



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“MANUEL HUAMÁN GUERRERO”

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN TRES CENTROS MATERNOS INFANTILES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SURCO-BARRANCO- CHORRILLOS 2021-2022: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA ORDINAL

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA:

Cardenas Arguedas, Joyce Camila
(ORCID: 0009-0001-3015-2887)

ASESOR:

Lama Valdivia, Jaime Enrique
(ORCID: 0000-0002-2207-7434)

**LIMA, PERÚ
2024**

METADATOS COMPLEMENTARIOS

Datos de autora

AUTORA: Cardenas Arguedas, Joyce Camila

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 70434904

Datos de asesor

ASESOR: Lama Valdivia, Jaime Enrique

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 06421548

Datos del jurado

PRESIDENTE: Vidal Olcese, Jorge Enrique

DNI: 07202887

ORCID: 0000-0002-0403-6436

MIEMBRO: Luna Muñoz, Consuelo del Rocío

DNI: 29480561

ORCID: 0000-0001-9205-2745

MIEMBRO: Quiñones Laveriano, Dante Manuel

DNI: 46174499

ORCID: 0000-0002-1129-1427

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **Joyce Camila Cardenas Arguedas**, con código de estudiante N° 201711685 con DNI N° 70434904 con domicilio en Primer Pasaje N°107 – Urb. Óscar R. Benavides, del distrito del Rímac, provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada **“Factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos 2021-2022: Análisis de regresión logística ordinal”** es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente **Jaime Enrique Lama Valdivia** y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc.; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el **12%** de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 06 de septiembre del 2024



Bach. Joyce Camila Cardenas Arguedas
DNI: 70434904

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN TRES CENTROS MATERNOS INFANTILES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SURCO-BARRANCO-CHORRILLOS 2021-2022: ANÁLISIS

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

11%

2

repositorio.undac.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

A mi familia: mi padre, mi madre, mi hermano, mi cuñada y Milo, quienes fueron los que me sostuvieron durante los momentos de frustración atravesados, me motivaron a persistir sin desistir y me impulsaron a seguir adelante, a pesar de las tribulaciones presentadas, para finalmente lograr la meta que perseguí durante los últimos años.

A mis mejores amigos: Sharon, Kristell, Robinson, Nataly y Lucero, quienes no dudaron en ofrecerme su apoyo incondicional y me demostraron constantemente su empatía al darme las palabras de aliento necesarias para no rendirme en la recta final. Gracias, porque sin ustedes no podría convertirme hoy en Médica Cirujana.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios por brindarme la fuerza espiritual y la resiliencia necesaria para culminar mi formación como profesional, guiando cada uno de mis pasos durante los 7 años de carrera universitaria. Confío en que su bendición perdurará, permitiéndome alcanzar metas futuras en este camino ya iniciado.

A mis padres: Guillermo Cárdenas y Rosa Arguedas, ambos fueron, son y serán siempre mi motor y motivo. Gracias porque siempre confiaron y apostaron en mí, desde que era una adolescente que tomó la decisión de estudiar Medicina Humana y empezaba a prepararse para dar el examen de admisión a la universidad, hasta que una versión un poco más adulta terminaba su última guardia del internado médico en el hospital y lanzaba su birrete durante la ceremonia de graduación de mi casa de estudios.

A mi hermano y mi cuñada: Luis Cárdenas y Leydi Pérez, quienes me enseñaron y recalcaron la importancia de valorar mi trabajo y esfuerzo impregnado en cada una de las páginas de mi investigación original. Gracias también por ofrecerme oportunidades laborales y acompañarme a tomar pequeños respiros para poder sobrellevar estos últimos meses cargados de sentimientos encontrados por los problemas acontecidos.

A mis docentes y mentores que me regaló la universidad y el internado: Dr. Enrique Espinoza, Dra. Cecilia Salinas, Dra. Vilma Herencia, Dra. Rocío Guillén, Dr. Axel Rojas, Dr. Bruno Quiroz, Dr. Juan Flores, Dr. Luis Bustamante, Dra. Jessica Linares, Dr. Alfredo Chenda y Dr. Ian Falvy; quienes forjaron el desarrollo de mis conocimientos y habilidades necesarias para esta profesión. Ellos no solo me enseñaron a diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades; sino que el verdadero arte de ser médico va más allá de aprender y ejecutar guías de práctica clínica, se trata de comprometerse con el bienestar global de cada uno de nuestros pacientes y sus familiares, sin defraudar el voto de confianza depositado en nosotros, sus médicos tratantes.

Al personal de salud del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, en especial: Dr. Juan Tupia, Dr. Ernesto Sandoval, Lic. Gerardo, Lic. Inés Vizcardo y Enf. Rossana Sánchez, quienes despertaron y potenciaron mi vocación para la especialidad, enseñándome la importancia de escudriñar hasta el más mínimo detalle de la historia clínica de las gestantes y el brindar confort a las mismas, con el único objetivo de culminar el embarazo con éxito, obteniendo los resultados más favorables, tanto para la madre, como para el recién nacido. Así mismo, al servicio de Obstetricia de los tres Centros Maternos Infantiles donde realicé mis primeras prácticas durante el pregrado: Virgen del Carmen, San Genaro de Villa y Buenos Aires de Villa. Gracias por facilitarme el acceso a los datos de las puérperas para poder ejecutar mi investigación, esperando que les sea de ayuda esta información para optimizar la atención de las gestantes y disminuir las complicaciones materno-perinatales de la jurisdicción.

Por último, a Rosemary López, no solo por el apoyo académico brindado, sino por haber sido esa vocecita de motivación constante durante este último periodo, para no dejar de luchar por el objetivo hasta que no se haya quemado el último cartucho. A todos ustedes, infinitas gracias.

RESUMEN

Introducción: El desgarro perineal es una complicación obstétrica significativa que, en sus grados más severos, puede afectar negativamente la salud materna a largo plazo, pudiendo llegar a complicaciones graves como: incontinencia fecal y urinaria, dispareunia y prolapso genital; por lo que, la identificación y gestión adecuada de los factores de riesgo son cruciales para minimizar su incidencia y sus consecuencias. A nivel global, se ha destacado la importancia de la atención obstétrica basada en evidencia para mejorar los resultados maternos y neonatales. Este estudio se centró en el primer nivel de atención.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

Métodos: Estudio no experimental, analítico, de corte transversal y retrospectivo. Se utilizó una base de datos secundaria de una investigación realizada en la misma población, por lo que se calculó la potencia estadística de tal estudio, tomando un nivel de confianza del 95%. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo un total de 1192 participantes. Se realizó el análisis estadístico tanto descriptivo como inferencial, llevando a cabo un modelo de regresión logística ordinal para determinar asociaciones significativas entre los factores de riesgo maternos, obstétricos y neonatales con la severidad de los desgarros perineales, cuando el valor de p sea ≤ 0.05 .

Resultados: Se hallaron dos variables cuya asociación con la severidad del desgarro perineal fue estadísticamente significativa: la ausencia de episiotomía se identificó como un factor de riesgo (ORa = 4.01, IC95%: 3.04-5.30, $p < 0.001$) y la ausencia de alumbramiento activo como un factor protector (ORa = 0.73, IC95%: 0.53-0.99, $p = 0.044$). Así mismo, hubo dos variables cuyo valor de p fue cercano a la significancia estadística (0.05), por lo que se podrían interpretar como probables factores asociados: edad materna avanzada (ORa = 0.58, IC95%: 0.30-1.10, $p = 0.097$) y multiparidad (ORa = 0.70, IC95%: 0.47-1.03, $p = 0.073$), ambos como factores que podrían proteger de sufrir traumatismos perineales de mayor grado.

Conclusiones: En la presente investigación, se identificaron dos factores obstétricos con asociación estadísticamente significativa para severidad de desgarro perineal: la ausencia de episiotomía, que aumenta el desenlace en 4 veces; y la ausencia de alumbramiento activo, que disminuye el outcome en 0.27 veces. No se identificaron factores maternos ni neonatales asociados.

Palabras clave (DeCS): Desgarro perineal, factores de riesgo, salud materna, parto vaginal, gestantes, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

Introduction: Perineal tear is a significant obstetric complication that, in its most severe degrees, can adversely affect long-term maternal health, leading to serious complications such as: fecal and urinary incontinence, dyspareunia, and genital prolapse; so identifying and adequately managing risk factors are crucial to minimize their incidence and consequences. Globally, the importance of evidence-based obstetric care has been highlighted to improve maternal and neonatal outcomes. This study will focus on the first level of care.

Objective: To determine the factors associated with the severity of the perineal tear in pregnant women treated in three Maternal and Child Centers of the Surco-Barranco-Chorrillos Integrated Health Network during 2021-2022.

Methods: Non-experimental, analytical, cross-sectional and retrospective study. A secondary database from a research carried out on the same population was used, so the statistical power of that study was calculated, taking a confidence level of 95%. Non-probabilistic convenience sampling was used, including a total of 1192 participants. Both descriptive and inferential statistical analysis was performed, carrying out an ordinal logistic regression model to determine significant associations between maternal, obstetric and neonatal risk factors with the severity of perineal tears, when the p value was ≤ 0.05 .

Results: Two variables were found whose association with the severity of the perineal tear was statistically significant: the absence of episiotomy was identified as a risk factor (aOR = 4.01, 95% CI: 3.04-5.30, $p < 0.001$) and the absence of active delivery as a protective factor (aOR = 0.73, 95% CI: 0.53-0.99, $p = 0.044$). Likewise, there were two variables whose p value was close to statistical significance (0.05), so they could be interpreted as probable associated factors: advanced maternal age (aOR = 0.58, 95% CI: 0.30-1.10, $p = 0.097$) and multiparity (aOR = 0.70, 95% CI: 0.47-1.03, $p = 0.073$), both as factors that could protect against suffering higher-grade perineal trauma.

Conclusions: In the present investigation, two obstetric factors with a statistically significant association with the severity of perineal tear were identified: the absence of episiotomy, which increases the outcome by 4 times; and the absence of active delivery, which decreases the outcome by 0.27 times. No associated maternal or neonatal factors were identified.

Keywords (MeSH): Perineal tear, risk factors, maternal health, vaginal delivery, pregnant women, obstetric complications.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	03
1.2. Formulación del problema.....	04
1.3. Línea de Investigación Nacional y de la URP vinculada.....	05
1.4. Justificación de la investigación.....	05
1.5. Delimitación del problema.....	06
1.6. Objetivos de la investigación.....	07
1.6.1. Objetivo general	07
1.6.2. Objetivos específicos y secundarios.....	07
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	08
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	08
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	11
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Definición de conceptos operacionales	21
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Hipótesis de la investigación.....	23
3.1.1. Hipótesis general.....	23
3.1.2. Hipótesis específicas.....	23
3.2. Variables principales de la investigación.....	24
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. Tipo y diseño de la investigación.....	25
4.2. Población.....	25
4.3. Muestra.....	25
4.2.1. Potencia estadística.....	25
4.2.2. Tipo de muestreo.....	26
4.2.3. Criterios de selección de la muestra.....	27
4.2.3.1. Criterios de inclusión.....	27
4.2.3.2. Criterios de exclusión.....	27
4.4. Operacionalización de variables.....	27
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	32
4.7. Aspectos éticos de la investigación.....	32
4.8. Limitaciones de la investigación.....	33
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1. Resultados.....	35
5.2. Discusión.....	39
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1. Conclusiones de la investigación.....	43
6.1.1. Conclusión general	43
6.1.2. Conclusiones específicas y secundarias.....	43
6.2. Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de compromiso del asesor de tesis	53
ANEXO 2: Carta de compromiso del tesista.....	54
ANEXO 3: Acta de aprobación del proyecto de tesis	55
ANEXO 4: Declaración jurada de no plagio del proyecto de tesis.....	56
ANEXO 5: Carta de aprobación del proyecto de tesis por Consejo de Facultad y firmado por la secretaría académica	57
ANEXO 6: Constancia de aprobación del proyecto de tesis por comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana de la URP.....	58
ANEXO 7: Autorización para el uso de base de datos de una investigación previa.....	59
ANEXO 8: Constancia de autorización del proyecto de investigación, del cual se extrae la base de datos, emitido por la DIRIS Lima Sur con aprobación por el comité de ética en investigación	60
ANEXO 9: Acta de aprobación del borrador de tesis.....	61
ANEXO 10: Matriz de consistencia	62
ANEXO 11: Operacionalización de variables	64
ANEXO 12: Ficha de recolección de datos utilizada en la investigación previa.....	69
ANEXO 13: Link a la base de datos subida a Google Drive.....	70

LISTA DE TABLAS:

TABLA 1. Características generales de las gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.....35

TABLA 2. Análisis Bivariado de los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.....37

TABLA 3. Análisis Multivariado Ordinal de los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.....38

LISTA DE FIGURAS:

FIGURA 1. Potencia estadística de variables $\geq 80\%$26

FIGURA 2. Potencia estadística de variables $< 80\%$26

INTRODUCCIÓN

Los desgarros perineales se definen como una complicación obstétrica producida durante los partos eutócicos, en la que ocurre una solución de continuidad en el periné femenino, estructura situada entre la horquilla vulvar y el ano. Esta ruptura de tejidos se puede producir espontáneamente, al debilitarse el suelo pélvico por el estiramiento excesivo de la vagina durante el trabajo de parto; o intencionalmente, mediante la técnica de episiotomía, en la que se realiza el corte de dos músculos: transverso superficial del periné y bulbocavernoso, para así ampliar el introito vaginal y facilitar la expulsión de la cabeza fetal (1,2).

Este es uno de los traumas obstétricos que con mayor frecuencia afectan a las puérperas durante la atención del parto. Aun cuando la incidencia de los desgarros varía de un país a otro, estudios estiman que más del 85% de gestantes que optan por un parto vaginal experimentarán algún grado de lesión perineal y entre el 0.6-11% de este tipo de partos, presentarán desgarros moderados-severos (tercer o cuarto grado) (3). La importancia de este desenlace radica en que se ha demostrado ser la segunda causa de hemorragia postparto, solo superado por la atonía uterina, produciendo un sangrado activo en el canal del parto que puede desencadenar en la muerte materna si este no es suturado a tiempo (4,5). Así mismo, los grados más severos del desgarro perineal pueden ser tan extensos que provocan la lesión del esfínter anal e, incluso, logran comunicar la mucosa vaginal y rectal, asociándose a otras complicaciones agudas como: dehiscencia de suturas, infecciones, abscesos, fístulas, dispareunia; y complicaciones crónicas como: disfunción sexual, prolapso genital, incontinencia urinaria y fecal, entre otros (1,5). Por estas razones, se describe que el traumatismo perineal es un problema de salud pública que afecta el bienestar físico, psicológico y social de las puérperas, teniendo repercusiones tanto en su vida familiar como en sus relaciones sexuales (6).

De ahí se infiere que la atención y los esfuerzos deben orientarse hacia el estudio de los factores asociados a las laceraciones vulvoperineales en distintas poblaciones, ya que estos varían según el contexto socioambiental. Esta investigación se centra en hallar estos factores en establecimientos del primer nivel de atención, quienes son la base de la pirámide de las entidades prestadoras de salud, aquellos que establecen el nexo primario con la población de gestantes, mediante la búsqueda, captación y monitoreo constante de las mismas. Con los resultados obtenidos en este estudio, se podrá tener en cuenta estos factores durante los controles prenatales, de modo que se pueda hacer la oportuna referencia hacia un centro de mayor complejidad a aquellas gestantes que reúnan criterios de riesgo para así preservar el óptimo resultado del binomio madre-niño.

La presente tesis está organizada en seis capítulos, iniciando desde el Capítulo I con la descripción de la realidad problemática y formulación del problema; el Capítulo II con los antecedentes internacionales y nacionales del estudio, así como las bases teóricas; el Capítulo III con las hipótesis y variables principales; el Capítulo IV con la metodología de la investigación; el Capítulo V con la presentación de los resultados y la discusión de los mismos; y, por último, el Capítulo VI con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática

El desgarro perineal es una complicación frecuente durante el parto vaginal que puede tener consecuencias significativas para la salud materna. Según la clasificación de Sultan (7), estos desgarros se dividen en cuatro grados: el primero afecta solo la piel perineal; el segundo, afecta los músculos perineales; el tercero, se subdivide en: A) cuando abarca menos del 50% del esfínter anal externo (EAE), B) cuando afecta más del 50% del EAE sin incluir el interno, y C) cuando involucra al esfínter anal interno; finalmente, el cuarto grado incluye los mencionados anteriormente más la mucosa rectal. Entre los factores de riesgo maternos para el desgarro perineal severo se encuentran: edad avanzada, primiparidad y sobrepeso. Entre los factores obstétricos se encuentran: la episiotomía, el periodo expulsivo prolongado, el uso de instrumentos para la asistencia del parto y la distocia de hombros. Finalmente, entre los factores neonatales: la macrosomía y la posición occipito posterior persistente, también juegan un papel importante (8).

En un estudio realizado en la Ciudad de México, se revisaron los registros de pacientes atendidas en un hospital privado para identificar las características demográficas, obstétricas y neonatales asociadas a desgarros perineales severos. Este estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, no encontró un factor de riesgo asociado específicamente con el desgarro perineal severo, pero resaltó la importancia de seguir investigando estas complicaciones en diferentes poblaciones (8). Otro estudio realizado con mujeres peruanas altoandinas, encontró que el parto precipitado y el periodo intergenésico corto eran factores significativamente asociados con desgarros perineales. En este estudio de casos y controles, se incluyeron 171 madres con diagnóstico de desgarro perineal posparto y 200 sin dicha patología, y se analizaron variables sociodemográficas y obstétricas. La asociación entre estas y el desgarro perineal fue estimada a través de la prueba Chi cuadrado de Pearson, encontrando una fuerte asociación entre el parto precipitado, el periodo intergenésico corto y las infecciones vaginales con los desgarros perineales posparto (9).

A nivel global, la incidencia de desgarros perineales varía considerablemente. Estos pueden llevar a complicaciones como incontinencia fecal y urinaria, dispareunia y prolapso genital (10). Se ha descrito, con respecto a los aspectos prácticos en el manejo de las

lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto, la importancia de una correcta clasificación y terminología, así como las diferentes técnicas de sutura y el seguimiento óptimo de las mujeres que sufren estos desgarros. También se subrayó la importancia de la ecografía endoanal en el diagnóstico correcto de las lesiones perineales ocultas de etiología obstétrica (11).

En México, un estudio realizado en Monterrey durante el 2014 encontró una incidencia de 2.0% de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en la población general, siendo las adolescentes las más afectadas con una incidencia del 2.5%. Este hallazgo sugiere que la adolescencia puede ser un factor de riesgo para desgarros perineales severos durante el parto. En este estudio, se revisaron todas las atenciones obstétricas en un hospital público de tercer nivel y se documentaron factores de riesgo como la primiparidad, la instrumentación del parto, la realización de episiotomía, el índice de masa corporal y el peso del producto. No se encontraron diferencias significativas al comparar estos factores entre los partos con desgarros de alto grado en adolescentes y adultos, lo que indica que la adolescencia en sí misma podría ser un factor de riesgo independiente para estas lesiones (12).

Es importante identificar y gestionar adecuadamente los factores de riesgo para minimizar la incidencia de desgarros perineales y sus consecuencias a largo plazo. La investigación continua y la educación dirigida a las mujeres embarazadas y los profesionales de la salud son esenciales para mejorar los resultados obstétricos y la calidad de vida de las mujeres después del parto. En particular, las estrategias preventivas deben enfocarse en la monitorización adecuada del trabajo de parto, el uso prudente de intervenciones obstétricas y la promoción de técnicas de parto que minimicen el riesgo de desgarros perineales severos. Además, se deben desarrollar y aplicar protocolos de manejo estandarizados para la identificación, tratamiento y seguimiento de estas lesiones, garantizando así una atención integral y basada en la evidencia para todas las mujeres durante el proceso del parto.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022?

1.3. Línea de Investigación Nacional y de la URP vinculada

La presente investigación se clasifica dentro de la novena prioridad sanitaria "Salud materna, perinatal y neonatal", establecida en las "Prioridades Nacionales de Investigación en Salud" del INS para el periodo 2019-2023, descritas en la Resolución Ministerial N°685-2019/MINSA (13). Así mismo, se ubica en la novena línea de investigación del área de conocimiento de medicina "Salud materna, perinatal y neonatal", conforme a las "Líneas de Investigación del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB) - URP" para el periodo 2021-2025, descritas en el Acuerdo del Consejo Universitario N°0510-2021-virtual (14).

1.4. Justificación de la investigación

El desgarro perineal constituye una complicación obstétrica significativa que puede impactar de manera adversa la salud de las mujeres durante y después del parto vaginal. Estas lesiones perineales pueden variar desde desgarros menores hasta laceraciones mayores que comprometen el esfínter anal externo e interno, así como la mucosa rectal (15). Según la clasificación de Sultan, aceptada por la Organización Mundial de la Salud (16), los desgarros de tercer y cuarto grado son los más graves y están asociados con complicaciones a largo plazo, tales como incontinencia fecal, dolor perineal crónico y disfunción sexual, afectando significativamente la calidad de vida de las mujeres. Además, aquellas que han experimentado un desgarro severo en un parto previo tienen un riesgo aumentado de recurrencia en partos subsiguientes, lo que subraya la importancia de una intervención preventiva efectiva (8). Por otro lado, los desgarros perineales severos no solo tienen un impacto físico, sino también emocional y psicológico en las mujeres afectadas (17).

En el mundo, cada año, alrededor de 140 millones de mujeres tienen un parto. La mayoría de los embarazos transcurre con normalidad y bajo riesgo de complicaciones. Sin embargo, en los casos en que estas últimas se presenten, pueden ser graves y, en algunas ocasiones, resultar en la muerte materna (18). La OMS y otras organizaciones internacionales han enfatizado la importancia de proporcionar una atención obstétrica segura, respetuosa y basada en evidencia, que minimice las intervenciones innecesarias y mejore la experiencia del parto para las mujeres (18). Por lo tanto, la identificación de los factores de riesgo específicos y contextuales contribuirá, no solo a mejorar la atención y los desenlaces obstétricos locales, sino también a enriquecer el conocimiento global sobre los desgarros perineales severos y sus determinantes.

Estudios en Europa y América del Norte han identificado la primiparidad, el peso elevado del neonato, la distocia de hombros y el uso de instrumentos durante el parto como factores significativos que incrementan el riesgo de estas lesiones (19). Estas investigaciones denotan la necesidad de adaptar las prácticas obstétricas para minimizar estos riesgos y mejorar los resultados para las madres y sus bebés.

En Latinoamérica, las investigaciones sobre desgarros perineales severos son limitadas, pero se han identificado algunos factores de riesgo comunes. En México, por ejemplo, se ha observado que la primiparidad, el uso de fórceps y el peso del feto igual o mayor de 3500g son factores significativos que contribuyen a la incidencia de desgarros perineales severos (20). Estas observaciones resaltan la necesidad de estudios adicionales para comprender mejor los factores de riesgo específicos en diferentes contextos dentro de la región y desarrollar estrategias de prevención adecuadas.

En el contexto de la atención materno-infantil en Lima-Perú, la incidencia de estas lesiones y sus factores de riesgo pueden variar significativamente según las características demográficas y los sistemas de atención sanitaria locales (9). Se ha descrito en el Hospital Madre-Niño San Bartolomé, nosocomio de tercer nivel de atención, que el desgarro perineal causa morbilidad en las pacientes, considerándose como la sexta causa de enfermedad, con un total del 33,3% de los desgarros severos durante los años 2017 al 2019. Así mismo, se encontró que las nulíparas tienen 13 veces más probabilidades de sufrir desgarros perineales, y un perímetro cefálico neonatal alto se asocia con un riesgo aumentado de 2,02 veces más (21).

La identificación precisa de estos factores de riesgo permitirá el desarrollo de estrategias de prevención y manejo más efectivas, adaptadas al contexto local. Por lo tanto, este estudio propone llenar este vacío de conocimiento orientado al primer nivel de atención, mediante la identificación de los factores específicos que contribuyen a aumentar la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud (RIS) durante el período 2021-2022.

1.5. Delimitación del problema

La presente investigación se llevó a cabo en gestantes cuyos partos fueron atendidos y registrados en los Centros Maternos Infantiles “Virgen del Carmen”, “San Genaro de Villa” y “Buenos Aires de Villa” de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante los años 2021 y 2022.

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

1.6.2. Objetivos Específicos

- Determinar los factores maternos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.
- Determinar los factores obstétricos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.
- Determinar los factores neonatales asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

1.6.3. Objetivos Secundarios

Identificar la frecuencia de los desgarros perineales presentes en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Alberto Woog, José Arvizu, Pablo González, Cecilio Rodríguez, María de los Ángeles Chávez y Joana Juárez (8); llevaron a cabo un estudio titulado "Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo" en la Ciudad de México durante el 2018, cuyo objetivo fue identificar características demográficas, obstétricas y neonatales asociadas con desgarros perineales severos y determinar los factores de riesgo relacionados con la lesión del esfínter anal. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en el Nuevo Sanatorio Durango durante el periodo de noviembre de 2017 a noviembre de 2018. La población de estudio incluyó pacientes con embarazo único, fetos vivos y normoevolutivos, excluyendo aquellos con patologías fetales o embarazos complicados. Se revisó 43 expedientes, dividiendo a las pacientes en dos grupos: desgarro perineal moderado (23 casos) y severo (20 casos). Los resultados indicaron que no existía una asociación significativa entre las variables maternas, obstétricas o neonatales y el desgarro perineal severo ($p > 0,05$). Se concluye que no se identificó factores de riesgo significativos para el desgarro perineal severo.

Henry H. Chill, Gilad Karavani, Michal Lipschuetz, Tal Berenstein, Eyal Atias, Hagai Amsalem y David Shveiky (19); realizaron el estudio "Lesión obstétrica del esfínter anal después de un parto vaginal anterior", llevado a cabo en Jerusalén-Israel durante el 2021, con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados con la lesión del esfínter anal (OASIS) en mujeres que han tenido un parto vaginal previo. La investigación consistió en un estudio observacional, analítico, de cohortes retrospectivo, realizado en un hospital universitario entre los años 2003 y 2019, evaluando a 79 176 mujeres que tuvieron un parto vaginal único, vivo y a término, con al menos un parto vaginal previo. Tras realizar un análisis multivariado, se determinó que un parto vaginal anterior, un peso al nacer superior a 3900 gramos, el uso de asistencia con ventosa en el parto vaginal y la episiotomía son factores que aumentan el riesgo de OASIS. Se concluye que, en mujeres con antecedentes de parto vaginal, el aumento de peso al nacer, el

parto vaginal asistido por ventosa y la episiotomía son factores de riesgo para OASIS.

Valentina Laurita Longo, Emmanuel Odjidja, Bruno Zanfini, Stefano Catarci, Brigida Carducci, Gaetano Draisci, Antonio Lanzone y Elisa Bevilacqua (22); investigaron los “Factores de riesgo asociados con las laceraciones perineales graves durante el parto vaginal”. Este estudio se realizó en Roma-Italia entre 2009 y 2019. El objetivo principal fue evaluar la incidencia de lesiones del esfínter anal obstétrico (OASI) e identificar los factores de riesgo asociados. Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de cohortes en un hospital universitario, utilizando una base de datos prospectivamente mantenida. La población incluyó a 22 156 mujeres con embarazos únicos a término en presentación cefálica que dieron a luz por vía vaginal. Los resultados mostraron que las OASI ocurrieron en 0.4% de los casos, siendo más comunes después de un parto con ventosa (ORa = 2.85, IC 95%: 1.19-6.81, $p = 0.019$). El uso de anestesia epidural redujo la incidencia de OASI (ORa = 0.54, IC 95%: 0.33-0.86, $p = 0.011$). Se concluyó que la identificación y modificación de factores de riesgo específicos pueden reducir la incidencia de OASI durante el parto vaginal.

Juan A. Barca, Coral Bravo, Maria Pintado, Ignacio Cueto, Javier Ruiz, Yolanda Cuñarro, Julia Buján, Melchor Alvarez, Miguel Ortega y Juan A. De León (23); en su artículo “Factores de riesgo en desgarros perineales de tercer y cuarto grado en mujeres de un centro terciario: Estudio observacional ambispectivo de cohortes”, publicado en Madrid-España durante el 2021, realizaron una investigación cuyo objetivo fue analizar los principales factores de riesgo asociados al desgarro perineal postparto de tercer y cuarto grado en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y de cohortes en la población de mujeres cuyos partos fueron atendidos en el servicio y hospital mencionado durante el periodo entre enero del 2010 hasta abril del 2017. Se analizaron un total de 33 026 pacientes mediante regresión logística uni y multivariada, obteniéndose los siguientes resultados para factores maternos: nuliparidad con OR = 3.48. trabajo de parto inducido con OR = 1.29, parto instrumentado con fórceps OR = 4.25 y con espátulas OR = 4.35; factores obstétricos: episiotomía con OR = 3.41; y finalmente, factores neonatales: peso neonatal de 3000g OR = 2.41, de 3500g OR = 1.97 y de 4000g OR = 2.17. Se concluye que la primiparidad, inducción del trabajo de parto, episiotomía, parto instrumentado con fórceps o espátula y el

peso al nacer mayor a 3000g son factores asociados significativamente al incremento del riesgo de sufrir un desgarro perineal de tercer o cuarto grado.

Lauro Henrique Heinsch Domenighi, Angela Regina Maciel Weinmann, Leris Salete Bonfanti Haeffner y Marcelo Lorensi Feltrin (24); realizaron una investigación "Laceraciones perineales: Estudio retrospectivo en una maternidad pública de riesgo habitual" publicada en Rio Grande-Brasil durante el 2021, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de laceraciones y episiotomías, así como los factores de riesgo y protectores asociados a los mismos desenlaces en las parturientas de la Maternidad de Santa Isabel del Hospital Casa de Saúde durante el 2018. Se realizó un estudio transversal y retrospectivo, tanto descriptivo como analítico, donde se incluyó un total de 525 partos vaginales. Se obtuvieron los siguientes resultados sobre los factores asociados a mayor severidad de desgarro: partos atendidos por enfermeras (OR = 2.95, IC95%: 1.74-5.03), no se reportaron asociaciones con la edad, color de piel o peso al nacer. Se concluye que los partos atendidos por enfermeras resultaron tener un mayor riesgo asociado al desgarro perineal en sus distintos grados.

Dagne Addisu y Betelihem Fentahun (25), en su estudio titulado "Factores de riesgo asociados al desgarro perineal severo en hospitales públicos de la ciudad de Bahir Dar, noroeste de Etiopía" publicado en abril del presente año, tuvieron como objetivo principal el determinar la proporción de desgarros perineales severos y sus factores asociados. Para ello, realizaron un estudio transversal en el que 515 sujetos fueron seleccionados usando una técnica de muestreo sistemático. Se obtuvo como resultado que la prevalencia de la variable dependiente fue de 7.4% y que los factores asociados a este mismo fueron: historia previa de desgarro perineal (ORa = 3.06, IC95%: 1.24-7.59), nuliparidad (ORa = 4.03, IC95%: 1.42-11.44), posición occipito-anterior (ORa = 5.49, IC95%: 2.27-13.28), duración de la segunda etapa del parto mayor a 2h (ORa = 5.42, IC95%: 2.26-12.99) y experiencia menor de 1 año de quien atiende el parto (ORa = 5.98, IC95%: 2.16-16.57). Se recomienda desarrollar estrategias y regulaciones para acordar la segunda etapa del parto.

Esther Rodríguez, Carlos Ramírez, Antolin Granados y Viridiana Gorbea (20); realizaron un estudio titulado "Factores de riesgo asociados con lesión obstétrica del esfínter anal: cohorte retrospectiva" realizado en la Ciudad de México durante el 2019. El

objetivo fue analizar los factores de riesgo asociados con la lesión obstétrica del esfínter anal en una población donde el uso de fórceps es común. Este estudio de cohorte simple y retrospectivo incluyó 6199 pacientes que tuvieron un parto entre enero de 2013 y diciembre de 2017 en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. La frecuencia de lesión del esfínter anal fue del 1.03%. Los factores de riesgo identificados fueron la aplicación de fórceps (RM = 22.4; IC95% 13.3-36.7, $p < 0.001$) y la primiparidad (RM = 2.8; IC95% 1.68-4.93, $p < 0.001$). Concluyeron que la edad materna de 20 a 30 años, el peso fetal mayor de 3500 g, el uso de fórceps y la primiparidad son factores de riesgo asociados con lesiones del esfínter anal.

Akm M. Hoque, Muhammad E. Hoque y Guido V. Hal (26); en su investigación “Incidencias, tendencias y factores de riesgo de lesiones perineales en mujeres embarazadas de bajo riesgo: experiencia de una unidad obstétrica dirigida por parteras, Sudáfrica”, realizaron un estudio cuyo objetivo fue estimar la incidencia, tendencia y los factores de riesgo de las injurias perineales en mujeres que tuvieron partos en el Centro de Salud Comunitario de Kwadabeka durante enero del 2013 y diciembre del 2017. Para ello, realizaron un estudio transversal y retrospectivo, donde incluyeron un total de 5547 pacientes. Se evidenció que la práctica de la episiotomía fue reduciéndose, desde 17.6% en el 2013 hasta 7.6% en el 2017; así mismo, las injurias perineales también se vieron reducidas, desde 33.3% en el 2013 hasta 28.9% en el 2017. Luego de realizar el análisis de regresión logística, se evidenció que la edad materna joven, el embarazo a término y la nuliparidad son factores de riesgo para cualquier grado de injuria perineal. Por otro lado, la edad materna avanzada, la nuliparidad y los partos vaginales previos son factores de riesgo para episiotomía. Se recomienda que el entrenamiento de las parteras es necesario para mejorar el cuidado de la región perineal y mantener buenas prácticas durante el parto.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Rubitt Anyela Bustamante Torres (21), asesorada por Jhony A. De La Cruz Vargas; en su tesis “Factores de riesgo para desgarro perineal severo en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé Año 2014 al 2019”, publicado en Lima-Perú durante el 2020, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo para desgarro perineal severo en las pacientes puérperas

de parto vaginal atendidas en el HONODOMANI San Bartolomé, durante el periodo 2014 -2019. Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, donde se estudiaron 60 casos y 120 controles. En el análisis multivariado se encontró que las variables: nuliparidad (OR = 16.24, IC95%: 4.41-59.85, $p < 0.001$), primiparidad (OR = 4.4, IC95%: 1.07-18.12, $p = 0.040$) y perímetro cefálico alto (OR = 2.65, IC95%: 1.27-5.52, $p = 0.010$), se asociaron con un mayor riesgo de ocurrencia de desgarro perineal severo; mientras que el antecedente de parto atendido por interno y/o R1 (OR = 0.42, IC95%: 0.21-0.84, $p = 0.015$) se asoció a un menor riesgo de esta complicación. Se concluye que, las variables maternas asociadas con un mayor riesgo de desgarro perineal severo fueron la nuliparidad y la primiparidad. El perímetro cefálico alto fetal fue el factor neonatal asociado a este desenlace.

Luis Fabio Gonzales Morales (27), asesorado por Alex Alberto Guibovich Mesinas; realizó una tesis titulada "Factores de riesgo asociados a desgarro perineal severo en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador del 2017 al 2021", la cual fue publicada en Lima-Perú durante el 2024. El objetivo del estudio fue identificar los factores de riesgo asociados a desgarro perineal severo en las puérperas de parto vaginal atendidas en el HEVES durante el periodo 2017-2021, para lo cual realizaron un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, donde se analizó el total de la población, dividiéndola en 15 casos y 3727 controles. Posteriormente a realizarse el análisis de regresión logística binaria, se obtuvieron a las siguientes variables con un mayor riesgo de desgarro perineal severo: edad adulta joven (OR = 8.58, IC95%: 1.92-38.37, $p = 0.005$), nuliparidad (OR = 27.78, IC95%: 2.65-333.33, $p = 0.006$), maniobras de extracción (OR = 3.45, IC95%: 8.33-142.86, $p > 0.001$) y distocia de hombros (OR = 100, IC95%: 8.62-1000.00, $p > 0.001$). No se hallaron factores neonatales asociados a ese desenlace.

Rossibel Muñoz de la Torre, Jenny Mendoza, Jacqueline Jauregui, Edwin Toral, Katherin Villanueva y Ruth Quispe (9); realizaron un estudio titulado "Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas". Este estudio se publicó en Huancavelica-Perú durante el 2022, cuyo objetivo fue determinar el grado de asociación entre el desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres altoandinas. Se utilizó un estudio no experimental, analítico, retrospectivo, transversal, con diseño de casos y controles, donde se analizó a la población del Centro de Salud San

Juan Bautista del departamento de Ayacucho durante el año 2020, incluyendo a 171 madres con diagnóstico de desgarro perineal posparto y a 200 sin esta patología. Los resultados principales mostraron que el 46.1% de los casos de desgarro perineal ocurrieron en partos eutócicos. Luego de realizar el análisis estadístico, se evidenciaron los siguientes factores de riesgo: edad materna extrema (OR = 3.08, IC95%: 1.47-6.44, $p = 0.002$), talla menor de 1.50m (OR = 1.88, IC95%: 1.13-3.15, $p = 0.014$), antecedente de trauma perineal (OR = 3.74, IC95%: 1.86-7.51, $p < 0.001$), periodo intergenésico corto (OR = 5.41, IC95%: 2.68-10.93, $p < 0.001$), parto precipitado (OR = 10.85, IC95%: 3.74-31.43, $p < 0.001$), control prenatal menor a 4 (OR = 2.47, IC95%: 1.03-5.94, $p = 0.037$) e infección vaginal (OR = 4.10, IC95%: 2.0-8.41, $p < 0.001$); y los factores protectores: episiotomía (OR = 0.39, IC95%: 0.24-0.62, $p < 0.001$), primigesta (OR = 0.36, IC95%: 0.22-0.59, $p < 0.001$) y el parto inducido (OR = 0.51, IC95%: 0.31-0.86, $p = 0.010$).

Rocío del Pilar Zare Pastor (28), asesorada por Walter Olórtegui Acosta y Dany Morán Solano, realizó una tesis titulada "Factores asociados a desgarro perineal durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Trujillo", la cual se realizó en La Libertad-Perú durante el 2020. Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a desgarro perineal en adolescentes en el nosocomio mencionado, para lo cual realizaron un diseño observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, donde consideraron a 172 gestantes adolescentes sin desgarro perineal y 43 con desgarro perineal que fueron atendidas en el periodo del 2013 al 2017. Luego de realizar el análisis multivariado mediante una regresión logística múltiple, se halló la relación con 2 variables: episiotomía como factor protector (OR = 0.04, IC95%: 0.01-0.13, $p < 0.001$) y número de partos vaginales como factor de riesgo (OR = 5.49, IC95%: 2.07-14.55, $p < 0.001$). El peso del recién nacido, la duración de la fase activa, el personal que atendió el parto no está relacionados al desgarro perineal.

Silvia Alessandra Rivera Roncal (29), asesorada por Jorge Antonio Lozada Caceda, en su tesis titulada "Factores maternos y neonatales asociados a desgarros perineales", realizada en La Libertad-Perú durante el 2019. El objetivo fue determinar los factores maternos y neonatales asociados a mayor riesgo de desgarros perineales. En este estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, se analizó historias clínicas de mujeres con y sin desgarros perineales atendidas en la maternidad

del Hospital II Chocope-EsSalud durante 2017 y 2018. El análisis estadístico utilizó la prueba de chi cuadrado y análisis multivariado, fijando el nivel de significancia en $p < 0.05$. Se encontró que la primiparidad (OR = 4.20, IC95%: 1.61-10.98, $p = 0.003$) es un factor de riesgo significativo para desgarros perineales. En cambio, la edad, talla materna, anemia, duración del trabajo de parto, uso de oxitocina, peso, talla y circunferencia cefálica no fueron factores asociados.

Milagros Verde Pando (30), asesorada por Mg. Dolly Paredes Inocente, en su tesis titulada "Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo", se llevó a cabo en Cerro de Pasco entre 2021 y 2022. El objetivo fue determinar los factores asociados a los desgarros perineales en puérperas atendidas en el establecimiento de salud mencionado. Se utilizó un diseño no experimental, retrospectivo, analítico de casos y controles, con una muestra de 145 puérperas. El análisis se realizó mediante análisis documental y fichas de recojo de datos. Los resultados mostraron que había una relación significativa entre los desgarros perineales y la anemia materna, el IMC, la psicoprofilaxis obstétrica, la paridad y el perímetro cefálico (chi cuadrado, $p < 0.05$). Sin embargo, no se encontró relación significativa con la edad materna, el periodo intergenésico, el tiempo expulsivo y el peso del recién nacido ($p > 0.05$). En conclusión, los factores protectores incluyen el peso normal y la psicoprofilaxis obstétrica, mientras que la anemia, la multiparidad y un perímetro cefálico mayor a 35 cm son factores de riesgo para desgarros perineales.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Desgarro perineal

- **Definición**

El desgarro perineal es una ruptura de los tejidos situados entre la vulva y el ano, producida por la sobredistensión mecánica y adelgazamiento excesivo del periné durante el periodo expulsivo del parto, transformando un tejido cuneiforme con un grosor de 5cm en un tejido membranoso muy fino, con un espesor de menos de 1cm (31). Este tipo de traumatismo es una complicación obstétrica común que se produce por la presión ejercida de la cabeza fetal, los hombros o el uso de instrumentos obstétricos (32,33) y que según la parte del rombo perineal que se vea

afectada, puede ser de tipo anterior o posterior. El primer grupo, por lo general son desgarros superficiales que no producen mucho sangrado e incluye a las lesiones de labios, vagina anterior, uretra y/o clítoris. El segundo grupo suelen ser desgarros más profundos y con mayor sangrado que requieren de la reparación con suturas, estos incluyen a la vagina posterior, músculos perineales y/o esfínter anal (34).

- **Clasificación**

Los desgarros perineales pueden tener diferentes grados de severidad, según la profundidad de estructuras afectadas. La clasificación, según el Real Colegio de Obstetricia y Ginecología (RCOG) y modificada por Sultan (7), se divide en cuatro grados:

- **Primer grado:** Afecta el frenillo, la piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia ni los músculos subyacentes. Incluye desgarros periuretrales que pueden causar una hemorragia profusa (35).
- **Segundo grado:** Afecta la piel, los tejidos superficiales, la fascia y los músculos del periné, pero no el esfínter anal. Estos desgarros suelen extenderse hacia arriba, conformando una lesión triangular (35).
- **Tercer grado:** Afecta el esfínter anal además de los músculos perineales, por lo que puede comprometer su funcionalidad. Se subdivide en:
 - 3A: Afecta menos del 50% del esfínter anal externo (35).
 - 3B: Afecta más del 50% del esfínter anal externo (35).
 - 3C: Afecta el esfínter anal externo e interno (35).
- **Cuarto grado:** Afecta las estructuras anteriores y la mucosa rectal, exponiendo la luz rectal, dando como resultado una comunicación entre la vagina y el ano (35).

La morbilidad asociada a estos desgarros está directamente relacionada con su grado de severidad. Desgarros de grado I y II tienden a causar menos morbilidad que los de grado III y IV, que pueden llevar a complicaciones severas (36). Aproximadamente el 8% de las mujeres que sufren desgarros de grado III y IV presentan encopresis, y el 45% experimenta pérdida involuntaria de flatos (37).

- **Prevención**

La prevención de los desgarros perineales incluye el masaje perineal, aplicación de compresas calientes en la zona y la realización de una adecuada maniobra de protección del periné durante la segunda etapa del trabajo de parto (maniobra de Ritgen modificada), especialmente en el momento de la salida de la cabeza y los hombros del feto (10).

La realización de episiotomía de forma rutinaria no está recomendada, ya que dependerá del tipo de técnica utilizada y de la experiencia del personal de salud que la ejecute: el riesgo de desgarro perineal severo disminuye por cada 6° que el ángulo de corte se aleje de la línea media (11). Así mismo, el riesgo de presentar desgarros perineales es mayor en primíparas, quienes experimentan estos desgarros con más frecuencia, particularmente cuando no se realiza una episiotomía adecuada o esta es insuficiente para facilitar la salida del feto (38). Además, las gestantes con cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, partos precipitados, macrosomía fetal (peso del feto mayor a 4000 g), anomalías congénitas y rigidez de los tejidos tienen un mayor riesgo de sufrir desgarros perineales (38). Factores adicionales como malnutrición materna, infecciones, pelvis estrechas y posiciones fetales desfavorables también pueden incrementar el riesgo, a pesar de la experiencia del personal que atiende el parto (38).

2.2.2. Factores asociados en desgarros perineales

- **Factores Maternos**

- **Edad de la madre**

La edad materna se refiere a la cantidad de años que ha vivido la mujer embarazada hasta el momento en el que inicia la gestación. Dentro del campo de Gineco-Obstetricia, esta se clasifica en tres categorías principales:

- ❖ **Adolescente:** Gestante menor de 19 años. Son consideradas gestaciones de alto riesgo obstétrico, ya que, al no haber completado el desarrollo anatómico y fisiológico, existe a un mayor riesgo de complicaciones en el binomio madre-niño: toxemia del embarazo, desproporción cefalopélvica, hemorragia postparto,

neonatos prematuros o con bajo peso al nacer, etc. Así mismo, se ha evidenciado que este grupo etario tiende a experimentar mayor probabilidad de desgarros cervicales (12).

- ❖ **Adulta joven:** Gestante cuya edad está en el rango entre los 20 y 35 años. Esta es la edad óptima para llevar una gestación, ya que presenta menos complicaciones en comparación con las otras categorías. No obstante, estudios han revelado que es el rubro que tiene la mayor incidencia de desgarros, lo cual podría explicarse por el hecho de que una mayor proporción de las mujeres embarazadas en estos estudios pertenece a este grupo etario (39).
- ❖ **Adulta avanzada:** Gestante mayor de 35 años. Este grupo también es clasificado como gestación de alto riesgo, asociándose también a complicaciones o patologías tales como: diabetes mellitus gestacional, estados hipertensivos, malformaciones congénitas, problemas placentarios, etc (40).

➤ **Paridad**

La paridad se refiere a la cantidad de partos que ha tenido una mujer durante sus años de vida fértil. Se puede clasificar de la siguiente manera:

- ❖ **Nulípara:** Mujer que nunca ha dado a luz a un producto de al menos 20 semanas de edad gestacional, independientemente si este haya nacido vivo o muerto (39).
- ❖ **Primípara:** Mujer que solo ha dado a luz a un producto con las mismas condiciones descritas anteriormente (39).
- ❖ **Múltipara:** Mujer que ha dado a luz a dos o más productos cumpliendo los requisitos mencionados (39).

La elasticidad de los tejidos perineales cambia según la paridad, mostrando diferencias entre primíparas y múltiparas. Aunque generalmente se cree que las primíparas tienen un mayor riesgo de desgarros perineales, algunas investigaciones demuestran que las múltiparas experimentan con mayor frecuencia este tipo de lesiones debido a los cambios en la elasticidad del periné (15).

- **Factores Obstétricos**

- **Atención prenatal reenforcada**

El control prenatal se define como la evaluación integral brindada en todo establecimiento de salud (según sea su nivel de complejidad) que debe realizarse en cada mujer embarazada, idealmente antes de las 14 semanas de edad gestacional, de manera que se pueda brindar un paquete básico de intervenciones para mantener vigilado el estado de salud del binomio madre-niño (41,42).

Sus objetivos primordiales son:

- ❖ Estimar la edad gestacional (41).
- ❖ Iniciar un plan para una continua atención obstétrica (41).
- ❖ Detectar oportunamente signos de alarma o factores de riesgo (41).
- ❖ Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal (41).
- ❖ Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto (41).
- ❖ Promover y preparar para la lactancia materna, entre otros (41).

Según con el American College of Obstetricians and Gynecologists (43), las atenciones prenatales deben realizarse en intervalos de 4 semanas hasta las 28 semanas de gestación, luego cada 2 semanas hasta la semana 36 y posteriormente semanalmente hasta el parto. La OMS (41) recomienda al menos ocho controles prenatales para gestantes de bajo riesgo, mientras que el Ministerio de Salud (44) sugiere un mínimo de 6 atenciones para garantizar un embarazo saludable. Las gestantes sin control prenatal adecuado se consideran de alto riesgo y tienen mayor probabilidad de complicaciones, incluyendo desgarros perineales.

- **Tiempo expulsivo**

El tiempo expulsivo se define como el periodo transcurrido y medido en minutos en la que ocurren una serie de cambios provocados por las contracciones uterinas. Este inicia con la dilatación y borramiento completo del cuello uterino, continúa

con la apertura gradual y ovoide del anillo vulvovaginal y culmina con la expulsión total del producto (45).

Este puede se clasifica de la siguiente manera (45):

- ❖ **Normal:** Tiempo menor a 60 minutos.
- ❖ **Prolongado:** Tiempo que supera los 60 minutos. Cuando esto ocurre, la presión ejercida puede causar el adelgazamiento y laceración espontánea del perineo (35).

➤ **Episiotomía**

La episiotomía es una incisión intencionada en el periné femenino, realizada durante el periodo expulsivo del parto con el propósito de facilitar la salida del producto y preservar la integridad del suelo pélvico. Si esta es realizada precozmente provoca sangrado moderado antes del parto; si es tardía, no evita las lesiones perineales severas (46).

Existen dos tipos principales de episiotomía:

- ❖ **Episiotomía de línea media:** Aquella que se realiza desde la horquilla perineal en dirección al ano, siguiendo la línea central. Tiene el beneficio de facilitar una mejor técnica de episiorrafia y de presentar una más rápida cicatrización; sin embargo, tiene un mayor riesgo de ampliación y daño del esfínter anal, por lo que su práctica está restringida (46).
- ❖ **Episiotomía mediolateral:** Aquella que se realiza desde la horquilla en un ángulo de 60 grados desde la línea media. Esta es la más usada por ser la más segura, ya que no conlleva el riesgo de ampliación de la hendidura; no obstante, la reparación quirúrgica y recuperación se dificulta, en comparación con la episiotomía de línea media (46).

➤ **Alumbramiento activo**

El manejo activo de alumbramiento o tercera etapa del parto implica la administración profiláctica y precoz de fármacos uterotónicos, como oxitocina, misoprostol, carboprost y/o ergots; asociada a la tracción controlada del cordón umbilical (47). El fin de esta técnica es acortar el periodo de expulsión de la placenta y sus membranas anexas, para así reducir el riesgo de hemorragia postparto y tener mejores resultados maternos (47).

- **Factores Neonatales**

- **Sexo del neonato**

El sexo del recién nacido se define como el conjunto de características biológicas, fisiológicas y anatómicas que permite clasificar al nuevo ser humano como femenino o masculino (48).

Este es considerado como un factor asociado a la incidencia de desgarros perineales: los estudios han demostrado que los neonatos varones tienen una mayor probabilidad de provocar traumatismos en el periné en comparación con las mujeres (49). Esta diferencia puede estar relacionada con las diferencias en el tamaño y la forma de la cabeza del feto, así como con las características del trabajo de parto en general (49).

- **Peso del neonato**

El peso del recién nacido es una medida antropométrica que refleja la masa corporal total del neonato, incluyendo masa muscular, tejido adiposo y fluidos intra y extracelulares (50).

La medición precisa del peso al nacer es fundamental, por lo que se realiza generalmente con básculas electrónicas calibradas adecuadamente, para así poder clasificarlos en:

- ❖ **Extremadamente bajo peso:** <1000 g (51)
- ❖ **Muy bajo peso:** 1000-1500 g (51)
- ❖ **Bajo peso:** 1500-2500 g (51)
- ❖ **Peso adecuado:** 2500-4000 g (51)
- ❖ **Macrosómico:** >4000 g (51). Este último asociado a la finalización de la gestación por cesárea debido a las dificultades en el parto vaginal, como hemorragias o desgarros en el canal del parto (52).

- **Perímetro cefálico**

El perímetro cefálico es un indicador importante del desarrollo neurológico del neonato, basado en la evaluación indirecta de la masa cerebral (53).

La medición precisa se realiza mediante una cinta métrica que se coloca alrededor del cráneo del paciente, asegurándose de pasar por los puntos craneométricos del occipucio y glabella,

de modo que se mida el perímetro máximo de la cabeza del recién nacido (54).

El perímetro cefálico se clasifica en percentiles, según la edad gestacional y el sexo del recién nacido:

- ❖ **Perímetro cefálico normal:** Medida que se encuentra entre el percentil 10 y percentil 90 (55).
- ❖ **Perímetro cefálico alto:** Medida que supera el percentil 90 (55).

Las anomalías en el perímetro cefálico, como la microcefalia (perímetro cefálico menor o igual a 2 desviaciones estándar por debajo de la media) y la macrocefalia (perímetro cefálico mayor a 2 desviaciones estándar por encima de la media), pueden estar asociadas con complicaciones obstétricas y del desarrollo (56).

2.3. Definición de conceptos operacionales

- **Severidad de desgarro perineal**
Ruptura traumática de los tejidos blandos que se encuentran entre la vulva y el ano, los cuales, por su grado de severidad, pueden afectar capas superficiales, como la piel perineal, o incluso llegar a lacerar capas más profundas, como el esfínter anal externo y/o interno (7).
- **Edad de la madre**
Cantidad de años de vida transcurridos para la mujer embarazada, desde su nacimiento hasta el día en que da a luz (39).
- **Paridad**
Cantidad de partos previos o número de productos nacidos vivos o muertos con edad gestacional ≥ 20 semanas o peso al nacer ≥ 500 g (39).
- **Número de controles prenatales**
Conjunto de consultas e intervenciones planificadas por el personal de salud y la mujer embarazada, con el propósito de monitorear el progreso de la gestación y reducir los posibles riesgos asociados (41).
- **Periodo expulsivo prolongado**
Condición que sucede cuando el intervalo de tiempo transcurrido desde que el cuello uterino alcanza su dilatación completa (10cm) hasta que

el feto es expulsado es ≥ 90 min en nulíparas o ≥ 60 min en múltiparas (45).

- **Episiotomía**
Corte realizado en el área del periné femenino durante la coronación del feto para ampliar la medida del canal vaginal y facilitar la salida del neonato (46).
- **Alumbramiento activo**
Maniobra obstétrica realizada cuando se produjo la salida del hombro anterior del neonato, en la que se administran fármacos oxicíticos para facilitar la expulsión de la placenta y sus anexos (47).
- **Sexo del neonato**
Característica biológica y fisiológica del recién nacido, ya sea masculino o femenino (48).
- **Peso del neonato**
Medida de la masa, expresada en gramos, que tiene un recién nacido y la cual se puede calcular al colocar a este sobre una balanza pediátrica adecuadamente calibrada (50).
- **Perímetro cefálico**
Medida del contorno máximo del cráneo del recién nacido, expresado en centímetros, el cual puede ser calculado con una cinta métrica, tomando como referencia los puntos craneométricos: glabella y occipucio (53).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis General

- **Ha:** Existen factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.
- **Ho:** No existen factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

3.1.2. Hipótesis Específicas

- **Ha1:** Existen factores maternos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.
- **Ho1:** No existen factores maternos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

- **Ha2:** Existen factores obstétricos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.
- **Ho2:** No existen factores obstétricos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

- **Ha3:** Existen factores neonatales asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.
- **Ho3:** No existen factores neonatales asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros

Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

3.2. Variables principales de la investigación

Variables independientes:

- Factores maternos: Edad de la madre, paridad.
- Factores obstétricos: Número de controles prenatales, periodo expulsivo prolongado, episiotomía, alumbramiento activo.
- Factores neonatales: Sexo del neonato, peso del neonato y perímetro cefálico.

Variable dependiente:

- Severidad de desgarro perineal, según la clasificación del RCOG modificada por Sultan (7).

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de la investigación

Estudio de tipo no experimental, analítico, de corte transversal y retrospectivo.

Es no experimental ya que la investigadora no intervino sobre ninguna de las variables de interés, sino que únicamente se observó el curso natural de los fenómenos. Es analítico debido a que, luego de haberse realizado las pruebas estadísticas, se realizan las pruebas de hipótesis con el fin de hallar si existe o no una relación de causa-efecto entre las variables independientes y dependientes. Es transversal puesto que la información recopilada pertenece a un periodo de tiempo corto. Es retrospectivo porque los datos recolectados pertenecen a hechos ocurridos en el pasado (57).

4.2. Población

Gestantes que fueron atendidas en los Centros Maternos Infantiles “Virgen del Carmen”, “San Genaro de Villa” y “Buenos Aires de Villa” de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante los años 2021 - 2022.

4.3. Muestra

La presente tesis utilizó una base de datos secundaria de una investigación similar realizada por Cardenas y Castro (58) en la misma población mencionada anteriormente. Este fue un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, en el que se analizó una muestra total de 990 puérperas, dividida en 330 casos y 660 controles.

4.3.1. Potencia Estadística

Se calculó el poder estadístico para cada contraste de hipótesis de las variables independientes del estudio de referencia mencionado anteriormente, utilizando la herramienta estadística de código abierto OpenEpi - versión 3.01 para estudios de casos y controles no pareados, proporcionada por la escuela de Salud Pública de la Universidad de Emory (59). Se tomó en cuenta un nivel de confianza del 95%.

Para las variables edad materna, paridad, control prenatal, episiotomía y peso del recién nacido, se obtuvo una potencia igual o superior al 80% (Figura 1). Sin embargo, para las variables tiempo de

expulsivo, alumbramiento dirigido, sexo del recién nacido y perímetro cefálico, se obtuvo una potencia inferior al 80% (Figura 2).

1A	potencia para estudios de casos-controles no pareados	1B	potencia para estudios de casos-controles no pareados	1C	potencia para estudios de casos-controles no pareados																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>12.1</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>0.2</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>69</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	12.1	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	0.2	Odds Ratio	69	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>0.4</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>26</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	9.5	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	0.4	Odds Ratio	26	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>23.2</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	38	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	23.2	Odds Ratio	2
Información de entrada																																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																																														
Número de casos	330																																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	12.1																																														
Número de controles	660																																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	0.2																																														
Odds Ratio	69																																														
Información de entrada																																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																																														
Número de casos	330																																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	9.5																																														
Número de controles	660																																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	0.4																																														
Odds Ratio	26																																														
Información de entrada																																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																																														
Número de casos	330																																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	38																																														
Número de controles	660																																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	23.2																																														
Odds Ratio	2																																														
Potencia basada en: Aproximación normal 100% Aproximación normal con corrección de continuidad 100%		Potencia basada en: Aproximación normal 100% Aproximación normal con corrección de continuidad 100%		Potencia basada en: Aproximación normal 99.76% Aproximación normal con corrección de continuidad 99.7%																																											
1D	potencia para estudios de casos-controles no pareados	1E	potencia para estudios de casos-controles no pareados																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>85.5</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>10.3</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>51</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	85.5	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	10.3	Odds Ratio	51	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>5.2</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	4	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	0.8	Odds Ratio	5.2																
Información de entrada																																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																																														
Número de casos	330																																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	85.5																																														
Número de controles	660																																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	10.3																																														
Odds Ratio	51																																														
Información de entrada																																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																																														
Número de casos	330																																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	4																																														
Número de controles	660																																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	0.8																																														
Odds Ratio	5.2																																														
Potencia basada en: Aproximación normal 100% Aproximación normal con corrección de continuidad 100%		Potencia basada en: Aproximación normal 89.36% Aproximación normal con corrección de continuidad 85.03%																																													

FIGURA 1. Potencia estadística de variables $\geq 80\%$. (1A) Edad materna: 100%, (1B) Paridad: 100%, (1C) Control prenatal: 99.7%, (1D) Episiotomía: 100%, (1E) Peso del recién nacido: 85.03%

2A	potencia para estudios de casos-controles no pareados	2B	potencia para estudios de casos-controles no pareados																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>0.79</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	4	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	5	Odds Ratio	0.79	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>14.7</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>14.3</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	14.7	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	14.3	Odds Ratio	1
Información de entrada																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																														
Número de casos	330																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	4																														
Número de controles	660																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	5																														
Odds Ratio	0.79																														
Información de entrada																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																														
Número de casos	330																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	14.7																														
Número de controles	660																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	14.3																														
Odds Ratio	1																														
Potencia basada en: Aproximación normal 9.547% Aproximación normal con corrección de continuidad 6.53%		Potencia basada en: Aproximación normal 2.93% Aproximación normal con corrección de continuidad 1.798%																													
2C	potencia para estudios de casos-controles no pareados	2D	potencia para estudios de casos-controles no pareados																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>46.5</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>51.1</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>0.83</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	46.5	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	51.1	Odds Ratio	0.83	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Información de entrada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervalo de confianza de dos lados(%)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Número de casos</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre los casos (%)</td> <td>25.3</td> </tr> <tr> <td>Número de controles</td> <td>660</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de exposición entre controles (%)</td> <td>25.5</td> </tr> <tr> <td>Odds Ratio</td> <td>0.99</td> </tr> </tbody> </table>		Información de entrada		Intervalo de confianza de dos lados(%)	95	Número de casos	330	Porcentaje de exposición entre los casos (%)	25.3	Número de controles	660	Porcentaje de exposición entre controles (%)	25.5	Odds Ratio	0.99
Información de entrada																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																														
Número de casos	330																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	46.5																														
Número de controles	660																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	51.1																														
Odds Ratio	0.83																														
Información de entrada																															
Intervalo de confianza de dos lados(%)	95																														
Número de casos	330																														
Porcentaje de exposición entre los casos (%)	25.3																														
Número de controles	660																														
Porcentaje de exposición entre controles (%)	25.5																														
Odds Ratio	0.99																														
Potencia basada en: Aproximación normal 27.55% Aproximación normal con corrección de continuidad 25.29%		Potencia basada en: Aproximación normal 1.766% Aproximación normal con corrección de continuidad 1.857%																													

FIGURA 2. Potencia estadística de variables $< 80\%$. (2A) Tiempo expulsivo: 6.53%, (2B) Alumbramiento dirigido: 1.798%, (2C) Sexo del recién nacido: 25.29%, (2D) Perímetro cefálico: 1.857%

4.3.2. Tipo de muestreo

El muestreo que se realizó fue de tipo no probabilístico y por conveniencia, ya que fueron consideradas todas las gestantes ingresadas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.3. Criterios de selección de la muestra

4.3.3.1. Criterios de inclusión

- Gestantes que tuvieron un parto vaginal en los Centros Maternos Infantiles "Virgen del Carmen", "San Genaro de Villa" o "Buenos Aires de Villa" en la RIS Surco-Barranco-Chorrillos durante los años 2021 - 2022.
- Gestantes de edad mayor o igual a 18 años.
- Gestantes con embarazo único
- Gestantes con registro completo de la atención de parto.

4.3.3.2. Criterios de exclusión

- Gestantes ingresadas para inducción de parto por emergencia.
- Gestantes con partos distócicos.
- Gestantes con partos domiciliarios.
- Gestantes referidas a establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive.

4.4. Operacionalización de variables

Tipo	Nombre de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
DEPENDIE NTE	Severidad del desgarro perineal	Ruptura traumática de los tejidos blandos	Grado de desgarro perineal, según	Cualitativa Tricotómica	Ordinal	Tipo de desgarro	Sin desgarro (ausencia de desgarro perineal)

			que se encuentran entre la vulva y el ano, los cuales, por su severidad, pueden afectar capas superficiales o más profundas.	registro en la base de datos primaria.				Leve (desgarro perineal de grado I)
								Moderado-Severo (desgarro perineal de grado II, III y IV)
INDEPENDIENTE	Factores Maternos	Edad de la madre	Cantidad de años de vida transcurridos para la mujer embarazada.	Edad de la madre según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Discontinua	De Razón	Edad en años	Adolescente (≤ 18 años)
								Adulta joven (19 – 34 años)
								Adulta avanzada (≥ 35 años)
		Paridad	Cantidad de partos previos o número de productos nacidos vivos o muertos con	Antecedente obstétrico del número de partos de la madre según registro en la	Cuantitativa Discontinua	De Razón	Número de partos previos	Nuliparidad (0 partos)
Primiparidad (1 parto)								

			edad gestacional ≥ 20 semanas o peso $\geq 500g$.	base de datos primaria.				Multiparidad (≥ 2 partos)
Factores Obstétricos	Número de controles prenatales	Conjunto de consultas planificadas por el personal de salud y la mujer embarazada.	Número de controles prenatales según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Discontinua	De Razón	Número de controles prenatales	Adecuado (≥ 6 atenciones)	
							Inadecuado (< 6 atenciones)	
	Periodo expulsivo prolongado	Condición en la que el intervalo de tiempo transcurrido entre la dilatación completa del cuello uterino y la expulsión del feto es excesivo.	Número de minutos que duró el tiempo expulsivo según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Continua	De Razón	Tiempo en minutos	No prolongado (Nulípara: $< 90min$, Multíparas: $< 60min$)	
							Prolongado (Nulípara: $\geq 90min$, Multíparas: $\geq 60min$)	

		Episiotomía	Corte realizado en el área del periné femenino para ampliar la medida del canal vaginal y facilitar la salida del neonato.	Presencia o ausencia de episiotomía según registro en la base de datos primaria.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Presencia de episiotomía	Sí
		Alumbramiento activo	Maniobra obstétrica en la que se administran fármacos oxitócicos para facilitar la expulsión de la placenta y sus anexos.	Presencia o ausencia del uso de oxitocina para el alumbramiento según registro en la base de datos primaria.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Uso de oxitocina para alumbramiento activo	Sí
	Factores Neonatales	Sexo del neonato		Sexo del neonato según	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sexo del neonato	Femenino

			Característica biológica del recién nacido.	registro en la base de datos primaria.				Masculino
		Peso del neonato	Medida de la masa, que tiene un recién nacido al nacer.	Peso del neonato según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Continua	De Razón	Peso en gramos	Bajo peso (≤ 2500 g)
								Normosómico (2501 – 3999 g)
								Macrosómico (≥ 4000 g)
		Perímetro cefálico	Medida del contorno máximo del cráneo del recién nacido, tomando como referencia los puntos craneométricos: glabella y occipucio.	Perímetro cefálico según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Continua	De Razón	Perímetro en centímetros	PC bajo ($< p10$)
								PC normal ($p10 - p90$)
								PC alto ($> p90$)

4.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos

El proceso de recolección de datos de la investigación de referencia consistió en extraer la información del Libro de Registros de Atención de Partos de cada uno de los tres establecimientos de salud descritos. Los datos clínicos asociados a las variables de interés fueron registrados en una Ficha de Recolección de Datos creada para ese propósito por las investigadoras. Posteriormente, una base de datos primaria fue creada en el programa Microsoft Excel - versión 2019. Para el presente estudio, se exportó dicha data a la plataforma estadística Stata - versión 18.0 para Windows, para su procesamiento.

4.6. Técnica de procesamiento de datos y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizaron dos enfoques: descriptivo e inferencial. Para la estadística descriptiva, las variables categóricas fueron analizadas en tablas de frecuencias absolutas y relativas; mientras que, para el análisis de las variables numéricas, se utilizaron medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico).

Para la estadística inferencial se realizó un análisis bivariado y multivariado, los cuales fueron presentados en tablas de contingencia. En cuanto al análisis bivariado, se aplicó la prueba de chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables categóricas, considerándose como valor de p estadísticamente significativo cuando este es menor o igual a 0.05. Finalmente, en el análisis multivariado, se llevó a cabo un análisis de regresión logística ordinal debido a que el desenlace es una variable ordinal con tres categorías. Se calcularon los odds ratio crudos y ajustados, acompañados de sus respectivos intervalos de confianza del 95% y el valor de p para cada uno de ellos, cuyo valor significativo para el análisis fue menor o igual a 0.05.

Durante el procesamiento de los datos, se decidió no incluir a la variable “periodo expulsivo prolongado” debido a que la cantidad de datos obtenidos no era representativa, pudiendo mostrar intervalos de confianza amplios, con resultados poco confiables. Por otro lado, se observó la pérdida de datos de las variables “paridad”, “episiotomía” y “sexo del neonato”; no obstante, no es de gran relevancia porque la diferencia fue menor al 0.01%.

4.7. Aspectos éticos de la investigación

La investigación de la cual se extrae la base de datos cuenta con la Autorización de Proyecto de Investigación (Constancia N°005-2024 - Expediente N°23-080363-001) emitida por la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, luego de que el Comité de Ética en Investigación de la entidad

mencionada haya garantizado el cumplimiento de los principios de autonomía y no maleficencia de las participantes. De este modo, con el permiso pertinente, las investigadoras pudieron acceder a las historias clínicas de las pacientes para resguardar la información relevante en fichas de recolección y base de datos debidamente codificadas, con el fin de asegurar la protección de la identidad de las gestantes y neonatos incluidos en el estudio.

De igual manera, el proyecto de investigación de la presente tesis también fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma (Código PG 122-2024). No se incurre en el delito de plagio y usurpación de derechos autorales y conexos debido a que se solicitó a las investigadoras el permiso correspondiente para hacer uso de la base de datos del estudio de su autoría, las cuales accedieron firmando una autorización simple que se encuentra adjunta en el Anexo 7 del presente estudio; así mismo, la investigación de referencia se encuentra debidamente citada en la bibliografía, en la que se puede encontrar el link de acceso al estudio en mención. La información recopilada fue utilizada exclusivamente con fines académicos, adhiriéndose estrictamente a los principios bioéticos y cumpliendo con los estándares de investigación científica requeridos por los comités mencionados anteriormente.

4.8. Limitaciones de la investigación

La principal limitación de la investigación de referencia yace en que la información recopilada procede de una fuente manuscrita no digitalizada, el Libro de Registros de Atención de Partos, por lo que la recolección de datos se vio limitada por la legibilidad de la escritura.

En lo que respecta a las variables independientes: se observa que la información obtenida para episiotomía, alumbramiento activo, sexo, peso y perímetro cefálico del neonato, dependerán de que el personal de salud a cargo de la atención del parto y de la atención inmediata del recién nacido complete adecuadamente estos datos en la fuente mencionada, por lo que puede incurrirse en sesgo de información. Así mismo, la data obtenida para paridad y número de controles prenatales, dependerán del registro hallado en la historia clínica antigua de la paciente, siempre y cuando esta se haya atendido en el Centro Materno Infantil donde se realiza el parto; si ese no es el caso, la información provendrá del autoreporte de la gestante, por lo que la investigación se hace susceptible de incurrir en sesgo de memoria.

En lo relacionado a la variable dependiente, es importante señalar que existe un reducido número de casos de desgarramiento perineal severo y/o lesión del esfínter anal, ya que, al tratarse de establecimientos del primer nivel de atención, estos

suelen derivar las complicaciones del parto a entidades prestadoras de salud de mayor capacidad resolutive.

La presente investigación se enfrenta a la limitación de un probable sesgo de información, puesto que, al ser una base de datos secundaria, no se tiene el control sobre el adecuado ingreso de la data en la fuente primaria, ya que este depende de las investigadoras del estudio mencionado.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados

TABLA 1. Características generales de las gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022

Variables	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
CMI (n=1192)		
Virgen del Carmen	538	45.1
San Genaro de Villa	343	28.8
Buenos Aires de Villa	311	26.1
Edad de la madre (n=1192)		
Adolescente (<19)	66	5.5
Adulta joven (19-35)	995	83.7
Avanzada (>35)	131	10.8
Paridad (n=1190)		
Nulípara (0)	158	13.3
Primípara (1)	340	28.6
Múltipara (≥2)	692	58.1
Número de controles prenatales (n=1192)		
Adecuado (≥6)	699	58.7
Inadecuado (<6)	493	41.3
Episiotomía (n=1191)		
Sí	699	58.6
No	493	41.4
Alumbramiento activo (n=1192)		
Sí	978	82.1
No	214	17.9
Sexo del neonato (n=1192)		
Femenino	613	51.4
Masculino	579	48.6
Peso del neonato (n=1191)		
Bajo (≤2500)	19	1.6
Normal (2501-3999)	1120	94.0
Macro (≥4000)	52	4.4
Perímetro cefálico (n=1192)		
PC bajo (<p10)	73	6.1
PC normal (p10-p90)	1081	90.7
PC alto (>p90)	38	3.2
Desgarro perineal		
Sin desgarro	697	58.4
Grado I	338	28.4
Grado II	153	12.8
Grado III	2	0.2
Grado IV	2	0.2

PC: Perímetro cefálico.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 1 se muestra un resumen de las variables categóricas del presente estudio. Durante el periodo establecido, se obtuvo un total de 1192 partos, de los cuales 697 (58.4%) no presentaron desgarro perineal, 338 (28.4%) tuvieron un desgarro leve (grado I) y 157 (13.2%) tuvieron un desgarro moderado-severo: 153 (12.8%) con grado II, 2 (0.2%) con grado III y 2 (0.2%) con grado IV. De todas las gestantes incluidas en el estudio, 538 (45.1%) tuvieron su parto en el Centro Materno Infantil “Virgen del Carmen”; 343 (28.8%), en “San Genaro de Villa) y 311 (26.1%), en “Buenos Aires de Villa”.

Con respecto a la edad de la madre, la gran mayoría de gestantes tenían entre 19-35 años, representadas por un total de 995 pacientes (83.7%); mientras que 131 (10.8%) eran adultas avanzadas con más de 35 años y 66 (5.5%) eran madres adolescentes menores de 19 años. En lo que se refiere a paridad, el mayor porcentaje pertenece al grupo de múltiparas, con un total de 692 (58.1%); seguidas por el grupo de primíparas, con 340 representantes (28.6%) y finalmente, el grupo de nulíparas con un número de 158 (13.3%).

Con relación a la cantidad de atenciones prenatales, 699 (58.7%) tuvieron un control adecuado con 6 visitas o más; mientras que 493 (41.4%) gestantes no tuvieron los suficientes controles, proporción que coincide, respectivamente, con los partos en los que sí se realizó la episiotomía versus en los que no se llevó a cabo esta técnica. La práctica del alumbramiento activo estuvo presente en 978 (82.1%) y, tan solo en 214 (17.9%) no se aplicaron los fármacos uterotónicos durante la tercera etapa del parto.

El sexo del recién nacido más frecuente fue el femenino, con 613 (51.4%); en tanto que los neonatos masculinos fueron 579 (48.6%). Con respecto al peso al nacer, 1120 (94.0%) bebés tuvieron un peso entre los 2501-3999g, 52 (4.4%) fueron macrosómicos pesando más de 4000g y apenas 19 (1.6%) tuvieron un bajo peso por debajo de los 2500g. Así mismo, se observó que los recién nacidos con perímetro cefálico normal fueron 1081 (90.7%), los que tuvieron esta medida por debajo del percentil 10 fueron 73 (6.1%) y por encima del percentil 90 fueron 38 (3.2%).

TABLA 2. Análisis Bivariado de los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022

Variables	Severidad de desgarro perineal			Total	Valor de p
	No N=697 n (%)	Leve N=338 n (%)	Mod-sev N=157 n (%)		
Edad de la madre (n=1192)					0.906
Adolescente (<19)	41 (62.1)	16 (24.2)	9 (13.7)	66	
Adulta joven (19-35)	577 (57.9)	285 (28.6)	133 (13.5)	995	
Avanzada (>35)	79 (60.3)	37 (28.2)	15 (11.5)	131	
Paridad (n=1190)					0.001
Nulípara (0)	99 (62.7)	36 (22.8)	23 (14.5)	158	
Primípara (1)	208 (61.2)	75 (22.1)	57 (16.7)	340	
Múltipara (≥2)	389 (56.2)	226 (32.7)	77 (11.1)	692	
Número de controles prenatales (n=1192)					0.209
Adecuado (≥6)	409 (58.5)	189 (27.0)	101 (14.5)	699	
Inadecuado (<6)	288 (58.4)	149 (30.2)	56 (11.4)	493	
Episiotomía (n=1191)					<0.001
Sí	370 (75.7)	78 (15.9)	41 (8.4)	489	
No	327 (46.6)	260 (37.0)	115 (16.4)	702	
Alumbramiento activo (n=1192)					<u>0.071</u>
Sí	563 (57.6)	276 (28.2)	139 (14.2)	978	
No	134 (62.6)	62 (28.9)	18 (8.5)	214	
Sexo del neonato (n=1192)					0.463
Femenino	348 (56.8)	180 (29.4)	85 (13.8)	613	
Masculino	349 (60.3)	158 (27.3)	72 (12.4)	579	
Peso del neonato (n=1191)					0.398
Bajo (≤2500)	9 (47.4)	5 (26.3)	5 (26.3)	19	
Normal (2501-3999)	654 (58.4)	319 (28.5)	147 (13.1)	1120	
Macro (≥4000)	34 (65.4)	13 (25.0)	5 (9.6)	52	
Perímetro cefálico (n=1192)					0.968
PC bajo (<p10)	40 (54.8)	22 (30.1)	11 (15.1)	73	
PC normal (p10-p90)	634 (58.6)	306 (28.3)	141 (13.1)	1081	
PC alto (>p90)	23 (60.5)	10 (26.3)	5 (13.2)	38	

PC: Perímetro cefálico.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2 se evidencia la relación de prevalencia existente entre los factores mencionados y la severidad del desgarro perineal. En lo que se refiere a los factores maternos, se puede observar que la variable “paridad” muestra una asociación significativa con un valor de $p = 0.001$, siendo las mujeres nulíparas y primíparas quienes presentan desgarros moderados-severos con mayor frecuencia (14.5% y 16.7%, respectivamente) en comparación con las múltiparas (11.1%).

Por otro lado, con respecto a los factores obstétricos, la única variable que está significativamente asociada con una mayor severidad del desgarro es la “episiotomía”, con un valor de $p < 0.001$, indicando que la ausencia de la misma está asociada a una mayor frecuencia de que ocurra el outcome (16.4%) comparado con su presencia durante el parto (8.4%). Así mismo, es importante mencionar que otro factor relevante evidenciado en el análisis bivariado es la variable “alumbramiento activo”, que, a pesar de que el valor p excede el nivel de significancia estadística, este se encuentra muy cercano al mismo ($p = 0.071$), por lo que se interpreta que aquellas mujeres en las que no se utilizaron oxitócicos durante la tercera etapa del parto tuvieron una menor frecuencia de laceraciones perineales graves (8.5%).

Por último, dentro de los factores neonatales, ninguna variable independiente mostró asociación significativa con la dependiente.

TABLA 3. Análisis Multivariado Ordinal de los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022

Variable	Severidad de desgarro perineal			
	No / Leve / Moderado-severo			
	OR (IC95%)	Valor de p	ORa (IC95%)	Valor de p
Edad de la madre				
Adolescente (<19)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Adulta joven (19-35)	1.15 (0.69-1.90)	0.588	0.81 (0.47-1.39)	0.443
Avanzada (>35)	1.03 (0.57-1.87)	0.922	0.58 (0.30-1.10)	<u>0.097</u>
Paridad				
Nulípara (0)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primípara (1)	1.09 (0.75-1.60)	0.647	0.87 (0.58-1.30)	0.489
Múltipara (≥ 2)	1.18 (0.83-1.67)	0.351	0.70 (0.47-1.03)	<u>0.073</u>
Número de controles prenatales				
Adecuado (≥ 6)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Inadecuado (<6)	0.95 (0.76-1.20)	0.688	0.88 (0.69-1.11)	0.270
Episiotomía				
Sí	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
No	3.33 (2.59-4.27)	<0.001	4.01 (3.04-5.30)	<0.001
Alumbramiento Activo				
Sí	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
No	0.77 (0.57-1.03)	0.080	0.73 (0.53-0.99)	0.044
Sexo del neonato				

Femenino	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Masculino	0.87 (0.69-1.09)	0.217	0.91 (0.72-1.15)	0.431
Peso del neonato				
Bajo (≤ 2500)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Normal (2501-3999)	0.56 (0.23-1.33)	0.188	0.57 (0.23-1.40)	0.223
Macro (≥ 4000)	0.41 (0.15-1.15)	0.091	0.39 (0.14-1.14)	0.085
Perímetro cefálico				
PC bajo ($< p10$)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
PC normal ($p10$ - $p90$)	0.85 (0.54-1.35)	0.496	1.01 (0.63-1.63)	0.957
PC alto ($> p90$)	0.80 (0.37-1.74)	0.574	0.92 (0.40-2.08)	0.835

OR: Odds Ratio. ORa: Odds Ratio ajustado. IC: Intervalo de confianza. PC: Perímetro cefálico.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3 se evidencia el análisis multivariado. Con respecto a los factores obstétricos, dentro de la variable “episiotomía”, se establece que la ausencia de esta se asocia significativamente con una mayor probabilidad de tener un desgarro perineal de mayor severidad en comparación con la realización de esta práctica, tanto en el análisis crudo como en el ajustado, presentando un ORa de 4.01 (IC95%: 3.04-5.30, valor de $p < 0.001$). De igual modo, se identifica como un factor significativo a la variable “alumbramiento activo”, en la que la falta del mismo indica una menor probabilidad de desarrollar trauma perineal severo, con un ORa de 0.73 (IC95%: 0.53-0.99, valor de $p = 0.044$).

Por otra parte, dentro de los factores maternos, se podría interpretar que existen otros dos componentes relevantes, que, aunque el valor de p no resulta estadísticamente significativo para ninguno de ellos, debido a su cercanía, podríamos sugerir una disminución del outcome. Es así, que con relación a la variable “edad materna”, la categoría de edad avanzada (> 35 años), con un ORa de 0.58 (IC95%: 0.30-1.10, valor de $p = 0.097$); y lo relacionado a la variable “paridad”, la categoría de múltipara (≥ 2 partos), con un ORa de 0.70 (IC95%: 0.47-1.03, valor de $p = 0.073$), se podrían ver asociados a una disminución en la severidad del desgarro perineal, comparado con la categoría de referencia (edad adolescente y múltipara, respectivamente).

5.2. Discusión

En la presente investigación se obtuvo que, en la población de gestantes atendidas en los tres Centros Maternos Infantiles descritos durante el periodo 2021-2022, la frecuencia de desgarro perineal fue de 41.6%: de grado I fue de 28.4%; de grado II, 12.8%; de grado III, 0.2% y de grado IV, 0.2%. Estos resultados son semejantes a los hallados por Carmenes y Zapata (60), en su estudio realizado en el Hospital II-1 Nuestra Señora de las Mercedes de Paita-Piura, precisamente en el mismo periodo de tiempo

que el presente estudio, donde se evidenció que el 94.8% de las pacientes tuvieron desgarro perineal de grado I, el 3.9% de grado II y el 1.3% de grado IIIa, sin encontrarse casos más severos. De la misma manera, si el presente estudio se enfoca sólo en las lesiones de grado II en adelante, se tuvo un total de 157 participantes, de las cuales 153 (97.4%) tuvieron desgarro moderado y únicamente 4 (2.6%) tuvieron desgarro severo. Estos datos contrastan con los encontrados por Woog *et al.* (8) donde se observó que el 53.4% presentó desgarro perineal moderado y 46.5%, desgarro perineal severo. Como se evidencia en los estudios con los que se hace la comparación, la frecuencia de los traumatismos vulvoperineales es inversamente proporcional a la severidad de los mismos; es decir, mientras más severo sea el desgarro, existirá un menor número de casos de estos.

Por otro lado, en la presente tesis también se indagó el grado de asociación entre el outcome, la severidad del desgarro perineal, y ocho factores de exposición, los cuales fueron divididos, bajo fines didácticos, en tres categorías: dos maternos, tres obstétricos y tres neonatales. Se realizó el análisis de cada factor con la variable dependiente, tanto de forma individual como global.

En primera instancia, en lo que respecta a los factores obstétricos, se halló que dos categorías tenían asociación estadísticamente significativa, estas fueron: la ausencia de episiotomía, como factor que aumenta 4 veces la severidad del desgarro perineal con respecto a la presencia de esta práctica durante los partos vaginales (ORa = 4.01, IC95%: 3.04-5.30, $p < 0.001$); y la ausencia de alumbramiento activo, como factor que disminuye 0.27 veces la severidad del desenlace en comparación con el grupo que sí utiliza uterotónicos en la tercera etapa del parto (ORa = 0.73. IC95%: 0.53-0.99, $p = 0.044$).

En lo relacionado a la variable “episiotomía”, los resultados son similares a los encontrados por Domenighi *et al.* (24), quien demuestra que, tanto en el análisis crudo como ajustado, el no realizarla supone un aumento del riesgo de 44 veces más de sufrir un traumatismo del periné de mayor grado (ORa = 44.28, IC95%: 17.33-113.19, $p < 0.001$). Así mismo, también se concuerda con el estudio de Laurita Longo *et al.* (22), quien indica que, en ambos análisis (crudo y ajustado), la práctica de la episiotomía disminuye la severidad del desgarro en 0.8 veces (ORa = 0.20, IC95%: 0.11-0.36, $p < 0.001$). Sin embargo, también existen investigaciones que contrastan con la presente tesis, como son los casos de Barca *et al.* (23), Bustamante (21) y Gonzales Morales (27), quienes manifiestan que el hecho de realizar esta práctica condiciona a un aumento de la severidad de laceraciones perineales en una vez (ORa =

1.46, IC95%: 1.01-2.11, $p = 0.045$), 3 veces ($ORa = 2.89$, IC95%: 1.48-5.64, $p = 0.002$) y 4 veces ($ORa = 3.79$, IC95%: 1.27-11.29, $p = 0.020$), respectivamente. La controversia sobre si la episiotomía mediolateral es un factor de riesgo o un factor protector, persiste hasta el día de hoy, por lo que, ante la duda, las guías recomiendan no realizarla de forma rutinaria, sino que debe evaluarse si existen o no otros factores de riesgo para desgarro perineal severo y tomar decisiones en cada caso particular. Estudios han demostrado que el riesgo del desenlace mencionado es inversamente proporcional al ángulo en el que se realiza la episiotomía, de modo que se observó una disminución del 50% de tener un desgarro de tercer grado por cada 6° que el ángulo se alejaba del rafe medio (61). Así mismo, la guía de práctica clínica del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, en su edición 29 (15), menciona que esta variable podría ser considerada como un factor protector, siempre y cuando sea realizada en un ángulo de incisión entre los $40-60^\circ$, ya que el ángulo del corte suele cambiar desde el momento en el que es realizado, durante la coronación de la cabeza fetal hasta la expulsión de la misma, generalmente teniendo como ángulo resultante uno más próximo al rafe medio.

En lo que respecta a la variable “alumbramiento activo”, no se ha hallado literatura que incluya a esta variable dentro de sus investigaciones con relación a laceraciones perineales y/o lesiones obstétricas del esfínter anal, por lo que se sugiere a futuros investigadores incluirla en sus estudios para generar mayor número de antecedentes en distintos contextos. Un ensayo clínico controlado realizado por Arotoma *et al.* (62) en el Centro Obstétrico del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz durante el periodo de agosto a octubre del 2011 demostró que el desgarro perineal es una complicación frecuente del alumbramiento dirigido, presentándose en el 5.2% de parturientas en las que se inyectó oxitocina 10 UI por vía intramuscular para reducir el tiempo de la tercera etapa del parto.

Luego, en relación con los factores maternos, no se hallaron variables con significancia estadística; no obstante, hubieron dos categorías cuyo valor de p fue cercano a 0.05, por lo que se podría interpretar como probables factores asociados al desenlace en la población de estudio, estos fueron: la edad materna avanzada, que posiblemente disminuye 0.42 veces la severidad del desgarro perineal en comparación con las gestantes adolescentes de menos de 19 años ($ORa = 0.58$, IC95%: 0.30-1.10, $p = 0.097$); y la multiparidad, que probablemente disminuye 0.3 veces el riesgo de que la lesión perineal tenga un mayor grado con respecto a las mujeres nulíparas ($ORa = 0.70$, IC95%: 0.47-1.03, $p = 0.073$).

En lo que respecta a la variable “edad materna”, Chill *et al.* (19) coincide con los resultados expuestos, demostrando en el análisis multivariado, que las gestantes añosas se asocian a una disminución en la severidad de las heridas del periné de 0.08 veces (ORa = 0.92, IC95%: 0.89-0.95, $p < 0.001$). La literatura científica siempre ha mencionado que la edad materna avanzada se relaciona con resultados adversos durante la gestación, avalando que el contenido de colágeno del tejido conectivo cambia con el envejecimiento, reduciendo así la elasticidad del perineo. Sin embargo, en un estudio analítico retrospectivo realizado en el departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Nuestra Señora de Lourdes en Irlanda durante un periodo de 10 años (enero 2008 – diciembre 2017) demuestra que la tasa de lesión obstétrica del esfínter anal fue menor en mujeres añosas (1.3% - 72/5725) que en las que son menores de 35 años (1.9% - 357/18434), permaneciendo dicho efecto protector aun después del análisis de regresión múltiple ajustado por factores de confusión (ORa = 0.68, IC95%: 0.5-0.92, $p = 0.013$) (63). Teniendo en cuenta que la población reproductiva está envejeciendo se hace necesario enfocarse en analizar cómo afecta la edad avanzada de la madre en las lesiones del esfínter anal en las futuras investigaciones.

Con relación a la variable “paridad”, Chill *et al.* (19) también respalda el resultado obtenido con relación a la variable “paridad”, exponiendo que las mujeres multíparas tienen 0.5 veces menor riesgo de padecer de este tipo de traumatismo en el canal del parto (ORa = 0.50, IC95%: 0.31-0.81, $p = 0.005$). Así mismo, Laurita Longo *et al.* (22) obtiene en su investigación un resultado muy similar al de la presente tesis, hallando en el análisis crudo, que la multiparidad se asocia a una reducción de 0.49 veces de presentar el outcome (OR = 0.51, IC95%: 0.31-0.85, $p = 0.050$); sin embargo, tras efectuar el análisis ajustado, el valor de p pierde significancia estadística (ORa = 0.42, IC95%: 0.11-1.58, $p = 0.198$). Esto es explicado debido a que la elasticidad del periné se modifica en razón a las frecuencias de los partos, de modo que las nulíparas tienen este tejido poco elástico a diferencia de las multíparas (49,64).

Por último, dentro del análisis de los factores neonatales, no se halló ninguna variable con asociación estadísticamente significativa con respecto a la severidad de desgarró perineal. De igual manera, Woog *et al.* (8) tampoco halló factores de riesgo o protectores vinculados al outcome.

Es importante señalar que la posibilidad de comparar estos resultados con otros obtenidos de investigaciones realizadas a nivel nacional estuvo restringida por la falta de antecedentes científicos actualizados sobre la severidad del desgarró perineal en nuestro país.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones de la investigación

6.1.1. Conclusión general

Se concluye, luego de la prueba de hipótesis, que sí existen factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.

6.1.2. Conclusiones específicas

- Se determinaron como factores obstétricos con asociación estadísticamente significativa: la ausencia de episiotomía, como factor de riesgo que aumenta la severidad de las laceraciones perineales en 4 veces; y la ausencia de alumbramiento activo, como factor protector que disminuye 0.27 veces la severidad del desenlace.
- No se determinó asociación con significancia estadística en cuestión de factores maternos ni neonatales, por lo que no se comprueba si la edad materna, la paridad, el control prenatal, sexo, peso y perímetro del recién nacido aumentan o disminuyen la severidad del traumatismo del periné.

6.1.3. Conclusiones secundarias

Se identificó que la frecuencia de desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022, fue de 41.53%, de los cuales, el 28.36% fueron de grado I, el 12.84% de grado II, el 0.17% de grado III y el 0.17% de grado IV.

6.2. Recomendaciones

- Se recomienda al profesional de la salud que atiende el parto, el tomar en cuenta la presencia o ausencia de otros factores asociados a la laceración del periné y/o lesión obstétrica del esfínter anal, antes de decidir realizar la episiotomía, ya que las guías no recomiendan su uso rutinario. En caso se decida por ejecutar dicha técnica, realizar la incisión entre los 40-60° en relación con la línea media del periné

femenino, según lo indicado por las guías de práctica clínica. Debe registrarse todo de forma detallada en la historia clínica de cada paciente.

- Se recomienda que, en investigaciones venideras relacionadas al traumatismo perineal, puedan incluirse variables novedosas como “alumbramiento activo” y otras que no figuren en antecedentes científicos, de manera que se enriquezca la bibliografía y poder hacer comparaciones con estudios en contextos similares.
- Se sugiere a los futuros investigadores, el realizar estudios con enfoque en el primer nivel de atención, ya que es en donde se crea el principal vínculo entre gestantes y las entidades prestadoras de salud. De ese modo, al identificarse los factores de riesgo más prevalentes de la población, estos puedan ser tomados en cuenta en el monitoreo prenatal para anticiparse a posibles complicaciones durante el parto y pueda programarse con antelación su referencia a establecimientos con mayor capacidad resolutiva con el fin de disminuir las tasas de morbilidad materno-perinatal.
- Así mismo, se sugiere también el realizar estudios en establecimientos del segundo nivel de atención, ya que al ser hospitales de referencia manejan una mayor prevalencia de casos severos de desgarro perineal, por lo que, con el hallazgo de los factores asociados a dicho desenlace, se pueda retroalimentar tal información a los centros y puestos de salud anexos a su jurisdicción, de manera que el sistema de referencia-contrarreferencia de gestantes sea más fluido y efectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gommesen D, Nohr EA, Drue HC, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;300(1):67–77. doi:10.1007/s00404-019-05165-1. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-019-05165-1>
2. Berzaín Rodríguez MC, Camacho Terceros LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Méd [Internet].* 2014 [citado el 26 de agosto de 2024];17(2):53–57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011
3. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(1–2):35–8. doi:10.31128/AFP-09-17-4333. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29429318/>
4. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ, Castiblanco Montañez RA, *et al.* Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte [Internet].* 2022 [citado el 16 de agosto de 2024];13(1). doi:10.15649/cuidarte.2075. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732022000100009
5. Zambrano V, Vera Quiñonez S, Rodriguez Sotomayor J, Reyes Rueda EY. Hemorragia post parto por desgarro perineal en mujeres primíparas. *Cumbres.* 2019;5(1):125–35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7210411>
6. Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ Clin Evid.* 2015 Mar 10;2015:1401. PMID: 25752310; PMCID: PMC4356152. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752310/>
7. Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *Clinical Risk.* 1999;5(6):193–196. doi:10.1177/135626229900500601. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135626229900500601>
8. Woog Castañón A, Arvizu Armenta JA, González Aldeco PM, Rodríguez Ayala C, Chávez Loranca M de los Á, Juárez Tabares JC. Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo. *Acta méd Grupo Ángeles [Internet].* 2021 Jun [citado el 26 de agosto de 2024];19(2):204–207. doi:10.35366/100443. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000200204
9. Muñoz de la Torre RJ, Mendoza Vilcahuaman J, Jauregui Sueldo JC, Toral Santillán EJ, Villanueva Navarro KY, Quispe Aroni R, *et al.* Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas

- altoandinas. MediSur [Internet]. 2022 [citado el 13 de julio de 2024];20(3):402–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X20220003000402&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Arnold MJ, Sadler K, Leli K. Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *Am Fam Physician*. 2021 Jun 15;103(12):745–752. PMID: 34128615. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128615/>
 11. Folch M, Parés D, Castillo M, Carreras R. Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. *Cir Esp*. 2009;85(6):341–7. doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.001. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-aspectos-practicos-el-manejo-lesiones-S0009739X09000530>
 12. Sánchez-Ávila MT, Galván-Caudillo M, Cantú-Pompa JJ, Vázquez-Romero N, Martínez-López JP, Matías-Barrios VM, *et al*. Prevalence of high-grade perineal tear during labor in Mexican adolescents. *Colomb Med (Cali)*. 2018 Dec 30;49(4):261–264. doi:10.25100/cm.v49i4.3515. PMID: 30700918; PMCID: PMC6342085. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30700918/>
 13. Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023 [Internet]. 2019 [citado el 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/colecciones/19497-prioridades-nacionales-de-investigacion-en-salud-en-peru-2019-2023>
 14. Universidad Ricardo Palma. Líneas de investigación 2021-2025 [Internet]. 2021 [citado el 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.urp.edu.pe/vicerrectorado-de-investigacion/lineas-de-investigacion/>
 15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management (Green-top Guideline No. 29) [Internet]. RCOG. 2015 [citado el 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/third-and-fourth-degree-perineal-tears-management-green-top-guideline-no-29/>
 16. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002 Feb;16(1):99–115. doi:10.1053/beog.2002.0258. PMID: 11866500. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11866500/>
 17. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2020 Apr;60(2):175–182. doi:10.1111/ajo.13127. Epub 2020 Feb 17. PMID: 32065386. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32065386/>

18. Martínez-Villafaña E, Remba-Shapiro I, Rodríguez-Carrillo DL, Fernández-Corzas MF, García-Benítez CAQ. Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no intervenido. *Ginecol Obstet Méx* [revista en la Internet]. 2021 [citado el 13 de julio de 2024];89(6):438–443. doi:10.24245/gom.v89i6.5164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000600438&lng=es.
19. Chill HH, Karavani G, Lipschuetz M, Berenstein T, Atias E, Amsalem H, *et al*. Obstetric anal sphincter injury following previous vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2021 Sep;32(9):2483–9. doi:10.1007/s00192-021-04872-1. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34100977. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34100977/>
20. Rodríguez-Colorado ES, Ramírez-Isarraraz C, Granados-Martínez V, Gorbea-Chávez V, Olvera-Delgado JJ, Bravo-Canales GR. Factores de riesgo asociados con lesión obstétrica del esfínter anal: cohorte retrospectiva. *Ginecol Obstet Méx* [revista en la Internet]. 2019 [citado el 26 de agosto del 2024];87(3):186–9. doi:10.24245/gom.v87i3.2694. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000300005&lng=es
21. Bustamante Torres RA. Factores de riesgo para desgarro perineal severo en púerperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé año 2014 al 2019, Lima – Perú. Repositorio institucional - URP [Internet]. 2020 [citado el 2 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3431>
22. Laurita Longo V, Odjidja EN, Zanfini BA, Catarci S, Carducci B, Draisci G, *et al*. Risk factors associated with severe perineal lacerations during vaginal delivery: a 10-year propensity score-matched observational study. *AJOG Glob Rep*. 2023 Mar 7;3(2):100174. doi:10.1016/j.xagr.2023.100174. PMID: 37180459; PMCID: PMC10173776. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37180459/>
23. Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, Cueto-Hernández I, Ruiz-Labarta J, Cuñarro Y, *et al*. Risk Factors in Third and Fourth Degree Perineal Tears in Women in a Tertiary Centre: An Observational Ambispective Cohort Study. *J Pers Med*. 2021 Jul 21;11(8):685. doi:10.3390/jpm11080685. PMID: 34442329; PMCID: PMC8398826. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34442329/>
24. Domenighi LHH, Weinmann ARM, Haeffner LSB, Feltrin ML. Perineal Lacerations: A Retrospective Study in a Habitual-Risk Public Maternity. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021 Aug;43(8):588–94. doi:10.1055/s-0041-1735227. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34547792; PMCID: PMC10183942. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34547792/>
25. Addisu D, Fentahun B. Risk factors associated with severe perineal tear at Public Hospitals in Bahir Dar town, Northwest Ethiopia. *SAGE Open Med*.

- 2024 May 20;12:20503121241252956. doi:10.1177/20503121241252956. PMID: 38774740; PMCID: PMC11107316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38774740/>
26. Hoque AM, Hoque ME, Hal GV. Incidence, trends and risk factors for perineal injuries of low-risk pregnant women: Experience from a midwife run obstetric unit, South Africa. *Afr J Reprod Health* [Internet]. 2021 Aug [citado el 10 de agosto de 2024];25(4):56-62. doi: 10.29063/ajrh2021/v25i4.6. PMID: 37585792. Disponible en: <https://www.ajrh.info/index.php/ajrh/article/view/2859>
 27. Gonzales Morales LF. Factores de riesgo asociados a desgarro perineal severo en Hospital de Emergencias Villa El Salvador del 2017 al 2021. Repositorio institucional UNMSM [Internet]. 2024 [citado el 10 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/eeadb22f-2392-4ff4-a5a7-15ebc1d5067e>
 28. Zare Pastor R del P. Factores asociados a desgarro perineal durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2020 [citado el 10 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6062>
 29. Rivera Roncal SA. Factores maternos y neonatales asociados a los desgarros perineales. Hospital II Chocope, EsSalud. 2017 - 2018. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2019 [citado el 7 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5271>
 30. Verde Pando M. Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo, Cerro De Pasco 2021 - 2022. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2024 [citado el 7 de agosto de 2024]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/9465200>
 31. López Briceño EC. Incidencia y Morbilidad de los desgrros perinatales postparto grado III y IV en mujeres atendidas en sala de labor y parto de hospital Alemán Nicaragüense. Período de Enero a Diciembre 2017. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua [Internet]; 2018 [citado el 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9676/>
 32. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2003;
 33. Martínez Galiano JM. Manual de asistencia al parto [Internet]. Elsevier; 2013 [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=647976>

34. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Parto vaginal. En: Williams Obstetricia, 26e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2021 [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1192300018
35. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, *et al.* Trabajo de parto normal. En: Williams Obstetricia, 24e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015 [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1117770702
36. Rådestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the Vagina, Perineum, Sphincter Ani, and Rectum and First Sexual Intercourse after Childbirth: A Nationwide Follow-up. *Birth*. 2008 Jun;35(2):98–106. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x. PMID: 18507580. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18507580/#:~:text=No%20associations%20between%20episiotomy%20and,months%20after%20childbirth%20in%20Sweden>.
37. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *CMAJ*. 2002 Feb 5;166(3):326–30. PMID: 11868640; PMCID: PMC99311. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11868640/>
38. Huamán Tomairo CS, Atunca Sernaque DO. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2011 [citado el 15 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2960>
39. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. En: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editores. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1120404667
40. Cabrera Ramos SG. Obstetric complications and advanced maternal age. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2023 [citado el 7 de agosto de 2024];69(3): 00012. doi:10.31403/rpgo.v69i2553. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322023000300012&lng=en.
41. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 827-2013-MINSA [Internet]. 2013 [citado el 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
42. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Atención prenatal. En: Williams Obstetricia, 26e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2021 [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=11923000852

43. American College of Obstetrics and Gynecology BC. Obstetrics and Gynecology 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health [Internet]. 2010 [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.iberlibro.com/9780781788076/Obstetrics-Gynecology-American-College-0781788072/plp>
44. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación [Internet]. 2016 [citado el 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
45. Cuellar Meza MK, Tolentino Martinez YL. Factores de Riesgo Asociados a Desgarros Perineales Durante el Periodo Expulsivo en Adolescentes Atendidas en un Hospital Nacional. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2018 [citado el 15 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/400>
46. Lappen JR. Episiotomy and repair [Internet]. Medscape. 2021 [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2047173-technique?form=fpf#showall>
47. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 2. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub5. Accedida el 27 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub5/full/es>
48. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. Gac Sanit. 2019 Abr [citado el 27 de agosto del 2024];33:203–10. doi:10.1016/j.gaceta.2018.04.003. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000200203&lng=es.
49. Márquez Loarte CR. Características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2018 [citado el 27 de agosto del 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/1390>
50. Shaffer SG, Bradt SK, Meade VM, Hall RT. Extracellular fluid volume changes in very low birth weight infants during first 2 postnatal months. J Pediatr. 1987;111(1):124–8. doi:10.1016/s0022-3476(87)80358-x. Disponible en: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(87\)80358-X/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(87)80358-X/abstract)
51. Gomella TL, Eyal FG, Bany-Mohammed F. Edad gestacional y clasificación por peso al nacer. En: Gomella Neonatología: Tratamiento, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos, 8e

- [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2020 [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1177871720
52. Peña Salas MS, Escribano Cobalea M, López González E. Macrosomía fetal: factores de riesgo y resultados perinatales. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2021 [citado el 15 de octubre de 2023];48(3). doi:10.1016/j.gine.2020.09.003. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-219571>
53. Durón RM, Salgado Rodríguez ÁM, Castro Carías CE, Fernández-Rodríguez D, Cabrera JS, Velásquez-Godoy L, *et al.* Las Curvas Para Medir Circunferencia Cefálica Y Las Potenciales Diferencias Antropométricas En Latinoamérica Y El Mundo. *Rev Ecuat de Neurol* [Internet]. 2019 Abr [citado el 27 de agosto del 2024];28(1):47–55. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000100047&lng=es.
54. Cárdenas-López C, Haua-Navarro K, Suverza-Fernández A, Perichart-Perera O. Mediciones antropométricas en el neonato. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2005 Jun [citado el 27 de agosto del 2024];62(3):214–24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300009&lng=es.
55. Paz Prado FE. Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica [Internet]. 2022 [citado el 29 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4491>
56. González Bejarano LY, Tejedor FH, López Pérez LA, Infante Contreras C. Curvas de crecimiento del perímetro cefálico en niños de 0 a 3 años. Una nueva aproximación. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2014 Dec [citado el 27 de agosto del 2024];26(1):13–32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2014000200002&lng=en.
57. Müggenburg Rodríguez MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2007;4(1):35–8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821004>
58. Cardenas Arguedas JC, Castro Verona NA. Factores de riesgo asociados al Desgarro Perineal en partos atendidos en Centros Maternos Infantiles de Chorrillos durante el periodo del 2021 al 2022. Universidad Ricardo Palma Repositorio institucional - URP [Internet]. 2024 [citado el 17 de agosto de 2024]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/9284348>

59. Dean A, Sullivan K, Soe M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión 3.01. www.OpenEpi.com, actualizado 2013/04/06, accedido 2024/08/17. [Internet]. 2013 [citado el 17 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.openepi.com>
60. Carmenes Tavera DA, Zapata Luna MA. Factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en un hospital de Paíta. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2023 [citado el 18 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131493>
61. Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG*. 2006;113(2):190–4. doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00835.x. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00835.x>
62. Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Norabuena R, Menacho J. Efectos de la oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2011. *Aporte Santiaguino*. 2012;pág. 9-15. doi:10.32911/as.2012.v5.n2.548. Disponible en: https://revistas.unasam.edu.pe/index.php/Aporte_Santiaguino/article/view/548
63. Nolan CE, O'Leary BD, Ciprike V. Is the older perineum a safer perineum? Risk factors for obstetric anal sphincter injury. *Ir J Med Sci*. 2021;190(2):693–9. doi:10.1007/s11845-020-02358-5. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-020-02358-5#citeas>
64. Pato-Mosquera M, García-Lavandeira S, Liñayo-Chouza J. El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse? *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2017 *Ene*;85(01):13–20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000100004&lng=es.

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de compromiso del asesor de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Lima, 16 de julio del 2024

CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis de la estudiante de Medicina Humana Joyce Camila Cárdenas Arguedas, de acuerdo con los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar ocho meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis (en caso de internos) motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento y mentoría para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Jaime Lama Valdivia
ASESOR DE TESIS

ANEXO 2: Carta de compromiso del tesista



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

CARTA DE COMPROMISO DEL TESISTA

Lima, 16 de julio del 2024

Yo, Joyce Camila Cárdenas Arguedas, con DNI N°70434904 y código de matrícula 201711685 **me comprometo a:**

1. Cumplir con la asistencia al curso y sus tareas con mi asesor.
2. Seguir las recomendaciones de mi Asesor y cumplir oportunamente con las tareas, objetivos y metas señaladas.
3. Desarrollar una relación de respeto con mi Asesor de tesis.
4. Presentar oportunamente mi protocolo y borrador de tesis, siendo esta mi responsabilidad como tesista.
5. Realizar mi protocolo y tesis, con originalidad, no incurriendo en plagio ni falsedad de los datos.
6. Me comprometo a culminar mi tesis cuanto antes, en un máximo de ocho meses (en caso de internos), posterior a ello, se me considerará como alumno extemporáneo.
7. Mantener los estándares de calidad de mi tesis.
8. Cumplir con los requerimientos éticos en todos los lineamientos del presente desarrollo de la tesis.
9. Me gustaría contribuir a la Producción Científica de la Facultad de Medicina Humana con el desarrollo del artículo derivado de la tesis y su publicación en una revista indizada, guiado por el INICIB.

Así mismo, expreso libremente mi compromiso de cumplir los plazos establecidos para los trámites de Titulación en la Universidad Ricardo Palma.

Bach. Joyce Camila Cardenas Arguedas
DNI: 70434904

ANEXO 3: Acta de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

El asesor que firma la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "Factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos 2021-2022: Análisis de regresión logística ordinal" que presenta la Srta. Joyce Camila Cardenas Arguedas para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, declara que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firma el siguiente docente:

Dr. Jaime Lama Valdivia
ASESOR DE TESIS

Surco, Agosto de 2024

ANEXO 4: Declaración jurada de no plagio del proyecto de tesis

DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO

Yo, Joyce Camila Cárdenas Arguedas, con DNI N° 70434904.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que el proyecto de tesis titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL DESGARRO
PERINEAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN TRES CENTROS
MATERNOS INFANTILES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SURCO-
BARRANCO-CHORRILLOS 2021-2022: ANÁLISIS DE REGRESIÓN
LOGÍSTICA ORDINAL**

es producto de mi protocolo de investigación y los criterios éticos al momento de llevarlo a cabo, dejando constancia de que la investigación no es plagio de ninguna previa.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en Lima, 05 de agosto del 2024.



Bach. Joyce Camila Cardenas Arguedas
DNI: 70434904

ANEXO 5: Carta de aprobación del proyecto de tesis por Consejo de Facultad y firmado por secretaría académica



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUMEDUCO

Facultad de Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero

Carta electrónica N° 048-2024-FMH-D.

Lima, 15 de agosto de 2024.

Señorita
JOYCE CAMILA CARDENAS ARGUEDAS
Presente. -

ASUNTO: Registro de Protocolo de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarle cordialmente, y hacer de su conocimiento que el registro del Protocolo de Tesis, modalidad ordinaria, **Titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN TRES CENTROS MATERNOS INFANTILES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SURCO-BARRANCO-CHORRILLOS 2021-2022: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA ORDINAL"**, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, ha sido registrado en Consejo de Facultad de fecha 15 de agosto de 2024.

Por lo tanto, queda usted expedida con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular.

Atentamente,



Hilda Jurupe Chico
Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

HJChico.

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

ANEXO 6: Constancia de aprobación del proyecto de tesis por comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana de la URP

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"MANUEL HUAMÁN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

"FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN TRES CENTROS MATERNOS INFANTILES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SURCO-BARRANCO-CHORRILLOS 2021-2022: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA ORDINAL".

Investigadora: **JOYCE CAMILA CARDENAS ARGUEDAS**

Código del Comité: **PG 122 2024**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de revisión expedita por el periodo de un año.

Exhortamos a la publicación del trabajo de investigación, con el fin de contribuir con el desarrollo científico del país.

Lima, 08 de agosto de 2024

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación


ANEXO 7: Autorización para el uso de base de datos de una investigación previa

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE BASE DE DATOS

Yo, **Nicole Andrea Castro Verona**, de profesión Médica Cirujana, identificada con DNI N°77136100, autora de la tesis para optar el título profesional de Médica Cirujana denominada: "Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en partos atendidos en Centros Maternos Infantiles de Chorrillos durante el periodo del 2021 al 2022", autorizo a la Srta. **Joyce Camila Cardenas Arguedas**, identificada con DNI N°70434904, al uso de la base de datos de la referida tesis con el único fin de realizar un análisis de datos secundario con fines de desarrollar el proyecto de investigación denominado: "Factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco Chorrillos 2021-2022: Análisis de regresión logística ordinal".

Se expide la presente autorización para los fines pertinentes.

Lima, 13 de agosto de 2024


Nicole Andrea Castro Verona
Firma y Huella Digital
DNI N°77136100



ANEXO 8: Constancia de autorización del proyecto de investigación, del cual se extrae la base de datos, emitido por la DIRIS Lima Sur con aprobación por el comité de ética en investigación



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las
honorables batallas de Junín y Ayacucho"

**CONSTANCIA N° 005-2024
AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION**

ACTA DE EVALUACION 12.01.24 COMLET.IN.DIRIS-LS

EXPEDIENTE N° 23-080363-001

La que suscribe Directora General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, hace constar que:

**JOYCE CAMILA CARDENAS ARGUEDAS
NICOLE ANDREA CASTRO VERONA**

Investigadoras del Proyecto de Investigación "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESGARRO PERINEAL EN PARTOS ATENDIDOS EN CENTROS MATERNOS INFANTILES DE CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO DEL 2021 AL 2022", ha concluido satisfactoriamente el proceso de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, motivo por el cual se autoriza a través del presente el desarrollo del proyecto de investigación.

El presente proyecto se desarrollará en los CMI VIRGEN DEL CARMEN, SAN GEMARO DE VILLA Y BUENOS AIRES DE VILLA, de la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

Hacemos de su conocimiento que, al término de su investigación deberá presentar a la Dirección General de nuestra institución un ejemplar de la misma en formato físico y virtual (PDF), para ser socializada a los establecimientos de salud con la finalidad de contribuir a mejorar la atención de los usuarios.

De no cumplir con remitir lo indicado, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenece, a fin de ejecutar las acciones que correspondan.

Esta constancia tiene validez por (02) meses, a partir de su expedición, la misma que puede ser renovable hasta la conclusión de la investigación. No autoriza la publicación del estudio por ser un proceso independiente.



El investigador (a) se adecuará a las condiciones establecidas por la DIRIS LS respecto a la factibilidad de desarrollar el proyecto de investigación bajo modalidad presencial o virtual. Asimismo, deberá cumplir con todos los protocolos de seguridad, como utilizar equipos de protección personal, a fin de evitar el riesgo de infección.

Barranco, 26 ENE. 2024

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
[Signature]
"CASA SANITARIA ROSARIO DE LOS RIOS DE ANDEA"
COP. 30170
DIRECCIÓN GENERAL



SHUCHAERPAZEFER@hlmn.
c.c: Intermado
Activo

www.dirislimasur.gob.pe

Calle Martínez de Pinillos 124B
Barranco, Lima 04, Perú
T (511) 477-3077

ANEXO 9: Acta de aprobación del borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes: asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN TRES CENTROS MATERNOS INFANTILES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD SURCO-BARRANCO-CHORRILLOS 2021-2022: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA ORDINAL", que presenta la Señorita JOYCE CAMILA CARDENAS ARGUEDAS para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Mg. Jorge Enrique Vidal Olcese
PRESIDENTE

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
MIEMBRO

Mg. Dante Manuel Quiñones Laveriano
MIEMBRO

Dr. Jaime Enrique Lama-Valdivia
ASESOR DE TESIS

Lima, 24 de agosto del 2024

ANEXO 10: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p><u>PROBLEMA GENERAL</u> ¿Cuáles son los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes que fueron atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u> Determinar los factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.</p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u> Existen factores asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.</p>	<p><u>DEPENDIEN TE</u> Severidad de desgarro perineal</p>	<p>Estudio de tipo no experimental, analítico, de corte transversal y retrospectivo.</p>	<p><u>POBLACIÓN</u> Gestantes que fueron atendidas en los Centros Maternos Infantiles “Virgen del Carmen”, “San Genaro de Villa” y “Buenos Aires de Villa” de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.</p>	<p>El proceso de recolección de datos de la investigación de referencia consistió en extraer la información del Libro de Registros de Atención de Partos de cada uno de los tres establecimientos de salud descritos. Los datos clínicos asociados a las variables de interés fueron registrados en una Ficha de Recolección de Datos creada para ese propósito por las</p>	<p>Para la estadística descriptiva, las variables categóricas fueron analizadas en tablas de frecuencias absolutas y relativas; las numéricas, mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico). Para la estadística inferencial, se realizó el análisis bivariado aplicando la</p>
<p><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los factores maternos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022? 	<p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores maternos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022. 	<p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Existen factores maternos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022. 	<p><u>INDEPENDIEN TE</u></p> <p>Factores maternos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad de la madre Paridad <p>Factores obstétricos:</p>		<p><u>MUESTRA</u> La presente tesis utilizó una base de datos secundaria de una investigación similar realizada en la misma población mencionada, por lo que se calculó la potencia estadística, tomando un nivel de</p>		

<p>Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022? • ¿Cuáles son los factores neonatales asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres 	<p>de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores obstétricos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022. • Determinar los factores neonatales asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022. 	<p>Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen factores obstétricos asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022. • Existen factores neonatales asociados a la severidad del desgarro perineal en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de controles prenatales • Periodo expulsivo prolongado • Episiotomía • Alumbramiento activo <p>Factores neonatales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo del neonato • Peso del neonato • Perímetro cefálico 		<p>confianza del 95%. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo un total de 1192 participantes.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes que tuvieron un parto vaginal en los Centros Maternos Infantiles "Virgen del Carmen", "San Genaro de Villa" o "Buenos Aires de Villa" en la RIS Surco-Barranco-Chorrillos durante los años 2021 - 2022. • Gestantes mayores de 18 años • Gestantes con registro completo de la atención del parto • Gestantes con embarazo único 	<p>investigadoras. Posteriormente, una base de datos primaria fue creada en el programa Microsoft Excel - versión 2019. Para el presente estudio, se exportó dicha data a la plataforma estadística Stata - versión 18.0 para Windows, para su procesamiento.</p>	<p>prueba de chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables, considerándose el valor de p como estadísticamente significativo menor o igual de 0.05. En el análisis multivariado, se realizó la regresión logística ordinal debido a que el desenlace es una variable ordinal con tres categorías, con ello se calcularon los OR crudos y ajustados, con sus respectivos IC del 95% y el valor de p para cada uno de ellos.</p>
--	---	---	--	--	--	---	--

Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022?	OBJETIVOS SECUNDARIOS Identificar la frecuencia de los desgarros perineales presentes en gestantes atendidas en tres Centros Maternos Infantiles de la Red Integrada de Salud Surco-Barranco-Chorrillos durante el 2021-2022.				Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes ingresadas para inducción de parto por emergencia • Gestantes con partos distócicos • Gestantes con partos domiciliarios • Gestantes referidas a establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive 		
--	---	--	--	--	---	--	--

ANEXO 11: Operacionalización de variables

Tipo	Nombre de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
DEPENDIE NTE	Severidad del desgarro perineal	Ruptura traumática de los tejidos blandos	Grado de desgarro perineal, según	Cualitativa Tricotómica	Ordinal	Tipo de desgarro	Sin desgarro (ausencia de desgarro perineal)

			que se encuentran entre la vulva y el ano, los cuales, por su severidad, pueden afectar capas superficiales o más profundas.	registro en la base de datos primaria.				Leve (desgarro perineal de grado I)
								Moderado-Severo (desgarro perineal de grado II, III y IV)
INDEPENDIENTE	Factores Maternos	Edad de la madre	Cantidad de años de vida transcurridos para la mujer embarazada.	Edad de la madre según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Discontinua	De Razón	Edad en años	Adolescente (≤ 18 años)
								Adulta joven (19 – 34 años)
								Adulta avanzada (≥ 35 años)
		Paridad	Cantidad de partos previos o número de productos nacidos vivos o muertos con	Antecedente obstétrico del número de partos de la madre según registro en la	Cuantitativa Discontinua	De Razón	Número de partos previos	Nuliparidad (0 partos)
Primiparidad (1 parto)								

			edad gestacional ≥ 20 semanas o peso $\geq 500g$.	base de datos primaria.				Multiparidad (≥ 2 partos)
Factores Obstétricos	Número de controles prenatales	Conjunto de consultas planificadas por el personal de salud y la mujer embarazada.	Número de controles prenatales según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Discontinua	De Razón	Número de controles prenatales	Adecuado (≥ 6 atenciones)	
							Inadecuado (< 6 atenciones)	
	Periodo expulsivo prolongado	Condición en la que el intervalo de tiempo transcurrido entre la dilatación completa del cuello uterino y la expulsión del feto es excesivo.	Número de minutos que duró el tiempo expulsivo según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Continua	De Razón	Tiempo en minutos	No prolongado (Nulípara: $< 90min$, Multíparas: $< 60min$)	
							Prolongado (Nulípara: $\geq 90min$, Multíparas: $\geq 60min$)	

		Episiotomía	Corte realizado en el área del periné femenino para ampliar la medida del canal vaginal y facilitar la salida del neonato.	Presencia o ausencia de episiotomía según registro en la base de datos primaria.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Presencia de episiotomía	Sí
		Alumbramiento activo	Maniobra obstétrica en la que se administran fármacos oxitócicos para facilitar la expulsión de la placenta y sus anexos.	Presencia o ausencia del uso de oxitocina para el alumbramiento según registro en la base de datos primaria.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Uso de oxitocina para alumbramiento activo	Sí
	Factores Neonatales	Sexo del neonato		Sexo del neonato según	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sexo del neonato	Femenino

			Característica biológica del recién nacido.	registro en la base de datos primaria.				Masculino
		Peso del neonato	Medida de la masa, que tiene un recién nacido al nacer.	Peso del neonato según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Continua	De Razón	Peso en gramos	Bajo peso (≤ 2500 g)
								Normosómico (2501 – 3999 g)
								Macrosómico (≥ 4000 g)
		Perímetro cefálico	Medida del contorno máximo del cráneo del recién nacido, tomando como referencia los puntos craneométricos: glabella y occipucio.	Perímetro cefálico según registro en la base de datos primaria.	Cuantitativa Continua	De Razón	Perímetro en centímetros	PC bajo ($< p10$)
								PC normal ($p10 - p90$)
								PC alto ($> p90$)

ANEXO 12: Ficha de recolección de datos utilizada en la investigación previa

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA TESIS “Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en partos atendidos en Centros Maternos Infantiles Chorrillos durante el periodo del 2021 al 2022”

HC: _____ Fecha del parto: _____
 Fecha de recolección de datos: _____

I. DATOS GENERALES

Iniciales de la gestante: _____

Presencia de desgarro perineal:

SI	Primer grado	
	Segundo grado	
	Tercer grado	
	Cuarto grado	
NO		

II. DATOS MATERNOS

Edad de la gestante: _____ años.

III. DATOS OBSTÉTRICOS

Fórmula obstétrica: G___ P_____

Número de atenciones prenatales: _____

Tiempo de expulsión: _____ minutos.

Episiotomía:

SI	
NO	

Alumbramiento activo:

SI	
NO	

IV. DATOS NEONATALES

Sexo del recién nacido:

F	M

Peso del recién nacido: _____ gramos.

Perímetro cefálico: _____ cm.

ANEXO 13: Link a la base de datos subida a Google Drive

https://docs.google.com/spreadsheets/d/13TamSuA7_JFIfHQHCoBEDd2uH_8qY5qB/edit?usp=sharing&oid=116788390392472676317&rtpof=true&sd=true

Leyenda

CMI	1 = CMI Virgen del Carmen 2 = CMI Buenos Aires de Villa 3 = CMI San Genaro de Villa
EDAD	1 = Adolescente (≤ 18 años) 2 = Adulta joven (19-34 años) 3 = Adulta avanzada (≥ 35 años)
PARIDAD	1 = Nulípara (0 partos) 2 = Primípara (1 parto) 3 = Multípara (≥ 2 partos)
CPN	1 = Adecuado (≥ 6 atenciones) 2 = Inadecuado (< 6 atenciones)
TIEMPO EXPULSIVO	1 = No prolongado (N < 90 min / M < 60 min) 2 = Prolongado (N ≥ 90 min / M ≥ 60 min)
EPISIOTOMÍA	1 = Sí 2 = No
ALUMBRAMIENTO	1 = Sí 2 = No
SEXO RN	1 = Femenino 2 = Masculino
PESO RN	1 = Bajo peso (≤ 2500 g) 2 = Normosómico (2501-3999g) 3 = Macrosómico (≥ 4000 g)
PC	1 = PC por debajo de lo normal ($< p10$) 2 = PC adecuado al nacimiento (p10 – p90) 3 = PC por encima de lo normal ($> p90$)
DESGARRO	1 = Desgarro grado I (lesión de mucosa vaginal o piel perineal) 2 = Desgarro grado II (lesión de músculos perineales) 3 = Desgarro grado III (lesión de esfínteres anales) 4 = Desgarro grado IV (lesión de mucosa rectal) 5 = Sin desgarro perineal