



# REVISTA CIENTÍFICA INTERNACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

VOLUMEN 2

NÚMERO 2

ABRIL - JUNIO DE 2025

Versión Digital: ISSN: 3028-9505 | Versión Impresa: ISSN: 3028-9491  
WEB: <https://revistas.untumbes.edu.pe/index.php/RICSA>



## ► ARTÍCULO ORIGINAL

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

#### Factors associated with the indication of episiotomy in pregnant women attended at Hospital II-1

De la Cruz Tanta Aldair Alonso<sup>1,a</sup>; Fiestas Pulido Mayra Yesenia<sup>1,a</sup>; Díaz-Vélez Cristian<sup>1,b</sup>

#### DOI

<https://doi.org/10.57188/ricsa.2025.017>

#### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores relacionados a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el año 2023. **Material y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, analítico, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 274 gestantes seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Se utilizó una ficha de recolección de datos basada en historias clínicas, analizando variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales. El análisis estadístico incluyó razones de prevalencia y prueba de Chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** La frecuencia de episiotomía fue del 51,8%. Se encontró una asociación significativa con la edad menor de 20 años (RP=1,41; IC 95%: 1,14–1,75), nuliparidad (RP=1,83; IC 95%: 1,43–2,35), duración del segundo período del trabajo de parto mayor a 60 minutos (RP=1,49; IC 95%: 1,17–1,89) y peso fetal mayor a 3500 g (RP=1,56; IC 95%: 1,25–1,96). **Conclusión:** La episiotomía continúa siendo una práctica frecuente. Está significativamente relacionada con factores maternos (edad, paridad), de trabajo de parto (duración del segundo período) y neonatales (peso fetal), lo cual resalta la necesidad de reforzar la adherencia a prácticas basadas en la evidencia y la atención centrada en la mujer.

#### Palabras clave:

Episiotomía; parto vaginal; factores de riesgo; trabajo de parto; salud materna.

#### ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with the indication for episiotomy in pregnant women attended at the Hospital de Apoyo II-2 Sullana during 2023. **Materials and Methods:** A quantitative, analytical, cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 274 pregnant women selected through simple random sampling. A data collection form based on medical records was used to analyze sociodemographic, obstetric, and neonatal variables. Statistical analysis included prevalence ratios and the Chi-square test, with a 5% significance level. **Results:** The frequency of episiotomy was 51.8%. A significant association was found with age under 20 years (PR=1.41; 95% CI: 1.14–1.75), nulliparity (PR=1.83; 95% CI: 1.43–2.35), second stage of labor lasting more than 60 minutes (PR=1.49; 95% CI: 1.17–1.89), and fetal weight over 3500 g (PR=1.56; 95% CI: 1.25–1.96). **Conclusion:** Episiotomy remains a common practice. It is significantly associated with maternal factors (age, parity), labor factors (duration of the second stage), and neonatal factors (fetal weight), highlighting the need to reinforce adherence to evidence-based practices and woman-centered care.

#### Keywords:

Episiotomy; vaginal delivery; risk factors; labor; maternal health.

#### FILIACIÓN

1. Universidad César Vallejo, La Libertad, Perú
- a. Médico Cirujano
- b. Médico epidemiólogo

#### ORCID

1. De la Cruz Tanta Aldair Alonso.  
<https://orcid.org/0009-0007-2842-2335>
2. Fiestas Pulido Mayra Yesenia.  
<https://orcid.org/0009-0002-2280-8011>
3. Díaz Vélez Cristian.  
<https://orcid.org/0000-0003-4593-2509>



#### CORRESPONDENCIA

Fiestas Pulido Mayra Yesenia  
[mayrayeseniafiestas@gmail.com](mailto:mayrayeseniafiestas@gmail.com)

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses que revelar.

**Financiamiento:** Autofinanciamiento

**Declaración de autoría:** Los autores han participado en la conceptualización y diseño de la metodología, analizó los datos, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

**Agradecimiento:** Los autores participaron en conceptualización y diseño de la metodología, analizó los datos, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.



RICSA publica sus contenidos bajo licencia CC BY 4.0  
ISSN: 3028-9505 (electrónico); 3028-9491 (impreso)  
DOI: 10.57188/ricsa, Universidad Nacional de Tumbes, Av. universitaria S/N  
Tumbes, Perú.  
Contacto: [revistaallikay@untumbes.edu.pe](mailto:revistaallikay@untumbes.edu.pe)

## INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una incisión quirúrgica controlada en el periné destinada a ampliar el canal del parto y prevenir desgarros perineales graves durante el trabajo de parto, descrita en la literatura como un procedimiento de bajo costo, rápido y que facilita el nacimiento del neonato reduciendo potencialmente el sufrimiento materno-fetal y el tiempo del expulsivo<sup>(1)</sup>. Sin embargo, su uso ha sido objeto de debate por su asociación con dolor posparto, dispareunia, complicaciones en la cicatrización y disfunción del piso pélvico, generando un cambio en las recomendaciones hacia un uso restrictivo basado en evidencia científica y en la condición clínica de cada parto<sup>(1)</sup>.

Actualmente, la episiotomía es la segunda intervención quirúrgica más frecuente en mujeres en edad fértil después de la cesárea, con variaciones significativas a nivel mundial en cuanto a su prevalencia: 90% en Camboya, 11% en Holanda, 20% en Francia y 17% en Canadá, reflejando las diferencias en protocolos institucionales, prácticas clínicas y capacitación del personal de salud<sup>(2)</sup>. En Brasil, la prevalencia varía desde 47% en hospitales públicos a 68% en hospitales privados, siendo su realización más frecuente en primíparas y en instituciones con alta medicalización del parto<sup>(3)</sup>.

La tendencia global ha sido reducir el uso rutinario de la episiotomía debido a la falta de evidencia robusta que sustente sus supuestos efectos protectores sobre complicaciones como lesiones del esfínter anal y prolapso de órganos pélvicos en el posparto, con tasas que varían entre 11,6% en Estados Unidos, 15,2% en Inglaterra y valores más altos en países como Chipre (75%) e India (68%)<sup>(4)</sup>. Francia reporta una reducción sostenida en la última década, disminuyendo del 41,3% al 27,1% tras la implementación de guías basadas en evidencia<sup>(5)</sup>, mientras que en regiones de bajos recursos como Etiopía se mantienen prevalencias de 42% en el norte y 35,2% en el resto del país<sup>(6)</sup>, demostrando que en países en desarrollo el descenso en su uso aún es limitado.

En América Latina, las tasas de episiotomía son elevadas, con cifras de hasta 96,2% en Ecuador y, en Perú, se reporta que el 65,4% de las primíparas son sometidas a episiotomía, mientras que el 34,6% presentan desgarros espontáneos, en su mayoría de primer grado<sup>(7)</sup>. Estos datos reflejan las brechas existentes entre la evidencia científica y la práctica clínica en diferentes contextos, y la necesidad de

revisar las indicaciones de la episiotomía para garantizar un manejo obstétrico respetuoso y basado en evidencia.

Diversos estudios en África y Asia han identificado factores maternos y neonatales asociados con la práctica de la episiotomía. Entre estos se destacan la primiparidad, la edad materna entre 25 y 35 años, periodos intergenésicos cortos, uso de oxitocina, macrosomía fetal, perímetro cefálico aumentado y expulsivo prolongado, elementos que influyen en la decisión clínica de realizar esta intervención<sup>(8-14)</sup>. Estos factores son consistentes con hallazgos en otras regiones donde el uso de instrumental obstétrico como fórceps, la posición materna durante el parto y complicaciones como circular de cordón umbilical también han sido asociados a un incremento en la realización de episiotomía<sup>(15-17)</sup>.

Si bien el parto vaginal presenta ventajas frente a la cesárea en términos de menor riesgo de complicaciones anestésicas, menor tasa de infecciones posquirúrgicas, menor pérdida hemática y un proceso de recuperación más rápido<sup>(18-19)</sup>, no está exento de complicaciones, destacando el riesgo de desgarros perineales que pueden derivar en dolor persistente, dispareunia e incontinencia urinaria o fecal<sup>(20)</sup>. La episiotomía, en este contexto, busca reducir el riesgo de desgarros graves de tercer y cuarto grado, facilitar partos instrumentales y acelerar el tiempo del expulsivo<sup>(21-22)</sup>; sin embargo, existe evidencia que señala que el uso rutinario puede incrementar la incidencia de desgarros severos y complicaciones a largo plazo, por lo que se ha promovido un uso selectivo basado en criterios clínicos individualizados<sup>(23)</sup>.

El embarazo adolescente, que abarca edades entre 10 y 19 años, ha sido relacionado con peores resultados reproductivos debido a factores sociodemográficos, desigualdades sociales y limitaciones biológicas propias de la adolescencia, generando impactos negativos en la salud materna e infantil y aumentando la probabilidad de intervenciones obstétricas, incluida la episiotomía<sup>(24)</sup>. Asimismo, la paridad, definida como el número de partos previos culminados, es un factor relevante, siendo las nulíparas y primíparas más propensas a requerir episiotomía en comparación con las multíparas, quienes suelen presentar tejidos perineales más distensibles<sup>(25)</sup>.

El índice de masa corporal materno (IMC) durante el embarazo influye en el pronóstico materno y neonatal, ya que tanto el bajo peso como la obesidad pueden asociarse con

complicaciones obstétricas, restricción del crecimiento intrauterino o macrosomía fetal, elementos que pueden motivar la realización de episiotomía para prevenir desgarros graves durante el parto<sup>(26)</sup>. Variables como el periodo intergenésico, la edad gestacional, el peso al nacer y el perímetro cefálico también se consideran relevantes, dado que estos factores reflejan las condiciones del embarazo y el tamaño fetal, impactando en la dinámica del parto<sup>(27-29)</sup>.

El uso de oxitocina sintética para la inducción o conducción del trabajo de parto es frecuente, siendo indicada para la prevención y manejo de la distocia, así como para reducir el riesgo de hemorragias posparto; sin embargo, su uso puede asociarse con un trabajo de parto más intenso y rápido, incrementando la probabilidad de episiotomía<sup>(30)</sup>. El expulsivo prolongado, definido como un tiempo mayor a 3 horas en nulíparas o 2 horas en multíparas, es un factor de riesgo para intervenciones obstétricas, incluida la episiotomía, por el riesgo de fatiga materna y complicaciones neonatales<sup>(31)</sup>.

Condiciones maternas como la diabetes gestacional, diagnosticada mediante criterios como glucosa plasmática en ayunas  $\geq 126$  mg/dl o HbA1c  $\geq 6,5\%$ , se asocian con macrosomía fetal, lo que incrementa el riesgo de trauma perineal y la indicación de episiotomía<sup>(32)</sup>. Asimismo, la preeclampsia, definida como hipertensión arterial y proteinuria significativa después de las 20 semanas de gestación, puede asociarse con complicaciones intraparto que requieran intervenciones para acortar el trabajo de parto, incluida la episiotomía en algunos casos<sup>(36)</sup>.

En cuanto al manejo clínico, la valoración de la presentación fetal, el uso de fórceps y la posición materna durante el parto son elementos relevantes en la práctica obstétrica. La presentación pelviana, por ejemplo, puede complicar el mecanismo del parto, incrementando el riesgo de trauma perineal y la necesidad de episiotomía<sup>(34)</sup>. El uso de fórceps, aunque disminuido en muchas instituciones, sigue siendo un instrumento de utilidad para acortar el expulsivo en casos seleccionados, pero su uso se asocia con mayor probabilidad de episiotomía y complicaciones perineales<sup>(33)</sup>. Los profesionales de salud encargados de la atención del parto, como obstetras y médicos generales, desempeñan un papel clave en la toma de decisiones relacionadas con la realización de episiotomía, siendo fundamental su capacitación en el manejo del parto respetuoso y en la identificación de las indicaciones reales de esta intervención para reducir su uso innecesario y evitar complicaciones<sup>(35)</sup>. El cumplimiento de protocolos institucionales y la promoción de buenas

prácticas obstétricas son estrategias esenciales para garantizar una atención de calidad y basada en la evidencia en los servicios de salud.

En conclusión, la episiotomía es un procedimiento quirúrgico cuya indicación debe ser cuidadosamente evaluada considerando factores maternos, neonatales y clínicos específicos de cada parto, con el objetivo de garantizar la seguridad materno-fetal y minimizar las complicaciones asociadas a su uso innecesario. La revisión de la literatura evidencia la necesidad de una atención obstétrica basada en criterios clínicos y protocolos actualizados que permitan un uso racional y seguro de la episiotomía, favoreciendo la salud y el bienestar de las mujeres durante el proceso de parto.

El Hospital II-1, donde se desarrollará este estudio, constituye un referente de atención obstétrica en su región. Evaluar de forma rigurosa los factores que determinan la indicación de episiotomía permitirá establecer protocolos actualizados, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y promover la aplicación de estándares basados en evidencia, asegurando el respeto de la autonomía de la gestante y una atención obstétrica humanizada.

En el Hospital II-1, identificar los factores relacionados a la indicación de episiotomía permitirá optimizar el proceso de toma de decisiones clínicas, reducir las tasas innecesarias, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de la atención perinatal. Este conocimiento contribuye al fortalecimiento de la atención obstétrica, con un enfoque en salud materna y neonatal.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores relacionados con la indicación de episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1, analizando de forma integral su asociación con variables maternas como edad, paridad, periodo intergenésico, posición de parto y uso de oxitocina; factores neonatales como edad gestacional, macrosomía, perímetro cefálico, tipo de presentación, circular de cordón, uso de fórceps y expulsivo prolongado; así como diagnósticos clínicos maternos (preeclampsia y diabetes gestacional) y la participación del personal de salud en la atención del parto, permitiendo establecer patrones que orienten a reducir la práctica innecesaria de episiotomías en este establecimiento de salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, analítico y observacional, con un diseño retrospectivo de casos y controles.

### Variables y operacionalización

La variable dependiente fue la episiotomía, mientras que las variables independientes incluyeron periodo intergenésico, paridad, posición del parto, edad materna, uso de oxitocina, edad gestacional del recién nacido, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, tipo de presentación, circular de cordón y expulsivo prolongado. Como variables intervinientes se consideraron preeclampsia y diabetes gestacional.

### Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el Hospital II-1 durante 2019-2022. Se incluyeron casos con partos eutócicos y episiotomía con registros completos, y controles con partos eutócicos sin episiotomía con información completa; se excluyeron gestantes con óbito fetal, embarazo gemelar o historias clínicas incompletas. La muestra se calculó con EPIDAT 3.1 para estudios de casos y controles, con un nivel de confianza del 95% y potencia del 80%, resultando en 46 casos y 46 controles (n=92). El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, seleccionando historias clínicas al azar de una población de 536 partos registrados.

### Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó el análisis documental mediante revisión de historias

clínicas con una ficha estructurada y validada por expertos, que permitió registrar el número de historia clínica, fecha y hora, así como la presencia de episiotomía y las variables maternas, neonatales e intervinientes.

### Procedimientos

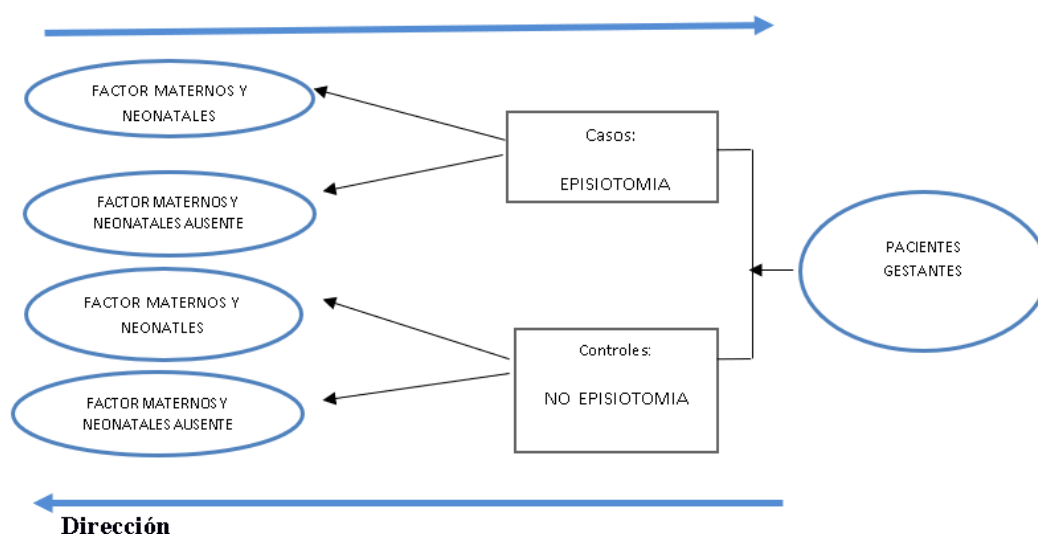
Se obtuvo la aprobación de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo y la autorización del Hospital II-1 (Oficio N° 008-2023), coordinando con el Sistema Informativo Materno Neonatal para el acceso a la base de datos. Posteriormente, se revisaron y analizaron las historias clínicas, registrando la información en las fichas de recolección de datos para cumplir con los objetivos de la investigación.

### Métodos de análisis de datos

Los datos fueron procesados en tablas de frecuencia en una base de datos, utilizándose pruebas de Chi cuadrado, odds ratio e intervalos de confianza del 95% para determinar la relación entre factores maternos y neonatales con la indicación de episiotomía. Se realizaron tablas de doble entrada y se compararon resultados con estudios previos relevantes.

### Aspectos éticos

El estudio se desarrolló bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki, con la aprobación del comité de ética de la Universidad César Vallejo y del Hospital II-1, garantizando la confidencialidad, protección de datos y el respeto de los derechos de las gestantes incluidas, con el único fin de generar evidencia que aporte a mejorar la atención obstétrica.



## ► RESULTADOS

La edad mediana es menor en las gestantes con indicación de episiotomía en comparación a las que no tienen episiotomía, esta diferencia es significativa ( $p < 0,05$ ) por lo tanto la edad se asocia a indicación de episiotomía. La paridad y el uso de oxitocina se asocian a indicación de episiotomía ( $p < 0,05$ ) e intervalos de confianza del 95% del OR límite inferior y superior mayores que 1. Sin embargo, el periodo intergenésico y la posición de parto no se asocian a indicación de episiotomía ( $p > 0,05$ ) e intervalos de confianza del 95% del OR contiene a 1.

El factor neonatal expulsivo prologado está asociado a indicación de episiotomía ( $p < 0,05$ ). su intervalo de confianza del 95% del OR límite inferior y superior mayores

que 1. sin embargo, los demás factores neonatales no se asocian a indicación de episiotomía ( $p > 0,05$ ) e intervalo de confianza del 95% del OR contiene a 1.

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

De los factores analizados en la tabla 4, la paridad y edad presentaron asociación a la indicación de episiotomía en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 ( $p < 0,05$ ), así mismo se determinó el valor OR = 0.06, lo cual indica que la probabilidad de que la gestante multipara tiene 0.06 más probabilidad de presentar episiotomía que una nulípara, esta probabilidad puede variar entre 0.01 a 0.81.

**Tabla 1.** Análisis de factores maternos como periodo intergenésico, paridad, posición de parto, edad y el uso de oxitocina están asociados a episiotomía.

| Factores maternos          |                   | Indicación de episiotomía |            | p       | OR IC 95%)                |
|----------------------------|-------------------|---------------------------|------------|---------|---------------------------|
| Si = 54                    |                   | No = 54                   |            |         |                           |
| n (%)                      |                   | n (%)                     |            |         |                           |
| Edad $\mu$ ( $P_1$ $P_3$ ) |                   | 22 (18 28)                | 27 (23 31) | < 0,001 | 1.076 (1.015 -1.140)<br>1 |
| Periodo Inter-genésico     | Largo             | 15(27,8)                  | 18(33)     | 0.531   | 1.300 (0,572-2,956)       |
|                            | Corto/sin periodo | 39(72,2)                  | 36(67)     |         | 1                         |
| Paridad                    | Nulípara          | 30(55,6)                  | 10(20)     | < 0,001 | 5,50 (2,30-13,15)         |
|                            | Múltipara         | 24(44,4)                  | 44(80)     |         | 1                         |
| Posición de parto          | Ginecológico      | 53(98,1)                  | 50(92)     | 0,182*  | 4,24 (0,46-39,24)         |
|                            | Vertical          | 1(1,9)                    | 4(8)       |         | 1                         |
| Uso de oxitocina           | Si                | 39(72,2)                  | 20(37)     | < 0,001 | 4,42 (1,96-9,96)          |
|                            | No                | 15(27,7)                  | 34(63)     |         | 1                         |

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

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

**Tabla 3.** Factores clínicos maternos asociados a la indicación episiotomía en gestantes atendidas en el Hospital II-1

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

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

| Factores                           | Indicadores       | gl | p            | OR          | (I.C. 95%)     |
|------------------------------------|-------------------|----|--------------|-------------|----------------|
|                                    | Edad              | 1  | 0.14         | 1.076       | (1.015 -1.140) |
| Periodo Intergenésico              | Largo             |    | REF          |             |                |
|                                    | Corto/sin periodo | 1  | 0,154        | 0,3         | (0,06-1,57)    |
| Paridad                            | Nulípara          |    | REF          |             |                |
|                                    | Múltipara         | 1  | <b>0,034</b> | <b>0,06</b> | (0,01-0,81)    |
| Posición de parto                  | Ginecológico      |    | REF          |             |                |
|                                    | Vertical          | 1  | 0,885        | 0,74        | (0,01-44,45)   |
| Uso de oxitocina                   | Si                |    | REF          |             |                |
|                                    | No                | 1  | 0,877        | 1,14        | (0,22-5,93)    |
| Edad gestacional del recién nacido | Pretérmino        |    | REF          |             |                |
|                                    | Término           | 1  | 0,529        | 2,33        | (0,16-32,584)  |
|                                    | Postérmino        | 1  | 0,577        | 2,00        | (0,17-22,832)  |
| Perímetro cefálico                 | Aumentado         |    | REF          |             |                |
|                                    | Normal            | 1  | 0,309        | 5,02        | (0,22-112,44)  |
| Macrosomía                         | Si                |    | REF          |             |                |
|                                    | No                | 1  | 0,056        | 28,18       | (0,92-860,03)  |
| Tipo de presentación               | Cefálico          |    | REF          |             |                |
|                                    | Podálico          | 1  | 0,420        | 7,02        | (0,06-799)     |
| Circular de cordón                 | Si                |    | REF          |             |                |
|                                    | No                | 1  | 0,482        | 2,73        | (0,17-44,73)   |
| Expulsivo prolongado               | Si                |    | REF          |             |                |
|                                    | No                | 1  | 0,255        | 0,19        | (0,01-3,28)    |
| Personal de salud                  | Obstetra          |    | REF          |             |                |
|                                    | Médico            | 1  | 0,337        | 0,38        | (0,05-2,76)    |

## ► DISCUSIÓN

En concordancia con los hallazgos del presente estudio, la edad materna se identificó como un factor significativamente asociado a la indicación de episiotomía, evidenciando que la mediana de edad de las gestantes sometidas a episiotomía difiere de manera estadísticamente significativa respecto de aquellas sin este procedimiento ( $p < 0,05$ ). Este resultado respalda la relación directa entre la edad y la probabilidad de requerir esta intervención quirúrgica, lo cual coincide con lo reportado por Pelissari et al., quienes demostraron que tanto la edad joven como la primiparidad constituyen factores de riesgo relevantes para la realización de episiotomía, especialmente en entornos hospitalarios de atención obstétrica rutinaria<sup>(9)</sup>. Estos hallazgos reafirman la necesidad de considerar la edad materna dentro de los protocolos clínicos para optimizar la indicación de procedimientos invasivos durante el parto.

De forma complementaria, variables como la paridad y el uso de oxitocina mostraron una asociación estadísticamente significativa con la indicación de episiotomía. El odds ratio (OR) de 0,06 hallado para la paridad indica que las gestantes multiparas presentan una probabilidad considerablemente menor de ser sometidas a episiotomía en comparación con las nulíparas, lo que confirma la multiparidad como un factor protector, similar a lo descrito por Woretaw et al., quienes reportaron que la primiparidad y el corto intervalo intergenésico se asociaron significativamente con la práctica de episiotomía en contextos de atención institucional<sup>(11)</sup>. Asimismo, el metaanálisis de Woldegeorgis et al. respalda estos hallazgos al establecer a la primiparidad y la asistencia médica instrumental como determinantes robustos para la indicación de episiotomía en diferentes países y sistemas de salud<sup>(11)</sup>.

En contraste, nuestro estudio no halló evidencia estadística que relacione el periodo intergenésico y la posición del parto con la indicación de episiotomía, lo que podría sugerir cierta flexibilidad o variabilidad en la práctica obstétrica del Hospital II-1. Este hallazgo contrasta con Fikadu et al., quienes identificaron asociación entre nivel educativo, índice de masa corporal (IMC) y primiparidad con la probabilidad de episiotomía, destacando así la influencia de factores sociodemográficos y clínicos específicos en distintos contextos geográficos<sup>(12)</sup>. Esta discrepancia pone de relieve la importancia de adaptar la interpretación de los

hallazgos a las características particulares de la población y la infraestructura del servicio de salud.

Asimismo, al comparar con Baczek et al., se observa que, aunque su estudio enfatiza el parto prolongado como factor de riesgo y confirma la multiparidad como factor protector contra la episiotomía, estos resultados refuerzan la pertinencia de analizar múltiples determinantes de forma integral en cada población específica<sup>(10)</sup>. Este enfoque multidimensional permite establecer recomendaciones clínicas más realistas y aplicables a la realidad local.

Dentro de los factores neonatales, el expulsivo prolongado se identificó como variable significativa para la práctica de la episiotomía ( $p < 0,05$ ), sugiriendo que prolongaciones en la segunda fase del trabajo de parto incrementan la probabilidad de requerir esta intervención. Este hallazgo resalta la necesidad de que los equipos de salud mantengan un monitoreo riguroso del progreso del trabajo de parto para prevenir intervenciones innecesarias y optimizar el pronóstico materno-neonatal. Sin embargo, variables como edad gestacional, perímetro cefálico, macrosomía, uso de fórceps, tipo de presentación fetal y presencia de circular de cordón no evidenciaron relación estadísticamente significativa con la indicación de episiotomía, lo cual difiere de Campos et al., quienes señalaron que el uso de fórceps y la primiparidad elevan sustancialmente la probabilidad de episiotomía, especialmente en maternidades universitarias donde el entrenamiento y la variación en habilidades clínicas influyen en la toma de decisiones<sup>(15)</sup>.

En relación con las condiciones clínicas maternas, los resultados del estudio muestran que la preeclampsia leve no se asoció significativamente con la práctica de episiotomía ( $p > 0,05$ ). Este hallazgo indica que, en el contexto del Hospital II-1, la presencia de hipertensión gestacional controlada no constituye un factor determinante para la práctica de la incisión perineal. Por otro lado, se evidenció que la variable "personal de salud" tampoco presentó relación significativa con la práctica de episiotomía, lo cual podría interpretarse como un indicio de uniformidad en los protocolos obstétricos y de una adecuada estandarización de prácticas clínicas entre obstetras y médicos generales que atienden partos en esta institución.

A pesar de los aportes de este estudio, se deben recono-

cer sus limitaciones. La obtención de la autorización institucional para acceder a la base de datos y la coordinación logística implicaron retrasos que, sumados a la carga asistencial del internado médico, acotaron el tiempo disponible para la recolección de datos. Además, la naturaleza retrospectiva del diseño limita la información disponible y puede ser susceptible a sesgos de selección y registro. A ello se suma la complejidad de identificar controles adecuados y el hecho de que algunas historias clínicas estaban incompletas, lo que requirió un filtrado exhaustivo para garantizar la validez de la muestra seleccionada.

En síntesis, el presente estudio reafirma que factores como la edad materna, la primiparidad, el uso de oxitocina y la presencia de expulsivo prolongado son determinantes clínicos clave asociados a la indicación de episiotomía en este hospital. No obstante, factores como el periodo intergenésico, la posición de parto, ciertas variables neonatales y la preeclampsia leve no demostraron influencia significativa. Estos resultados contribuyen a robustecer la evidencia disponible, subrayan la importancia de optimizar los protocolos obstétricos con enfoque restrictivo y ratifican la necesidad de articular estrategias de educación continua y actualización de guías clínicas basadas en evidencia para los equipos de atención perinatal, en concordancia con la literatura revisada<sup>(9-12, 15)</sup>.

Se recomienda implementar protocolos específicos para evaluar la necesidad real de episiotomía en mujeres multiparas, con atención focalizada en la edad materna, uso de oxitocina y multiparidad. Además, se sugiere monitorizar intensivamente casos con expulsivo prolongado y evaluar individualmente los factores neonatales. Finalmente, se aconseja revisar los protocolos relacionados con preeclampsia y diabetes para garantizar decisiones precisas y personalizadas en la indicación de episiotomía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: history, present and future – a review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;1-6.
2. Clesse C. Statistical trends of episiotomy around the world: comparative systematic review of changing practices. *Health Care Women Int*. 2019;39(6):644-62.
3. Cesar JA, Marmitt LP, Mendoza-Sassi RA. Episiotomy in Southern Brazil: prevalence, trend, and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2022 Apr 22;56:26.
4. Lighezzolo J. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: a literature review. *Women Health*. 2019;59(7):760-74.
5. Clesse C. Episiotomy practices in France: epidemiology and risk factors in non-operative vaginal deliveries. *Sci Rep*. 2020;10:20208.
6. Tamene B, Debela FA, Dinkashe F. Prevalence and determinants of episiotomy in Saint Paul's Hospital: cross-sectional survey. *Crit Care Obst Gynecol*. 2020;6(5):18.
7. Avila M. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, enero-junio 2015 (tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2018.
8. Woretaw E. Episiotomy practice and associated factors among mothers who gave birth at public health facilities in Metema district, northwest Ethiopia. *Reprod Health*. 2021;18:142.
9. Pelissari L, Zilly A, Ferreira H, Spohr FA, Casacio GDM, Silva RMM. Practice of episiotomy: maternal and neonatal related factors. *Rev Eletr Enferm (Internet)*. 2022 (citado 28 de octubre de 2024);24:66517. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/66517>
10. Baczek G. Episiotomy for medical indications during vaginal birth: retrospective analysis of risk factors determining the performance of this procedure. *J Clin Med*. 2022;11:4334.
11. Woldegeorgis B. Episiotomy practice and its associated factors in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Front Med*. 2022;9:905174.
12. Fikadu K, Boti N, Tadesse B, Mesele D, Aschenaki E, Toka E, et al. Magnitude of episiotomy and associated factors among mothers who give birth in Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia: observation-based cross-sectional study. *J Pregnancy*. 2020;2020:8395142.
13. Beyene F, Nigussie AA, Limenih SK, Tesfu AA, Wudineh KG. Factors associated with episiotomy practices in Bahirdar City, Ethiopia: a cross-sectional study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:2281-9.
14. Jahan U. Maternal factors and short-term outcomes associated with episiotomy during vaginal delivery at the Women and Newborn Hospital, Lusaka, Zambia.

- Med J Zambia. 2022;49(2):163-9.
15. Campos G. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras.* 2017;60(5):465-72.
  16. Moncayo Rivera C, Vázquez Becerra V. Frecuencia y factores asociados a episiotomía en primigestas atendidas en el Hospital "Luis F. Martínez". *Cienc Digit.* 2018;2(3):1-9. doi: 10.33262/cienciadigital.v2i3.151.
  17. Vázquez B. Paridad y factores asociados a la práctica de la episiotomía en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea en el periodo 2019-2021 (tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022.
  18. Serati M, Salvatore S, Rizk D. Episiotomy in modern clinical practice: friend or foe? *Int Urogynecol J.* 2019;30(5):669-71.
  19. Goueslard K, Cottenet J, Roussot A, Clesse C, Sagot P, Quantin C. How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):208.
  20. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy: history, present and future – a review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020:1-6.
  21. Gu S. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal births in Shanghai hospitals, China: a comparison of policies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22:475.
  22. Quoc N. Pelvic floor and sexual dysfunction after vaginal birth with episiotomy in Vietnamese women. *Sex Med.* 2019;7:514-21.
  23. Sangkomkamhang U, Kongwattanakul K, Kietpeerakool C, et al. Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG.* 2020;127:397-403.
  24. Ursache A. Epidemiology of adverse outcomes in teenage pregnancy: a northeastern Romanian tertiary referral center. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20:1226.
  25. Lucas I. Equity and parity in primary education: a study on performance in language and mathematics using hierarchical linear models. *Sustainability.* 2022;14:12404.
  26. Phaloprakarn C. Journal clasificaciones de los recién nacidos. *J Med Assoc Thai.* 2017;41(5):680-8.
  27. Gu S. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal births in Shanghai hospitals, China: a comparison of policies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22:475.
  28. Zerihun FD, Chekole TT, Bedada RG, Molla W, Uddo EB, Mamo TT. Prevalencia de la práctica de la episiotomía y factores asociados con ella en Etiopía: revisión sistemática y metaanálisis. London: SAGE Open Med. 2022;10:17455057221091659.
  29. Torres Herrera Y. Factores que influyen en la realización de episiotomía selectiva en pacientes nulíparas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola, enero-junio 2017 (tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017.
  30. Carvalho D, Martínez E. Revisión narrativa: uso de oxitocina en la inducción del parto. *Univ Central Venezuela.* 2020 Oct 16.
  31. Calvo R. Protocolo de expulsivo prolongado. E.S.E Clínica de Maternidad. Disponible en: <https://docplayer.es/11682363-Expulsivo-prolongado.html>
  32. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo: guía de práctica clínica actualizada 2021. Disponible en: [https://www.sego.es/media/upload/pdf/05%20Diabetes%20mellitus%20y%20embarazo\\_\\_gpca\\_\\_2021.pdf](https://www.sego.es/media/upload/pdf/05%20Diabetes%20mellitus%20y%20embarazo__gpca__2021.pdf)
  33. Raimond E, Gabriel R. Manejo de fórceps obstétrico. *EMC Ginecol Obstet.* 2021;57(1):1-15.
  34. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosa-Restrepo M. Breech presentation delivery care: a review of childbirth semiology, mechanism and care. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019;70(4):253-63.
  35. Huamán C. Factores condicionantes para la práctica de la episiotomía en partos eutócicos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, junio 2017-junio 2018 (tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2018.
  36. Espinoza J, Vidaeff A, Pettker CM, Simhan H. Boletines del Comité de Práctica-Obstetricia: hipertensión gestacional y preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237-60.
  37. Salcedo J. Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 según test de Findrisk en pacientes del Centro de Salud de Parcona. Ica, Perú. 2020 [Internet]. Ica: Universidad César Vallejo; 2020 [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59542/Nacion\\_SJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59542/Nacion_SJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  38. Saucedo K. Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2, según el test de FINDRISK, en el personal del Centro de Salud de San Jacinto, Tumbes – 2022 [Internet]. Tumbes:

Universidad Nacional de Tumbes; 2022 [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/63982/TESIS%20-%20SAUCEDO%20SEMINARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

39. Arcasi J. Riesgo de diabetes tipo 2 en pacientes que acuden a la Clínica La Luz en Breña, Lima – 2021 [Internet]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2022 [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/761/>

TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Navarro L. Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2, aplicando el test de Findrisc en los trabajadores del mercado de abastos Santoyo, El Agustino – 2022 [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 16 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7610/T061\\_74505377\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7610/T061_74505377_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE TUMBES**



**CRONOGRAMA DE REANUDACIÓN DE  
ESTUDIOS 2025 - II**

**RESOLUCIÓN N°054-2025-UNTUMBES-CU**

**DEL 17 JULIO AL 18 DE AGOSTO**

**PRESENTA LOS SIGUIENTES**

**Requisitos**

- ✓ **Presentar Solicitud al decanato de su Facultad**
- ✓ **Derecho de carpeta de reanudación**
- ✓ **Derecho de matrícula**  
**s./ 300.00**
- ✓ **Pago de constancia**  
**s./ 48.50**
- ✓ **Recibo de pago**



