	4	2
32	3	3	3	2	3	2	1	2	2	3	2
33	3	3	3	3	2	2	1	2	2	3	2
34	3	3	4	3	2	2	2	2	3	4	2
35	3	3	4	3	2	2	2	2	3	4	2
36	4	1	4	3	2	2	2	1	3	4	1
37	4	2	4	3	2	2	2	1	3	4	1
38	1	2	4	3	3	2	2	1	2	4	1
39	3	2	4	3	3	2	2	1	2	3	1
40	3	2	1	3	3	2	2	1	1	4	1
41	2	2	1	3	3	2	2	1	1	3	1
42	2	2	1	3	3	2	2	1	1	4	1
43	2	2	1	3	2	2	2	1	1	3	1
44	4	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2
45	4	1	1	2	2	1	2	1	2	4	1
46	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	2
47	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
48	3	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2
49	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
50	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control prenatal	morbilidad_embarazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
51	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2
52	4	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
53	4	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2
54	4	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2
55	4	3	2	1	2	2	2	2	3	3	2
56	4	3	2	1	2	1	2	2	3	3	2
57	3	3	2	1	2	1	2	2	3	3	2
58	3	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2
59	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2
60	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1
61	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
62	2	2	1	2	2	2	2	2	2	4	2
63	2	1	1	2	2	2	2	1	1	4	1
64	1	2	1	2	2	2	1	1	1	4	1
65	1	2	1	2	2	2	1	1	1	4	1
66	2	2	1	3	2	2	1	1	2	4	1
67	2	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1
68	2	1	2	3	2	2	1	1	2	2	1
69	2	1	2	3	3	1	1	1	3	2	1
70	2	1	2	3	3	2	1	2	3	3	1
71	2	1	2	3	3	2	2	2	3	1	2
72	2	2	1	3	3	2	1	2	3	1	1
73	2	2	1	3	2	1	2	2	3	1	2
74	2	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2
75	2	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control prenatal	morbilidad_embarazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
76	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2
77	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2
78	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
79	4	2	2	2	2	2	2	2	1	4	2
80	3	2	2	3	3	2	2	2	1	4	2
81	3	2	2	3	3	2	1	2	1	3	1
82	3	2	2	3	3	2	2	2	1	4	2
83	3	3	2	3	2	2	1	2	1	3	1
84	3	3	2	3	2	2	1	2	1	1	1
85	3	3	2	3	2	2	1	2	2	4	1
86	3	3	2	3	2	2	1	2	2	4	1
87	3	3	2	3	3	1	1	2	2	4	1
88	3	3	3	3	3	1	1	2	3	4	1
89	3	3	3	3	3	1	1	2	3	4	1
90	3	2	2	2	3	1	1	2	3	4	1
91	4	2	3	2	1	1	1	2	3	4	1
92	3	2	3	2	1	1	1	2	3	4	1
93	3	2	3	2	1	2	2	2	3	1	2
94	3	2	3	2	1	2	2	2	3	1	2
95	3	2	2	2	1	2	2	2	3	1	2
96	3	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
97	3	2	3	2	1	1	2	2	1	1	2
98	3	2	4	2	1	1	2	2	1	1	2
99	3	2	4	2	1	1	2	2	2	1	2
100	3	2	4	2	1	1	2	2	2	1	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
101	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2
102	3	2	4	2	2	2	2	2	3	2	2
103	3	2	4	2	2	2	2	2	3	2	2
104	3	1	2	1	2	2	2	2	3	3	2
105	3	1	2	1	3	2	2	2	3	4	2
106	3	1	2	1	3	2	2	2	3	4	2
107	3	1	2	1	3	2	2	2	3	4	2
108	3	1	2	2	3	2	2	2	3	4	2
109	3	2	1	2	2	2	2	2	3	4	2
110	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2
111	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2
112	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2
113	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2
114	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1
115	2	2	3	3	3	2	1	1	2	4	1
116	2	2	3	2	3	2	1	2	2	4	1
117	2	2	3	2	3	2	1	2	2	4	1
118	2	3	3	2	3	2	1	1	2	4	1
119	1	3	2	3	2	2	1	1	2	2	1
120	1	3	2	3	2	2	2	1	2	4	2
121	1	3	2	3	2	1	2	1	2	4	2
122	1	3	2	3	2	1	2	1	1	4	2
123	4	3	2	3	2	1	2	1	1	4	2
124	4	3	2	3	2	1	2	1	1	3	2
125	4	3	2	2	2	1	2	2	1	4	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
126	4	3	2	2	2	2	2	2	1	4	2
127	4	3	2	3	2	2	2	2	2	4	2
128	4	2	1	3	2	2	1	1	2	4	2
129	4	2	2	3	2	2	1	1	2	4	2
130	4	2	1	3	2	2	1	1	3	3	2
131	4	1	1	3	2	2	1	1	3	4	2
132	4	1	2	3	2	2	1	1	3	4	2
133	4	1	2	3	2	1	2	2	3	3	2
134	4	1	2	3	2	1	2	2	3	4	2
135	4	1	3	3	2	1	2	2	3	4	2
136	4	2	3	2	3	2	2	2	3	4	2
137	4	2	3	2	3	2	2	1	3	4	2
138	4	2	4	2	3	2	2	1	3	4	2
139	4	2	4	2	3	1	2	1	3	4	1
140	4	2	4	1	2	1	2	1	3	2	1
141	4	2	4	1	2	1	2	1	3	2	1
142	2	2	4	1	2	1	2	1	2	2	1
143	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	1
144	2	1	4	2	3	2	2	2	2	3	1
145	2	1	4	2	3	2	1	2	2	4	1
146	2	1	1	3	3	2	1	2	2	4	1
147	2	1	1	3	3	2	1	1	2	4	1
148	2	2	1	3	2	2	1	1	2	3	1
149	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	1
150	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
151	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
152	3	2	2	1	2	2	2	2	2	4	1
153	3	1	2	2	2	2	2	2	2	4	2
154	3	1	2	2	2	2	2	2	2	4	2
155	3	1	2	2	2	2	2	2	1	4	2
156	3	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2
157	3	2	2	2	2	2	2	2	1	4	2
158	3	3	2	1	2	2	2	2	1	4	2
159	2	3	2	1	2	2	2	2	1	4	2
160	2	3	2	1	2	2	1	2	1	4	2
161	1	3	2	1	2	2	1	1	1	4	2
162	1	3	2	2	2	2	1	2	1	4	2
163	1	3	2	2	2	2	1	2	2	4	2
164	2	3	2	2	2	2	1	2	2	4	2
165	2	3	3	3	2	1	2	1	2	4	2
166	2	3	2	3	2	1	2	1	2	4	2
167	2	3	2	3	2	2	2	1	2	4	2
168	2	3	2	3	2	1	2	2	2	4	2
169	2	1	2	3	2	1	2	2	2	4	2
170	2	3	2	3	2	1	2	2	3	4	2
171	2	2	2	3	2	1	2	2	3	4	2
172	3	2	2	3	2	2	2	2	3	4	2
173	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2
174	2	3	2	2	2	2	2	2	3	4	2
175	3	3	3	2	1	2	2	2	3	4	2












	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
176	3	3	4	2	2	2	2	2	3	1	2
177	4	3	4	2	2	2	2	2	3	2	2
178	4	3	4	2	1	2	1	2	3	4	2
179	4	3	4	2	1	2	1	2	2	4	2
180	4	3	2	2	1	2	1	2	2	4	2
181	4	3	2	2	1	2	1	2	2	4	2
182	4	3	2	2	2	2	1	2	2	4	2
183	3	3	1	2	2	2	1	2	2	4	1
184	3	3	1	3	2	2	1	2	2	1	1
185	3	3	2	3	2	2	1	2	2	4	2
186	3	3	2	2	2	2	1	2	2	4	2
187	3	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2
188	3	2	2	3	3	2	1	2	2	4	2
189	3	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2
190	3	2	2	2	3	2	1	2	1	3	2
191	3	2	2	2	3	2	1	2	1	4	2
192	3	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2
193	3	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2
194	3	2	2	2	2	1	1	1	1	4	2
195	3	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2
196	3	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2
197	3	2	2	2	2	2	1	2	2	4	2
198	3	2	2	2	2	2	1	2	1	3	2
199	2	3	1	2	1	2	2	2	2	3	2
200	2	3	2	3	1	1	2	2	2	3	2












	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_e_pisiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embarazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
201	2	3	2	3	1	2	2	1	2	3	2
202	2	2	2	3	1	2	2	1	3	3	2
203	2	2	2	3	1	2	2	1	3	3	2
204	2	2	3	3	1	2	2	1	3	2	2
205	2	2	3	3	1	1	2	1	1	2	2
206	2	2	3	2	1	1	2	1	1	2	2
207	2	2	4	2	2	1	2	1	1	3	2
208	2	2	4	2	2	1	2	1	1	3	2
209	2	3	4	2	2	1	2	1	2	4	1
210	2	3	3	2	2	1	2	2	1	4	2
211	2	3	3	2	2	1	2	2	2	4	1
212	2	3	1	2	2	2	2	2	1	3	1
213	1	3	1	2	3	2	2	2	1	4	1
214	2	3	1	2	3	2	2	2	1	4	2
215	2	2	1	2	3	2	2	2	1	4	2
216	3	2	2	3	3	2	2	2	2	4	2
217	3	2	2	3	3	2	2	1	2	3	2
218	3	2	2	3	3	2	2	2	2	4	2
219	3	2	2	3	2	2	2	2	1	4	2
220	3	2	2	3	2	2	2	1	1	3	2
221	3	2	2	3	2	1	2	1	1	1	2
222	3	2	3	3	2	1	2	1	1	4	2
223	3	2	3	3	2	1	2	1	1	4	2
224	3	2	4	3	2	1	2	1	2	1	2
225	3	2	4	3	1	1	2	2	2	1	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_e_pisiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embarazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
226	3	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2
227	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
228	3	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2
229	3	2	2	3	1	2	2	2	2	3	2
230	2	2	2	3	1	2	2	2	2	4	2
231	2	2	2	3	2	2	2	2	2	4	2
232	2	2	1	2	2	2	2	1	3	4	2
233	2	2	1	2	2	2	2	1	3	4	2
234	2	3	1	2	2	2	2	2	3	4	2
235	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2
236	2	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1
237	2	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1
238	2	3	3	2	2	1	2	1	2	1	1
239	2	3	3	2	2	1	2	1	2	1	1
240	1	3	4	2	2	1	2	1	2	1	1
241	1	3	3	2	2	1	2	1	2	1	1
242	1	3	3	2	2	1	2	2	2	1	1
243	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1
244	1	3	2	2	2	1	2	1	1	2	2
245	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	1
246	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
247	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
248	2	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1
249	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	2
250	2	2	1	2	3	1	1	2	2	3	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
251	3	2	1	2	1	1	1	2	2	3	1
252	3	2	1	2	1	1	1	2	2	4	1
253	3	2	1	2	3	1	2	2	2	4	1
254	3	3	2	2	3	1	2	2	2	4	2
255	3	3	2	2	3	1	2	2	2	4	2
256	4	3	2	2	3	1	2	2	2	4	2
257	3	3	2	2	3	1	2	1	2	4	2
258	3	2	2	2	3	2	1	1	1	4	2
259	3	2	2	2	3	2	1	1	3	4	2
260	4	2	2	2	3	2	1	1	3	4	2
261	4	2	2	2	3	2	1	1	2	3	2
262	4	2	2	2	2	1	2	1	2	3	1
263	4	3	2	2	2	1	2	1	3	3	2
264	3	3	1	2	2	1	2	1	3	3	2
265	3	3	1	2	2	1	2	2	3	3	2
266	3	3	1	2	3	1	2	2	3	3	2
267	3	3	1	2	3	1	1	2	3	3	2
268	3	1	2	2	3	1	1	1	1	2	1
269	3	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
270	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1
271	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2
272	3	1	2	1	3	2	2	2	1	2	1
273	3	3	3	1	3	2	2	1	1	4	2
274	2	2	2	1	3	2	2	2	1	4	2
275	2	2	2	1	3	2	2	2	1	4	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
276	2	2	3	1	2	2	2	2	2	4	2
277	2	3	3	1	2	2	2	1	2	4	2
278	2	3	3	2	2	2	2	2	2	4	2
279	2	3	3	2	2	2	1	2	2	4	2
280	2	3	3	2	2	2	1	2	3	4	2
281	2	3	3	2	2	2	1	2	3	4	2
282	1	3	3	2	3	2	2	2	3	4	2
283	1	3	3	2	3	2	2	2	3	4	2
284	1	3	3	3	3	2	2	2	3	4	2
285	1	1	3	3	3	2	2	2	3	1	2
286	1	2	3	3	3	2	1	2	2	4	2
287	1	1	3	3	2	2	1	2	2	4	2
288	2	1	4	2	2	1	1	2	2	4	2
289	2	3	4	2	2	1	1	2	2	4	2
290	2	3	4	2	2	1	2	2	2	4	2
291	2	2	4	2	2	1	2	2	2	4	2
292	3	3	4	2	2	1	2	2	2	4	2
293	3	3	4	2	2	1	2	2	2	4	2
294	3	3	4	2	2	2	2	2	2	4	2
295	3	3	4	2	2	2	2	2	2	3	2
296	3	3	4	2	2	2	2	2	2	4	2
297	3	3	4	2	3	2	2	1	2	4	2
298	2	3	4	2	3	2	2	1	2	4	2
299	2	3	4	2	3	2	2	1	2	4	2
300	2	3	4	2	3	2	2	1	3	4	2

	 IMC_pregestacional	 edad	 grado_instrucción	 ganancia_de_peso_en_embrazo	 paridad	 edad_gestacional	 antecedente_de_episiotomia	 tipo_control_prenatal	 morbilidad_embarazo_actual	 complicaciones_del parto	 tipo_episiotomia
301	3	2	2	2	3	2	2	1	2	3	2
302	3	2	2	2	3	2	1	1	2	3	2
303	3	2	2	2	3	2	1	1	3	3	2
304	3	2	2	2	3	1	1	1	2	4	2
305	3	2	2	2	3	2	1	1	2	4	2
306	3	1	2	2	2	2	1	1	2	3	1
307	3	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1
308	2	1	2	2	2	1	2	1	2	4	1
309	2	1	2	2	2	1	2	1	2	4	1
310	2	1	2	2	2	1	2	1	2	4	1
311	2	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2
312	2	2	3	2	3	1	2	2	2	1	2
313	2	2	3	2	3	2	2	1	2	1	2
314	1	2	3	2	3	2	2	2	3	1	2
315	1	2	4	2	3	2	2	2	3	1	2
316	1	2	4	2	3	2	2	2	3	3	2
317	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3	1
318	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3	1
319	2	3	3	1	3	2	1	2	3	3	1
320	2	3	3	1	3	2	1	2	2	3	1
321	2	3	1	1	3	2	1	2	2	3	2
322	2	3	1	1	3	2	1	2	2	3	2
323	3	3	1	1	2	2	1	2	2	3	2
324	3	3	1	1	2	2	1	2	2	3	2
325	3	3	2	1	2	2	1	2	2	3	2

	 IMC_pregestacional	 edad	 grado_instrucción	 ganancia_de_peso_en_embrazo	 paridad	 edad_gestacional	 antecedente_de_episiotomia	 tipo_control_prenatal	 morbilidad_embarazo_actual	 complicaciones_del parto	 tipo_episiotomia
326	3	3	2	2	2	2	2	1	2	3	1
327	3	3	2	2	2	2	2	1	2	3	1
328	3	3	3	2	2	2	2	2	1	4	1
329	3	2	3	3	2	2	2	1	1	4	1
330	3	2	3	3	2	2	2	1	1	4	1
331	3	2	4	3	3	2	2	1	1	4	1
332	3	2	4	3	3	2	2	2	1	4	1
333	3	2	4	3	3	1	2	1	2	1	1
334	3	2	4	3	2	1	2	2	2	1	2
335	2	2	4	3	2	1	2	2	3	1	2
336	2	2	4	3	2	1	2	1	3	1	2
337	3	2	4	3	3	1	2	1	3	4	2
338	3	2	3	3	3	1	2	1	3	4	2
339	3	2	3	3	3	1	1	1	3	4	2
340	3	2	3	3	3	1	1	1	3	2	2
341	3	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1
342	3	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1
343	1	2	2	2	2	1	1	2	1	3	1
344	1	2	2	2	2	1	1	2	1	3	1
345	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
346	2	2	2	2	3	1	1	2	2	4	2
347	2	2	2	1	3	1	1	2	2	4	2
348	2	2	2	1	1	1	1	2	2	4	2
349	2	2	2	3	1	1	1	2	2	3	2
350	3	1	2	3	1	1	1	2	2	3	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
351	3	1	1	3	1	1	1	2	2	3	1
352	4	1	1	3	1	1	1	2	2	2	1
353	4	1	2	3	2	2	1	2	2	2	1
354	4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1
355	4	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2
356	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2
357	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2
358	2	2	1	1	2	2	2	1	3	1	2
359	2	2	1	2	3	2	2	1	3	2	2
360	2	2	1	2	3	2	2	1	3	2	2
361	2	1	2	2	3	2	2	1	3	2	2
362	1	1	2	2	3	2	1	1	3	2	1
363	1	1	2	2	1	2	1	1	3	3	1
364	4	1	3	1	1	2	1	1	3	2	1
365	4	1	3	1	1	2	1	1	3	3	1
366	3	2	3	1	1	2	1	2	2	3	1
367	3	2	3	1	1	2	1	2	2	3	2
368	3	2	4	2	1	2	1	2	2	3	2
369	3	2	4	2	2	2	1	2	2	3	2
370	3	2	4	2	2	2	1	2	2	3	2
371	3	2	1	2	2	1	1	2	2	4	2
372	3	2	1	2	2	1	1	2	2	4	2
373	3	2	2	2	2	1	1	2	2	4	1
374	3	1	1	2	2	1	2	2	2	4	1
375	3	1	2	3	2	1	1	2	1	4	1

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia	var
376	2	1	2	3	2	1	2	2	3	4	1	
377	2	3	2	3	2	1	2	2	3	4	2	
378	2	2	2	3	2	1	2	2	3	4	2	
379	2	2	2	3	2	1	1	2	2	4	2	
380	2	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	
381	2	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	
382	2	1	2	2	2	1	1	2	2	4	1	
383	2	1	2	2	3	1	1	2	3	4	1	
384	2	1	1	3	3	1	1	2	3	4	1	
385	2	2	1	3	3	1	2	2	3	4	2	
386	2	2	1	3	3	1	1	2	3	4	2	
387	2	2	1	3	3	2	1	2	3	4	2	
388	1	2	2	3	3	1	1	1	2	1	2	
389	3	2	2	3	3	1	1	1	2	4	2	
390	3	3	2	3	3	2	1	1	2	4	2	
391	3	3	3	3	2	1	1	1	2	4	2	
392	3	2	3	3	2	1	1	1	2	4	2	
393	3	2	3	2	2	1	1	1	3	4	2	
394	2	2	3	2	2	1	1	1	3	4	2	
395	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	2	
396	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3	2	
397	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3	2	
398	3	3	1	2	2	2	2	1	3	4	2	
399	3	2	1	2	2	2	2	1	3	4	2	
400	3	2	1	2	2	2	2	1	3	4	2	

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
401	3	2	1	3	2	2	2	1	3	4	2
402	3	2	1	3	2	2	2	1	2	3	2
403	4	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2
404	4	1	2	3	2	2	2	2	2	3	2
405	4	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2
406	4	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2
407	3	1	3	2	2	2	2	2	2	3	2
408	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2
409	3	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2
410	3	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2
411	3	2	4	2	2	2	2	2	2	1	2
412	3	2	3	2	2	2	2	2	2	4	2
413	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	2
414	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	2
415	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
416	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
417	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
418	2	2	3	2	2	2	2	1	3	3	2
419	2	3	3	2	2	2	2	1	1	3	2
420	2	3	3	2	2	2	2	1	3	3	2
421	2	3	3	3	2	2	2	1	3	3	2
422	1	3	3	3	2	2	2	1	1	4	2
423	1	2	3	3	2	2	2	1	1	4	1
424	1	2	4	3	2	2	2	1	1	4	2
425	1	2	4	3	2	2	2	1	1	4	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
426	1	2	4	3	2	2	2	1	2	3	2
427	2	3	4	3	1	2	2	1	2	3	2
428	2	3	2	3	2	2	2	2	2	4	2
429	2	2	2	3	2	2	1	2	3	4	2
430	2	2	2	1	2	2	1	2	3	4	2
431	2	2	2	1	2	2	1	2	3	4	2
432	2	2	2	1	2	2	2	2	3	4	2
433	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2
434	2	2	1	1	2	1	2	2	3	4	1
435	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1
436	1	2	1	1	2	1	2	2	2	4	1
437	1	2	1	1	2	2	2	2	2	4	2
438	2	2	1	2	2	2	2	2	3	4	2
439	2	2	1	3	2	2	2	2	3	4	2
440	3	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2
441	3	3	1	3	2	2	2	2	2	4	2
442	3	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2
443	3	1	1	3	2	2	2	2	2	4	2
444	3	2	1	3	3	2	2	2	2	4	2
445	3	2	1	3	2	2	2	2	2	4	2
446	4	2	1	3	2	2	2	2	2	4	2
447	4	2	1	3	1	2	2	2	2	4	2
448	4	3	1	3	1	2	1	2	1	4	2
449	4	2	2	3	1	2	1	2	2	4	2
450	4	2	2	3	2	2	1	2	2	3	2

	IMC_pregestacional	edad	grado_instrucción	ganancia_de_peso_en_embrazo	paridad	edad_gestacional	antecedente_episiotomia	tipo_control_prenatal	morbilidad_embrazo_actual	complicaciones_del parto	tipo_episiotomia
451	4	3	2	3	2	2	1	1	2	3	2
452	4	2	2	2	2	1	1	1	2	4	2

## ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
PG. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024?	OG. Determinar los factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024.	HG. Los factores de riesgo pregestacionales y obstétricos están relacionados a tipo de episiotomía rutinaria con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.	Variable 1. Factores de riesgo	1.1 Pregestacionales	1.1.1 índice de masa corporal pregestacional  1.1.2 Edad  1.1.3 Grado de instrucción	<b>DISEÑO:</b> No experimental.  <b>TIPO:</b> Básica relacional y de corte transversal.  <b>MÉTODO:</b> Hipotético deductivo, Cuantitativo  <b>POBLACIÓN:</b> N° 452 casos  <b>MUESTRA.</b> Total, de la población de 452 casos.  <b>TÉCNICA:</b> <b>V1.</b> Análisis documental <b>V2.</b> Análisis documental  <b>INSTRUMENTO</b> <b>V1</b> Análisis documental. <b>V2.</b> Análisis documental.
PE1. ¿Cuáles son los factores de riesgo pregestacionales relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana?	OE1. Señalar los factores de riesgo pregestacionales relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.	HE1. Los factores de riesgo pregestacionales como: el sobre peso, la edad de 20 a 35 años y el grado de instrucción secundaria si están relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.		1.2 Obstétricos	1.2.1 Ganancia de peso en el embarazo  1.2.2 Paridad  1.2.3 Edad gestacional  1.2.4 Antecedente de episiotomía  1.2.5 Tipo de atención prenatal  1.2.6 Morbilidad en el embarazo actual  1.2.7 Complicaciones parto	
PE2. ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana?	OE2. Indicar los factores de riesgo obstétricos relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.	HE2. Los factores de riesgo obstétricos como: la ganancia excesiva de peso en el embarazo, la primiparidad, el control prenatal tardío, la anemia gestacional y el periodo expulsivo prolongado si están relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.				
PE3. ¿Cuál es el tipo de episiotomía rutinaria o selectiva practicada con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana?	OE3. Comparar el tipo de episiotomía rutinaria o selectiva practicada con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.	HE3. El tipo de episiotomía rutinaria se realiza con mayor frecuencia en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana.	Variable 2. Tipo de episiotomía	2.1 Tipo de episiotomía	a) Rutinaria b) Selectiva	

## ANEXO 3. INSTRUMENTO

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

N°.....

FECHA:.....

- 
- 1.1.1 índice de masa corporal pregestacional
- a) Delgadez
  - b) Normal
  - c) Sobrepeso
  - d) Obesidad
- 1.1.2 Edad
- a) Menor o igual a 17 años
  - b) 18 a 35 años
  - c) 36 a más
- 1.1.3 Grado de instrucción
- a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Superior universitaria
  - d) Superior no universitaria
- 1.2.1 Ganancia de peso en el embarazo
- a) Menor de 8 kilos
  - b) 8 a 16 kilos
  - c) Mayor de 16 kilos
- 1.2.2 Paridad
- a) Primípara
  - b) Multípara
  - c) Gran multípara
- 1.2.3 Edad gestacional
- a) 37 a 38 semanas
  - b) 39 a 40 semanas
- 1.2.4 Antecedente de episiotomía
- a) No presenta
  - b) Si presenta
- 1.2.5 Tipo de control prenatal
- a) Precoz

b) Tardío

1.2.5 Morbilidad en el embarazo actual

a) Anemia

b) Infecciones urinarias

d) Ninguna

1.2.6 Complicaciones parto

a) Periodo expulsivo prolongado

b) Macrosomía fetal

c) Desgarro inminente

d) Ninguno

2.1 Tipo de episiotomía

a) Rutinaria

b) Selectiva

## ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de la Tesis: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOFOMIA ROTURANA OS. SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA FLOREANA 2024.  
 Nombre del juez: DRS. T. HILDA APAZA VILCA  
 Especialidad: MA. G. S. S. M. S. C. y G. G. S. C. \*  
 Colegiatura: COP 5908 Fecha: 10/05/25

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente e 1- 20	Regular 21 - 40	Buena 41 - 60	Muy buena 61 - 80	Excelente 81 - 100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				80	
2 OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.				75	
3 ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				78	
4 ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables y los indicadores.				75	
5 SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en Cantidad y Calidad.					81
6 INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los MA. rechazados.			60		
7 CONSISTENCIA	Consistencia entre la formulación del problema, objetivos y las hipótesis.				70	
8 COHERENCIA	Entre los indicadores y las dimensiones.				76	
9 METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				72	

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: MUY BUENAPROMEDIO DE VALORACIÓN: 74FECHA: 10/05/25 DNI: 02912296

  
 Obsta. Hilda Apaza Vilca  
 ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS  
 ANE-3655-E. 01.1  
 FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

## UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

## ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de la Tesis: Factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía Rotinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el Centro de Salud Salud Andina - 2024.  
 Nombre del juez: OBST. DORA CARACELA BORDA  
 Especialidad: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
 Colegiatura: COP 5481 RENDE 374-E Fecha: 18/03/2025

INDICADORES	CRITERIOS	Deficient e 1- 20	Regular 21 - 40	Buena 41 - 60	Muy buena 61 - 80	Excelente 81 - 100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				79	
2 OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.				70	
3 ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				80	
4 ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables y los indicadores.				75	
5 SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en Cantidad y Calidad.					81
6 INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los MA. rechazados.				75	
7 CONSISTENCIA	Consistencia entre la formulación del problema, objetivos y las hipótesis.				70	
8 COHERENCIA	Entre los indicadores y las dimensiones.				65	
9 METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				70	

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: MUY BUENA

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 74

FECHA: 18/03/2025 DNI: 02424561

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

  
 Mg. Dora Caracela Borda  
 OBSTETRA  
 COP 5481-RENDE N° 374-E-05  
 C.R. I.P. LOS CHOFFEROS

**UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Título de la Tesis Factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía  
Rutiana us. Selectiva en parturientas atendidas en el centro de  
Salud Santa Adriana 2024.  
 Nombre del Juez Dra. OBSTA. GRACIA BERNAL SOLA S.  
 Especialidad DOCTORADO EN EDUCACIÓN  
 Colegiatura 5488 Fecha 10/05/25

INDICADORES	CRITERIOS	Deficient e 1- 20	Regular 21 - 40	Buena 41 - 60	Muy buena 61 - 80	Excelente 81 - 100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				72	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.				76	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				74	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables y los indicadores.			60		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en Cantidad y Calidad.				78	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los MA. rechazados.				75	
7. CONSISTENCIA	Consistencia entre la formulación del problema, objetivos y las hipótesis.					81
8. COHERENCIA	Entre los indicadores y las dimensiones.				72	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				70	

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Muy Buena

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 73

FECHA: 10/05/25 DNI: 02394874

MINISTERIO DE SALUD  
 RED SAN ROMÁN  
 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 Dra. Obst. Gracia Bernal Sola  
 C.O.P. 9469

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

## ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

### AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Carta solicitud permiso para realizar investigación:

Sr. Dra. Jefa de la Micro Red Santa Adriana

Yo, JUDITH KATHERIN QUIROZ MAMANI, identificada con DNI 70409858 y domiciliada en jr; Aurelio soto #222, urb; los choferes, de la ciudad de Juliaca ante Ud, me presento y expongo:

Me dirijo a usted en calidad de investigadora interesada en desarrollar una investigación sobre: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024, me gustaría solicitar su autorización para llevar a cabo este estudio dentro del ámbito de éste establecimiento de salud.

Tengo experiencia previa en el área objeto de estudio, habiendo realizado prácticas clínicas anteriormente. Por lo tanto, considero que poseo el asesor y las habilidades necesarias para llevar a cabo esta investigación de manera eficiente y rigurosa.

El objetivo principal de mi investigación es: Determinar los factores de riesgo relacionados a tipo de episiotomía rutinaria vs selectiva en parturientas atendidas en el centro de salud Santa Adriana. 2024. Además, contaré con un equipo de trabajo altamente capacitado para asegurar la calidad y validez de los resultados obtenidos.

Por todo lo expuesto anteriormente, le solicito amablemente su autorización para realizar esta investigación dentro del ámbito de su institución. Agradezco sinceramente su tiempo y atención a este asunto.

Juliaca 15 de agosto del 2024



JUDITH KATHERIN QUIROZ MAMANI



CENTRO DE SALUD  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 CAS SAN ADRIANA  
 David Llanos Mirabaja  
 GERENTE U. CAS SANTA ADRIANA  
 C.M.P. 50720

Director de la institución

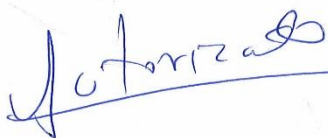
Dr. David Llanos M.



Sonia Pachaura Toledo  
 OBSTETRA  
 COP: 19619

jefa del personal de obstetricia

Obst. Sonia Pachaura Toledo





ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN



AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 01/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: JUDITH KATHERIN QUIROZ MAMANI

Dirección: Jr: Aurelio Soto #222

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70409858

Teléfono: 941050491 email: judithquiroz018@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: OBSTETRICIA

Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA

Asesor: Dra. Cs. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A TIPO DE EPISIOTOMÍA RUTINARIA VS SELECTIVA EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA. 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Episiotomía, Factores de riesgo, parturientas, rutinarias y selectivas.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



### 2. Referencia de tesis:

Bachiller     Título     2da Especialidad     Maestría     Doctorado

### 3. Licencias:

#### a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

#### b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



### Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional  
 Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06

Firma de Autor



huella digital

01 - DICIEMBRE - 2025

Fecha