



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



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA  
INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE  
MEDRANO - JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO**

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

JULIACA – PERÚ  
2025



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA  
INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE  
MEDRANO - JULIACA 2025**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

:

\_\_\_\_\_  
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**PRIMER MIEMBRO**

:

\_\_\_\_\_  
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:

\_\_\_\_\_  
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

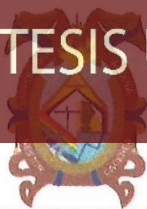
**ASESOR DE TESIS**

:

\_\_\_\_\_  
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

MEDICINA HUMANA P09



**RESOLUCIÓN DECANAL N° 738 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 2025 -7610 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: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2025**

**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: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **ENRIQUEZ HUARACALLO ANGIE LETICIA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

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

**DIA** : **VIERNES 19 DE SETIEMBRE DEL 2025**  
**HORA** : **15:00 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 Medicina Humana 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.

UNIVERSIDAD ANDINA  
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
DECANATO  
Dra. Gabriela Betty Arias Luque  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

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



**RESOLUCIÓN N° 016-2025-UI-FCS-UANCV-J**

Juliaca, 18 de agosto del 2025

**Visto:** el Expediente oficio N° 202-UI de fecha 13 de agosto del 2025, Presentado Por el Bach. ENRIQUEZ HUARACALLO ANGIE LETICIA, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2025**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

**CONSIDERANDO:**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNÁNDEZ MACEDO
- \* **Asesor** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con RESOLUCIÓN N° 144-2025-D-FCS-UANCV-J, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2025**, presentado por el (la) Bach. ENRIQUEZ HUARACALLO ANGIE LETICIA, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

**ARTICULO TERCERO.** - 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 Y CÚMPLASE.

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Maria Concepción Figueroa Vilca*  
Dra. Maria Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 144 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 09 de abril del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 008-2025-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 propuesta de Investigación de fecha 07 de abril de la E.P, de Medicina Humana folio 000053;

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **ENRIQUEZ HUARACALLO ANGIE LETICIA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2025** Correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

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. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- \* **1er. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 568-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación del proyecto 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 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **ENRIQUEZ HUARACALLO ANGIE LETICIA**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2025**

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. MARYLUZ CRUZ COLCA**

**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 Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



**Distribución:** Decanato, EP: Medicina Humana Secretaría Académica, Archivo.



## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMIPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2025

### INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

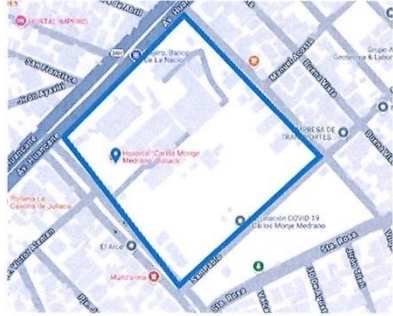
1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	10%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Fuente de Internet	1%
5	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%



**Metadatos Complementarios**

<p><b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2025</b></p>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72011944
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0003-5016-4863">https://orcid.org/0009-0003-5016-4863</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4379-558X">https://orcid.org/0000-0003-4379-558X</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca  <b>Edificio:</b> HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA            Av. Huancané  <b>Coordenadas</b>  <b>Latitud:</b> 15° 48' 16"  <b>Longitud.</b> 70° 12' 01"  <b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1SdaiS141EIEo5bhHjtjXhfnnt0g5R8&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1SdaiS141EIEo5bhHjtjXhfnnt0g5R8&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 – setiembre 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>	<p><b>Ciencias médicas, Ciencias de la salud</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a></p> <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>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Dra. María Concepción Figueroa Vilca*  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO, identificado con DNI  
Nro. 72011944 en mi condición de egresado de:

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

MEDICINA HUMANA

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

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE  
EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS  
MONGE MEDRANO - JULIACA 2025

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

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 21 de Octubre del 2025

  
\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor  
(obligatoria)

  
\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A mi madre Hilda Blanca Huaracallo Vilca por ser el pilar de mi vida y ser quién más confianza me ha brindado para ver este sueño hecho realidad. A mi padre Miguel Ángel Enriquez Neira, por ser el principal apoyo para mi formación académica, A mi hermano, Miguel Brian, quien me inspira a seguir adelante y ser una gran profesional. A mi hermano menor Geofrey Emmanuel, a quién amo con todo mi corazón ya que me impulsa a ser mejor. A mis amigos que estuvieron conmigo en el internado por comprenderme y ayudarme en mi camino. A toda mi familia en general porque con sus consejos, orientaciones y oraciones hicieron de mi una mejor persona quien pueda superarse con el paso del tiempo.



## AGRADECIMIENTO

Agradezco enormemente a los profesores de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Me brindaron las herramientas necesarias para crecer en mi campo. Quiero agradecer especialmente a la asesora, la Dra. Maryluz Cruz Colca, por ayudarme a completar esta investigación y mejorarla. Mi familia me apoyó en todo momento (sin ellos no lo habría logrado) y me apoyó para convertirme en una profesional de primer nivel.



**ÍNDICE GENERAL**

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO.....iv

ÍNDICE GENERAL ..... v

ÍNDICE DE TABLAS ..... viii

ÍNDICE DE FIGURAS ..... x

RESUMEN.....xii

ABSTRACT ..... xiii

INTRODUCCIÓN .....xiv

**CAPITULO I**

**ASPECTOS GENERALES**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 1

    1.1.1. Problema general..... 3

    1.1.2. Problemas específicos..... 4

1.2. JUSTIFICACIÓN..... 4

    1.2.1. Justificación teórica..... 4

    1.2.2. Justificación práctica..... 5

    1.2.3. Justificación metodológica..... 5

1.3. OBJETIVOS..... 6

    1.3.1. Objetivo general..... 6

    1.3.2. Objetivos específicos ..... 6

1.4. HIPÓTESIS..... 6

    1.4.1. Hipótesis general ..... 6



1.4.2. Hipótesis específicas. .... 7

1.5. VARIABLES ..... 7

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ..... 8

**CAPITULO II**

**MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 10

    2.1.1. A nivel internacional..... 10

    2.1.2. A nivel nacional ..... 14

    2.1.3. A nivel regional..... 19

2.2. MARCO TEÓRICO..... 19

2.3. MARCO CONCEPTUAL..... 33

**CAPITULO III**

**PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. .... 35

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN. .... 35

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN..... 35

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 35

    3.4.1. Población. .... 35

    3.4.2. Muestra: ..... 35

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN..... 36

    3.5.1. Técnicas..... 36

    3.5.2. Instrumento: ..... 36



3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS..... 37

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS..... 37

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... 37

    3.8.1. Validación..... 37

    3.8.2. Confiabilidad. .... 38

**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 39

CONCLUSIONES..... 94

RECOMENDACIONES ..... 96

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 98

ANEXOS..... 105

ANEXO 01: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS..... 106

ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA ..... 113

ANEXO 03: INSTRUMENTOS..... 115

ANEXO 04: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS..... 118

ANEXO 04: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS..... 118

ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN ..... 124



**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1.	Edad y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025. .	40
Tabla 2.	Tipo de embarazo según número de fetos y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en El HCMM en la ciudad de Juliaca 2025. ....	44
Tabla 3.	Anemia durante el embarazo y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	48
Tabla 4.	Número de atenciones prenatales y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.....	52
Tabla 5.	Infecciones genitales previas y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	56
Tabla 6.	Tipo de parto y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	60
Tabla 7.	Exploración vaginal múltiple durante el parto y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	63
Tabla 8.	Presentación del parto y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	66



Tabla 9. Sufrimiento fetal agudo y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	69
Tabla 10. Frecuencia cardíaca fetal y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	73
Tabla 11. Ponderado fetal y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	77
Tabla 12. Complicaciones inmediatas y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	80
Tabla 13. Desgarros perineales y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	83
Tabla 14. Otras complicaciones y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	87
Tabla 15. Incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	91



### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.....	41
Figura 2.	Tipo de embarazo según número de fetos y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.....	45
Figura 3.	Anemia durante el embarazo y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM En la ciudad de Juliaca 2025.....	49
Figura 4.	Número de atenciones prenatales y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.....	53
Figura 5.	Infecciones genitales previas y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.....	57
Figura 6.	Tipo de parto y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.....	61
Figura 7.	Exploración vaginal multiple durante el parto y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.....	64



Figura 8. Presentación del parto y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	67
Figura 9. Sufrimiento fetal agudo y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	70
Figura 10. Frecuencia cardiaca fetal y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	74
Figura 11. Ponderado fetal y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	78
Figura 12. Complicaciones inmediatas y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	81
Figura 13. Desgarros perineales y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	84
Figura 14. Otras complicaciones y su relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	88
Figura 15. Incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025 .....	92



## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las características clínicas relacionadas con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025. **Material y métodos:** Investigación de tipo básica de nivel correlacional, diseño no experimental, de corte transversal, retrospectivo de enfoque hipotético deductivo, con una muestra de 180 pacientes, se aplicó la técnicas del análisis documental con el instrumento de fichas de recolección de datos y para probar hipótesis se aplicó la prueba del X<sup>2</sup> con una  $p < 0,05$  **Resultado:** : El 66% de la paciente tiene de 18 a 35 años ( $p=0,118$ ), un 95.3% es un embarazo único ( $p=0,118$ ), un 39.6% cursan el embarazo con anemia leve ( $p=0,000$ ), un 58.5% se realiza 6 a más atenciones prenatales ( $p=0,489$ ), un 52.8% no presentó infecciones genitales ( $p=0,047$ ). Además, un 88.7% tipo de parto eutócico ( $p=0,039$ ), un 64.2% durante el parto presenta exploración vaginal solo las necesarias ( $p=0,040$ ), un 90.6% presentación cefálica durante el parto ( $p=0,040$ ), un 74.5% no presento sufrimiento fetal agudo ( $p=0,750$ ), un 70.8% presento frecuencia cardiaca normal ( $p=0,023$ ), un 68.9% ponderado fetal peso normal ( $p=0,024$ ). También el 54.7% no presentó complicaciones inmediatas ( $p=0,017$ ), un 50% no presenta desgarro perineal ( $p=0,047$ ), un 43.4% presentó dolor intenso ( $p=0,026$ ). Se ha determinado que la episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM, el 43.4% se realizó episiotomía media y el 56.6% se realizó episiotomía media lateral. **Conclusiones:** encontraron que las características clínicas en pacientes obstétricas se relacionan estrechamente con la frecuencia con la que los médicos realizan una episiotomía en madres primerizas en el HCMM en Juliaca 2025 ( $p < 0,05$  en todas las variables). Parece que la hipótesis tiene fundamento.

**Palabras clave:** Características clínicas, incidencia, episiotomía, primíparas.



## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the clinical characteristics related to the incidence of episiotomy in primiparous mothers treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in the city of Juliaca 2025. **Materials and methods:** Relational research, non-experimental, cross-sectional design, hypothetical deductive approach, with a sample of 180 patients. **Result:** The 66% of the patients are aged 18 to 35 ( $p=0.118$ ), 95.3% are singletons ( $p=0.018$ ), 39.6% have mild anaemia during pregnancy ( $p=0.000$ ), 58.5% have 6 or more prenatal care visits ( $p=0.489$ ), and 52.8% do not have genital infections ( $p=0.047$ ). In addition, 88.7% eutocic delivery type ( $p=0.039$ ), 64.2% had only necessary vaginal examinations during delivery ( $p=0.040$ ), 90.6% had a cephalic presentation during delivery ( $p=0.040$ ), 74.5% did not have acute fetal distress ( $p=0.750$ ), 70.8% had a normal heart rate ( $p=0.023$ ), 68.9% had a normal fetal weight ( $p=0.024$ ). Also, 54.7% did not present immediate complications ( $p=0.017$ ), 50% did not present perineal tear ( $p=0.047$ ), and 43.4% presented intense pain ( $p=0.026$ ). It has been determined that episiotomy in primiparous mothers treated at the Carlos Monge Medrano Hospital, 43.4% underwent median episiotomy and 56.6% underwent lateral median episiotomy. **Conclusions:** They found that clinical characteristics in obstetric patients were closely related to the frequency with which physicians performed episiotomy on first-time mothers in the Juliaca HCMM 2025 ( $p < 0.05$  for all variables). The hypothesis appears to be well-founded.

**Keywords:** Clinical characteristics, incidence, episiotomy, primiparous mothers.



## INTRODUCCIÓN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza para facilitar la salida del polo fetal y el nacimiento, se considera que la episiotomía es una cirugía del periné que se realiza por razones terapéuticas, se considera que es un daño controlado, el intervalo para la cicatrización es distinto para cada una, el parto instrumentado, el feto es prematuro, el feto cefálico occipito posterior (occipito-sacro), el feto es macrosómico, el feto cefálico flexionado, cesáreas anteriores y demás patologías que pudiesen poner en riesgo la vida de las mujeres, aunque ya no es norma, pero si en determinadas circunstancias para facilitar un parto 'normal' el delivery y mitigación de riesgos, sobre todo para la madre y el feto.

Se presenta el trabajo: Capítulo I cubre los conceptos básicos, como el problema que aborda la investigación, la importancia del estudio y los objetivos. También verá las hipótesis principales, las variables y cómo se configuran. Capítulo II profundiza en la teoría, mencionando estudios anteriores, exponiendo la teoría detrás del tema y algunos conceptos clave que utilizaremos. Capítulo III, las cosas se vuelven más prácticas. Aquí encontrará el diseño de la investigación, el tipo de estudio, los métodos elegidos y quiénes están incluidos en la población y la muestra (esta parte es bastante detallada). También habla sobre las herramientas y las formas de recopilar y procesar datos. Aquí se ponen a prueba las hipótesis. Capítulo IV, que presenta la investigación encontrada y profundiza en el significado de esos resultados, concluyendo con algunas conclusiones y consejos sobre qué hacer a continuación.



## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### Descripción del problema

##### A nivel internacional

Actualmente, los problemas durante el parto y el trabajo de parto se relacionan con más de un tercio de las muertes maternas, la mitad de las muertes fetales y una cuarta parte de las muertes neonatales. La mayoría de estas desgarradoras pérdidas ocurren en lugares con escasos recursos. Muchas de ellas podrían prevenirse con la ayuda adecuada en el momento oportuno. La vigilancia en estas fases, así como la identificación y atención temprana de complicaciones, son esenciales para prevenir efectos adversos en el periodo perinatal. El equipo de salud ayuda a las mujeres a trabajar con lo que beneficia su cuerpo, mente y emociones. Es bueno para ellas, sus bebés y sus familias, a través de la aplicación de prácticas eficaces en el trabajo de parto y el nacimiento, mientras que se desaconsejan aquellas que resultan ineficaces o perjudiciales (1).



La (OMS) no recomienda extender el uso de la episiotomía para las mujeres que se someten a un parto vaginal espontáneo. La OMS solo respalda el uso de esta intervención en caso de sufrimiento fetal o en el caso de partos instrumentales. La episiotomía no es necesaria en más del 20% de los casos y puede provocar dolor, incrementar el sangrado y generar disfunción sexual a largo plazo. Aunque en la mayoría de las situaciones no es imprescindible, se ha convertido en una práctica habitual, cuyo impacto es mínimo y en muchas ocasiones resulta más perjudicial que beneficioso. A nivel mundial, la utilización de la episiotomía ha mostrado un descenso. Durante la década de 1990, la frecuencia de episiotomías se redujo en más del 30%, mientras que para el año 2010 la reducción fue solamente del 5%. A nivel mundial, solo tres naciones cumplieron con las directrices de la OMS en cuanto a la tasa general de episiotomía. En la zona asiática, particularmente en los países con mayor densidad poblacional, las cifras de episiotomía son considerablemente elevadas (2)

### **A nivel nacional**

En el Perú, las episiotomías son practicadas, por norma general, a las mujeres que no han dado a luz como una práctica generalizada donde se extiende que la práctica standard en los hospitales obstétricos de la nación es la práctica rutinaria de episiotomías a mujeres nulíparas, el empleo de la episiotomía no es estándar en todos los hospitales porque es muy controvertida debido a que existen evidencias considerables sobre los riesgos, sobre todo de las medianas, como el dolor, edema, hemorragia, formación de coágulos, e infección, se aconseja la episiotomía solo por



motivos fetales, porque los 3 desgarros perineales de I grado y II grado son pequeños problemas para la mujer (3)

## **A nivel local**

En los hospitales de Puno, al igual que en otros centros de salud que asisten a mujeres en trabajo de parto, se prioriza a aquellas que requieren una episiotomía debido a varios factores relacionados con el progreso del parto. Sin embargo, no contamos con un informe que explique las razones detrás de las complicaciones que pueden surgir durante la maternidad, lo que hace necesario realizar este estudio. Hay varios factores importantes que influyen en la decisión de realizar una episiotomía durante un parto vaginal normal. Si se trata de una madre primeriza, o si el peso y el tamaño de la cabeza del bebé son mayores, es más probable que los médicos la opten. Sorprendentemente, la edad de la madre o el tamaño general del bebé no parecen influir. El objetivo es intentar prevenir desgarros graves, de tercer y cuarto grado, que desgarran el esfínter anal o incluso la pared rectal. Una episiotomía es una especie de perineotomía. De todos modos, produce un desgarro de segundo grado, ya que el corte corta la capa superior de los músculos perineales (4).

## **Formulación del problema**

### **1.1.1. Problema general**

**PG:** ¿Cuáles son las características clínicas relacionadas con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025?



## 1.1.2. Problemas específicos

**PE1:** ¿Cuáles son las características del embarazo relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM?

**PE2:** ¿Cuáles son las características del parto relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM?

**PE3:** ¿Cuáles son las características clínicas de la episiotomía relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM?

**PE4:** ¿Cuál es la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM?

## 1.2. JUSTIFICACIÓN.

### 1.2.1. Justificación teórica.

Se justifica la revisión teórica de este estudio en la revisión y análisis de la problemática de la madre en el momento del parto, donde las complicaciones pueden ser por diversos factores que pueden conllevar a complicaciones materno perinatales, de allí la importancia de este trabajo de investigación para analizar la incidencia de episiotomías en madres primíparas con complicaciones en el HCMM de la ciudad de Juliaca, donde nos permite revisar bibliografía con respecto a investigaciones realizadas frente a esta decisión como actividades que se limita y no se aconseja siempre y cuando



se presenten inconvenientes al momento del parto, el uso de episiotomías tendrían que ser restringidas sin embargo el uso rutinario.

### **1.2.2. Justificación práctica.**

Se justifica este estudio por la repercusión de gran importancia dentro de las clínicas de problemas de la madre parturienta, especialmente en las mujeres primerizas en quienes se decide la episiotomía como práctica médica en la atención del parto, a pesar de que no se recomienda en la totalidad de las mujeres parturientas desde la OMS. Además, algunas complicaciones en el parto pueden ser tratadas, por lo que esta investigación analiza los métodos que se aplican en el parto, considerando la recopilación de información; analizaremos los signos y descubriremos los pros y los contras de una episiotomía para las mujeres que esperan su primer bebé.

### **1.2.3. Justificación metodológica.**

Se justifica metodológicamente esta investigación, en la recolección de información con utilización del procedimiento metodológico el cual contribuirá en el marco teórico, para poder analizar estudios similares sobre la problemática de la mujer primípara, considerando que son escasos los estudios frente a esta problemática. Considerando los resultados obtenidos, revisaremos otros estudios similares que tengan teorías y abordajes parecidos al de este estudio, el cual se considera de gran relevancia práctica. La importancia teórica se refiere a los métodos que se utilizan en el desarrollo de la investigación y que, en este caso, será posible superar las deficiencias que este estudio podría presentar.



## 1.3. OBJETIVOS.

### 1.3.1. Objetivo general.

**OG:** Analizar las características clínicas relacionadas con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.

### 1.3.2. Objetivos específicos

**OE1:** Describir las características del embarazo relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.

**OE2:** Relacionar las características del parto con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.

**OE3:** Estudiar las características clínicas de la episiotomía relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.

**OE4:** Describir la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.

## 1.4. HIPÓTESIS

### 1.4.1. Hipótesis general

**HG:** Las características clínicas de las pacientes obstétricas tienen relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.



## 1.4.2. Hipótesis específicas.

- HE1:** Las características del embarazo en las pacientes tienen relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.
- HE2:** Las características del parto tienen relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.
- HE3:** Las características clínicas de la episiotomía tienen relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.
- HE4:** La episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM se presenta con incidencia baja la episiotomía media.

## 1.5. VARIABLES

**Variable 1:** Características clínicas.

**Variable 2:** Incidencia de episiotomía.





		1.3.2. Desgarros perineales	a. Sin desgarro b. Grado 1 c. Grado 2 d. Grado 3 (A, B, C) e. Grado 4
		1.3.3. Otras complicaciones	a. Hemorragia posparto b. Hematomas c. Dolor intenso
Variable 2: 2. Incidencia de episiotomía	2.1. Técnica de la episiotomía		a. Episiotomía media b. Episiotomía medio lateral



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

##### 2.1.1. A nivel internacional.

**Jiangfeng and colleagues** (5) 2022, Efecto de la intervención de tratamiento en partos vaginales. Objetivo: analizar cómo influye la implementación del tratamiento en partos vaginales. China; year 2022. Metodología: Este estudio se realiza de manera transversal y abarca múltiples centros. Resultados: Se encontró que la tasa de episiotomía alcanzó el 41,7% entre las mujeres nulíparas y el 21,5% entre las multíparas durante los partos vaginales, y más de la mitad de los casos no presentaron una indicación clínica clara. Además, la episiotomía medio-lateral aumenta 2. 5 veces la probabilidad de que se produzcan laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, lo que demuestra que su uso no resulta ventajoso para la madre ni el recién nacido, salvo que sea realmente imprescindible. Conclusión: La capacitación de parteras en China por profesionales de la salud ha resultado eficaz para disminuir la realización innecesaria de este procedimiento.

**Yang and Knowledge.** (6) 2021, Actitud y experiencia en la realización de episiotomías por parte de obstetras y parteras en China. Objetivo: examinar las percepciones y las vivencias relacionadas con la práctica de la



episiotomía entre obstetras y parteras en China, año 2021. Metodología: Se llevó a cabo un estudio con 900 profesionales encargados de la atención del parto, incluyendo obstetras y parteras. Resultados y conclusiones: Las personas tenían un nivel medio de conocimientos sobre los problemas y un uso excesivo de la episiotomía (4,15; DE=1,10). La episiotomía se realizó con mayor frecuencia en los hospitales de nivel secundario que en los de nivel terciario más grandes.

**Patal and Ramos.** (7) 2021, Pautas, problemas y beneficios de la episiotomía para madres primerizas en Guatemala. Objetivo: Describir cuándo los médicos utilizan una episiotomía, qué puede salir mal y las ventajas para las mujeres que tienen su primer bebé. Guatemala, 2021. La investigación utilizó un enfoque descriptivo, no experimental y analítico. Conclusiones principales: No se habla mucho de la episiotomía en todo el mundo. En los países más ricos se encuentran muchos estudios al respecto, pero en lugares con menos recursos, como la mayor parte de Latinoamérica y, especialmente, Guatemala, la información es antigua o simplemente escasa. La mayoría de los estudios se centran en mujeres que han dado a luz más de una vez, pero algunos también incluyen a primerizas. Esto dificulta la identificación de las indicaciones, beneficios y complicaciones del procedimiento en grupos específicos, especialmente en primíparas, donde la intervención es más común.

**He and colleagues** (8) 2021, Vivencias de las mujeres relacionadas con la episiotomía. Objetivo: Relatar la vivencia de las mujeres que han pasado por una episiotomía. China; Year 2021. Metodología: Se llevó a cabo un estudio cualitativo, descriptivo y no experimental, enfocado en una muestra de 30



mujeres en período postparto, 25 eran madres primerizas y 4 habían tenido partos asistidos con fórceps. Resultados: El dolor que persiste durante semanas y que interfiere con la vida cotidiana, junto con la ansiedad que se produce con el tiempo, son variables. En definitiva, la mayoría de las mujeres desconocen este procedimiento, que conlleva numerosos efectos físicos y mentales.

**Beyene and colleagues.** (9) 2021, Elementos relacionados con la implementación de episiotomías en Bahirdar, Etiopía. Objetivo: examinar los elementos relacionados con la realización de episiotomías en Bahirdar, Etiopía, durante el año 2021. Metodología: se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y analítico que incluyó a 411 madres. Se aplicaron análisis bivariados y multivariados, considerando un valor de  $p < 0,05$  y un intervalo de confianza del 95%. Resultados: La tasa de episiotomía se situó en 41. 1% Se observó que la primiparidad ( $OR = 6.0226$ ) y la atención del parto por parte de médicos residentes ( $OR = 5.127$ ) fueron factores influyentes. Además, se encontró que el 89. 9% de las mujeres en período de posparto tenían entre 20 y 34 años. En términos de educación, el 46. 5% tenía estudios de secundaria a superiores, mientras que el 34. 8% no contaba con educación formal y un 18. 7% había completado la educación primaria. En conclusión, en relación con la edad gestacional, el 75. 4% de los casos se consideran a término. En cuanto al peso al nacer, el 86. 9% fue adecuado, mientras que el 8% resultó ser bajo y el 5. 1% elevado para su edad gestacional.

**De Silva and Thoma.** (10) 2020, Vínculo entre el tiempo entre embarazos y las complicaciones maternas severas a partir de un análisis revisado de



datos de certificados de nacimiento a nivel nacional: un estudio de sesgo probabilístico. Estados Unidos  
**Objetivo:** establecer una relación entre el tiempo entre embarazos y las complicaciones maternas severas, utilizando datos analizados de certificados de nacimiento a nivel nacional: un estudio con enfoque en sesgos probabilísticos. United States; 2020. **Metodología:** En su investigación, analizaron los certificados de nacimiento de individuos nacidos entre 2014 y 2017. **Resultados y conclusiones:** indican una relación significativa entre el riesgo de ingreso a la UCI y la laceración perineal, observándose un incremento en ambos factores con un intervalo intergenésico más prolongado.

**García and colleagues** (11) 2020, Episiotomías en el Hospital Clínico Universitario Arrixaca. ¿Qué influye en cuándo y por qué se realizan en España? El objetivo era comprobar la frecuencia con la que se realizaron las episiotomías y qué motivó a los médicos a elegir una opción en el Hospital Clínico Universitario Arrixaca (España) en 2020. El equipo realizó un estudio único basado en datos numéricos, observando a 10.630 mujeres. Realizaron un seguimiento de todo con SPSS y una hoja de cálculo de Excel. **Resultados:** se registró una tasa de partos vaginales del 20.6% En cuanto a las episiotomías, la tasa fue del 49.64% en mujeres que dan a luz por primera vez y del 15.55% en aquellas que ya han tenido partos previos. Además, se documentaron desgarros de segundo grado en un 43.40%, de primer grado en un 35.61% y de tercer grado en un 19.81% **Conclusión:** se observa que, en lo que respecta al Test de Apgar evaluado al minuto de nacer, los datos sugieren que hay una baja correlación entre las puntuaciones obtenidas y la práctica de episiotomía.



### 2.1.2. A nivel nacional

**Vásquez and Vásquez.** (12) 2023, Se investigan las razones por las que se realiza una episiotomía de rutina en madres primerizas en el Hospital de Iquitos. El objetivo es simple: determinar qué se relaciona con esta práctica en mujeres que tienen su primer bebé. El estudio fue observacional, analítico y transversal, y revisó registros. De todos los casos analizados, el 67,6 % se sometió a una episiotomía. La mayoría de estas mujeres eran adolescentes (alrededor del 63,9 %) (edad promedio: 19 años, con una diferencia de aproximadamente 3,3 años). La mayoría vivía con su pareja (79,3 %) y recibió atención prenatal adecuada (78,1 %). El 86,4% de los embarazos llegó a término y el 85% resultó en un parto vaginal espontáneo. Además, el 98% experimentó un segundo periodo de parto que duró menos de una hora, y el 9,5% presentó desgarros perineales. Por último, en el 6,5% de los casos, la pérdida de sangre durante el parto fue igual o superior a 500 cc. Además, el 95,3% de las episiotomías fueron llevadas a cabo por obstetras; el 69,8% de estos procedimientos no contaba con una indicación médica adecuada; el 97% correspondió a episiotomías mediolaterales; y el 91,7% de los casos no presentó complicaciones relacionadas con la intervención. Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de episiotomías en mujeres que no habían tenido partos previos, junto con una relación con factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales, así como su vinculación con la atención prenatal y los desgarros en el perineo.

**Vásquez.** (13) 2022, Paridad y factores relacionados con la frecuencia de las episiotomías en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea de Lima. Objetivo: Analizar la relación entre el número de nacimientos y los factores



relacionados con el uso de episiotomías en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea de Lima, 2022. Materiales y métodos: El estudio se realizó de forma inversa, utilizando un estilo de casos y controles (bastante estándar). Los investigadores revisaron los registros de 298 mujeres que dieron a luz y recibieron atención posparto. Faltaban algunos datos, pero la información fue relativamente manejable. Resultados: Se observó una asociación estadísticamente significativa con respecto a la paridad, indicando que las mujeres nulíparas tienen un riesgo 3.7 veces mayor de ser sometidas a episiotomía (OR=4.7; IC: 254 – 894), mientras que el riesgo de desgarro es menor (OR=0.26; IC: 0111 – 0601) Además, se encontró que los años de servicio también influyen, disminuyendo el riesgo (OR=0.86; IC: 079 – 094) La edad y el estado civil no mostraron una relación significativa en el análisis multivariable. Parece que las madres primerizas necesitaron una episiotomía con mayor frecuencia. Además, la experiencia del profesional de la salud también influyó.

**Lunasco** (14) 2021, Prácticas de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud Huando. Lima Objetivo: desarrollar un informe analítico sobre la práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro de Salud Huando, Lima, en el año 2021. Metodología: En su estudio descriptivo y observacional, la muestra estuvo compuesta por 90 mujeres en periodo puerperal. Resultados: La episiotomía se llevó a cabo de forma rutinaria en el 61.4% de los casos, mientras que en el resto se adoptó un enfoque más conservador, observándose una proporción del 57.6% en el grupo de 10 a 19 años, predominantemente con educación secundaria (70.2% y 69.7%) En ambos escenarios, se realizó una episiotomía en mujeres primíparas, con un



86% y un 96. 9% respectivamente, y las complicaciones asociadas a la episiotomía se observaron en un 43. 9% y un 10. 5% En términos de la técnica utilizada, se llevó a cabo una episiotomía lateral en ambos casos. Los desgarros de primer, segundo y tercer grado ocurrieron en un 14. 03% y 606% de los casos con episiotomía rutinaria y restrictiva, respectivamente. Las complicaciones, que incluyeron infecciones, dehiscencia y hematomas, se presentaron en un 10. 5% en el grupo de episiotomía rutinaria y en un 12. 3% en el de episiotomía restrictiva. Conclusión: la episiotomía restrictiva está asociada con menores complicaciones durante el período de expulsión, así como con un menor número y severidad de desgarros en comparación con la episiotomía de rutina.

**Barbaran.** (15) 2020, Perfil clínico de mujeres sometidas a episiotomía en el hospital II Huamanga – EsSalud, Ayacucho. Objetivo: Determinar los antecedentes clínicos de las mujeres que se sometieron a una episiotomía en el Hospital EsSalud II de Huamanga. Los investigadores revisaron registros observacionales (solo observando, sin cambiar nada) y transversales (un momento en el tiempo). Se obtuvieron cifras sorprendentes. Las mujeres con antecedentes de infección del tracto urinario o infección de transmisión sexual (ITS) se encontraban en mayor proporción en el grupo que no se sometió a una episiotomía (21.05% y 10.53%). En el caso de las mujeres que sí se sometieron a una episiotomía, estas cifras disminuyeron (5.62% y 4.49%). El diagnóstico al ingreso en las parturientas mostró una incidencia de hipertensión del 8. 85%, preeclampsia del 5% y hemorragia del 1. 92% Se observó que la hemorragia era más común en el grupo que no recibió episiotomía, con un 18. 13%, en comparación con el



12. 36% en el grupo que sí fue sometido a este procedimiento. El 577% de los partos presentó complicaciones durante la fase expulsiva debido a factores como presentación de vértice posterior, posición transversa, deflexión, sangrado, prolongación de la fase expulsiva y distocia de hombros, observándose estas dificultades en iguales proporciones en ambos grupos. El 3846% de los partos registrados presentó desgarros, siendo que en el grupo sin episiotomía, el 50. 29% tuvo desgarros de grado I, mientras que los desgarros más severos fueron poco frecuentes en el grupo que tuvo episiotomía. 35% con desgarros, 4% con desgarros tras episiotomía, 34% con episiotomía, y 27% con perineo intacto. Conclusión: La mayoría de las mujeres que se sometieron a una episiotomía durante el parto eran madres primerizas. Los médicos no tenían ninguna razón médica para hacerlo.

**Corzo y Cuadros** (16) 2020, Factores de prevalencia de la episiotomía en madres primerizas en el Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho. El objetivo: Determinar qué factores se relacionan con la frecuencia de la episiotomía en las primigestas en Ayacucho, año 2020. Método, una investigación aplicada, descriptiva, centrada en cifras y transversal en un momento dado, con una mirada hacia adelante y no hacia atrás. Resultados: El 54.4% de las primigrávidas adolescentes tuvo episiotomía y el 57.9% de ellas tenían entre 20 a 35 años sin episiotomía, el 87.3% y 84.2% eran primigrávidas con embarazos a término con y sin episiotomía respectivamente, el 98.7% eran primigrávidas que tuvieron episiotomía con tiempo normal de expulsión y el 100% eran primigrávidas que no tuvieron episiotomía y tiempo normal de expulsión, la mayoría de las primigestas que se sometieron a una episiotomía y tuvieron un parto normal representaron el 87,3%. En el caso



de las que no se sometieron a la episiotomía y tuvieron un parto difícil, el 57,9% fueron primigestas. Al verificar el peso al nacer, el 87,3% de las primigestas con episiotomía y el 100% de las que no la tuvieron tuvieron bebés dentro del rango normal. Para una circunferencia cefálica entre 33 y 35 cm, el 75,9% se sometió a una episiotomía, mientras que el 94,7% no. Por lo tanto, factores como la duración del período de expulsión y el proceso del parto influyen en la frecuencia de la episiotomía entre las madres primerizas del Hospital de Apoyo de Huanta.

**Torres** (17) 2020, Factores que impulsan a los médicos a realizar una episiotomía selectiva en las madres primerizas en Arequipa. El objetivo principal es determinar qué influye en esta decisión. El estudio utiliza documentos de registros que analizan un momento específico y revisan los expedientes de las pacientes. En el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, los médicos realizaron una episiotomía al 44,4 % de las madres primerizas. La mayoría de estas mujeres (95,1 %) tenían entre 15 y 35 años, y un porcentaje considerable (76,1 %) había asistido a más de seis consultas prenatales. Querían comprender el motivo. Además, el 92. 3% de las pacientes con altura está en el rango de 1. 40 a 155 metros En lo que respecta a las pacientes atendidas en el Centro Obstétrico, el 57. 0% de las nulíparas presentó recién nacidos con un peso que osciló entre 3201 y 3800 gramos, el 97. 2% mostró un perímetro cefálico de entre 32 y 36 cm, y el 98. 6% de los recién nacidos llegó al mundo entre las semanas 37 y 42 de gestación. De las nulíparas atendidas, el 99. 3% experimentó un parto espontáneo. Se registraron 53 casos de episiotomías sin desgarraduras, mientras que 48 presentaron desgarraduras sin episiotomía. Además, el 50.



7% de los partos ocurrieron durante el día. Conclusión: la naturaleza del tejido y la presencia de desgarros vaginales influyen en la decisión de realizar una episiotomía.

### 2.1.3. A nivel regional

**Arapa.** (18) 2024, Aspectos clave relacionados con el desgarro perineal durante partos vaginales (sin episiotomía) en el Centro de Salud JAE de Puno. El objetivo principal fue identificar los factores asociados con el desgarro en mujeres que tuvieron partos vaginales en este centro, sin episiotomía, en 2024. Los investigadores utilizaron un método científico, no experimental, correlacional, transversal y cuantitativo. Adoptaron un enfoque hipotético-deductivo. ¿En cifras? El 71,3 % de las mujeres presentó desgarro perineal. De ellas, la mayoría presentó desgarros de grado I (71,3 %). En conclusión, solo la paridad (cuántas veces ha dado a luz una mujer) se relaciona claramente con la ocurrencia de desgarro perineal en estos partos.

## 2.2. MARCO TEÓRICO.

### 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

#### 1.1. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO.

##### 1.1.1. Edad

Refiriéndose al tiempo vivido por un individuo en particular, la edad influye en la decisión de realizar una episiotomía en parturientas. Los médicos tienden a evitar la episiotomía en mujeres menores de veinticinco años. A partir de los treinta y cinco, se realiza con mayor frecuencia. Un patrón bastante claro. La probabilidad de una episiotomía aumenta con la edad. Esto se evidencia por el porcentaje de mujeres dentro de un grupo de edad específico que se someten a episiotomía, por ejemplo, el 52.38% de las



mujeres de 15 a 19 años y el 77.27% de las mujeres a partir de 40 años. El obstetra recomienda a la OMS la reducción de episiotomías. (22)

### 1.1.2. Tipo de Embarazo

El embarazo único es un tipo de embarazo en el que se desarrolla un feto, que culmina en el nacimiento de un solo bebé. Este tipo de embarazo se conoce como embarazos simples, que ocurren después de la fertilización de un óvulo con un solo espermatozoide. En contraste, los embarazos múltiples dan como resultado el desarrollo de dos o más fetos. Los bebés pueden ser de uno o ambos sexos y pueden ser idénticos o no. Esto es el resultado de dos o más óvulos siendo fertilizados, o un solo óvulo fertilizado que se divide. El primer caso da como resultado gemelos que se conocen como mellizos que pueden ser dizigóticos (mellizos) ya que se forman por la fertilización de múltiples óvulos por diferentes espermatozoides. El segundo caso resulta en la formación de gemelos idénticos conocidos como gemelos monocigóticos (23)

### 1.1.3. Anemia durante el embarazo

El diagnóstico de anemia durante el embarazo constituye un problema de salud pública de gran relevancia. La OMS considera que el 37% de los embarazos presentan anemia a nivel mundial. Esta condición es más prevalente en los países de bajos y medianos ingresos. La anemia en las embarazadas se asocia a resultados maternos adversos (por ejemplo: parto prematuro, placenta previa, y en casos extremos, uterino y de ingreso a cuidados intensivos) y durante el embarazo, considerada una crisis adaptativa en el organismo, se acompaña de hiperplasia eritroide de la médula ósea que produce un aumento en la eritropoyesis. Se estima que en



un embarazo único la masa de eritrocitos se incrementa entre un 15 a 25% y, en dicho embarazo, también se presenta un aumento desproporcionado de la voluminosidad de plasma (40 a 50%), lo que produce hemodilución (hidremia del embarazo) y un requerimiento de hierro incrementado. Esto a su vez produce anemia, en este caso fisiológica, con un hematocrito (Hto) de 38 a 45% en mujeres sanas no embarazadas, que se reduce a 34% en el caso de un embarazo único y 30% en embarazos múltiples (24)

### **Visitas de Cuidado Prenatal**

Se recomienda que las pacientes sean vistas mensualmente, por lo que podemos dividirlo en trimestres.

Primer Trimestre: El cuidado prenatal incluye: análisis de sangre, un examen físico, asesoramiento sobre el estilo de vida y, en general, el cuidado prenatal es clave para un embarazo saludable.

Controles del Primer Trimestre:

Tu primera cita: Una vez que obtengas un test de embarazo positivo, es hora de programar tu primera visita prenatal. En esta visita, podemos tomar un historial completo y discutir la historia médica y los riesgos potenciales que puedas tener durante el embarazo.

Segundo trimestre: La rutina del cuidado prenatal abarca la solicitud de pruebas de laboratorio habituales, el seguimiento del desarrollo del bebé y, además, el profesional de la salud puede establecer consultas prenatales regulares cada cuatro semanas a lo largo de este período.

Qué esperar durante las visitas: El proveedor de atención médica evaluará la presión arterial y el peso durante cada visita, y estos son los componentes



clave durante la visita. No dudes en expresar cualquier inquietud y ten la seguridad de que el proveedor de atención médica se asegurará de ello.

El bebé será el centro de atención. El proveedor de atención médica revisará:

El crecimiento del bebé puede ser monitoreado.

Los latidos del corazón del bebé pueden ser auscultados.

Los movimientos fetales pueden ser evaluados. La mayoría de las mujeres notarán estos movimientos por primera vez entre las 18 y 20 semanas de embarazo.

El personal de salud te informará sobre las vacunas que necesitas.

Controles prenatales: Durante el segundo trimestre, pueden realizarse ciertos tipos de pruebas de detección:

Tercer trimestre: A lo largo del embarazo, el seguimiento prenatal puede incluir exámenes o pruebas para comprobar la posición del bebé conforme se aproxima la fecha de parto. En el último mes, el bebé generalmente se presenta de forma vertical (cefálica). El personal de salud realizará un monitoreo regular mediante ecografías cada 2 a 4 semanas, dependiendo de la situación. A partir de la semana 36, comenzarás a asistir semanalmente hasta el nacimiento.

Controles de salud de rutina: El personal de salud prenatal se estará encargando de la evaluación de signos vitales, además te estará evaluando en la presentación como parto, en la pérdida de líquido o hemorrágico (25).

### **Infecciones de genitales de tipo anterior**

Dentro de las infecciones del tracto genital se adelantan a tres factores.



El primero aborda las infecciones de transmisión sexual. Según cifras de la OMS, se producen alrededor de 340 millones de nuevos casos de ITS cada año. El segundo aborda las infecciones que se originan en el interior del cuerpo, como la candidiasis o la vaginosis bacteriana. Las mujeres embarazadas pueden sufrir graves problemas como corioamnionitis, parto prematuro o infecciones graves tras una cirugía ginecológica.

La tercera se conoce como infecciones de origen iatrogénico.

## **1.2. Característica de los partos**

### **1.2.1. Tipo de partos**

El proceso de parto se clasifica como fisiológico. La OMS afirma que este proceso a veces ocurre de forma natural y, por lo general, transcurre sin contratiempos. Cuando interviene un médico, la episiotomía es un procedimiento frecuente. Se trata de una cirugía menor en la que se realiza una incisión en el perineo para facilitar la apertura vaginal. Existe cierto debate sobre si este procedimiento es siempre necesario. Algunos médicos creen que ayuda, otros creen que puede ser más perjudicial que beneficioso. La decisión, como saben, depende de la situación de la paciente y de las condiciones del parto. Esto puede ser realizado por un cirujano, una partera, una enfermera de parto o una obstetra.

Parto a término: son aquellos partos que ocurren en el plazo de 37 a 42 semanas a partir de que el feto crece y se desarrolla biológicamente.

Parto pretérmino: es cuando ocurre un nacimiento prematuro, es decir, antes de las 37 semanas de gestación.



El parto postérmino: se considera excepcional un caso en el que se superan las 42 semanas.

### 1.2.2. Múltiple.

Se considera que hay múltiples tactos vaginales cuando se llevan a cabo más de cinco durante el proceso de parto. En realidad, muchos lugares siguen el mismo patrón. No obstante, muchas mujeres lo consideran incómodo, desagradable, doloroso, estresante, vergonzoso e invasivo (28).

### 1.2.3. Presentación del parto.

La presentación de nalgas se clasifica en tres categorías, los médicos observan la posición de las piernas del bebé y la proporción de caderas visibles en la abertura vaginal. Cuando ambas caderas están flexionadas y ambas rodillas rectas, se habla de presentación de nalgas completa o adecuada. A menudo, se ve aproximadamente la mitad de las nalgas del bebé, entre el 48 % y el 73 %. El otro tipo, conocido como presentación de nalgas o presentación de nalgas incompleta, ocurre cuando la posición no se ajusta a este patrón. En estas posturas, las caderas y las rodillas pueden encontrarse en un estado de flexión total o parcial. Se exhibe entre el 12% y el 38% de la zona glútea. Por último, existen posiciones donde las articulaciones coxofemorales y las rodillas se doblan, lo que revela entre el 4.6% y el 11.5% de la superficie de las nalgas. Estas presentaciones son más comunes en mujeres que no han tenido hijos.

Presentación de cara: En estos casos, el feto mantiene el cuello completamente extendido de modo que el occipucio está en contacto con la espalda. Esta presentación puede ser diagnosticada realizando un examen vaginal donde la barbilla es la única estructura que se puede palpar. (29)



## 1.2.4. Distres fetal agudo

En casos de sufrimiento, una serie de eventos pueden reducir el suministro de oxígeno al feto. Además, hay un aumento relativo en la contracción del útero tanto en fuerza como en frecuencia, lo que reduce el suministro de sangre al espacio intervelloso, disminuyendo además el suministro sanguíneo al feto. El distres fetal agudo es, en algunos centros médicos, una razón para realizar una episiotomía. (30)

Distocia de hombros: En este tipo de parto, la cabeza del bebé entra en el canal de parto, pero justo en el momento del parto, el hombro delantero queda atrapado detrás del hueso púbico en la espalda. Esto dificulta la salida del bebé.

Macrosomía fetal: Este fenómeno se relaciona con un mayor riesgo de desgarros perineales, especialmente en mujeres que están dando a luz por primera vez.

Un feto cuya masa supera los 4000 gramos por lo general es un motivo de episiotomía, si es que se encuentra indicado por el médico que atiende el parto; este procedimiento se lleva a cabo para considerar el parto de forma más simple y evitar desgarros de tercer grado. (31)

## 1.2.5. Intensidad de frecuencia cardíaca fetal

Desde el inicio de la gestación, el latido del corazón del bebé se puede monitorear. El latido del corazón del bebé es fundamental para evaluar su bienestar. La frecuencia cardíaca del feto se considera normal entre 110 y 160 latidos por minuto. Los cambios en la frecuencia pueden ser un indicativo del estado del feto y su respuesta al proceso del parto. Es crucial observar estos signos vitales para garantizar la salud del recién nacido. (32)



Semana de embarazo	Latidos del corazón fetal (latidos por minuto)
6-7 semanas	90-110 lpm
8-9 semanas	130-170 lpm
10-12 semanas	160-180 lpm
13-16 semanas	140-160 lpm
17-20 semanas	130-150 lpm
21+ semanas	120-140 lpm

### 1.2.6. Ponderado fetal

La estimación de ponderado fetal (PF) en la ecografía durante la gestación es de suma importancia, ya que se utiliza para detectar posibles alteraciones en el crecimiento del feto. Entre el 7 y 16% de los recién nacidos (RN) vivos, se considera que presentan crecimiento inadecuado para su edad gestacional y, en el caso de macrosomía, se encuentra en torno a 8 a 10% de su incidencia, y se relaciona con elevada morbilidad materna, parto difícil, distocia de hombros, asfixia perinatal, y traumatismo del canal de parto. Se postula que el control adecuado estimando el PF facilitaría el control posnatal y complicaciones posteriores (33).

- a) Técnicas clínicas que incluyen la palpación abdominal de las partes del feto por parte de la madre, utilizando las maniobras de Leopold, así como la estimación medida a partir de la altura del útero (métodos de Johnson - Toshach, Dare, Carranza)
- b) obtenidos por ultrasonido y resonancia magnética, los segmentos óseos fetales son computados en ecuaciones que estiman el PF.



La estimación del PF mediante palpación abdominal de las partes fetales es subjetiva y, por lo tanto, algo desafiante de enseñar, especialmente a médicos y obstetras junior.

Los pesos fetales promedios son 1,000 gramos a la semana 28, 2,000 gramos a la semana 32, y 2,500 gramos a la semana 35. Desde la semana 28 hasta la 38, se espera que el peso fetal aumente entre 200 y 250 gramos semanalmente. (34)

### **1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA EPISIOTOMÍA.**

#### **1.3.1. Complicaciones de la Episiotomía en Mujeres Primíparas**

Las complicaciones inmediatas principales son:

Ruptura por extensión: Se considera como la complicación primaria de la episiotomía. La lesión, o ruptura, del perineo puede involucrar los tejidos circundantes de la pared vaginal anterior o posterior. Dependiendo de las estructuras involucradas, puede clasificarse en diferentes grados. (35)

#### **1.3.2. Desgarros perineales.**

El desgarro de la vagina es frecuente durante el proceso de dar a luz, es más probable que ocurra durante el parto vaginal del bebé. Estos tipos de desgarros se deben a que la cabeza (o cráneo) del bebé es más grande que el promedio, recuerda Schmid. De igual manera, el hecho de que la vagina no sea elástica también puede resultar en la formación de desgarros. Los desgarros vaginales también se pueden referir como laceraciones o desgarros perineales. Los desgarros que no son más que epidérmicos sanan espontáneamente en unas pocas semanas. Algunos desgarros son más complejos y requieren intervención. Algunos miembros del equipo de atención médica esperarán para realizar un examen después del nacimiento



del bebé para verificar si hay laceraciones y, si las hay, si es importante repararlas quirúrgicamente. (36)

Los desgarros vaginales de primer grado se caracterizan por la falta de piel en la zona afectada y son los menos severos de todos. Afectan la piel situada entre la vagina y el recto, así como el tejido justo debajo de la piel en esa área, conocido como perineo. Los desgarros leves de primer grado pueden presentarse en la uretra, que es el conducto que lleva la orina fuera del cuerpo, provocando una sensación de ardor al orinar.

No es necesario el tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos; sin embargo, en ocasiones, se les da tratamiento quirúrgico como en los desgarros de primer grado donde se les sutura, suturando la mayor parte en piel en la sala de parto donde se recupera la gran mayoría de la piel en unas semanas. (37)

Desgarros vaginales de nivel dos. Los desgarros de segundo grado afectan la piel y los músculos en la región entre la vulva y el ano, pudiendo incluir también la vagina. Los desgarros de segundo grado generalmente necesitan suturas, un procedimiento que se puede realizar en la sala de partos. El proceso de recuperación dura entre 3 y 4 semanas.

Tercer grado de desgarros vaginales: Los desgarros vaginales de grado tres evolucionan hacia el músculo que articula el ano, el cual se denomina esfínter anal. Estos desgarros evolutivos requieren de cirugía en sala de operaciones ya que su saneamiento es lento, de entre 4 a 6 semanas, en su mayoría. Antibióticos se prescriben para combatir infecciones que podrían surgir en heridas de tercer grado. Entre los problemas que podrían surgir al poseer uno, se encuentran: infección, separación de la herida curada,



pérdida de materia fecal, incontinencia fecal, incapacidad de contener orina, incontinencia urinaria.

Cuarto grado de desgarros vaginales: Aquel que resulta más complicado, los desgarros vaginales de grado cuatro abarcan un rango amplio que se inserta en la membrana que recubre el esfínter anal. Dada su complejidad, la gran parte de estas heridas que se presentan en los partos requieren sutura que cierra los orificios. Dado su gravedad, parte de este puede sufrir desgarros en la cirugía.

La recuperación puede extenderse entre cuatro y seis semanas o incluso más tiempo. Si se trata de un desgarro de grado cuatro, podrías requerir antibióticos para evitar infecciones. Uno de los riesgos que pueden surgir durante la recuperación de un desgarro vaginal de cuarto grado es la posibilidad de desarrollar una infección.

### **1.3.3. Otras complicaciones inmediatas.**

La episiotomía trae los problemas habituales de una incisión profunda, pero la incisión localizada complica un poco las cosas. El médico realiza una incisión en el perineo de la madre para facilitar la salida del bebé. Después, surgen algunos problemas. Es posible que se necesiten puntos de sutura porque se corta la piel y el músculo. También se produce inflamación. Se puede acumular sangre o líquido. Todo bastante común; cicatrización (fibrosis) de la zona de corte que es muy desagradable y molesta; infección por falta de higiene; algunas mujeres refieren dolor en la relación sexual (dispareunia) por algunos meses después de dar a luz. La satisfacción volverá una vez que la herida cicatrice, es transitorio.



Las infecciones de puerperio son infecciones que se pueden desarrollar entre los 10 días posteriores al parto, pudiendo surgir desde el segundo día hasta seis semanas y son sobre todo de origen microbico, raras, pero pueden ser muy graves, fiebre, dolor en el abdomen, secreción anormal y dolorosa, requiriendo tratamiento urgente para la infección. Es necesario administrar tratamiento antibiótico, ya que la infección puerperal constituye una de las complicaciones que pueden surgir tras el parto. Esta inflamación séptica, que puede manifestarse de forma localizada o generalizada, puede ser ocasionada por gérmenes en los primeros quince días después del nacimiento, debido a las alteraciones y lesiones que el embarazo y el parto generan en los órganos genitales.

## **2. LA INCIDENCIA DE LA EPISIOTOMÍA.**

### **Episiotomía**

La episiotomía deriva del término que significa "corte del pubis", el cual se compone de las palabras griegas episeión (que significa pubis) y temo (que significa cortar). Esta práctica se puede describir como una cirugía en la zona perineal, que de manera más sencilla se entiende como un corte en los genitales externos. Los médicos llaman a este procedimiento colpoperineotomía o perineotomía. Consiste en realizar una incisión en el perineo. Esto se realiza durante el parto vaginal para ensanchar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el perineo, de modo que el bebé pueda salir con mayor facilidad justo al final de la segunda etapa del parto. Este tipo de procedimiento es más frecuente en mujeres que están experimentando su primer parto. Esta intervención quirúrgica terapéutica se considera una de las intervenciones quirúrgicas obstétricas más



controvertidas debido a sus indicaciones consideradas y las complicaciones que se pueden encontrar durante y después del procedimiento. (41)

Para realizar una episiotomía, es esencial verificar que la paciente se encuentre en la fase activa del trabajo de parto, en la fase de expulsión, y que el anillo vaginal esté afinado y la cabeza fetal sea visible a una distancia de tres a cuatro centímetros. Cuando la cabeza fetal está presionando el perineo y uno a dos minutos antes de que se realice la episiotomía, se puede infiltrar con lidocaína al 1% o 2% o con bupivacaína al 0.25%. Típicamente, se utilizan 10cc. Es esencial infiltrar a lo largo de todo el trayecto de la línea de fractura de los tejidos con anestésico inyectable lacerante, durante la fase contraluminal. Luego, se estratifica la dermis, la mucosa y el músculo en la capa perineal donde se utilizaron las tijeras para realizar la episiotomía.

Los médicos se centran en las necesidades del paciente. Hoy en día, los investigadores hablan de siete tipos de cortes en este campo: medial, lateral, línea media modificada, lateral, radical anterior y en forma de J (42). El medial y el mediolateral son, sinceramente, los más comunes.

Episiotomía medial: También conocida como línea media o medial, esta incisión sigue el rafe perineal comenzando desde la línea de bifurcación vulvar y extendiéndose de 2 a 3 cm por encima del ano. Para mantener el esfínter anorectal, se debe visualizar el final de la incisión, de lo contrario, los cortes en línea media probablemente se extenderán y causarán daño, la incisión cutánea sana de adentro hacia afuera, en mujeres nulíparas hay mayor probabilidad de lesiones del esfínter anal obstétrico, por lo que los cortes en línea media son más comunes. (43)



Episiotomía medio-lateral: El movimiento es desde la línea vulvar posterior hacia la tuberosidad isquiática creando un ángulo posterior de 90 grados, se llama medio-lateral o ángulo de Tarnier.

El ACOG determina un ángulo de incisión mínimo de 45°, mientras que el RCOG lo sitúa entre 45° y 60°. Durante la episiotomía mediolateral, se realiza un corte lo suficientemente profundo como para atravesar la piel, el tejido subcutáneo, la mucosa vaginal, el músculo bulbocavernoso, el músculo transverso perineal y los haces púbicos del elevador del ano. Esto ayuda a que el perineo esté menos tenso para el parto. El corte debe ser de unos 3 a 4 cm de largo (44)

Consideraciones para el uso de la episiotomía: Las prácticas heredadas y las razones para la episiotomía en las prácticas obstétricas modernas varían en las consideraciones para la episiotomía, que desde la época medieval se derivan de las normas sociales y culturales con la implementación modernizada de la episiotomía, lo que ha dado lugar a la razón para la episiotomía que se moderniza hoy y proviene de la razón del parto por cesárea y las razones de riesgo de tener una episiotomía. Razones que justifican la realización de una episiotomía, identificadas en la revisión sistemática realizada, incluyen: partos asistidos con fórceps o mediante extracción por vacío, presencia de macrosomía fetal, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, partos prematuros, distocia de hombros, presentación de nalgas franca y la rigidez del perineo o riesgo inminente de desgarros perineales (47).

Hoy en día, alrededor de dos o tres canarios en el mundo, la reversión y los llamados excesivos para el uso de la episiotomía han comenzado a



utilizarlas. Estos canarios y el útero de la resección y el útero de la resistencia. Estos son: relajación o flacidez de las estructuras en el suelo pélvico, perineo dehisido, en ausencia de una ruptura inminente de las suturas perineales, enfermedades granulomatosas activas, flora condilomatosa con compromiso vulvoperineal, fístulas recto-perineales o perineoplastia previa, cáncer ano-rectal. (48)

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL.

**GINECOLOGÍA CLÍNICA:** Para determinar las complicaciones más relevantes asociadas con un trastorno ginecológico, es necesario realizar una evaluación detallada de los riesgos involucrados.

**DISTOCIA DINÁMICA.** Alteraciones de la contracción uterina que obstaculizan la progresión normal del parto. (29)

**EPISIOTOMÍA.** Incisión del perineo que se realiza durante la expulsión del feto, con la intención de prevenir la rotura vaginal, vulvar o perineal, mediante un aumento controlado de la apertura vaginal. (41)

**PARTO DISTÓCICO.** Está asociado a distocia, que se traduce como dificultad en el avance de un parto vaginal o normal. (42)

**PARTO NORMAL.** El periodo que empieza con la dilatación del cuello uterino hasta la expulsión de la placenta.

**TRABAJO DE PARTO.** Se define como la pérdida de un feto en gestación, asociada a un conjunto de fenómenos fisiológicos. (43)

**TRAUMATISMO NEONATAL.** Lesión sufrida por un recién nacido durante el parto. Este tipo de lesiones incluye la parálisis de Bell, la parálisis cerebral y la de Erb. (46)



TRAUMATISMO O TRAUMA. Lesión de la biología que ocurre a partir de la introducción de un agente dañino, bien sea de forma de violencia o un agente tóxico, o un cuerpo extraño.

TRAUMA OBSTÉTRICO. Se define como desgarros o laceraciones perineales que se asocian con la violencia del parto y que sufren la vagina y la vulva, al margen de los más superficiales que dañan únicamente la piel.



## CAPITULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación es no experimental, (50) puesto que no se manipularon las variables de estudio.

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Estudio de investigación básica de nivel correlacional, de corte transversal porque el estudio se recolecto en un solo momentos, y retrospectivo. (50)

#### 3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.

El método es hipotético deductivo.

#### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

##### 3.4.1. Población.

La población elegida estuvo conformada por todas las historias clínicas de mujeres primíparas atendidas en su primer parto según la historia clínica, según el reporte de la oficina de estadística del HCMM de la ciudad de Juliaca habiéndose registrado un total de 180 historias clínicas según la base de datos del 2025

##### 3.4.2. Muestra:

Se trabajo con el 100% de primíparas atendidas en su primer parto.

.n=180



### **Criterio de inclusión:**

- Historias clínicas de atención de parto en madres primerizas de parto normal según la investigación.
- Historias clínicas con datos completos según los indicadores del estudio.
- Base de datos, con signos y síntomas relacionados a los problemas de episiotomía.

### **Criterio de exclusión:**

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Historias clínicas con cesáreas.
- Registro de datos con los datos que no considera la operacionalización de variables.
- Historias clínicas con datos omitidos o incompletas.

## **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

**Variable 1:** Características clínicas.

### **3.5.1. Técnicas**

Se utilizó el análisis documental de las historias clínicas con procedimiento de parto normal de madres primerizas.

### **3.5.2. Instrumento:**

se utilizó una ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

**Variable 2:** Incidencia de episiotomía.

Técnicas: se utilizó el análisis documental.



Instrumento: se utilizó una Formulario de recogida del instrumento

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se solicito autorización mediante la oficina de capacitación en el HCMM para recolectar la información correspondiente.

Se coordino con la oficina de estadística para poder recolectar los datos según las historias clínicas con los diagnósticos identificados.

Se recolecto los datos para poder vaciar en una base de datos y analizar para el vaciado y el análisis de los resultados encontrados.

Se construyo el informe final para su revisión y sustentación del trabajo de investigación.

Se coordino para la publicación de los resultados.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

Para analizar, ordenar y comprender los datos, realizamos una prueba de chi-cuadrado. La calculamos con la fórmula:

$$\chi^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

#### 3.8.1. Validación.

Mediante el juicio de expertos, fueron 03 profesionales los que apoyaron en la validación de los instrumentos para su aplicación respectiva.



**3.8.2. Confiabilidad.**

La confiabilidad es del 95% de certeza según el procedimiento de alfa de Cronbach según la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	180	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	180	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,850	15



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general planteado en el estudio es: Analizar las características clínicas relacionadas con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.

Los rasgos clínicos de las madres primerizas en el HCMM de Juliaca en 2025 se relacionan con la frecuencia con la que los médicos realizan una episiotomía. Todas las variables analizadas fueron relevantes ( $p < 0,05$ ). Por lo tanto, la teoría se confirma.



**TABLA 1. EDAD Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025.**

Edad de las pacientes	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Menor de 18 años	8	7.5	10	9.5	18	17.0
18 a 35 años	30	28.3	40	37.7	70	66.0
Mas de 35 años	8	7.5	10	9.5	18	17.0
Total:	46	43.3	60	56.7	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 4,28$$

$$ns = 0,118$$

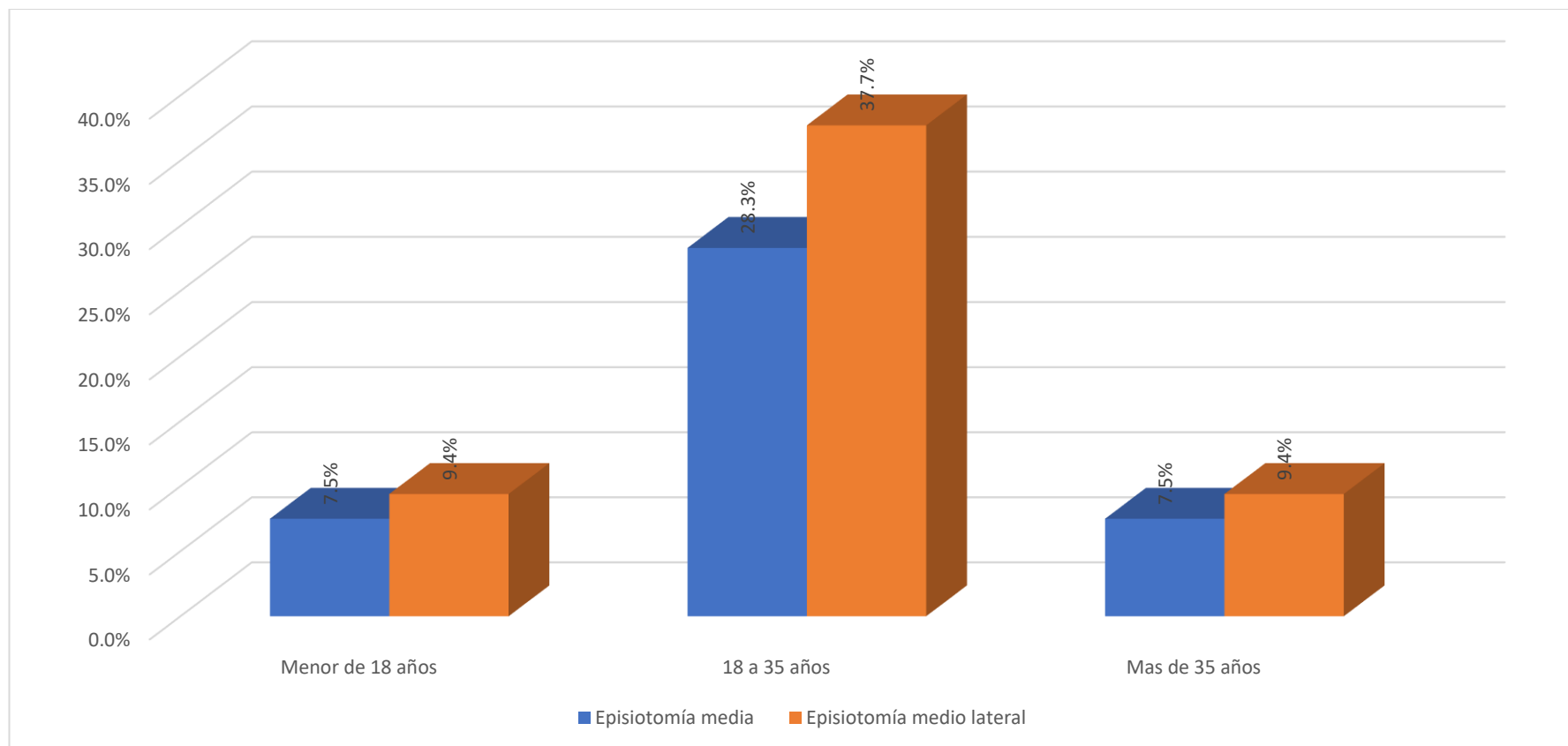
NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$gl = 2$$



**FIGURA 1. EDAD Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025.**



Fuente: tabla 01.



El primer objetivo específico planteado en el estudio es: Describir las características del embarazo relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.

En la muestra de 106 madres primíparas, la mayoría pertenece al grupo etario de 18 a 35 años (66.0%), lo que coincide con la edad reproductiva óptima según la OMS. Un 17.0% correspondió a madres adolescentes (menores de 18 años) y un 17.0% a mujeres mayores de 35 años.

Estos datos indican que la población obstétrica atendida en el HCMM se concentra en mujeres jóvenes adultas, grupo que presenta una mayor frecuencia de parto eutócico, pero también mayor probabilidad de episiotomía preventiva en primíparas, según protocolos obstétricos establecidos.

Al analizar la relación entre la edad materna y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral fue la más utilizada en todos los grupos de edad, representando el 56.7% del total. En las madres de 18 a 35 años, la incidencia de episiotomía medio lateral alcanzó el 37.7%, mientras que la episiotomía media representó el 28.3%.

En las madres adolescentes y mayores de 35 años, la incidencia fue similar (17.0% cada grupo), aunque también predominó la técnica medio lateral. Esto sugiere que la edad materna no constituye un factor determinante por sí misma, sino que influye en conjunto con otras características obstétricas (elasticidad tisular, peso fetal o condiciones del parto).

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 4.28, superior al  $X^2$



tabulado de 5,99. A esto se suma un  $GI = 2$  y  $P = 0,118$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Beyene, et al.** (9) han concluido que: la proporción de episiotomía fue de 41.1%, en la primiparidad; 89.9% de púerperas tenían entre 20 a 34 años. (9)

**Corzo y Cuadros.** (16) han concluido que: 54,4% adolescentes primigestas con episiotomía y el 57,9% sin episiotomía, pero con edades entre 20 a 35 años, el 87,3% y 84,2% fueron primigestas con gestación a término, con y sin episiotomía respectivamente.

Nuestro estudio concuerda con los resultados encontrados.



**TABLA 2. TIPO DE EMBARAZO SEGÚN NÚMERO DE FETOS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025.**

Tipo de embarazo	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Único	42	39.6	59	55.7	101	95.3
Múltiple	4	3.8	1	0.9	5	4.7
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{cal} = 0,48$

$ns = 0,489$

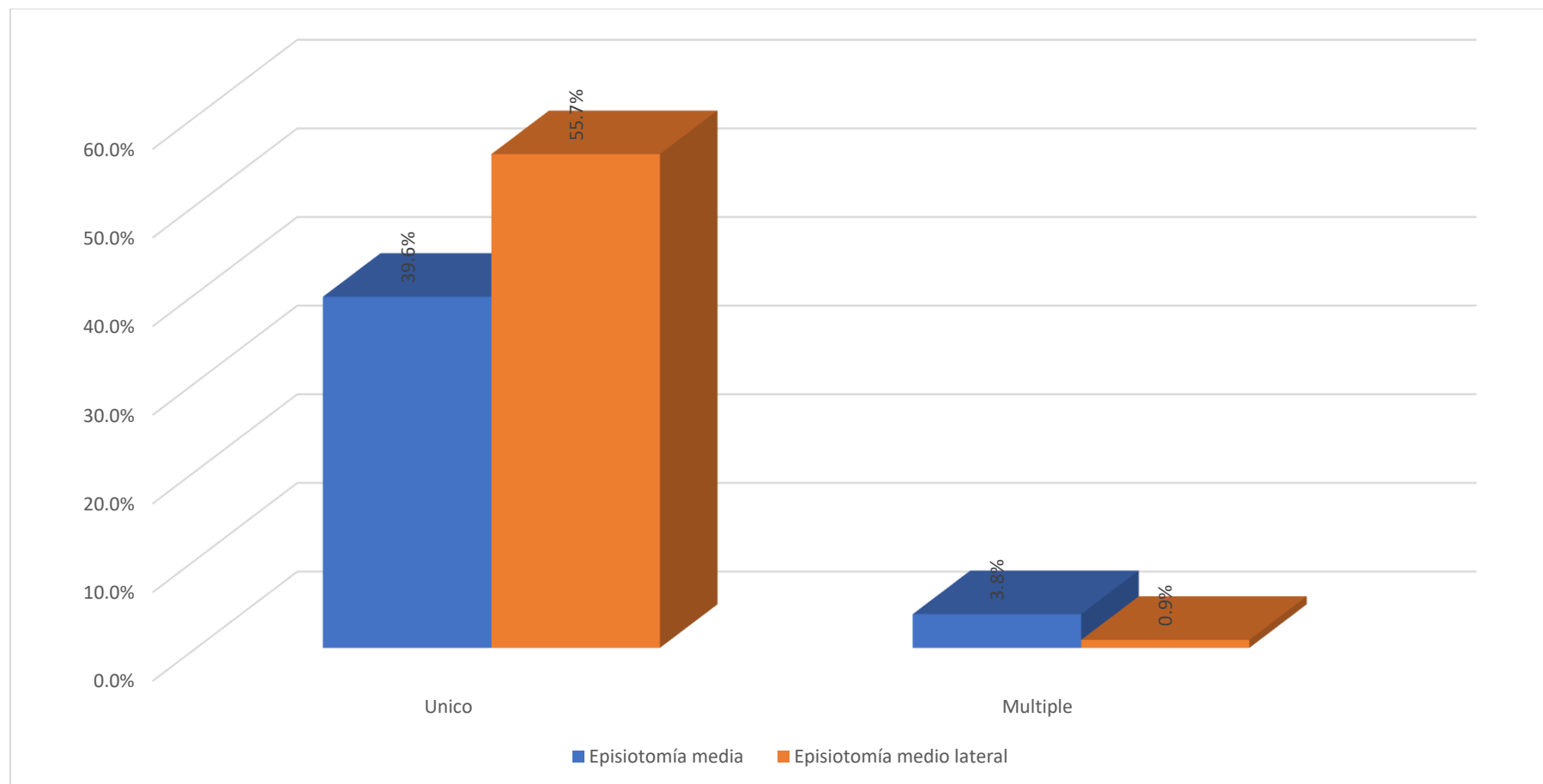
NO ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 3,84$

$gl = 1$



**FIGURA 2. TIPO DE EMBARAZO SEGÚN NÚMERO DE FETOS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 02



En la tabla y figura 02, de las 106 madres primíparas, la gran mayoría (95.3%) presentó embarazos únicos, mientras que solo un 4.7% correspondió a embarazos múltiples (gemelares o de más fetos).

Esto evidencia que, en la población atendida en el HCMM, los embarazos múltiples son poco frecuentes, lo cual es consistente con los registros nacionales del Ministerio de Salud, donde los partos gemelares representan menos del 3% de los casos en hospitales regionales.

El predominio de embarazos únicos implica que la mayoría de las intervenciones obstétricas, como la episiotomía, se realizan bajo condiciones fisiológicas habituales, sin complicaciones derivadas de gestaciones múltiples.

Al analizar la relación entre el tipo de embarazo y la incidencia de episiotomía, se observa que en los embarazos únicos predominó la técnica medio lateral, aplicada en 59 casos (55.7%), mientras que la episiotomía media se realizó en 42 casos (39.6%).

En cambio, en los embarazos múltiples, la práctica fue menos frecuente, registrándose solo 5 procedimientos en total (4.7%), con ligera preferencia por la técnica media. Estos resultados reflejan que, aunque la episiotomía se aplica principalmente en embarazos únicos, su elección no depende directamente del número de fetos, sino del contexto obstétrico específico del parto (posición fetal, riesgo de desgarro o macrosomía).

De las pacientes que han presentado episiotomía medio lateral 42,22% es un embarazo único, el 0,56% es un embarazo múltiple; de las pacientes que han presentado episiotomía media el 15,56% es un embarazo único, el 0,56% es un embarazo múltiple; de las pacientes que han presentado otras técnicas de episiotomía el 2,22% es un embarazo único, el 2,22% es un embarazo múltiple



Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 0,48, superior al  $X^2$  tabulado de 3,84. A esto se suma un  $GI = 1$  y  $P = 0,489$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Corzo y Cuadros.** (16) De todas las adolescentes primigestas, el 54,4% se sometió a una episiotomía, mientras que el 57,9% no. Para un embarazo a término, esa cifra asciende al 87,3% tanto para aquellas con como sin el procedimiento. La mayoría de las primigestas con episiotomía (98,7%) tuvieron un periodo expulsivo normal. Todas las que no se sometieron a una episiotomía también tuvieron un periodo expulsivo normal (sin excepciones). En cuanto a los partos, las niñas con episiotomía tuvieron un 87,3% de partos eutócicos, pero si no se realizó, el 57,9% tuvo un parto distócico (esa es una diferencia importante).



**TABLA 3. ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Anemia durante el embarazo	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Sin anemia	20	18.9	18	17.0	38	35.8
Leve	15	14.2	27	25.5	42	39.6
Moderada	9	8.5	12	11.3	21	19.8
Anemia severa	2	1.9	3	2.8	5	4.8
Total:	46	43.5	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 7.96$$

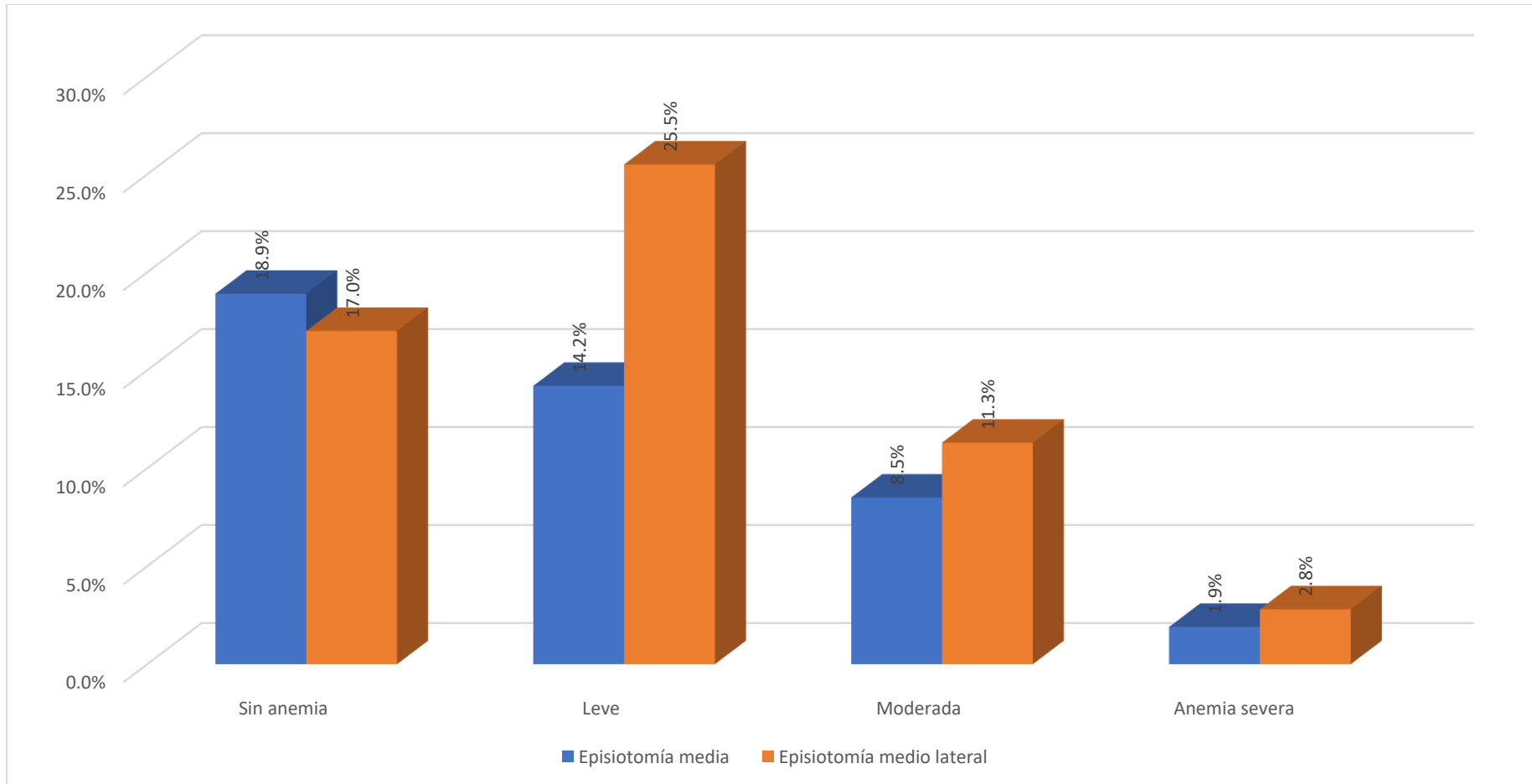
$$ns = 0,047$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 7.81$$

$$gl = 3$$

**FIGURA 3. ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: Tabla 03.



En la tabla y figura 03. De las 106 madres primíparas, el 39.6% presentó anemia leve, el 19.8% anemia moderada, y el 4.8% anemia severa, mientras que un 35.8% no presentó anemia.

Esto indica que más del 60% de las gestantes presentaron algún grado de anemia, lo cual constituye un hallazgo clínicamente relevante, ya que la anemia es un problema de salud pública frecuente en mujeres gestantes en la región altiplánica debido a la altitud y los hábitos alimentarios bajos en hierro.

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2024), la prevalencia de anemia en gestantes peruanas supera el 40%, y su presencia se asocia con mayor riesgo de complicaciones obstétricas y alteraciones en la oxigenación fetal.

Por lo tanto, la población estudiada evidencia un patrón concordante con la realidad sanitaria regional, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los controles prenatales y la suplementación con hierro durante la gestación.

Al analizar la relación entre anemia durante el embarazo y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral fue la más empleada en todos los grados de anemia, alcanzando el 56.6% del total de procedimientos.

En las madres con anemia leve, la episiotomía medio lateral representó el 25.5%, seguida por la técnica media con el 14.2%. En cambio, entre las gestantes sin anemia, ambas técnicas se aplicaron con frecuencia similar (18.9% y 17.0% respectivamente).

Este patrón sugiere que la presencia de anemia leve o moderada puede influir indirectamente en la elección de la técnica obstétrica, ya que los profesionales tienden a optar por la episiotomía medio lateral para evitar desgarros extensos en tejidos con menor resistencia y oxigenación tisular, propios de pacientes con anemia.



Sin embargo, los datos también evidencian que la anemia severa representa una proporción pequeña (4.8%), por lo que su impacto directo en la elección de técnica es limitado. En conjunto, los resultados reflejan que la incidencia de episiotomía aumenta levemente con la presencia de anemia, aunque la decisión final depende del contexto obstétrico y del criterio clínico del profesional.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 7,96, superior al  $X^2$  tabulado de 7.81. A esto se suma un  $GI = 3$  y  $P = 0,047$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Chambi.** (22) ha concluido que: a 95 madres adolescentes. De ellas, 74 experimentaron problemas durante el embarazo (alrededor del 78%). El más común fue la anemia, que se presentó en 10 casos (13,5%). El mayor problema para los bebés fue el síndrome de dificultad respiratoria (casi el 33%). Las chicas de 17 a 19 años sufrieron principalmente anemia durante el embarazo. Se observó una tendencia notable entre ellas.

En nuestro estudio se puede observar que es la anemia leve y moderada la que sobresale como un problema de salud pública, pero, sin embargo, la región de Puno es una de las regiones donde se presenta mayor cantidad de problemas de anemia en las gestantes.



**TABLA 4. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Numero de controles prenatales	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
6 o más atenciones (adecuadas)	28	26.4	34	32.1	62	58.5
Menos de 6 atenciones	12	11.3	17	16.0	29	27.3
Una sola atención	4	3.8	6	5.7	10	9.5
Sin atención prenatal	2	1.9	3	2.8	5	4.7
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{cal} = 8.34$

$ns = 0,039$

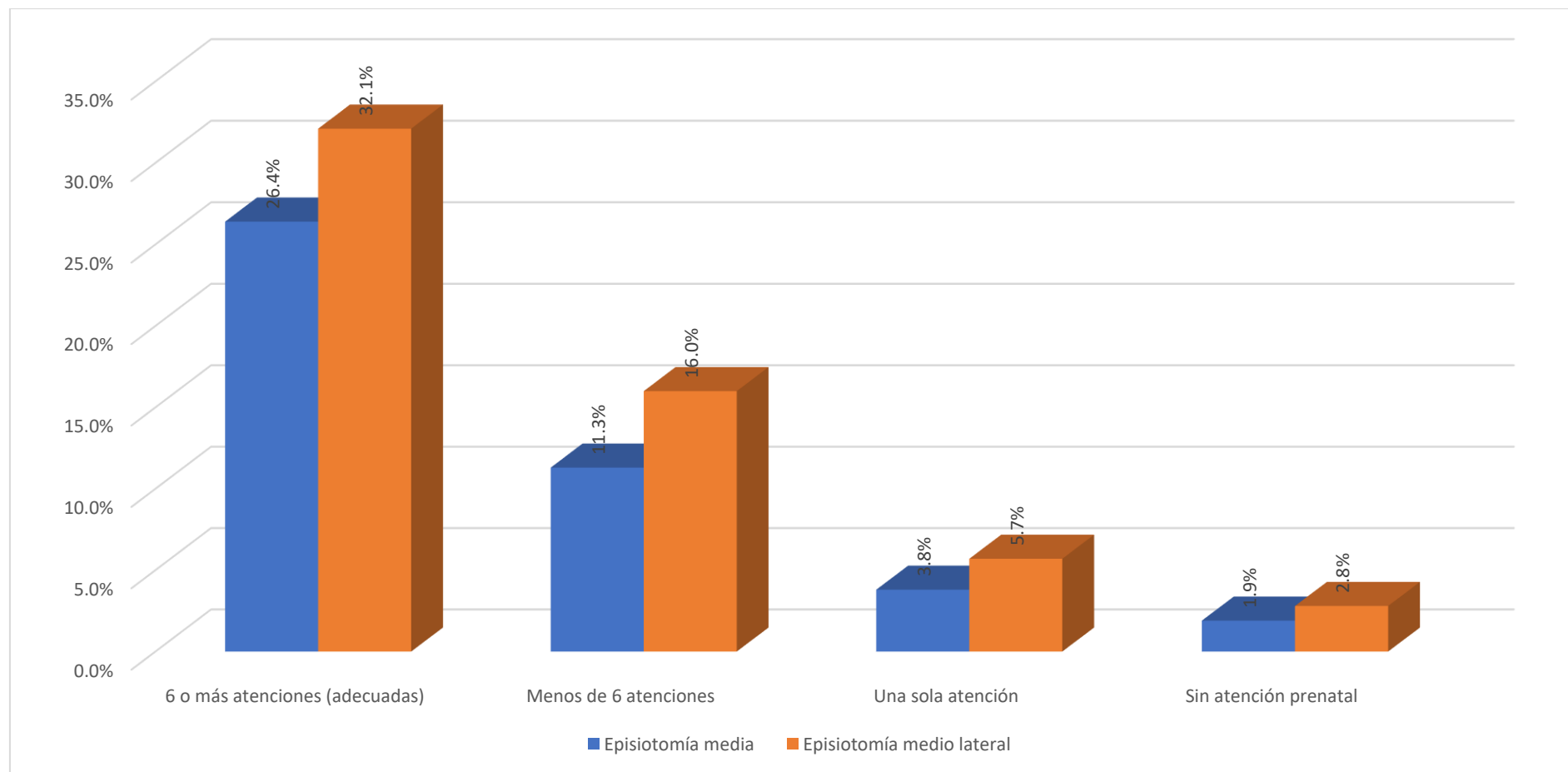
**ES SIGNIFICATIVA**

$X^2_{tab} = 7.81$

$gl = 3$



**FIGURA 4. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 04.



En la tabla y figura 04, en la muestra total de 106 madres primíparas, se observa que la mayoría (58.5%) cumplió con seis o más atenciones prenatales, lo cual se considera adecuado según las normas técnicas del Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2023).

Por otro lado, un 27.3% de las gestantes tuvo menos de seis atenciones, un 9.5% asistió solo una vez, y un 4.7% no tuvo atención prenatal. Estos resultados indican que, aunque la mayoría de las madres recibió un control adecuado del embarazo, existe un porcentaje significativo (41.5%) que no cumplió con los estándares mínimos de seguimiento. Esto refleja una brecha en la cobertura y continuidad del control prenatal, posiblemente asociada a factores socioeconómicos, geográficos o culturales característicos de la región altiplánica.

El control prenatal insuficiente limita la detección temprana de riesgos obstétricos, como la anemia o las alteraciones fetales, lo que puede influir en las decisiones clínicas durante el parto.

La relación entre el número de atenciones prenatales y la incidencia de episiotomía muestra que la técnica medio lateral fue la más aplicada en todos los grupos, alcanzando el 56.6% del total de procedimientos. En las madres con 6 o más controles prenatales, la episiotomía medio lateral se practicó en 34 casos (32.1%), mientras que la técnica media se aplicó en 28 casos (26.4%).

Entre las gestantes con menos de seis controles, la frecuencia de episiotomía medio lateral fue de 16.0%, y la técnica media de 11.3%. Este patrón sugiere que, aunque la mayoría de las episiotomías se realizaron en mujeres con controles adecuados, el tipo de atención prenatal no influyó directamente en la decisión de realizar o no el procedimiento, sino que esta estuvo determinada por las condiciones intraparto (presentación cefálica, elasticidad perineal, o sufrimiento



fetal).

Sin embargo, es importante destacar que las madres sin control prenatal o con controles insuficientes presentaron una ligera mayor frecuencia de episiotomía medio lateral proporcionalmente, lo cual puede relacionarse con un mayor nivel de riesgo obstétrico o falta de preparación para el parto.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 8,34, superior al  $X^2$  tabulado de 7.81. A esto se suma un  $GI = 3$  y  $P = 0,039$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Benavente.** (19) ha concluido que: los factores de riesgo obstétricos asociados a bajo peso al nacer son: número de controles inadecuados ( $<6$ ) ( $OR=5.4$ ), primigesta ( $OR=6.11$ ) y edad gestacional ( $<37$  semanas)

**TABLA 5. INFECCIONES GENITALES PREVIAS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Infecciones genitales previas	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
No presento infección	25	23.6	31	29.2	56	52.8
Infección del tracto urinario	12	11.3	15	14.2	27	25.5
Infección de transmisión sexual (candidiasis, tricomoniasis)	9	8.5	14	13.2	23	21.7
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 6,52$$

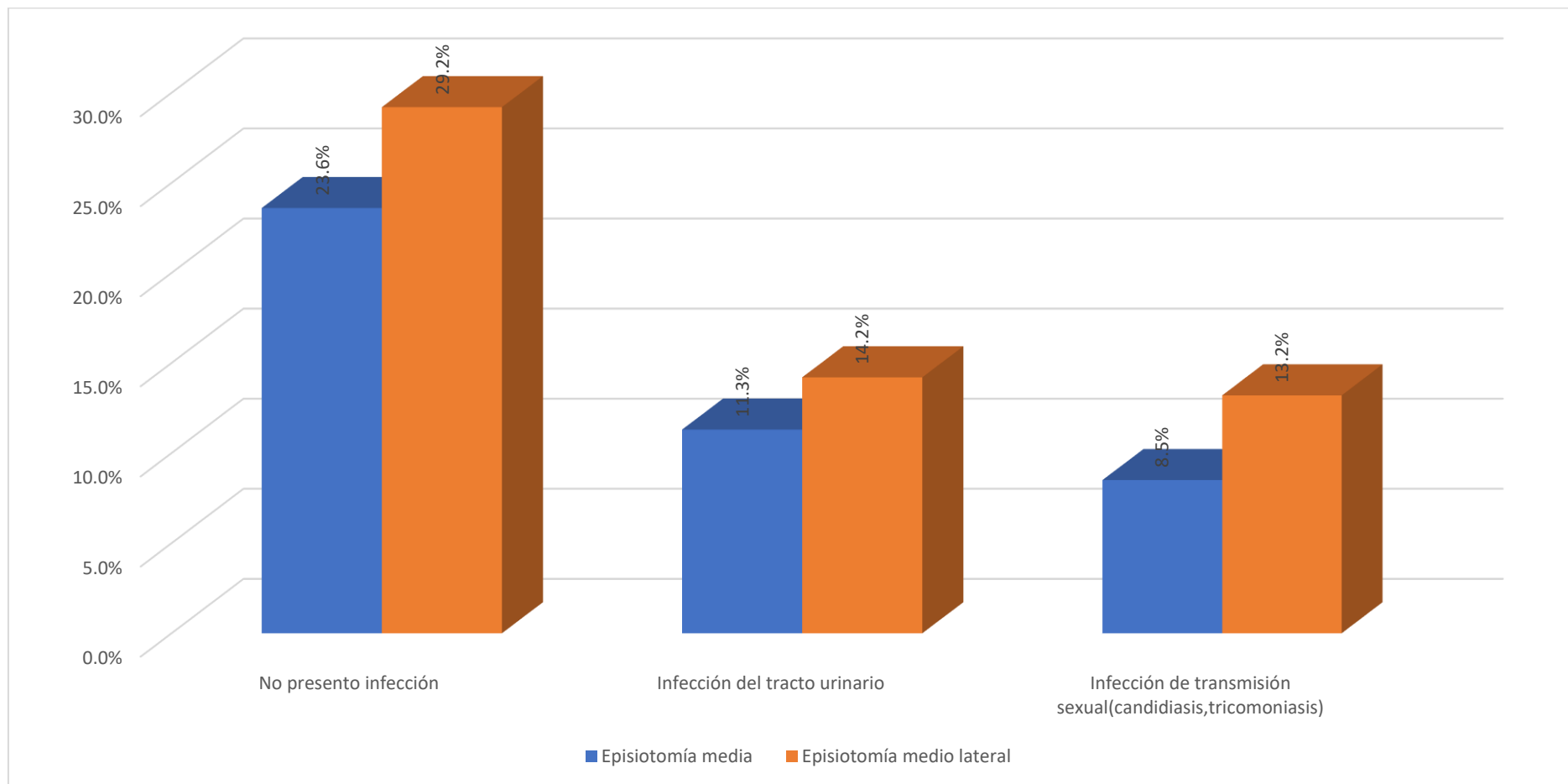
$$ns = 0,038$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$gl = 2$$

**FIGURA 5. INFECCIONES GENITALES PREVIAS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 05.



En la tabla y figura 05. De las 106 madres primíparas, el 52.8% no presentó infecciones genitales previas, mientras que un 25.5% manifestó haber padecido alguna infección del tracto urinario durante el embarazo y un 21.7% haber presentado una infección de transmisión sexual (candidiasis, tricomoniasis) durante la gestación.

Estos resultados evidencian que casi la mitad de las gestantes tuvo antecedentes infecciosos genitales, lo cual constituye un factor de riesgo obstétrico importante, ya que las infecciones vaginales o del cuello uterino pueden alterar la elasticidad del tejido perineal, predisponiendo a desgarros o complicaciones durante el parto.

Al analizar la relación entre las infecciones genitales previas y la incidencia de episiotomía, se aprecia que la técnica medio lateral fue la más empleada en todos los grupos, alcanzando el 56.6% del total de procedimientos.

Entre las madres sin infecciones genitales, la episiotomía medio lateral representó el 29.2%, y la media el 23.6%. En las madres que presentaron infecciones del tracto urinario, la episiotomía medio lateral se practicó en el 14.2%, y la técnica media en el 11.3%. Por último, en aquellas con infecciones de transmisión sexual, la técnica medio lateral alcanzó el 13.2%, y la media el 8.5%.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 6,52, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gl = 2$  y  $P = 0,038$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Barbaran.** (15) ha concluido que: Antecedentes de ITU aparecieron en el 21,05% de los casos y de ITS en el 10,53%. En mujeres que se sometieron a una episiotomía, esos números disminuyeron, solo el 5,62% para una ITU y el 4,49% para la ITS. Muchos partos tuvieron problemas durante el pujo, principalmente por



cosas como que el bebé saliera boca arriba, en posición transversal, con la cabeza demasiado inclinada, pujos fuertes y sangrantes o incluso que los hombros se atasgaran. Se produjeron desgarros en el 38,46% de los partos. En las madres sin episiotomía, la mitad tuvo desgarros de grado I. Los graves fueron bastante raros. En el grupo de episiotomía, hubo más desgarros de segundo a cuarto grado. Se observó un 35% con algún tipo de desgarro, un 4% con episiotomía y desgarro, y un 34% solo tuvo episiotomía.



**TABLA 6. TIPO DE PARTO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Tipo de parto	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Eutócico	39	36.8	55	51.9	94	88.7
Distócico	7	6.6	5	4.6	12	11.3
Total:	46	43.4	60	56.7	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$\chi^2_{cal} = 1,26$

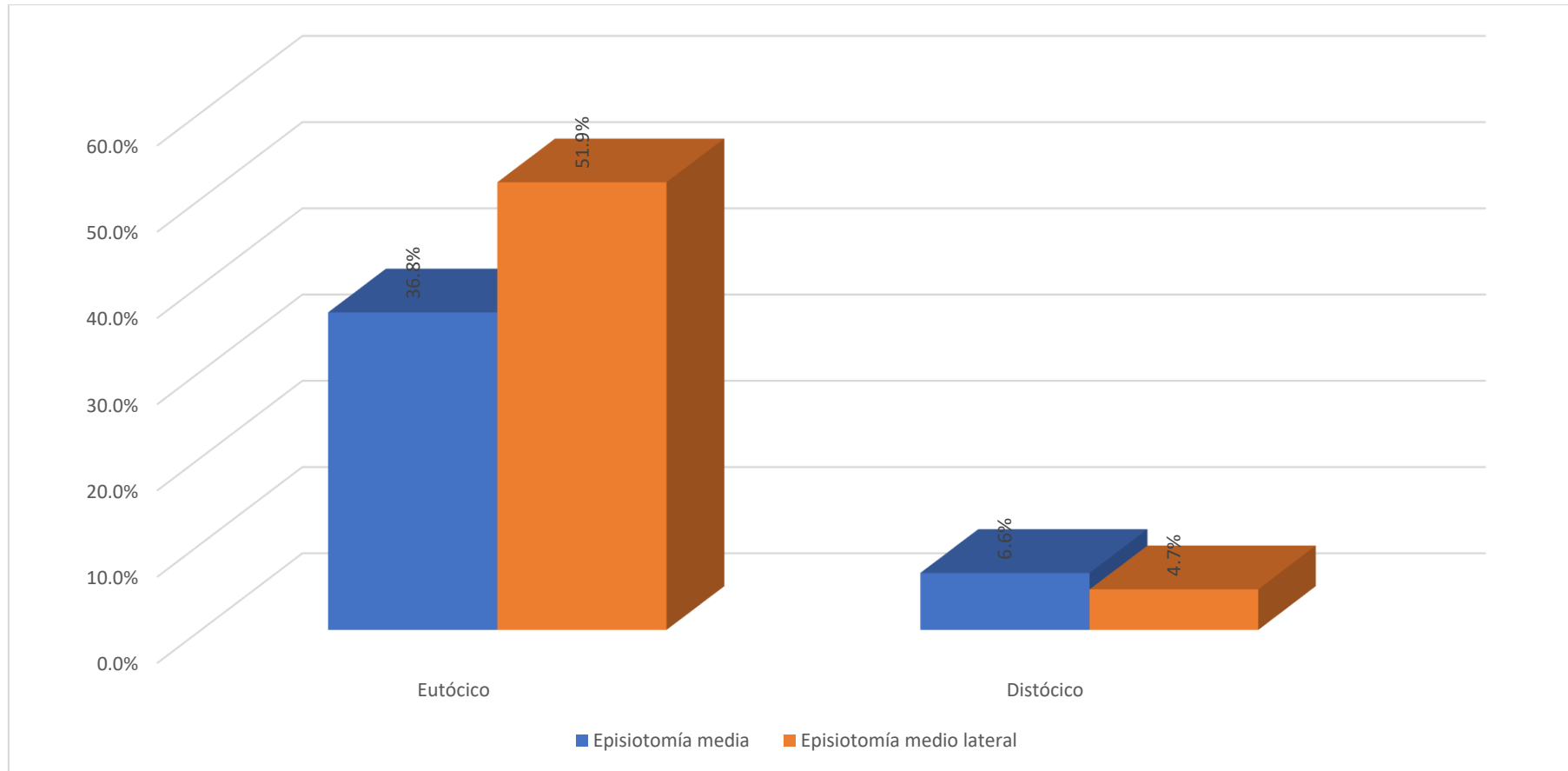
$ns = 0,040$

NO ES SIGNIFICATIVA

$\chi^2_{tab} = 3,84$

$gl = 1$

**FIGURA 6. TIPO DE PARTO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 06.



El segundo objetivo específico planteado en el estudio es: Identificar las características del parto con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.

En la muestra de 106 madres primíparas, la mayoría de los partos fueron eutócicos (88.7%), mientras que solo el 11.3% correspondió a partos distócicos. Esto evidencia que la gran mayoría de las gestaciones culminaron dentro del rango gestacional normal (37 a 42 semanas), lo cual refleja un adecuado control obstétrico y menor incidencia de complicaciones fetales o maternas asociadas a parto prematuro.

Al analizar la relación entre el tipo de parto y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral predominó tanto en los partos eutócicos como en los distócicos. En los partos a término, se realizaron 55 episiotomías medio laterales (51.9%) y 39 medias (36.8%), mientras que en los distócico, la técnica media se aplicó en 7 casos (6.6%) y la medio lateral en 5 casos (4.7%).

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 1,26, superior al  $X^2$  tabulado de 3, 84. A esto se suma un  $GI = 1$  y  $P = 0,261$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Patal y Ramos.** (7) han concluido que: Casi nadie ha profundizado en el tema de la episiotomía; la investigación al respecto es escasa y, en su mayoría, obsoleta. Los estudios existentes suelen agrupar a las mujeres que ya han tenido hijos con las que dan a luz por primera vez. Esta mezcla dificulta determinar por qué los médicos realizan episiotomías, qué ayuda o perjudica, o qué falla en un grupo en lugar de en otro, la mayoría de lo que se consulta solo habla de complicaciones.



**TABLA 7. EXPLORACIÓN VAGINAL MULTIPLE DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Exploracion vaginal multiple durante el parto	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Solo las necesarias	30	28.3	38	35.9	68	64.2
Fueron múltiples	16	15.1	22	20.7	38	35.8
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 4,21$$

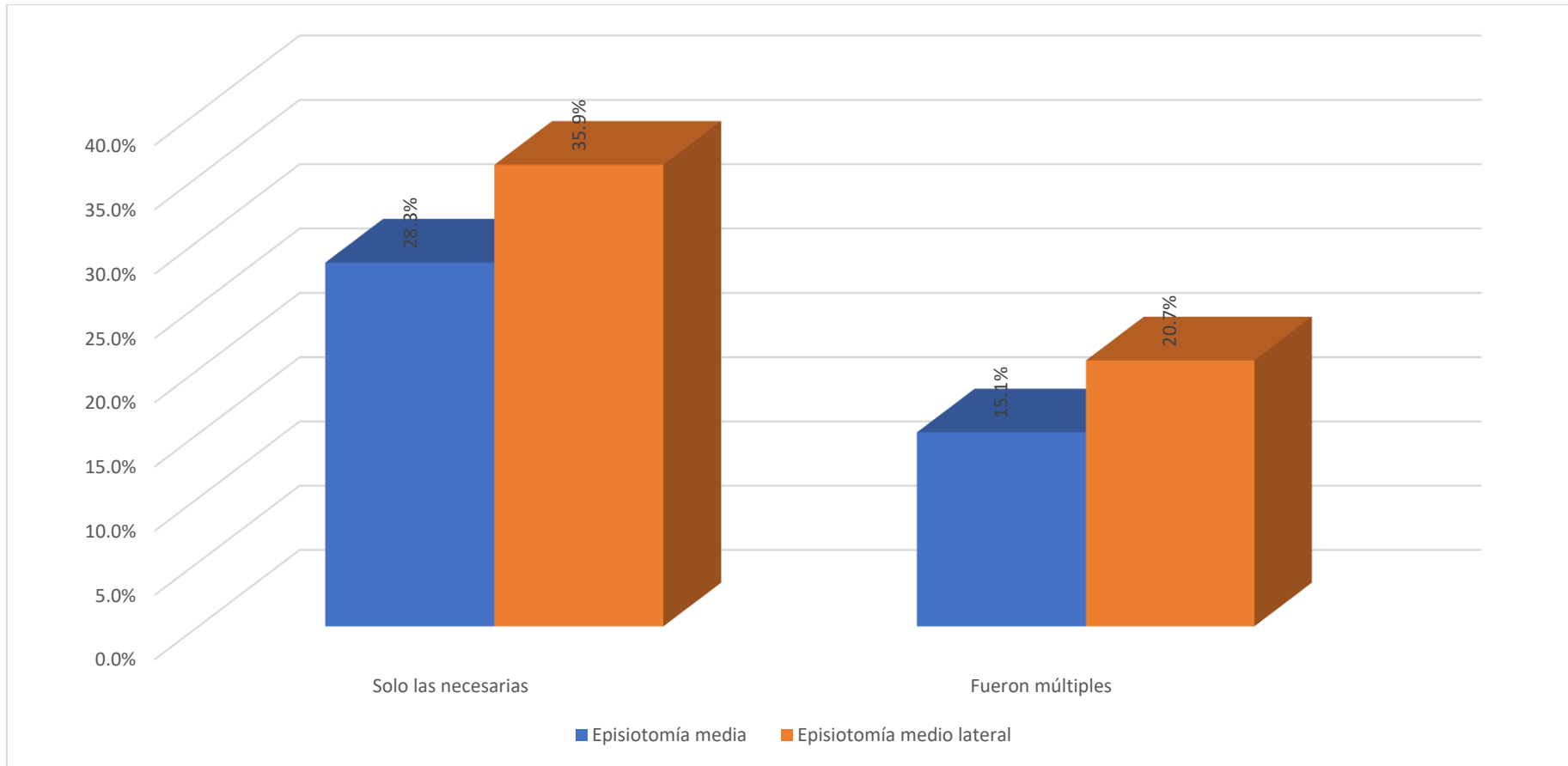
$$ns = 0,040$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 3,81$$

$$gl = 1$$

**FIGURA 7. EXPLORACIÓN VAGINAL MÚLTIPLE DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 07.



En la tabla y figura 07. En la muestra de 106 madres primíparas, el 64.2% manifestó haber recibido solo las exploraciones vaginales necesarias, mientras que el 35.8% indicó que fueron múltiples. Estos resultados reflejan que en la mayoría de los casos se respetaron las normas de bioseguridad y práctica obstétrica recomendadas, que establecen limitar las exploraciones vaginales al mínimo indispensable para evitar infecciones ascendentes y lesiones tisulares.

Al analizar la relación entre la exploración vaginal múltiple y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral fue la más aplicada en ambos grupos, representando el 56.6% del total de procedimientos.

Entre las madres con exploraciones necesarias, la episiotomía medio lateral se realizó en 38 casos (35.9%) y la media en 30 casos (28.3%). En cambio, en las madres que fueron sometidas a múltiples exploraciones, la técnica medio lateral se aplicó en 22 casos (20.7%), y la media en 16 casos (15.1%).

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 4,21, superior al  $X^2$  tabulado de 3, 84. A esto se suma un  $GI = 1$  y  $P = 0,040$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Laquise** (22) ha concluido que: Las personas que se realizaron 4 o más exámenes vaginales tuvieron una probabilidad mucho mayor de desarrollar endometritis ( $p: 0,005$ ). De hecho, después de 4 o más exámenes, su riesgo se incrementa 3,7 veces en comparación con quienes se realizaron menos exámenes. Otros factores relacionados con la endometritis puerperal incluyen 4 o más exámenes vaginales, partos atendidos por un obstetra y tejido sobrante después del parto.



**TABLA 8. PRESENTACIÓN DEL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Presentación del parto	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Cefálica	41	38.7	55	51.9	96	90.6
De nalgas	5	4.7	5	4.7	10	9.4
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{ca} = 0,32$$

$$ns = 0,750$$

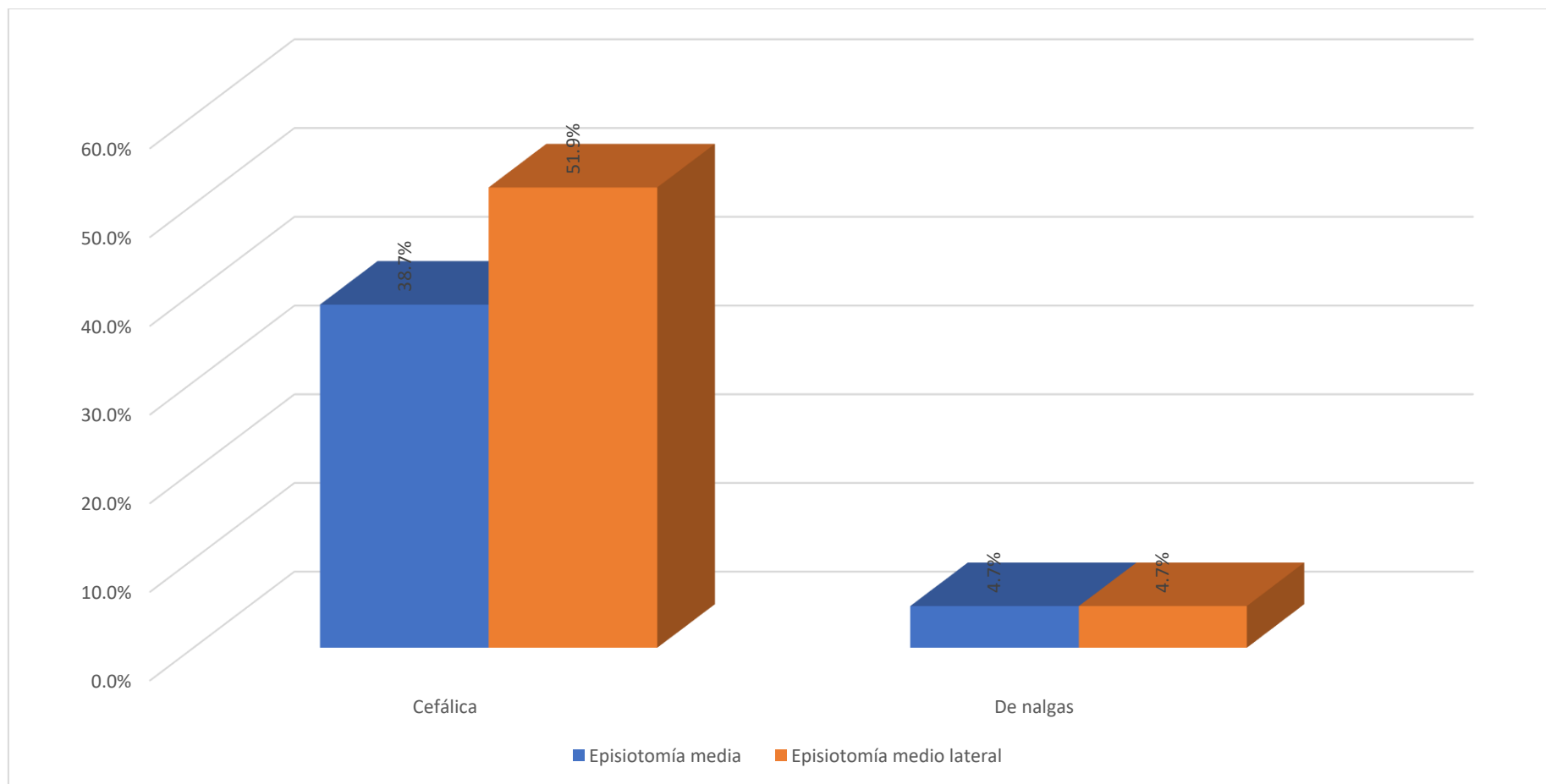
NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$gl = 1$$



**FIGURA 8. PRESENTACIÓN DEL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 08.



En la tabla y figura 08, analizamos de 106 madres primíparas, se encontró que la presentación cefálica fue la más frecuente, representando el 90.6% de los casos, mientras que la presentación de nalgas se presentó solo en el 9.4% de las gestantes.

Lo cual concuerda con la fisiología obstétrica, ya que la presentación cefálica es la más común y segura para el parto vaginal.

En cuanto a la relación entre la presentación del parto y la incidencia de episiotomía, los resultados muestran que la técnica medio lateral fue la más utilizada en ambos tipos de presentación, con un 56.6% del total.

En las presentaciones cefálicas, la episiotomía medio lateral se aplicó en 55 casos (51.9%), mientras que la episiotomía media se practicó en 41 casos (38.7%).

En los partos con presentación de nalgas, la frecuencia fue menor, con 5 casos (4.7%) para cada técnica.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 0,32, superior al  $X^2$  tabulado de 3, 84. A esto se suma un  $GI = 1$  y  $P = 0,570$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Barbaran.** (15) ha concluido que: Los problemas en la segunda etapa se presentaron de forma similar en ambos grupos. Se observaron problemas como vértice posterior o transversal, cabeza girada en sentido contrario, sangrado, parto prolongado u hombro atascado (distocia de hombros). Los desgarros fueron frecuentes (38,46%). En aproximadamente la mitad de los casos (50,29%), si no se realizó episiotomía, se trató de un desgarro de grado I, que no es grave. Los desgarros graves fueron poco frecuentes. El grupo con episiotomía tuvo más desgarros de grado II a IV.



**TABLA 9. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Sufrimiento fetal agudo	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
No presento	35	33.0	44	41.5	79	74.5
Si presento (distocia de hombros, macrosomía fetal, circular de cordón)	11	10.4	16	15.1	27	25.5
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{cal} = 5,14$

$ns = 0,023$

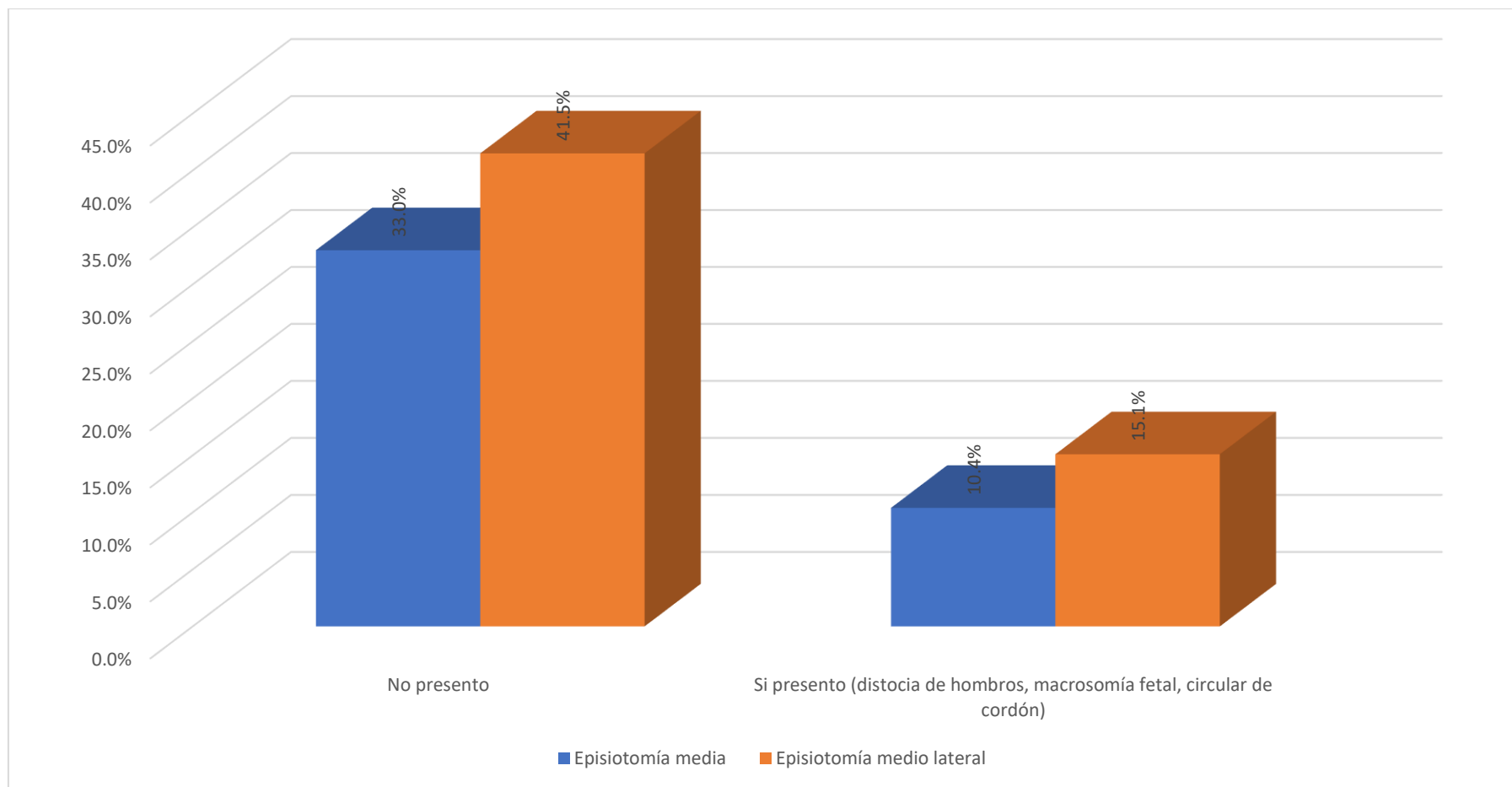
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 3.84$

$gl = 1$



**FIGURA 9. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 09.



En la tabla y figura 09, analizamos de las 106 madres primíparas, el 74.5% no presentó signos de sufrimiento fetal agudo, mientras que el 25.5% sí evidenció esta condición durante el trabajo de parto. Estos resultados muestran que uno de cada cuatro partos presentó alteraciones en el bienestar fetal, manifestadas comúnmente por alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (taquicardia o bradicardia), presencia de meconio o variabilidad disminuida en los registros cardiotocográficos.

En la relación entre el sufrimiento fetal agudo y la incidencia de episiotomía, se aprecia que la técnica medio lateral fue la más aplicada, con un 56.6% del total de procedimientos. En las madres sin sufrimiento fetal, se realizaron 44 episiotomías medio laterales (41.5%) y 35 medias (33.0%); mientras que en las que presentaron sufrimiento fetal, la episiotomía medio lateral se practicó en 16 casos (15.1%), y la técnica media en 11 casos (10.4%).

De las pacientes que han presentado episiotomía medio lateral 32,78% no presento sufrimiento fetal, el 10% si presento (distocia de hombro, macrosomía fetal, circular de cordón) sufrimiento fetal; de las pacientes que han presentado episiotomía media el 10% no presento sufrimiento fetal, el 6,11% si presento (distocia de hombros, macrosomía fetal, circular de cordón) sufrimiento fetal; de las pacientes que han presentado otras técnicas de episiotomía el 3,33% si presento (distocia de hombros, macrosomía fetal, circular de cordón) sufrimiento fetal, el 1,11% no presento sufrimiento fetal.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 5,14, superior al  $X^2$  tabulado de 3, 84. A esto se suma un  $GI = 1$  y  $P = 0,023$  demuestra que un indicador es claramente importante.



**De Silva y Thoma.** (10) han concluido que: señalan asociación significativa para el riesgo de ingreso en UCI y laceración perineal, los cuales aumentaron con un periodo intergenésico más prolongado.

El sufrimiento fetal puede deberse a varias consecuencias, desde problemas propios al embarazo, alguna infección a la madre, por lo general se presentan diversos problemas al momento del nacimiento tanto para la madre como para los bebés, por lo que es importante evitar el sufrimiento fetal agudo que pueden presentarse al momento del nacimiento.



**TABLA 10. FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Frecuencia cardiaca fetal	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Normal (110–160 lpm)	34	32.1	41	38.7	75	70.8
Taquicardia (>160 lpm)	7	6.6	10	9.4	17	16.0
Bradycardia (<110 lpm)	5	4.7	9	8.5	14	13.2
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{ca} = 7,42$$

$$ns = 0,024$$

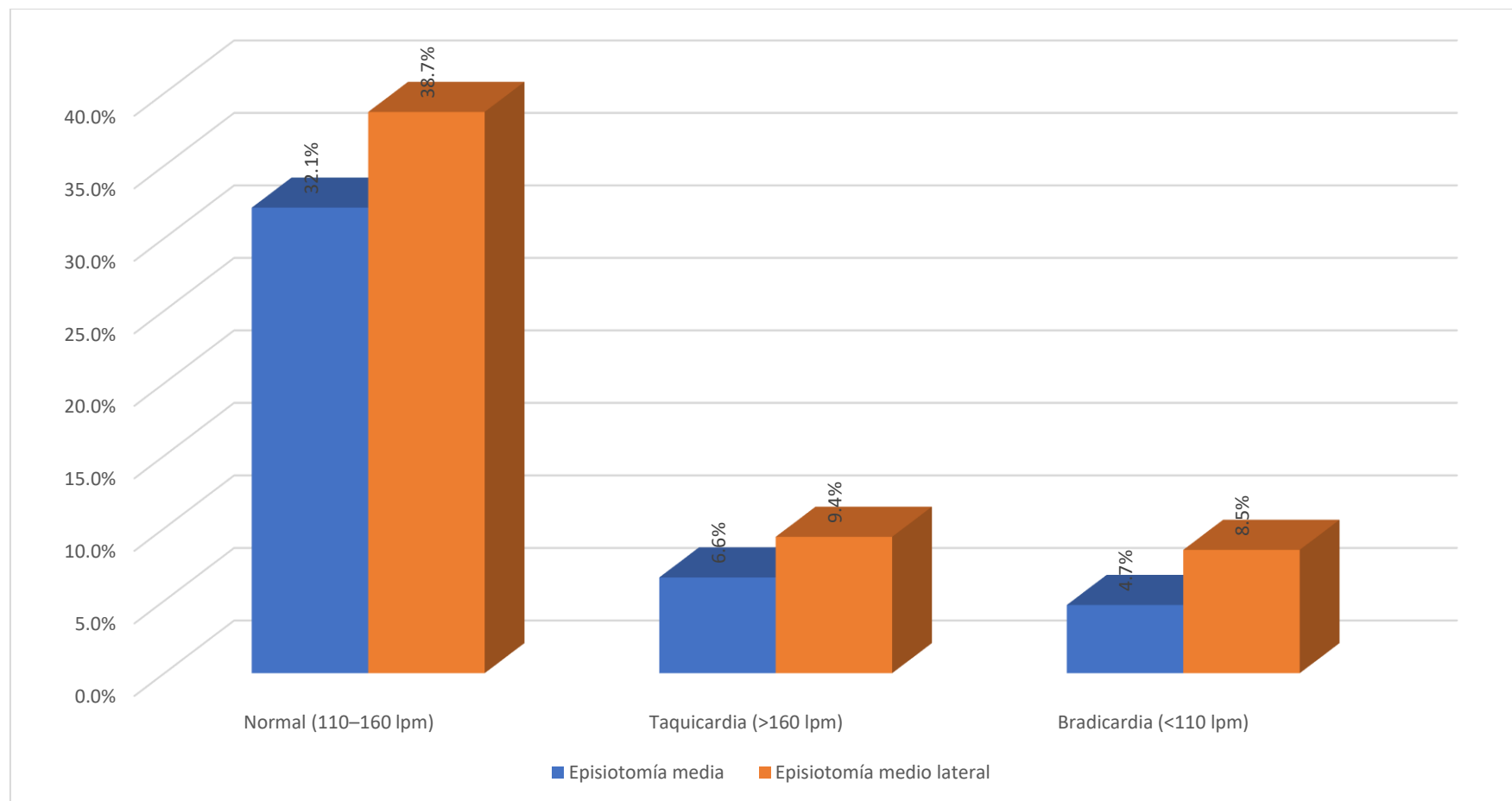
ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$gl = 2$$



**FIGURA 10. FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 10.



En la tabla y figura 10 de las 106 madres primíparas, la mayoría de los recién nacidos (70.8%) presentó una frecuencia cardíaca fetal normal (110–160 latidos por minuto), mientras que el 16.0% evidenció taquicardia fetal y el 13.2% bradicardia fetal.

Estos resultados reflejan que la gran mayoría de los fetos mantuvo una adecuada oxigenación y estabilidad hemodinámica durante el trabajo de parto, en tanto que los casos de taquicardia y bradicardia sugieren episodios transitorios de sufrimiento fetal o alteraciones en la perfusión placentaria.

En la relación entre la frecuencia cardíaca fetal y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral fue la más aplicada en todos los grupos, representando el 56.6% del total.

En los partos con frecuencia cardíaca fetal normal, la episiotomía medio lateral se practicó en 41 casos (38.7%) y la media en 34 casos (32.1%).

Por otro lado, en los casos de taquicardia fetal, la episiotomía medio lateral se realizó en 10 casos (9.4%), mientras que la media se aplicó en 7 casos (6.6%).

Finalmente, en los casos de bradicardia fetal, la técnica medio lateral alcanzó 9 casos (8.5%), y la media 5 casos (4.7%).

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 7,42, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gl = 1$  y  $P = 0,024$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**García, et al.** (11) han concluido que: Los partos normales se produjeron en el 20,6 % de los casos. Se realizaron episiotomías en el 49,64 % de las madres primerizas



y en el 15,55 % de las madres que ya habían dado a luz. Se presentaron desgarros de segundo grado en el 43,40 % de los casos, de primer grado en el 35,61 % y de tercer grado en el 19,81 %. La puntuación de Apgar al minuto del parto apenas varió si se realizó o no una episiotomía. Creo que esto se debe en parte a la atención hospitalaria.



**TABLA 11. PONDERADO FETAL Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Ponderado fetal	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Normal peso	31	29.2	42	39.6	73	68.9
Bajo peso	7	6.6	8	7.5	15	14.1
Sobrepeso	8	7.5	10	9.4	18	17.0
Total:	46	43.3	60	56.5	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{cal} = 6.89$

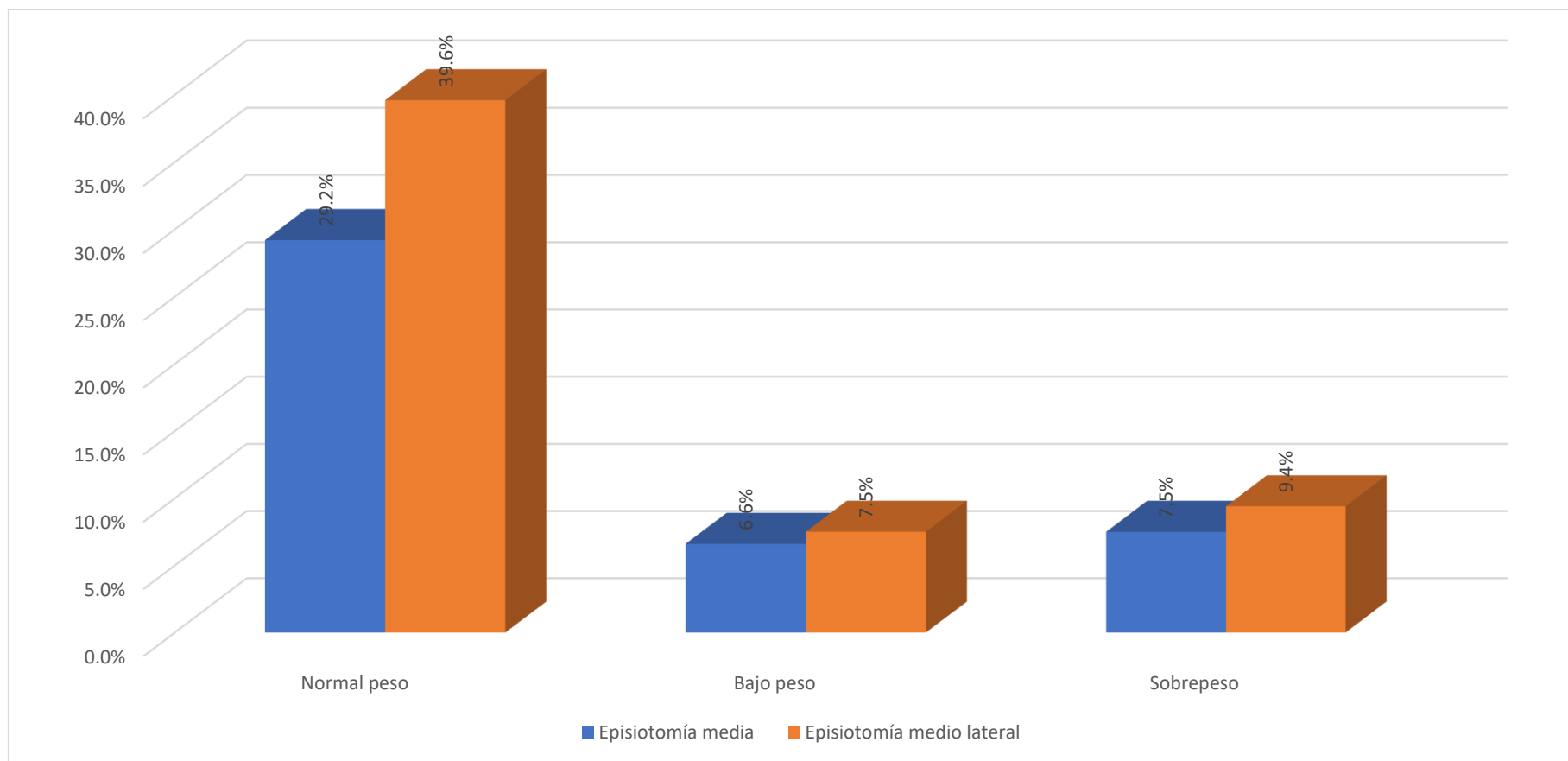
$ns = 0,031$

**ES SIGNIFICATIVA**

$X^2_{tab} = 5.99$

$gl = 2$

**FIGURA 11. PONDERADO FETAL Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 11.



En la tabla y figura 11. En la muestra total de 106 madres primíparas, se observó que el 68.9% de los recién nacidos presentó un peso normal al nacer (entre 2500 y 3999 g), el 14.1% tuvo bajo peso (<2500 g) y el 17.0% presentó sobrepeso fetal ( $\geq 4000$  g). Estos resultados demuestran que la mayoría de los partos correspondió a fetos de peso adecuado, lo cual refleja un adecuado control prenatal y una gestación con evolución fisiológica normal.

Al analizar la relación entre el ponderado fetal y la incidencia de episiotomía, se aprecia que la técnica medio lateral fue la más utilizada, representando el 56.6% del total de procedimientos. En los partos con fetos de peso normal, la episiotomía medio lateral se aplicó en 42 casos (39.6%) y la media en 31 casos (29.2%).

En los fetos con bajo peso, se realizaron 8 episiotomías medio laterales (7.5%) y 7 medias (6.6%), mientras que, en los fetos con sobrepeso, se aplicaron 10 episiotomías medio laterales (9.4%) y 8 medias (7.5%).

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 6,89, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gl = 2$  y  $P = 0,031$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Lunasco** (14) ha concluido que: La episiotomía de rutina se realizó en el 61,4 % de los casos. Cuando se utilizó una episiotomía restrictiva, se presentaron problemas en el 43,9 % y el 10,5 % de los casos. La técnica medio-lateral se presentó en ambos grupos. Los desgarros de primer, segundo y tercer grado afectaron al 14,03 % con la episiotomía de rutina y al 6,06 % con la restrictiva. Los problemas que se presentaron incluyeron infecciones, desprendimiento de puntos y hematomas.



**TABLA 12. COMPLICACIONES INMEDIATAS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Complicaciones inmediatas	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
No presentó	25	23.6	33	31.1	58	54.7
Desgarro por extensión	11	10.4	14	13.2	25	23.6
Desgarro perineal	10	9.4	13	12.3	23	21.7
Total:	46	43.4	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{cal} = 8,12$

$ns = 0,017$

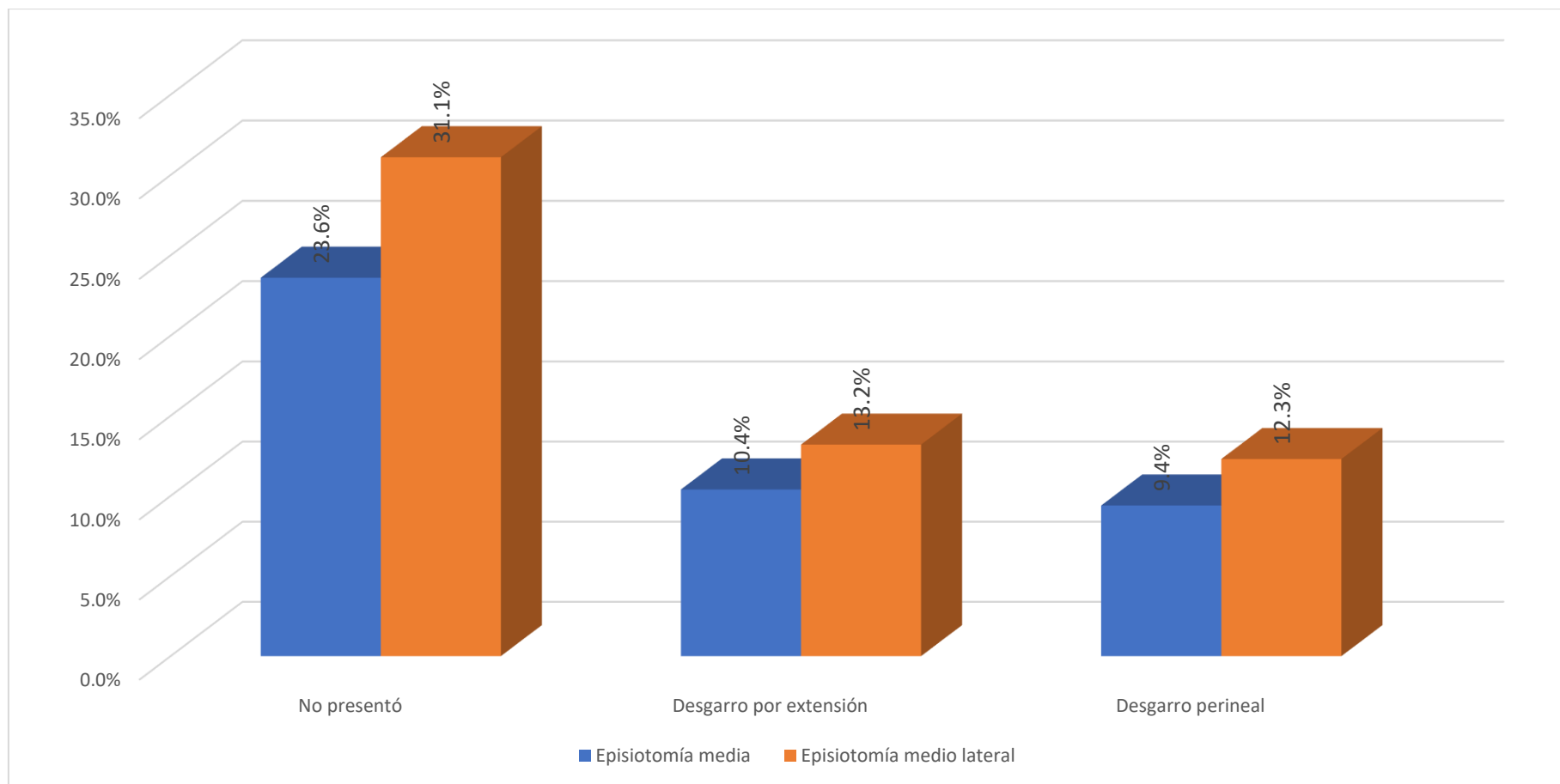
**ES SIGNIFICATIVA**

$X^2_{tab} = 5,99$

$gl = 2$



**FIGURA 12. COMPLICACIONES INMEDIATAS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 12.



El tercer objetivo específico planteado en el estudio es: Identificar las características clínicas de la episiotomía relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.

De las 106 madres primíparas, el 54.7% no presentó complicaciones inmediatas tras la episiotomía. Entre las complicaciones más frecuentes se identificaron, que el 23.6% presentó desgarro por extensión, el 21.7% tuvo desgarro perineal. Al analizar la relación entre las complicaciones inmediatas y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral fue la más aplicada en todos los grupos, representando el 56.6% del total de procedimientos.

En los casos con desgarro por extensión, la episiotomía medio lateral alcanzó 13.2% y la media 10.4%. De igual forma, en las gestantes con desgarro perineal, ambas técnicas se aplicaron de manera semejante (9.4% y 12.3%, respectivamente).

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 8,12, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gl = 3$  y  $P = 0,017$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Vásquez.** (13) ha concluido que: Se identificó que las primíparas tienen mayor chance de sufrir episiotomía, en relación a los factores asociados se demostró que los años; con temor a desencadenar complicaciones inmediatas posterior a la episiotomía.



**TABLA 13. DESGARROS PERINEALES Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Desgarros perineales	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Sin desgarro	24	22.6	29	27.4	53	50.0
Grado I	9	8.5	10	9.4	19	17.9
Grado II	7	6.6	11	10.4	18	17.0
Grado III (A, B, C)	4	3.8	6	5.7	10	9.5
Grado IV	2	1.9	4	3.8	6	5.6
Total:	46	43.4	60	56.7	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{cal} = 9,65$

$ns = 0,047$

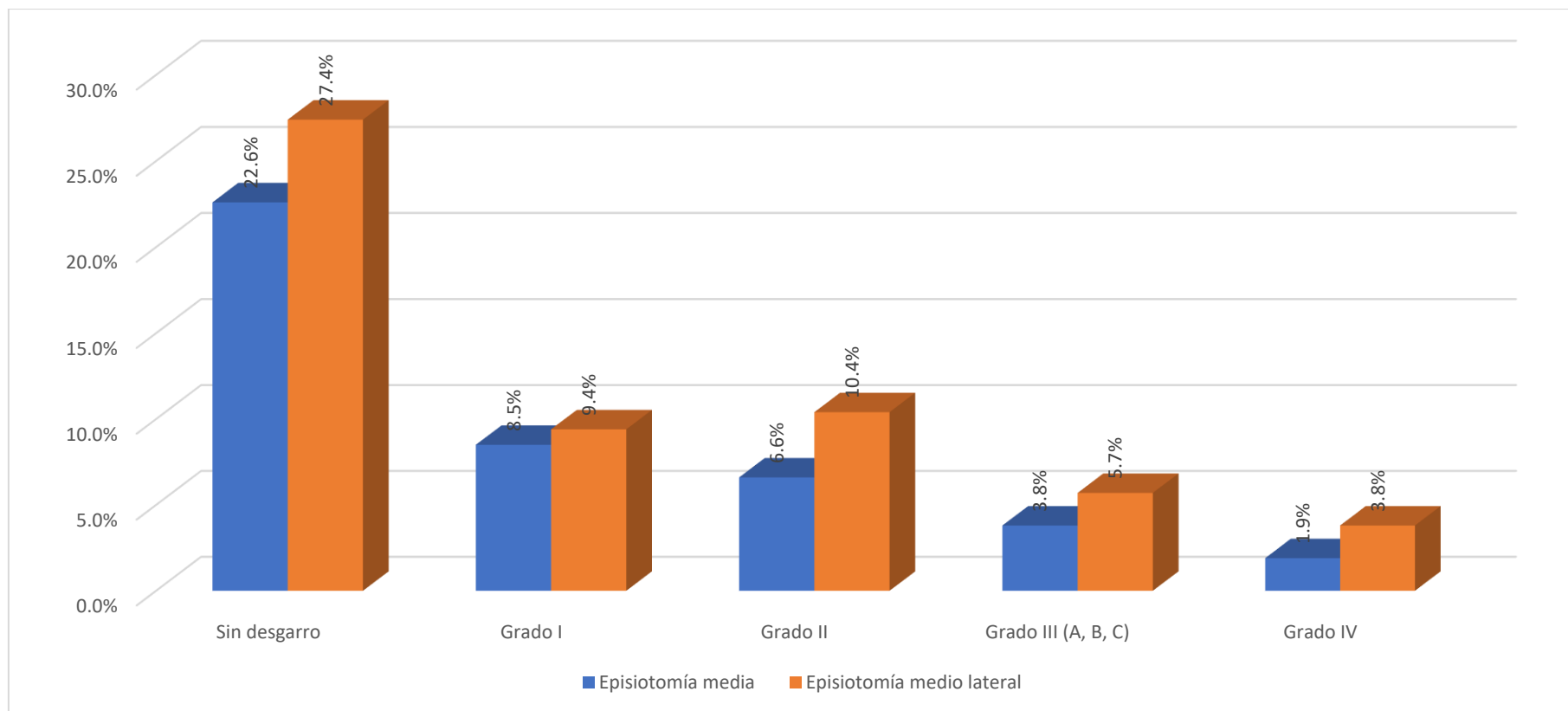
**ES SIGNIFICATIVA**

$X^2_{tab} = 9,49$

$gl = 4$



**FIGURA 13. DESGARROS PERINEALES Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 13.



En la tabla y figura 13. De las 106 madres primíparas, el 50.0% no presentó desgarros perineales, mientras que el 50.0% restante sí presentó algún grado de lesión. Entre los casos con desgarros, el 17.9% correspondió a grado I, el 17.0% a grado II, el 9.5% a grado III y el 5.6% a grado IV. Estos resultados indican que, aunque la mitad de las gestantes no sufrió lesiones perineales, la incidencia de desgarros sigue siendo significativa, especialmente en los grados I y II, que son los más frecuentes y suelen deberse a la distensión del canal blando durante el parto. En la relación entre los desgarros perineales y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral fue la más aplicada, representando el 56.6% del total de procedimientos. En las madres sin desgarros, se realizaron 29 episiotomías medio laterales (27.4%) y 24 medias (22.6%). Entre las gestantes con desgarros de grado I y II, se aprecia una proporción mayor de episiotomías medio laterales (9.4% y 10.4%, respectivamente), lo que sugiere que esta técnica no elimina completamente el riesgo de laceración, aunque reduce la posibilidad de lesiones graves. Por su parte, los desgarros de grado III y IV fueron menos frecuentes (9.5% y 5.6%, respectivamente), pero se presentaron principalmente en los casos donde se realizó episiotomía medio lateral, lo cual puede atribuirse a la extensión de la incisión o a condiciones obstétricas adversas (como macrosomía o expulsivo prolongado).

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 9,65, superior al  $X^2$  tabulado de 9,49. A esto se suma un  $G1 = 4$  y  $P = 0,047$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Barbaran.** (15) ha concluido que: Se presentaron desgarros en el 38,46 % de los partos. De los partos sin episiotomía, el 50,29 % presentó desgarros de grado I.



Los desgarros graves fueron poco frecuentes. En quienes se realizaron episiotomías, se observaron más desgarros de segundo a cuarto grado. En ese grupo, el 35 % presentó desgarros, el 4 % tuvo episiotomía y desgarro, y el 34 % solo se sometió a una episiotomía. Solo el 27 % tuvo el perineo intacto.



**TABLA 14. OTRAS COMPLICACIONES Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

Otras complicaciones	Técnicas de la episiotomía				Total	
	Episiotomía media		Episiotomía medio lateral		fi	%
	fi	%	fi	%		
Hemorragia posparto	15	14.2	23	21.7	38	35.8
Hematomas	13	12.3	9	8.5	22	20.8
Dolor intenso	18	17.0	28	26.4	46	43.4
Total:	46	43.5	60	56.6	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$X^2_{cal} = 7,28$

$ns = 0,026$

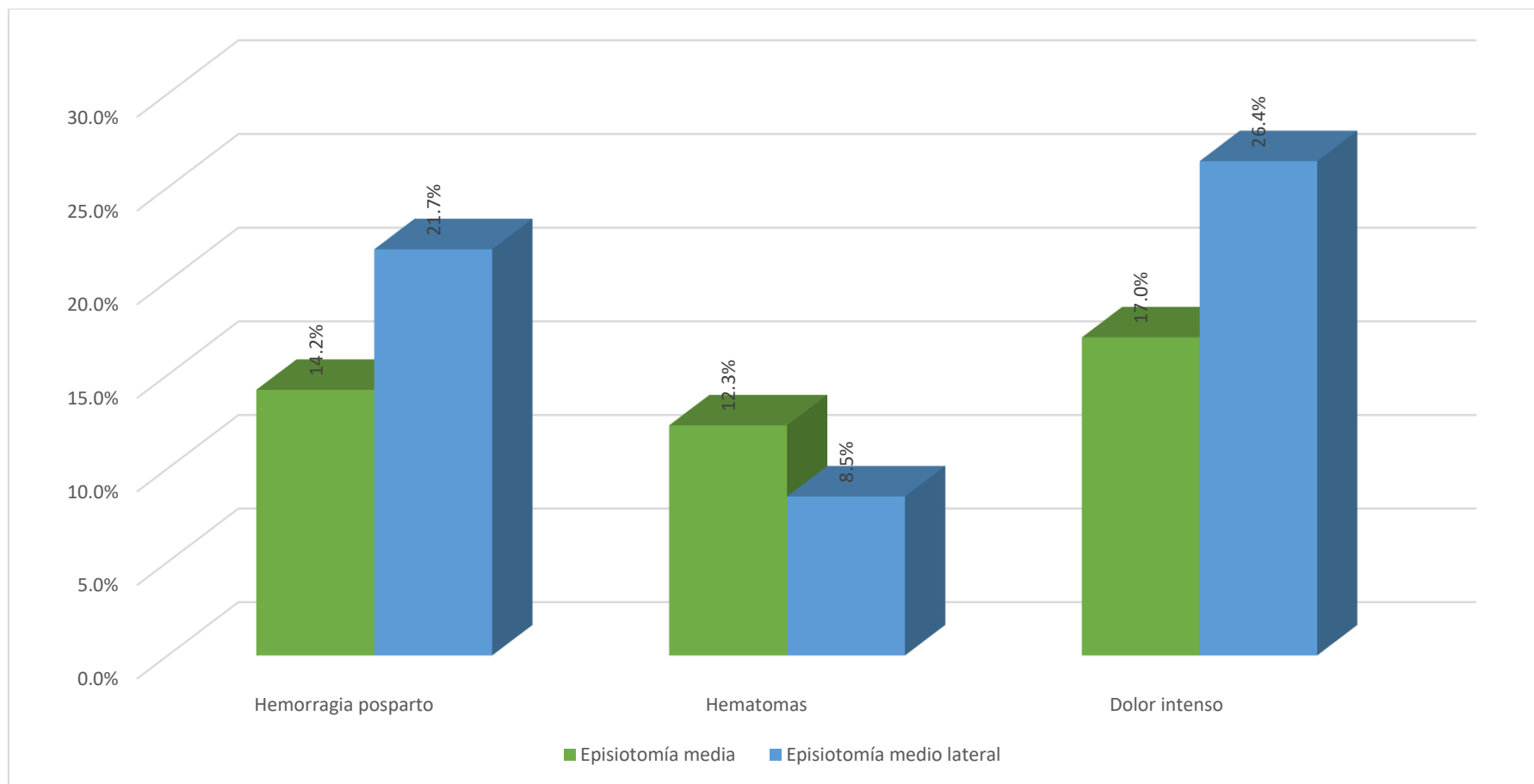
*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 5,99$

$gl = 2$



**FIGURA 14. OTRAS COMPLICACIONES Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 14.



En la tabla y figura 14. En la muestra de 106 madres primíparas, el 43.4% presentó dolor intenso, el 35.8% tuvo Hemorragia posparto y en menor porcentaje presento Hematomas representado por un 20.8%. Estos resultados demuestran que, la mayoría de los partos culminaron con incidentes significativos, siendo casi la mitad de las madres que experimentaron complicaciones menores, las cuales son comunes tras una episiotomía, especialmente en primíparas.

Al analizar la relación entre las otras complicaciones inmediatas y la incidencia de episiotomía, se observa que la técnica medio lateral fue la más aplicada en todos los grupos, con un 56.6% del total de procedimientos.

Al verificar los resultados de la hemorragia posparto se tiene que, dentro de este grupo el 21.7% de los casos se aplicaron la técnica de Episiotomía medio lateral. Dentro de las complicaciones con Hematomas, en este grupo se practicó la Episiotomía media en un 12.3%. y por último dentro del grupo de Dolor intenso un 26.4% de casos se aplicaron la técnica de la Episiotomía medio lateral. Estos resultados muestran que, aunque la técnica medio lateral es la más utilizada, también se asocia ligeramente con complicaciones, posiblemente por el mayor tamaño de la incisión y el sangrado inicial propio de este tipo de corte.

Sin embargo, los efectos observados son de carácter leve y autolimitado, y suelen resolverse con manejo conservador y cuidados locales.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 7,28, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gl = 2$  y  $P = 0,026$  demuestra que un indicador es claramente importante.



**Corzo y Cuadros.** (16) han concluido que: El 54,4% de las adolescentes primerizas se sometió a una episiotomía. El 57,9% no. La mayoría con una episiotomía (98,7%) superó la etapa de pujar a un ritmo normal. Todas las que no la tuvieron (100%) también lo hicieron. Entre los casos de episiotomía, el 87,3% tuvo partos sencillos. Si no hubo episiotomía, el 57,9% enfrentó un parto difícil. Ambos grupos tuvieron bebés en su mayoría de peso normal, el 87,3% para aquellas con una episiotomía y el 100% para aquellas sin ella. Cuando se observa el tamaño de la cabeza, el 75,9% (con episiotomía) y el 94,7% (sin ella) tuvieron recién nacidos cuya cabeza medía entre 33 y 35 cm.

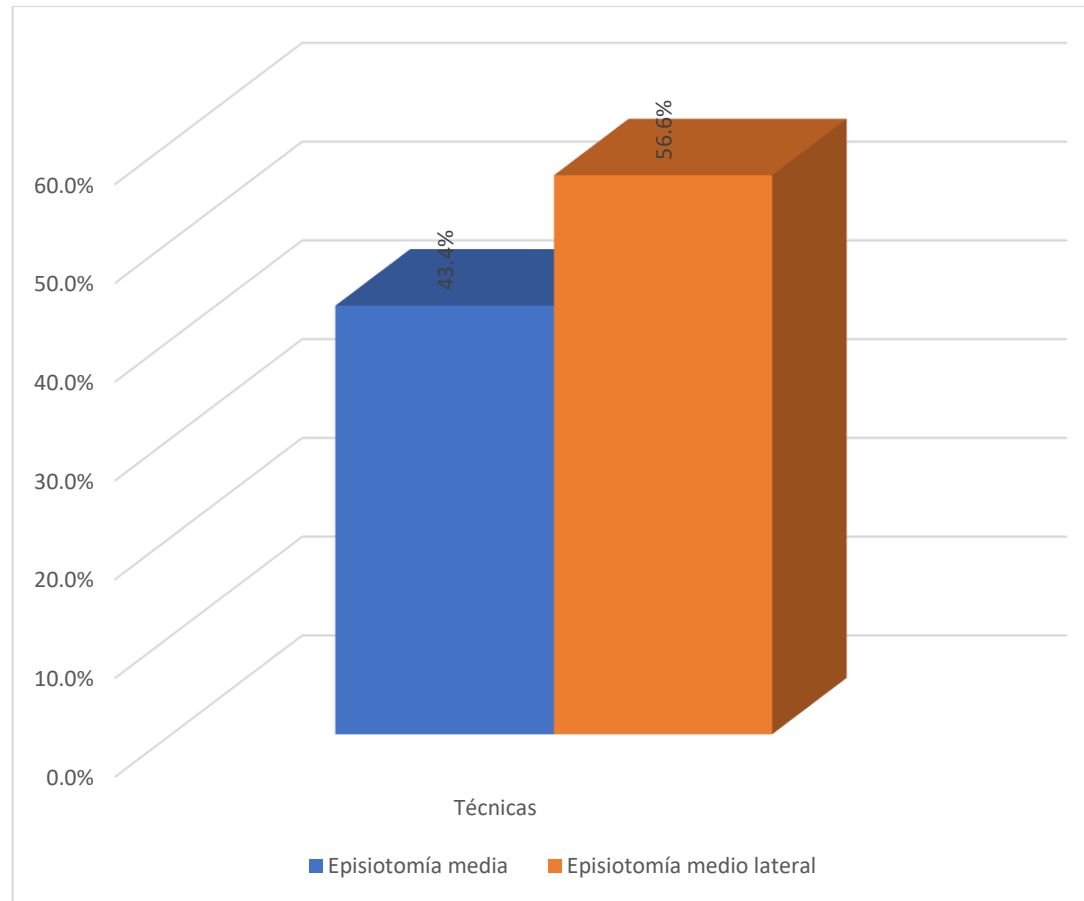


**TABLA 15. INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**

	<i>fi</i>	%
Episiotomía media	46	43.4
Episiotomía medio lateral	60	56.6
Total:	106	100.0

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

**FIGURA 15. INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM EN LA CIUDAD DE JULIACA 2025**



Fuente: tabla 15.



El cuarto objetivo específico planteado en el estudio es: Determinar la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el en el HCMM.

De un total de 106 madres primíparas atendidas, se observó que la episiotomía medio lateral fue la técnica más aplicada, con 60 casos (56.6%), mientras que la episiotomía media se realizó en 46 casos (43.4%).

Estos resultados reflejan una mayor preferencia por la técnica medio lateral en la práctica obstétrica del HCMM – Juliaca, debido a que esta proporciona una incisión más amplia y segura, disminuyendo el riesgo de extensión hacia el esfínter anal y el recto. Por el contrario, aunque la episiotomía media implica una menor pérdida sanguínea y mejor cicatrización, su uso es más limitado, dado el mayor riesgo de desgarros graves en el periné.

**Jiangfeng, et al.** (5) La episiotomía se realizó en el 41,7% de las mujeres nulíparas y en el 21,5% de las multíparas que tuvieron partos vaginales y más de la mitad de éstas no tuvieron una razón clara para realizarla. La episiotomía medio-lateral aumentó 2,5 veces el riesgo de desgarros perineales de tercer y cuarto grado; según **Yang y Knowledge.** (6) han concluido que: se identificó bastante sobre los problemas y el uso excesivo de la episiotomía. Se practicaban más episiotomías en hospitales de segundo nivel que en los de tercer nivel.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** El estudio reveló que, en las madres primerizas de un HCMM en Juliaca (2025), factores como los factores del embarazo, los detalles del parto y los detalles específicos de la episiotomía se relacionan con la frecuencia de las episiotomías. Las estadísticas son importantes ( $p < 0,05$ ), por lo que la idea inicial se mantiene.

**SEGUNDA:** Se ha descrito que las características del embarazo en las pacientes que tienen relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM, son: un 66% de la paciente tiene de 18 a 35 años ( $p=0,118$ ), un 95.3% es un embarazo único ( $p=0,489$ ), un 39.6% cursan el embarazo con anemia leve ( $p=0,047$ ), un 58.5% se realiza 6 a más atenciones prenatales ( $p=0,039$ ), un 52.8% no presentó infecciones genitales ( $p=0,038$ ), las variables son significativas con una  $p < 0,05$ .

**TERCERA:** Se ha identificado que las características del parto que tienen relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM, son: un 88.7% tipo de parto a término ( $p=0,040$ ), un 64.2% durante el parto presenta exploración vaginal solo las necesarias ( $p=0,040$ ), un 90.6% presentación cefálica durante el parto ( $p=0,750$ ), un 74.5% no presento sufrimiento fetal agudo ( $p=0,023$ ), un 70.8% presento frecuencia cardiaca normal ( $p=0,024$ ), un 68.9% ponderado fetal peso normal ( $p=0,031$ ), las variables son significativas con una  $p < 0,05$ .

**CUARTA:** Se ha identificado que las características clínicas de la episiotomía que tienen relación con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM, son: un 54.7% no presentó complicaciones inmediatas ( $p=0,017$ ), un 50% no presenta desgarro perineal ( $p=0,047$ ), un



43.4% presentó dolor intenso ( $p=0,026$ ), las variables son significativas con una  $p<0,05$ .

**QUINTA:** Se ha determinado que la episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM, el 43.4% se realizó episiotomía media y el 56.6% se realizó episiotomía media lateral.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al Director del HCMM, coordinar con el equipo de de medicos gineco obstetras y obstetras del departamento de Ginecología y Obstetricia con el objetivo de establecer protocolos de análisis y diagnóstico clínico oportuno que permitan tomar decisiones adecuadas respecto a la realización de episiotomías, considerando las características clínicas específicas de embarazo, parto y de la propia episiotomia de las pacientes obstétricas. Esta medida busca asegurar una atención obstétrica basada en criterios clínicos individualizados, reduciendo intervenciones innecesarias y mejorando los resultados en la salud materna y neonatal.
- SEGUNDA:** Al jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia del HCMM, coordinar con los médicos gineco-obstetras que laboran en la institución la implementación de acciones de cuidado multidisciplinario orientadas a la prevención y manejo oportuno de factores asociados a la incidencia de episiotomía en madres primíparas, tales como la anemia leve, las infecciones genitales y el seguimiento adecuado de los controles prenatales, con el fin de mejorar los resultados maternos y perinatales
- TERCERA:** Al jefe del Servicio de Obstetricia del HCMM, promover acciones orientadas a garantizar un parto sin complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, fortaleciendo prácticas clínicas basadas en evidencia que contribuyan a reducir la incidencia de episiotomías. Esto incluye fomentar el parto a término, realizar solo las exploraciones vaginales necesarias, vigilar la presentación cefálica, prevenir el sufrimiento fetal agudo, asegurar una frecuencia cardíaca fetal normal y mantener un adecuado control del peso



fetal. Estas medidas, permitirán mejorar la calidad de la atención obstétrica y los resultados materno-perinatales.

**CUARTA:** A los médicos gineco obstetras que laboran en el HCMM se les recomienda analizar detalladamente las características clínicas asociadas a la episiotomía en madres primíparas, tales como la ausencia de complicaciones inmediatas y de desgarros perineales, con el fin de optimizar la toma de decisiones clínicas. Este análisis permitirá identificar los casos en los que la episiotomía puede evitarse sin comprometer la salud materna ni neonatal, promoviendo así una atención obstétrica más segura, individualizada y basada en evidencia.

**QUINTA:** A la jefa de Obstetras del HCMM, coordinar con el equipo de obstetras acciones orientadas a determinar, con base en criterios clínicos, la mejor decisión respecto al tipo de episiotomía a realizar, media o medio lateral, priorizando siempre la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido durante el trabajo de parto. Buscando promover prácticas obstétricas fundamentadas en evidencia, que permitan reducir riesgos y mejorar los resultados perinatales.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017. Cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de población de las Naciones Unidas (DPNU): resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
2. Organización Mundial de la Salud OMS, UNFPA, UNICEF. Embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido: una guía para la práctica esencial, 3ª ed. Ginebra; 2022.
3. Ministerio de salud MINSA. Análisis de la mortalidad materna en el Perú. Lima; 2023.
4. Dirección regional de salud DIRESA Puno. Análisis de la mortalidad materna en la región de Puno; 2023.
5. Jiangfeng Ye, Yan Chen, Hua Yang, et al. Encuesta transversal a nivel nacional para evaluar el impacto de la práctica del tratamiento en partos vaginales. China; 2022.
6. Yang J, Bai H. Knowledge. Actitud y experiencia en la práctica de la episiotomía entre obstetras y parteras: un estudio transversal en China; 2021.
7. Patal J. C. Ramos G. M. Indicaciones, complicaciones y beneficios de la episiotomía en mujeres primíparas. Guatemala; 2021.
8. He S, Jiang H, Qian X, Garner P. Experiencia de las mujeres con la episiotomía: un estudio cualitativo de China; 2020.
9. Beyene Fentahun, Nigussie Azezu, et al. Factores asociados con las prácticas de episiotomía en la ciudad de Bahirdar, Etiopía: un estudio transversal. Etiopía, 2020.



10. De Silva DA, Thoma ME. Asociación entre el intervalo entre embarazos y las morbilidades maternas graves utilizando datos revisados de certificados de nacimiento nacionales: un análisis de sesgo probabilístico. EE.UU.; 2020.
11. García A. Viguera M. et al. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca y factores que influyen en su práctica. España; 2020.
12. Vásquez J. Vásquez S. V. Factores asociados al uso rutinario de episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Iquitos "César Garayar García", Iquitos; 2023.
13. Vásquez B. P. Paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en el periodo 2019 – 2021.
14. Lunasco F. Práctica de episiotomía restrictiva y rutinaria en el Centro De Salud Huando 2016 y 2019, Perú 2021.
15. Barbaran R. E. Perfil clínico de las mujeres sometidas a episiotomía en el Hospital II Huamanga Essalud. Ayacucho; 2020.
16. Corzo E. T. Cuadros M. Factores asociados a la prevalencia de episiotomías en primigestas, hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho; 2020.
17. Torres Y. Factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz Zamacola. Arequipa; 2020.
18. Arapa S. D. Factores determinantes relacionados a desgarro perineal en partos vaginales sin episiotomía atendidos en el Centro de Salud José Antonio Encinas - Puno, 2020-2022



19. Benavente M. S. Factores obstétricos de riesgo asociado a las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Puno; 2022.
20. Laquise L. M. Factores de riesgo asociados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Manuel Núñez Butron. Puno; 2020.
21. Chambi F. Factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el HCMM de Juliaca; 2020.
22. Organización Mundial de la Salud OMS. Guía Práctica Clínica Parto Completa, 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
23. Organización Panamericana de la Salud OPS. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo. Washington, D.C.; 2021.
24. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Mortinatos: tasas, factores de riesgo y aceleración hacia 2030. Lancet. 2020.
25. Oladapo OT, Díaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Patrones de dilatación cervical de mujeres de "bajo riesgo" con trabajo de parto espontáneo y resultados perinatales normales: una revisión sistemática. BJOG. 2021.
26. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duración del trabajo de parto espontáneo en mujeres de "bajo riesgo" con resultados perinatales "normales": una revisión sistemática. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022.



27. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. Modelo de la OMS de atención intraparto para una experiencia de parto positiva: transformar la atención de mujeres y bebés para mejorar la salud y el bienestar. 2022.
28. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
29. Liabsuetrakula T. Algoritmo de atención intraparto para pérdida vaginal anormal: anomalías del licor, sangre y secreción purulenta. BJOG 2020.
30. Haddad SM, Souza RT, Cecatti JG. Pulso y presión arterial: desarrollo de algoritmos para apoyar la salud digital para el manejo de complicaciones maternas intraparto. 2020.
31. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Patrones contemporáneos de trabajo de parto espontáneo con resultados neonatales normales. 2020.
32. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barreras y estrategias en la implementación de las guías: una revisión exploratoria. 2021.
33. Vogel JP, Comrie-Thomson L, Pingray V, Gadama L, Galadanci H, Goudar S, et al. Usabilidad, aceptabilidad y viabilidad de la Guía de atención al parto de la Organización Mundial de la Salud: una evaluación multi país de métodos mixtos. 2020.
34. Organización Mundial de la Salud OMS. Estándares para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los establecimientos de salud. Ginebra; 2021.
35. Jiménez GE, Peña YM, Jiménez GE, Peña YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento



- humanizado. Medellín, Colombia. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. diciembre de 2020.
36. Chicaiza JVM, Cartuche CAG, Calle AMM. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador. 2024. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
  37. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Uso selectivo versus sistemático de la episiotomía para el parto vaginal. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2021. Disponible en:  
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full/es>
  38. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Preferencias, indicación y clasificación de la episiotomía: una encuesta entre médicos nórdicos. Acta Obstetricia y Ginecológica. 2023.
  39. Gün İ, Doğan B, Özdamar Ö. Complicaciones a corto y largo plazo de la episiotomía. Turk J Obstet Gynecol. 2022.
  40. García R, Torres P, Olvera M, Hulme J. Percepciones de los trabajadores de la salud sobre la episiotomía en la era de la atención materna respetuosa: un estudio cualitativo de un programa de capacitación obstétrica en México; 2021.
  41. Mellizo AM, López LM, Montoya R, Ortiz RA, Gil CC. Frecuencia de la realización de episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia, 2021.



42. Morell FC, Barba IG, Simó AL, Pérez AB. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas profesión*. 2023.
43. García AI, Viguera M de los Á, Ballesteros C, Fernández M M, Carrillo C, Martínez ME, et al. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Española de Salud Pública*. 2023. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S113557272019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113557272019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
44. Beltrán P WF, Duran M MA, Losada R MM, Maya G MA, Orjuela C C, Rojas F, et al. Episiotomía estado del arte. Una muestra conductual en los partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. *Revista Médica de Risaralda*. 2023.
45. Sagi-Dain L, Bahous R, Caspin O, Kreinin-Bleicher I, Gonen R, Sagi S. Sin episiotomía versus episiotomía mediolateral selectiva (EPITRIAL): y análisis provisional. *Int Urogynecol J*. 2023.
46. Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Episiotomía selectiva vs. implementación de un protocolo sin episiotomía: un ensayo clínico aleatorizado. 2023.
47. He S, Jiang H, Qian X, Garner P. Experiencia de las mujeres con la episiotomía: un estudio cualitativo de China. 2020.
48. Factores asociados con las prácticas de episiotomía en la ciudad de Bahirdar, Etiopía: un estudio transversal. 2020.
49. Meza HM. Características de las complicaciones de la Episiotomía en las púerperas primíparas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima Perú. 2021.



50. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, et al. Episiotomía y factores de riesgo de desgarro perineal en un grupo de 4493 mujeres. *Atención de Salud Mujer Int.* 2023.
51. Código de ética de Investigación Científica y Tecnológica 2022. Disponible en: <https://www.utic.edu.py/investigacion/index.php/reglamentos/codigo-de-etica-de-investigacion-cientifica-y-tecnologica>
52. Hernández R. Fernández C. Baptista P. *Metodología de la investigación.* México; 2017.



# ANEXOS



ANEXO 01: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

episiotomia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Numérico	8	0	edad	{1, menores de 18 años}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
2	embarazo	Numérico	8	0	tipo de embarazo	{1, unico}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
3	anemia	Numérico	8	0	anemia	{1, sin anemia}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
4	controles	Numérico	8	0	controles	{1, mensual (12 minimo)}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
5	genitales	Numérico	8	0	infecciones genitales	{1, no presente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
6	parto	Numérico	8	0	tipo de parto	{1, a termino}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
7	exploracion	Numérico	8	0	exploracion vaginal	{1, solo los necesarios}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	presentacion	Numérico	8	0	presentacion	{1, cefalica}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	sufimiento	Numérico	8	0	sufrimiento fetal	{1, no presente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	frecuenciacardiaca	Numérico	8	0	frecuencia cardiaca	{1, fuerte}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
11	ponderadofetal	Numérico	8	0	ponderado fetal	{1, bajo peso}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
12	complicacioness	Numérico	8	0	complicaciones inmediatas	{1, sin episiotomia}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
13	desgarros	Numérico	8	0	desgarros	{1, sin desgarro}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
14	otrascomplicacion...	Numérico	8	0	otras complicaciones	{1, sin complicaciones inmediatas}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
15	episiotomia	Numérico	8	0	tecnic de episiotomia	{1, sin episiotomia}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
16											
17											
18											



episiotomia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11 : controles 1

	edad	embarazo	anemia	controles	genitales	parto	exploracion	presentacion	sufimiento	frecuencia cardiaca	ponderad ofetal	complicaciones	desgarros	otrascomplicaciones	episiotomia
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
6	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
8	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
9	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
12	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
14	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
16	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
17	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
18	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1
21	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
24	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
26	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
27	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	3	1	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
30	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
32	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
33	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
34	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1
35	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1

Vista de datos Vista de variables



episiotomia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

25 : otrascomplicacio... 1

	edad	embarazo	anemia	controles	genitales	parto	exploracion	presentacion	suficiente	frecuencia cardiaca	ponderad ofetal	complicaciones	desgarros	otrascomplicaciones	episiotomia
34	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1
35	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
36	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
37	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
39	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
40	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
41	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1
43	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
44	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
46	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
47	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
48	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
49	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
50	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
51	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
52	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
53	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1
54	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
55	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
57	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
58	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
59	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
60	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1
62	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
63	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
64	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
65	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
67	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
68	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2

Vista de datos Vista de variables



episiotomia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

58 : otrascomplicacione... 1

	edad	embarazo	anemia	controles	genitales	parto	exploracion	presentacion	suficiente	frecuencia cardiaca	ponderadofetal	complicaciones	desgarros	otrascomplicaciones	episiotomia
68	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
69	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2
70	2	1	3	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2
71	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	3	2
72	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
73	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
74	2	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
75	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2
76	2	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2
77	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2
78	3	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2
79	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	2
80	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	2	3	2
81	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	2
82	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
83	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2
84	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	4	2
85	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	1	2
86	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2
87	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	3	4	2
88	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	1	1	2
89	2	1	2	1	3	1	1	1	2	2	1	4	1	1	2
90	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
91	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	4	2	3	2
92	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	4	2
93	2	1	3	2	2	1	1	1	2	1	3	4	2	3	2
94	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	4	1	3	2
95	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	2
96	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	3	2
97	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	3	2	1	1	2
98	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2
99	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	2
100	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	2
101	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2
102	2	1	3	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	4	2

Vista de datos Vista de variables



episiotomia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

91 : desgarros 2

	edad	embarazo	anemia	controles	genitales	parto	exploracion	presentacion	suficiente	frecuencia cardiaca	ponderacion fetal	complicaciones	desgarros	otras complicaciones	episiotomia
102	2	1	3	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	4	2
103	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
104	2	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
105	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	2
106	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	2
107	2	1	3	1	3	1	1	1	2	1	1	4	2	4	2
108	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	3	2
109	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	2
110	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2	4	2
111	2	1	3	1	2	1	1	2	1	1	2	4	2	3	2
112	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	2
113	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2
114	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1	2
115	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
116	2	1	3	1	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2
117	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2
118	2	1	3	2	3	1	1	1	1	1	3	3	2	4	2
119	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	3	2
120	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	4	2	4	2
121	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	4	2	3	2
122	2	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	4	2	3	2
123	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	4	2	4	2
124	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	4	2	3	2
125	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	4	2	4	2
126	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	3	4	2	4	2
127	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	4	2
128	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	2
129	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	4	2
130	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	3	2	2	4	2
131	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2
132	2	1	2	2	3	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2
133	2	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	4	1	4	2
134	3	1	3	2	3	1	1	1	1	1	3	4	1	4	2
135	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	3	4	1	4	2
136	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	3	4	1	3	2

Vista de datos Vista de variables



episiotomia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

126 : otrascomplicaci... 4

	edad	embarazo	anemia	controles	genitales	parto	exploracion	presentacion	suficiente	frecuencia cardiaca	ponderad ofetal	complicaciones	desgarros	otrascomplicaciones	episiotomia
135	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	3	4	1	4	2
136	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	3	4	1	3	2
137	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	2	2
138	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	3	4	2	1	2
139	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	2
140	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	3	4	1	4	2
141	2	1	3	1	3	1	1	2	1	1	2	2	3	4	2
142	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	2
143	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	4	2
144	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	3
145	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	4	3
146	3	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	3	4	4	3
147	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	4	2	3	3
148	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	4	2	4	3
149	3	1	3	2	2	1	2	1	2	2	3	4	2	3	3
150	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	3
151	2	1	3	2	3	1	2	3	2	2	1	4	3	3	3
152	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	4	1	4	3
153	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	3	3
154	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	4	1	1	3
155	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	4	3
156	2	1	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	1	3	3
157	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	3
158	2	1	3	2	1	2	1	3	1	2	3	3	1	3	3
159	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3
160	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	4	3
161	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	3	2	2	3	3
162	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3
163	2	1	2	2	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	3
164	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	3	4	2	4	3
165	3	2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	4	3	4	3
166	2	1	3	1	3	1	2	3	2	1	3	4	2	4	3
167	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	3	4	2	1	3
168	3	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	4	1	4	3
169	3	1	2	1	3	1	2	1	2	1	3	4	3	3	3

Vista de datos Vista de variables



episiotomia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

158 : otrascomplicaci... 3

	edad	embarazo	anemia	controles	genitales	parto	exploracion	presentacion	sufimiento	frecuencia cardiaca	ponderad ofetal	complicaciones	desgarros	otrascomplicaciones	episiotomia
150	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	3
151	2	1	3	2	3	1	2	3	2	2	1	4	3	3	3
152	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	4	1	4	3
153	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	3	3
154	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	4	1	1	3
155	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	4	3
156	2	1	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	1	3	3
157	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	3
158	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	3	3	1	3	3
159	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3
160	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	4	3
161	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	3	2	2	3	3
162	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3
163	2	1	2	2	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	3
164	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	3	4	2	4	3
165	3	2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	4	3	4	3
166	2	1	3	1	3	1	2	3	2	1	3	4	2	4	3
167	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	3	4	2	1	3
168	3	1	3	1	1	2	1	1	1	2	2	4	1	4	3
169	3	1	2	1	3	1	2	1	2	1	3	4	3	3	3
170	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	4	3	4	3
171	3	1	3	1	3	1	1	3	2	1	2	4	3	3	3
172	3	1	3	3	2	2	1	3	1	2	3	4	3	4	3
173	3	1	3	3	3	1	2	2	3	1	2	4	3	4	4
174	3	1	3	1	3	1	2	2	2	1	3	4	3	3	4
175	2	2	3	3	2	2	2	3	1	2	3	4	1	4	4
176	3	1	3	3	3	2	2	1	2	2	2	4	3	4	4
177	3	1	3	2	3	1	2	2	2	2	3	4	3	4	4
178	3	2	3	4	3	2	2	3	2	2	3	4	3	4	4
179	3	2	3	4	3	2	2	3	2	2	3	4	3	4	4
180	3	2	3	4	3	2	2	3	2	2	3	4	3	4	4
181															
182															
183															
184															

Vista de datos Vista de variables



**ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HCMM - JULIACA 2025**

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p><b>GENERAL</b> <b>PG:</b> ¿Cuáles son las características clínicas relacionadas con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025?</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b> <b>PE1:</b> ¿Cuáles son las características del embarazo relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM?</p> <p><b>PE2:</b> ¿Cuáles son las características del parto relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas</p>	<p><b>GENERAL.</b> <b>OG:</b> Determinar las características clínicas relacionadas con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b> <b>OE1:</b> Describir las características del embarazo relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.</p> <p><b>OE2:</b> Identificar las características del parto con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.</p>	<p><b>GENERAL</b> <b>HG:</b> Las características clínicas están relacionadas con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM en la ciudad de Juliaca 2025.</p> <p><b>ESPECIFICAS.</b> <b>HE1:</b> Las características del embarazo están relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.</p> <p><b>HE2:</b> Las características del parto están relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas</p>	<p>Variable 1.</p> <p>1. Características clínicas</p>	<p>1.1. Características del embarazo</p> <p>1.2. Características del parto</p> <p>1.3. Características clínicas de la episiotomía</p>	<p>1.1.1. Edad</p> <p>1.1.2. Tipo de embarazo según número de fetos</p> <p>1.1.3. Anemia durante el embarazo</p> <p>1.1.4. Número de atenciones prenatales</p> <p>1.1.5. Infecciones genitales previas</p> <p>1.2.1. Tipo de parto</p> <p>1.2.2. Exploración vaginal múltiple durante el parto</p> <p>1.2.3. Presentación del parto</p> <p>1.2.4. Sufrimiento fetal agudo</p> <p>1.2.5. Frecuencia cardiaca fetal</p> <p>1.2.6. Ponderado fetal</p> <p>1.3.1. Complicaciones inmediatas</p> <p>1.3.2. Desgarros perineales</p>	<p><b>Diseño de la investigación.</b> El diseño de investigación es no experimental.</p> <p><b>Tipo de investigación.</b> Estudio de investigación básica de nivel correlacional, de corte trasversal, es retrospectivo.</p> <p><b>Método.</b> Es hipotético deductivo.</p> <p><b>Población:</b> La población de mujeres primíparas un total de 106 del 2025</p> <p><b>Muestra:</b> .n=106</p> <p><b>Técnicas e instrumentos:</b> <b>Variable 1:</b> Características clínicas. Técnicas: análisis documental de las historias clínicas Instrumento: Formulario de recogida del instrumento</p> <p><b>Variable 2:</b> incidencia de episiotomía. Técnicas: análisis documental. Instrumento: Formulario de recogida del instrumento</p> <p><b>Procesamiento de la información</b></p>



<p>atendidas en el HCMM?  <b>PE3:</b> ¿Cuáles son las características clínicas de la episiotomía relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM?  <b>PE4:</b> ¿Cuál es la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el en el HCMM?</p>	<p><b>OE3:</b> Identificar las características clínicas de la episiotomía relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.  <b>OE4:</b> Determinar la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el en el HCMM.</p>	<p>atendidas en el HCMM.  <b>HE3:</b> Las características clínicas de la episiotomía están relacionados con la incidencia de episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM.  <b>HE4:</b> La episiotomía en madres primíparas atendidas en el HCMM se presenta con incidencia baja la episiotomía media.</p>	<p>Variable 2:  2. Incidencia de episiotomía</p>	<p>2.1. Técnica de la episiotomía</p>	<p>1.3.3. Otras complicaciones</p> <p>a. Episiotomía media  b. Episiotomía medio lateral</p>	<p>El valor de <math>X^2</math> se encuentra en la tabla estadística de independencia Ji-Cuadrada de distribución acumulativa</p> <p><b>Validación.</b>  Mediante el juicio de expertos, serán 03 profesionales.  <b>Confiabilidad.</b>  Alfa de Cronbach</p>
---	--	---	--	---------------------------------------	--	---



## ANEXO 03: INSTRUMENTOS

### 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

#### 1.1. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO.

##### 1.1.1. Edad

- a. Menores de 18 años
- b. De 18 a 35 años
- c. Mas de 35 años

##### 1.1.2. Tipo de embarazo según número de fetos

- a. Único
- b. Múltiple

##### 1.1.3. Anemia durante el embarazo

- a. Sin anemia
- b. Leve
- c. Moderado
- d. Severo

##### 1.1.4. Número de atenciones prenatales

- a. 6 atenciones prenatales (mínimo)
- b. Menos a 6 atenciones
- c. Solo 1 atención
- d. Sin atención prenatal

##### 1.1.5. Infecciones genitales previas

- a. No presente
- b. Infección del tracto urinario
- c. Infección de transmisión sexual (candidiasis, tricomoniasis)



## 1.2. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

### 1.2.1. Tipo de parto

- a. Eutócico
- b. Distócico

### 1.2.2. Exploración vaginal múltiple durante el parto

- a. Solo los necesarios
- b. Fueron múltiples

### 1.2.3. Presentación del parto

- a. Cefálica
- b. De nalgas

### 1.2.4. Sufrimiento fetal agudo

- a. No presente
- b. Si presente (distocia de hombros, macrosomía fetal, circular de cordón)

### 1.2.5. Frecuencia cardíaca fetal

- a. Normal (110-160 lpm)
- b. Taquicardia (>160 lpm)
- c. Bradicardia (<110 lpm)

### 1.2.6. Ponderado fetal

- a. Normo peso
- b. Bajo peso
- c. Sobre peso



## **1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA EPISIOTOMÍA.**

### **1.3.1. Complicaciones inmediatas**

- a. No presentó
- b. Desgarro por extensión
- c. Desgarro perineal

### **1.3.2. Desgarros perineales**

- a. Sin desgarro
- b. Grado 1
- c. Grado 2
- d. Grado 3 (A, B, C)
- e. Grado 4

### **1.3.3. Otras complicaciones**

- a. Hemorragia posparto
- b. Hematomas
- c. Dolor intenso

## **2. INCIDENCIA DE LA EPISIOTOMÍA: técnica de la episiotomía:**

- a. Episiotomía media
- b. Episiotomía medio lateral



### ANEXO 04: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

#### ANEXO 03 GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

##### 1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Juan Glicerio Rojas Gallegos

Centro laboral

Servicio Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano

Grado:

Segunda Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Mención

Ginecología y Obstetricia

##### 2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

##### 3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial					75



Puntaje total: 75

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 100

#### 4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
<b>Interpretación:</b> cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

#### 5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

*Instrumento apto para su aplicación*

#### 6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, *Dr. Juan Glicerio Rojas Gallegos* identificado con DNI N° *02167022*..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

**Bach. ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO**

Juliaca *18* de *Abril* del 2025.

  
 Dr. Juan Glicerio Rojas Gallegos  
 C.M.R. 21318 - R.N.E. 19295



ANEXO 03  
GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Bernardino Pedro Champi Apaza

Centro laboral

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano

Grado:

Segunda especialidad en Ginecología y Obstetricia

Mención

Jefe del servicio de Obstetricia

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X



Puntaje total: \_\_\_\_\_

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = *100*

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
<b>Interpretación:</b> cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. **Conclusión general de la validaron y sugerencias** (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

*Instrumento Apto para su aplicación*

6. **Constancia de Juicio de experto.**

El que suscribe, *Dr. Bernardino Pedro Champi Apaza*.....  
identificado con DNI N° *2957.05.13*..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

**Bach. ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO**

Juliaca *18* de *Abril*..... del 2025.



Dr. Pedro Champi Apaza  
GINECÓLOGO OBSTETRA  
CMP 36575 RNE 36869



ANEXO 03  
GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Eliana Viviana Ccama Quispe

Centro laboral

Dpto. Ginecología y Obstetricia Hospital Carlos Monge Medrano

Grado:

Segunda especialidad profesional en Ginecología y Obstetricia

Mención

Ginecología y Obstetricia

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 02).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X



Puntaje total: \_\_\_\_\_

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 100

10. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
<b>Interpretación:</b> cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

11. **Conclusión general de la validaron y sugerencias** (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Instrumento apto para su aplicación

12. **Constancia de Juicio de experto.**

El que suscribe, DRA. EYANA VIVIANA CAMA QUISPE.....  
identificado con DNI N° 29308279..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

**Bach. ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO**

Juliaca 18 de ABRIL del 2025.




 Dra. Eyana V. Cama Quispe  
**GINECO - OBSTETRA**  
 C.M.P. 32016 - RNE 31150



### ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 15 de Abril del 2025

CARTA N° 267 - 2025 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM

PRESENTE.-

**ASUNTO** : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

**SOLICITANTE** : Srta. ANGIE LETICIA ENRIQUEZ HUARACALLO

REGISTRO N° 7476 – 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle a la Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INDECENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO –JULIACA 2025**", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que la interesada obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

EUCG/ccf  
Cc. Interesado



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

*[Signature]*  
Dr. Effrain U. Carrasco González  
JEFE UADI - CAPACITACION  
MÉDICO - PEDIÁTRA  
C.M.P. 44365 - R.N.E. 31001

MINISTERIO DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMÁN - HOSPITAL

15 ABR 2025

*[Signature]*

**ANEXO 06: EVIDENCIAS**



Recolección de datos de historias clínicas



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 21-10-2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Angie Leticia Enriquez Huaracallo

Dirección: Jr. Justino Guillen N°423 - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72011944

Teléfono: 978758062 email: leticia.ng16@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: Medicina Humana

Título o Grado Académico a optar: Médico Cirujano

Asesor: Dra. Maryluz Cruz Colca

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMÍA EN MADRES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2025

Palabras claves, (3 a 5 términos): Características clínicas, incidencia, episiotomía, primíparas.

¿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, entré 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: Medicina Humana - P09

Firma de Autor



huella digital

21 Octubre 2025

Fecha