

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"MANUEL HUAMÁN GUERRERO"



**FACTORES MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ASOCIADOS A
DESGARROS PERINEALES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO
DEL 2018**

Presentado por la bachiller:

VALYA IRENE BERETTA MARTINEZ

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

ASESORA

Dra. María Loo Valverde

LIMA, PERÚ 2019

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios que él fue la fuerza y guía que me hizo llegar a concluir esta etapa de mi vida y sé que es el inicio de nuevas experiencias que serán siempre acordes al camino del Señor.

A mis padres y hermanos, que supieron darme fuerza y ánimo para poder seguir adelante a pesar de las tribulaciones y dificultades a lo largo de esta carrera.

A mis docentes de la Universidad Ricardo Palma, por compartir sus conocimientos y experiencias, las cuales me ayudaron a tomar un rumbo decidido y así poder terminar mi carrera.

Gracias

DEDICATORIA

A mis padres Renzo y Milagros; a mis hermanos Piero y Gabriel, por su confianza, apoyo incondicional y esfuerzo en mi educación, dándome la oportunidad de cumplir mi sueño y por nunca dejar de creer en mí.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante los meses de enero a julio de 2018

Material y Métodos: Estudio Observacional, analítico retrospectivo de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 228 puérperas, 57 (casos) con desgarro perineal y 171 (controles) puérperas sin desgarro. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v.25, se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado y el Odds Ratio, a un nivel de significancia del 5%.

Resultados: De ellas, la edad materna promedio fue de 26,2 años, un 89,4% tuvieron una edad mayor o igual a 20 años; la edad gestacional promedio fue de 39 semanas, un 98,2% tuvo una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, la paridad promedio fueron multíparas en un 84,2%, se obtuvo un promedio de ponderado fetal de 3361gr, tuvo un peso mayor a 3300gr en 71,9%. Los factores de riesgo para desarrollar desgarro perineal fueron la paridad ($p=0.000$; $OR=4,3$; $IC95\%=2,017-9,464$) y el ponderado fetal ($OR: 2,3$; $IC95\%=1,2-4,5$; $p= 0.009$).

Conclusión: Los factores de riesgo de desgarro perineal en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018 fueron la paridad y el ponderado fetal.

Palabras claves: Factores de riesgo, Desgarro Perineal, Puérperas por parto vaginal.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal, obstetric and neonatal risk factors associated with perineal tears in puerperal women by vaginal delivery attended at the Sergio Bernales National Hospital during the months of January to July 2018

Material and Methods: Observational study, retrospective analysis of cases and controls. The sample consisted of 228 puerperal women, 57 (cases) with perineal tear and 171 (controls) puerperal women without tearing. The statistical analysis was performed in the SPSS v.25 program, the Chi Square statistical test and the Odds Ratio were used, at a level of significance of 5%.

Results: Of these, the average maternal age was 26.2 years, 89.4% had an age greater than or equal to 20 years; mean gestational age was 39 weeks, 98.2% had a gestational age greater than or equal to 37 weeks, the average parity was 84.2% multiparous, a weighted average of 3361gr was obtained, had a weight greater than 3300gr in 71.9%. The risk factors for developing perineal tear were parity ($p = 0.000$, OR = 4.3, 95% CI = 2.017-9.464) and fetal weight (OR: 2.3, 95% CI = 1.2-4.5). ; $p = 0.009$).

Conclusion: The risk factors for perineal tear in puerperal women by vaginal delivery attended at the Sergio Bernales National Hospital during the period from January to July 2018 were parity and fetal weight.

Key words: Risk factors, Perineal tear, puerperal by vaginal delivery.

INTRODUCCIÓN

El parto vaginal o eutócico es la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina, sin ninguna ayuda de otros elementos. El incremento de ello es un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico por el riesgo de rotura de los músculos y del esfínter anal. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios.

El traumatismo perineal se produce espontáneamente con el parto vaginal o secundariamente como una extensión a una episiotomía. ¹

Puede tener un impacto significativo en las mujeres con deterioro de su calidad de vida tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo dolor perineal, edema, hematomas. En el posparto inmediato el dolor perineal puede producir retención urinaria, y problemas en la defecación. Al largo plazo las mujeres pueden presentar dispareunia, función sexual alterada. Complicaciones adicionales que pueden presentar trauma perineal son abscesos, infecciones, fistulas rectovaginales².

La subestimación del trauma del piso pélvico y el mal diagnóstico clínico, se relaciona con incontinencia anal posparto. Esta puede afectar de manera determinante a las pacientes tanto psicológicamente como físicamente.³

En el Reino Unido aproximadamente el 85% de las mujeres presento trauma perineal durante el parto ⁴ y alrededor de 350.000 mujeres por año requirieron sutura para lesión perineal después del parto vaginal espontaneo⁵.

En el Perú, según Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública– DGE – MINSA_2015. La causa básica de muerte materna clasificada como directa continua siendo la hemorragia con un 36.5 % de los casos, ocasionados en un 0.6% por desgarros perineales⁶.

Existen muchos factores de riesgo de desgarro perineal entre ellos tenemos: factores, maternos, obstétricos y neonatales, por ende si no son atendidos a tiempo conllevan a complicaciones muy severas tanto para la madre como para el producto, para ello se debe llevar a cabo un seguimiento teniendo en cuenta: el peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, asistencia a psicoprofilaxis y controles prenatales, etc. Aparte de ello también tenemos la destreza de la persona que atiende el parto como los médicos, obstetras e internos tanto de medicina como de obstetricia.

La mayoría de muertes maternas está relacionada a complicaciones del embarazo, parto o puerperio no atendidas o deficientemente tratadas. Los traumatismos perineales, tales como la episiotomía y los desgarros obstétricos constituyen la segunda causa de hemorragia postparto exclusivo en partos

traumáticos en el cual el sangrado suele ser constante, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta.

Debemos identificar, prevenir y tratar de forma adecuada y oportuna los desgarros perineales, mejora la calidad de vida y complicaciones a corto y largo plazo de pacientes con traumatismo perineal obstétrico. El presente estudio tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgo asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018 y con los resultados obtenidos en el estudio insistir en medidas preventivas para mitigar la frecuencia de dichos factores si fueran de riesgo para desgarro perineal.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Línea de investigación	10
1.4 Objetivos.....	10
1.5 Justificación	11
1.6 Delimitación	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes de la investigación	12
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Definiciones conceptuales	23
2.4 Hipótesis.....	23
2.5. Variables.....	24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	25
3.1 Tipo y Diseño:.....	25
3.2 Población y muestra	25
3.3 Criterios de selección de la muestra: Criterios de inclusión y exclusión:	26
3.4 Técnicas de recolección de datos e instrumentos	27
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información.....	27
3.6 Aspectos éticos.....	28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29
4.1 Resultados.....	29
4.2 Discusión de resultados.....	36
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	45

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los desgarros perineales ocasionan consecuencias a largo, corto y mediano plazo, como son las fístulas, infecciones, dolor, disfunción sexual, prolapsos, incontinencia urinaria y fecal y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer para dar de lactar y atender al recién nacido. Su frecuencia durante el periodo expulsivo preocupa tanto a las embarazadas como a los profesionales de salud que asisten el parto, por ello se busca la manera de evitar que ocurran desgarros perineales. La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en Obstetricia, el periné es un área que se encuentra localizada entre la vagina y el recto mismo que puede desgarrarse durante el parto.

El trauma perineal o lesión del tracto genital ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. Como consecuencia, se estima que cerca de 1000 mujeres por día, en Estados Unidos, requieren un reparo perineal luego del parto⁷. La episiotomía rutinaria se efectúa hasta en 60% de los partos vaginales, y hasta en 90% de las pacientes primíparas. Asimismo se estima que más de 85% de las pacientes con parto vaginal sufrirán algún tipo de trauma perineal, entre 1 a 8% tendrán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y 60% a 70% de los desgarros requerirán sutura para su manejo⁸.

Se estima que existen 2 millones de mujeres en el mundo especialmente en los países Africanos que sufren de desgarro perineal durante el parto, cuyas edades fluctúan entre 13 y 18 años. La incidencia de trauma perineal severo reportado internacionalmente varía, 2.9% a 10.2% en Estados Unidos, 2.0% en Australia y 1.58% en el Reino Unido⁹.

En América Latina la proporción es 2.4%, presentando desgarro perineal de tercer y cuarto grado, Costa Rica 2.2% y Colombia 1.9%⁹.

En Perú, en el Hospital Santa Rosa en Lima, se determinó que dentro de los factores maternos, respecto a la edad, las adolescentes o mayores de 35 años, aumenta el riesgo para la presencia de desgarro perineal, la presencia de anemia también influye en la presentación del desgarro. En cuanto a los factores obstétricos, en relación a la paridad se concluye que las primíparas tienen más riesgo que las multíparas, aquellas con un periodo intergenésico largo tienen más riesgo de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado.

Respecto a los factores neonatales, en relación al peso del recién nacido, a mayor peso más riesgo de hacer desgarro perineal¹⁰.

La incidencia anual promedio de desgarro perineal posterior en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en nuestro país es 0.58%¹¹.

En el Hospital Sergio Bernales en el periodo de mayo a junio del 2014 se realizó un estudio donde concluyen que el 64,00% fue desgarro de primer grado, edad promedio de las gestantes es de $22.65 \pm 5,713\%$, mientras que el 84,328% tienen un nivel de instrucción secundario, el 77,61% es conviviente, el 44,67% son primíparas, el peso del recién nacido fue de $3600,62 \pm 353,239$ ¹².

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el periodo de enero – julio del 2018?

1.3 Línea de investigación

El problema que se ha abarcado en la presente investigación se encuentra delimitado en el área de conocimiento de Medicina Humana y su línea de investigación es la salud materna prenatal, perinatal y neonatal. Considerada una prioridad nacional según la MATRIZ 2016-2021¹³

1.4 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante los meses de enero a julio de 2018

Objetivos específicos

- Evidenciar si la edad materna se encuentra asociada a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal.
- Determinar si la edad gestacional se relaciona con el desgarro perineal en puérperas por parto vaginal.
- Identificar si la paridad es un factor asociado a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal
- Determinar si el ponderado fetal se encuentra relacionado con el desarrollo de desgarros perineales en puérperas por parto vaginal

1.5 Justificación

La lesión perineal durante el parto vaginal y su prevención durante muchos años ha sido tema de especulación con respecto a la técnica de atención del parto, con pocas conclusiones y mucha controversia. Como sabemos por la bibliografía revisada el desgarro perineal es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento, cuya incidencia se está incrementando, realizándose muchos estudios con el fin de determinar los factores asociados a dicho aumento; encontrándose estudios contradictorios con respecto a la etiología.

El Hospital Nacional Sergio Bernales es una institución del cono norte que responde a una alta demanda de atención del parto en el servicio de gineco obstetricia, por lo que teniendo en cuenta el número de partos que se atienden diariamente; se ve la necesidad de conocer los factores de riesgo de las gestantes para tener un desgarro perineal durante el trabajo de parto vaginal.

La presente investigación tiene como finalidad aportar conocimientos de los factores más frecuentes que condicionan el desgarro perineal para disminuir la morbilidad a la que están expuestas las gestantes. A través de los resultados de este trabajo se busca identificar tempranamente los factores de riesgo para el desarrollo de desgarros perineales; y de este mismo modo brindar una información tanto al personal de salud para mejorar su entrenamiento; como a las pacientes sobre dicho riesgo, teniendo en cuenta que cada día son mayores las implicaciones medico legales. Así mismo mejorar las estrategias educativas sobre la atención del parto; que en muchos casos por falta de información hacen pensar a las mujeres que es mejor una cesárea electiva que un parto vaginal.

1.6 Delimitación

- En la delimitación espacial, el presente estudio se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Sergio Bernales ubicado en la Av. Túpac Amaru 8000 en el distrito de Comas en la ciudad de Lima.
- En la delimitación temporal el estudio comprende el periodo de enero a julio del año 2018.
- En la delimitación social, la población de estudio se constituyó por puérperas post parto vaginal cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional de Sergio Bernales

El llenado irregular de la historia clínica perinatal encubre los datos que se buscan en el sistema informático perinatal, en consecuencia tales datos tienen cierto sesgo.

Los resultados de la investigación solo se podrán extrapolar a poblaciones de estudio similares.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Michalec I.¹⁴ y colaboradores publicaron en República Checa en la ciudad de Ostrava durante el 2015 el artículo sobre "The risk factors for pelvic floor trauma following vaginal delivery". El objetivo era proporcionar una lista exhaustiva de estudios centrados en el riesgo factores para el trauma del suelo pélvico después del parto vaginal; y para constituir la relación entre los factores de riesgo y de protección. En conclusión el embarazo y los métodos de parto tienen factores importantes para crear un impacto en el piso pélvico, contribuyendo potencialmente al desarrollo de prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia anal. El reconocimiento de los factores, el entrenamiento adecuado del personal médico en la gestión del trabajo, y luego el tratamiento adecuado de los desgarros perineales debe prevenir la lesión del piso pélvico.

Lesley A Smith⁴ y colaboradores realizaron un estudio en la Universidad de Oxford de UK durante el año 2013 titulado "Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study". El objetivo fue describir el rango de trauma perineal en mujeres con un parto vaginal único y estimar el efecto de las características maternas y obstétricas en la incidencia de desgarros perineales. Realizaron un estudio observacional prospectivo en todas las mujeres con un parto vaginal planificado único entre mayo y septiembre de 2006 en una unidad obstétrica, tres unidades independientes de partería y hogares en el sudeste de Inglaterra. Los datos sobre las características maternas y obstétricas se recolectaron prospectivamente y se analizaron utilizando la regresión logística univariable y multivariable. Las medidas de resultado fueron la incidencia de trauma perineal, tipo de trauma perineal y si fue suturado o no. Como resultado la proporción de mujeres con perineo intacto en el momento del parto fue del 9,6% (125/1302) en nulíparas, y 31.2% (453 / 1,452) en multíparas. Este estudio confirma hallazgos previos de alta incidencia general de trauma perineal posterior al parto vaginal y una fuerte asociación entre el parto con fórceps y el trauma perineal.

Antonio Hernandez¹⁵ y colaboradores realizaron en España en el 2014, un estudio titulado: Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. Su objetivo fue determinar la variabilidad en la práctica de episiotomías entre matronas y su relación con la aparición de desgarros perineales tipo III y IV, así como sus repercusiones sobre la morbilidad neonatal. La variabilidad en la práctica de la episiotomía osciló entre el 19,5 y el 50,1% entre las 18 matronas a estudio, con una tasa promedio del 34,9% (824). Al agrupar por intervalo, el 22,1% (524) presentaba una tasa \leq 25%,

el 26,1% (621) entre el 26-35%, el 38% (898) entre el 36-44% y el 13,7% (323) una tasa $\geq 45\%$, observándose homogeneidad entre los grupos para todos los factores de confusión. No se observó asociación estadística entre mayores tasas de episiotomías y pH de arteria umbilical $< 7,10$, puntuaciones de apgar a los 5 min < 7 y grado de reanimación neonatal tipo III y IV. Tampoco encontramos asociación entre tasa de episiotomías con integridad perineal y desgarros tipo III-IV.

Francis Paulina Abril Gonzales¹⁶ y colaboradores realizaron en Colombia en el 2007 un estudio titulado: Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá, su objetivo fue identificar factores de riesgo para desgarros perineales de 2 grado durante el parto vaginal de pacientes atendidas en dicho hospital; como conclusión la duración de la fase activa y el peso del neonato son factores de riesgo para desgarro perineal.

Andrés Martín Mellizo- Gaviria¹⁷ y colaboradores llevaron a cabo un estudio que se basa en: Frecuencia de la realización de episiotomía y complicaciones en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploración de factores maternos y perinatales asociados a su realización. La frecuencia de la realización de episiotomía fue de 30,45 % (n = 60; IC 95 %: 24,1-37,3), la complicación más frecuente fue el desgarro perineal, con 29 % (IC 95 %: 22,9-35,5). En cuanto a los factores de riesgo, la nuliparidad fue el único factor asociado al uso de la episiotomía (Ora = 16,11; IC 95 %: 6,46-42,81). En conclusión el uso de la episiotomía en esta institución es superior a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se deben evaluar estrategias para reducir su frecuencia a los niveles esperados.

PLIEGO, L.¹⁸ en el año 2013 en su estudio titulado "Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias – México" tuvo como objetivo, identificar los factores que incrementan el riesgo de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en mujeres con atención de parto en el Hospital de la Mujer. Donde se encontró los siguientes resultados, De los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarro perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarro de cuarto grado. El uso de oxitocina (RM= 1.72 IC 95% 1.09-2.71 p= 0.02), la duración del periodo expulsivo de más de 60 minutos (RM= 5.16 IC 95% 2.33- 11.4 p= 0.00), la episiotomía (RM= 12.23 IC95% 5.06- 29.55 p= 0.00) y el parto instrumentado con fórceps (RM= 2.19 IC95% 1.42- 3.37 p= 0.00) fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles, sin diferencias en la antropometría de los neonatos o en el tipo de personal que atendió el parto. Donde concluye que, debido a la naturaleza multifactorial de los desgarros perineales completos, se requiere limitar la exposición a diferentes condiciones que actúan en forma sinérgica. Lo que nos permite inferir que las estrategias para la reducción de estas complicaciones o

para su identificación temprana pueden ser semejantes a lo referido en otras publicaciones.

PATO-MOSQUERA¹⁹ m y col. en el año 2017 en España, en su estudio titulado "El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse?". Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados con el desgarro intraparto del esfínter anal. Estudio retrospectivo, de casos y controles, efectuado en pacientes con desgarros del esfínter anal diagnosticados intraparto entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de julio de 2015 en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España. Se incluyeron 97 pacientes: 48 casos de desgarro del esfínter anal y 49 controles sin éste. La incidencia de desgarros fue de 1.6% (1.3% en primíparas y 0.3% en múltíparas). En el análisis bivariante se encontraron diferencias estadísticamente significativas en primiparidad ($p=0.003$), parto inducido ($p<0.001$), parto instrumentado ($p=0.006$) duración de la dilatación ($p=0.023$). El estudio aquí efectuado no mostró diferencias estadísticamente significativas con la aplicación de anestesia epidural, edad materna, índice de masa corporal y edad gestacional. Se ha encontrado relación con la edad materna, quizá secundaria a la mayor rigidez de los tejidos, debido a la pérdida de colágeno que resulta en daños perineales de mayor grado.

Antecedentes nacionales

GARCÍA, C.²⁰ en el 2018 en su investigación nombrada "Factores de riesgo asociados a desgarros perineales post parto vaginal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2017", su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a desgarros perineales post parto vaginal. Donde se hallaron los siguientes resultados, del total de casos de pacientes con desgarro perineal el 90.37% presentó desgarro de primer grado. Se identificó como factor de riesgo con significancia estadística: anemia materna (OR: 3.995, IC 95% 2.338-6.826), la paridad (OR: 2.385, IC 95% 1.451-3.919), periodo intergenésico (OR: 3.452 IC95%: 1.694- 7.036), inicio de parto (OR: 5.347, IC 95% 2.734-10.458), ponderado fetal (OR: 8.941 IC95%: 2.014-39.698), tiempo de periodo expulsivo (OR: 9.571 IC 95% 1.195-76.633), antecedente de trauma perineal (OR: 4.58, IC 95% 2.229- 9.41) y profesional que atiende el parto (OR: 2.378, IC 95% 1.404-4.029). En el cuál concluyeron, el factor de riesgo materno asociado a desgarro perineal fue la anemia materna. Los factores de riesgo obstétrico asociados a desgarro perineal fueron la paridad, el periodo intergenésico, inicio de parto, ponderado fetal, tiempo de periodo expulsivo y antecedente de trauma perineal.

RIOS, G.²¹ en el 2015 en su estudio titulado "Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015" tuvo como objetivo, determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el

Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. Donde obtuvo los siguientes resultados, las características maternas de las gestantes se encontró que el 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas, el 72.1% tuvieron estudios secundarios, el 50.8% tuvieron anemia leve. Las principales características obstétricas de las gestantes fueron; el 73.8% multíparas, el 37.7% tuvieron intervalos de 3 a 5 años, el 71.3% tuvieron > 6 APN, el 82.8% realizaron psicoprofilaxis, el 96.7% no le realizaron episiotomía y el 78,7% tuvieron desgarro de primer grado En relación al peso del recién nacido, el 95.9% de las gestantes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado (2500 gr a 3999 gr). Donde concluye que Se encontró relación entre la edad materna ($p=0.041$), grado de anemia ($p=0.000$) y paridad ($p=0.049$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes. No se encontró relación entre la psicoprofilaxis obstétrica ($p=0.726$), episiotomía durante el parto ($p=0.909$) y peso del recién nacido ($p=0.336$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes.

MEDRANO, Y.²² en el año 2014 en investigación, “Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay de julio – septiembre del 2012” tuvo como objetivo, Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay, en los meses de julio-septiembre del 2012. Encontrando los siguientes resultados, Se encontró que de 48 pacientes que acudieron para atención de parto durante el periodo de Julio – Septiembre del 2012, presentaron que del total de pacientes; las multigestas presentaron desgarros de 1er grado se presenta en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7%(32), se halló que el 81.3%(39) sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre 2500g a 4000g y 2.1%(1) de tercer grado, y en los macrosómico se encontró un 4.2%(2) en desgarro del primer y segundo grado. Se encontró que el 79.2%(38) con desgarro de primer grado; se puede decir que del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2%(26) tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis. Donde concluye que en general de los tres factores mencionados, obtuvo que los factores obstétricos sean considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y neonatales.

OVIEDO, G.²³ en el año 2014 en su estudio titulado “Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico del Hospital San José del Callao durante el año 2014” tuvo como objetivo, determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014. Donde se encontró los siguientes resultados, del total de casos de pacientes con desgarro el 79.2% presentó desgarro de primer grado. En el grupo que presentó desgarro: el 70.86% son menores 15 años edad y el 29.2% mayor o igual a 15 años de edad; el 56,9% presentaron anemia y el 43,1%

no; el 73.8% no tuvo clases de psicoprofilaxis y el 26.2% si; el 63,1% son primíparas y el 36,9% multíparas; el 78,5% presento un tiempo de expulsivo menor a 10 minutos y el 21.5% fue de 11 a 30 minutos; el 69,2% presento un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el 9,2% un PIG corto; el 61,5% presento un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% con un recién nacido macrosómico y el 0,8% con uno de bajo peso. Donde concluye, el grado más frecuente de desgarro perineal de fue el de primer grado con un 79.23%. Estadísticamente los resultados en este estudio fueron significativos, se encontró relación entre la edad, anemia, paridad, periodo intergenésico y peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal.

SANTOS, K.²⁴ en el año 2014 en su artículo nombrado “Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014” tuvo como objetivo, Determinar los factores de riesgo del desgarro perineal que se presentan con mayor frecuencia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014. Se encontró los siguientes resultados, Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) siguiendo los de segundo grado (15,8%) y por último el de tercer grado (0,5%). La edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). El 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa. El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%), el valor de significancia fue 0,129. Se concluye que la mayor frecuencia de desgarro perineal fue el de primer grado y el de menor frecuencia el de tercer grado en el Hospital Vitarte en el año 2014.

2.2 Bases teóricas

Anatomía del piso pélvico:

El periné o perineo, es un músculo que se sitúa sobre la pared inferior de la pelvis. Externamente vista la paciente en posición ginecológica, contiene las siguientes estructuras: la vulva, el periné, el ano y el surco interglúteo. Hacia dentro sus límites son: sínfisis del pubis, las ramas isquiopubianas, las tuberosidades isquiáticas, los ligamentos sacrociáticos mayores, el sacro y el coxis; el músculo elevador del ano sería su techo y la piel y los tegumentos, el suelo. El área limitada por esta estructura forma un rombo cuyos dos triángulos en su base estarían unidos por una línea imaginaria que, uniendo las dos tuberosidades isquiáticas, la dividiría en un triángulo anterior o urogenital y otro posterior o anococcígeo.²⁵

El contenido muscular pelviano con forma de embudo se estratifica en un triple plano, que queda supeditado desde el punto de vista de su inervación al plexo pudendo.²⁶

El plano muscular superior se encuentra constituido por el músculo elevador del ano y el músculo isquiocoxígeo. Este diafragma pelviano que se encuentra cubierto internamente por la aponeurosis o fascia pélvica profunda tiene como función la contención de las vísceras pelvianas y ejercer sobre el recto una acción elevadora y dilatadora que ayuda a controlar la defecación. Por debajo del plano muscular diafragmático se sitúa un segundo plano muscular de tipo esfínter que constituyen al cierre voluntario de los orificios anal y urogenital. Entre ellos se encuentran los músculos esfínter externo del ano, esfínter estriado de la uretra, constrictor de la vulva, y el músculo trasverso profundo del periné. Todas las musculaturas nombradas tienen un punto central de confluencia que es el llamado centro tendinoso del periné, cuya importancia radica en que el desgarró del mismo en el parto priva de su apoyo a las formaciones urogenitales, en especial la vagina, pudiéndose provocar un prolapso genital ²⁶

Desgarro Perineal

Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarró puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto. ²⁶

La mayoría de las mujeres pueden dar a luz sin daño serio a su perineo. Sin embargo, el trauma perineal grave, que afecta el músculo o el tejido en el recto, ocurre en un 1% a 8% de las mujeres que dan a luz y es más común cuando se utilizan fórceps. Cuando una mujer sufre un desgarró perineal grave durante el parto vaginal, se cree que existe mayor riesgo de infección y a menudo se recetan antibióticos. Una mujer que contrae una infección después de un desgarró perineal grave también puede estar en riesgo de otras morbilidades como hematoma, dispareunia, incontinencia y fístula recto-vaginal. Sin embargo, los daños potenciales de la administración de antibióticos incluyen alergia a los fármacos, desarrollo de bacterias resistentes a los antibióticos y la promoción de infecciones oportunistas. Los objetivos de la revisión fueron establecer los beneficios de la profilaxis antibiótica para la infección después de desgarros perineales severos y evaluar si existen eventos adversos para la madre o el recién nacido.²⁷

Pacientes en riesgo para presentar desgarro perineal:

De todas las usuarias gestantes el riesgo de presentar desgarro perineal, son principalmente las primíparas, en ellas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto, cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal (se describe a un feto con un peso mayor de 4000g). Rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a 20 veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna, infecciones) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas.²⁷

Clasificación de los desgarros:

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados.²⁸

- Primer Grado: Comprende piel y pared vaginal.
- Segundo Grado: compromete a los músculos bulbo cavernoso y músculo transverso superficial del periné.
- Tercer Grado: compromete también al esfínter anal externo.
- Cuarto Grado: compromete también la mucosa anorectal.

Consecuencias de los desgarros perineales:

Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc.²⁸

Características para el Desgarro Perineal:

Características maternas:

Edad materna:

La edad materna viene hacer el número en años de vida de la mujer gestante, en obstetricia se puede clasificar en tres rubros principalmente, adolescentes, aquellas menores de 19 años, y en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la

adulthood and physical, psychological and social changes predominate. A pregnant adolescent is considered at risk because she has not yet completed physical or psychological development, predisposing her to certain obstetric pathologies, among them toxemia of pregnancy and cephalopelvic disproportion when the bones of the pelvis have not developed completely and she has a higher probability of having a baby with a low birth weight.²⁹

The predominance of cervical tears during childbirth in adolescents has been found as a consequence of age, in addition, other lesions of the birth canal are more frequent in this age group. Cephalopelvic disproportion, one of them, in these cases, adolescents who are pregnant have a higher risk of completing their childbirth with lacerations of the cervix, vagina, vulva and perineum. This complication is due mainly to the condition of immaturity of these young women, manifesting itself in a soft canal stenosis.²⁹

Older women, considered those who are pregnant with more than 35 years, are also considered high obstetric risk because most of the pathologies are found within this group such as diabetes, hypertension, congenital malformations, placental problems, etc. If the patient is a primigravida, they tend to develop a difficult childbirth with complications such as tears, uterine rupture, atony, among others. Diabetes makes the products of conception large, obstructing the birth canal and predisposing to a possible perineal tear.³⁰

Características Obstétricas

Paridad

Parity is another risk factor for developing perineal tear, here we include primigravida and multigravida, depending on whether it is the first birth or more than two births correspondingly. The elasticity of the perineum for the frequency of birth is different in a primigravida than in one who has had more than two births, so it could be included as a risk factor for developing perineal tear. However, it must be taken into account that precipitous expulsion is more frequent in multigravida because the perineum has been stretched more times, however, according to the concepts handled, there is a greater risk in primigravida. The difference in this is seen in reviewed studies where multigravida present more tears than primigravida.³¹

Periodo intergenésico:

El periodo intergenésico se define como el lapso al final de un embarazo y el inicio del siguiente embarazo y otro. Se recomienda según estudios que el mínimo es de dos años. Lo recomendable sería entre dos y cinco años, ya que si el tiempo entre un embarazo y el siguiente, es menor a los dos años, aumentan las complicaciones. El período intergenésico corto menor a dos años es considerado no recomendable porque, es el tiempo que se debe dar para que el crecimiento de la mujer vuelva a su estado normal, a través del puerperio y sus cambios anatomo – fisiológicos.³²

Episiotomía:

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más común realizado a nivel mundial. Fue propuesta por Ould en 1742 para facilitar las dificultades presentes durante el parto sin tener fuerte evidencia científica de sus beneficios, pero no se popularizó sino hasta la década de 1920, por DeLee y Pomeroy, formando parte de la práctica rutinaria de la obstetricia en Estados Unidos para la década de 1940.³³

Su uso se justifica con la prevención de desgarros perineales graves, mejor función sexual futura, y reducción de la incontinencia fecal y urinaria, así como también para prevenir complicaciones en el feto tales como hipoxia fetal y distocia de hombros. Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso no se ha asociado con la edad materna ni con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal. Sin embargo, la episiotomía por sí sola implica un desgarro de segundo grado porque se produce un corte superficial de los músculos del periné.³³

Atención Prenatal

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre"⁶

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos⁶:

Precoz:

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.³³

Periódico:

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada.

Completo:

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.³⁴

Amplia cobertura:

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.³⁴

Características Neonatales:

Peso del Recién Nacido

El peso del recién nacido como factor de riesgo, puede deberse al nivel de estiramiento que produce un feto con mayor peso que uno con menos peso, así se define como peso del recién nacido al peso en gramos con el que nace un individuo.³⁵

- 2500-4000 gr: peso adecuado
- <2500 gr: recién nacido de bajo peso
- >4000 gr: recién nacido macrosómico

Esta clasificación es importante conocerla, según estudios presentados, mientras más peso tenga un recién nacido, mayor es el riesgo de desarrollar desgarro perineal, el trauma obstétrico que recibe el periné al exponerse a fetos macrosómico es sin duda un factor de riesgo.³⁵

Psicoprofilaxis Materna

Preparación psicofísica del embarazo, parto y puerperio cuyas ventajas consisten en conseguir mayor flexibilidad de los músculos que intervendrá en el momento del parto, logrando romper a su vez con el círculo vicioso de temor, tensión y dolor.³⁶

Ejercicio De Kegel

Estos ejercicios sirven para fortalecer los músculos perineales, obteniendo un tono adecuado a su vez ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. El ejercicio consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y mantenerlos contraídos durante cinco segundos y luego relajarlos. Se deben hacer doscientas repeticiones por día, pero no todas a la vez.³⁷

La manera más sencilla de reconocer el músculo perineal es deteniendo a la micción a intervalos. Se siente con las piernas confortablemente abiertas, se intenta detener la orina y vuelve a dejar fluir sin mover las piernas. Se puede hacer sin esfuerzo, si es que se tiene músculos pélvicos fuertes.³⁷

2.3 Definiciones conceptuales

a. Desgarro perineal: pérdida de la continuidad de los tejidos de la zona perineal. Se produce durante el segundo periodo del parto. Se clasifica en cuatro grados de acuerdo con los tejidos que compromete. Su reparación se denomina sutura.²⁹

b. Parto Vaginal: es cuando el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos.²⁷

c. Puérpera: mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico.³¹

d. Factores de Riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.¹⁶

e. Factor de riesgo Neonatal: está presente desde el embarazo, el trabajo de alumbramiento en los días que siguen y pueden acompañar una enfermedad o un traumatismo.³⁵

f. Factor de Riesgo Materno: es aquel embarazo que tiene o que probablemente tenga estados concomitantes con la gestación, nacimiento o puerperio complicado por problemas, médicos, quirúrgicos, obstétricos, sociales y/o psicológico que pueda elevar el peligro para la conservación de la salud de la madre, del feto o de ambos.³¹

g. Feto Macrosómico: es el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso por encima de 4000 gr.³¹

2.4 Hipótesis

Hipótesis General:

Existen factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarro perineales en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo enero-julio 2018.

Hipótesis específicas:

- La edad materna es un factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal
- La edad gestacional es un factor de riesgo para el desarrollo del desgarro

perineal

- Existe asociación entre la paridad y el desarrollo de desgarro perineal
- El ponderado fetal es un factor neonatal de riesgo que influye en el desarrollo de desgarros perineales

2.5. Variables

Variable independiente

- Edad materna
- Edad gestacional
- Paridad
- Ponderado fetal

Variable dependiente

- Desgarro perineal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño:

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO- TALLER DE TITULACION POR TESIS según enfoque y metodología publicada.³⁸

La presente investigación es de tipo observacional. Dado que no se manipuló los factores de estudio, es decir, sólo se limitó a observarlos, medirlos y analizarlos tal cual se encontraban en su naturaleza.³⁹

Diseño: Estudio observacional, analítico retrospectivo de casos y controles,

- Según la finalidad, fue analítico; dado que se buscó relación causa-efecto entre los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal.³⁹
- Según la cronología, fue retrospectivo; porque la planificación de la investigación fue posterior a los hechos estudiados, los datos se recogieron del Libro de Partos.³⁹
- Según la secuencia temporal, fue transversal; puesto que los datos recolectados representan un único momento del tiempo.³⁹
- De casos y controles; porque se eligió un grupo de puérperas por parto vaginal con desgarro perineal (casos) y otro sin desgarro perineal (controles).³⁹

3.2 Población y muestra

Universo: Puérperas atendidas post parto vaginal en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero a julio del 2018.

Población: Puérperas atendidas post parto vaginal con desgarro perineal en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero a julio del 2018.

Muestra: Según el departamento de estadística del Hospital Nacional Sergio Bernales en el período de estudio de 07 meses se produjeron 262 casos de desgarro perineal. Toda muestra debe ser representativa, viable, suficiente y de tamaño adecuado; entonces para calcular el tamaño mínimo de la muestra se realizó de acuerdo a los estudios anteriores, de acuerdo a Longaray Chau²⁹ en el 2010, el ponderado fetal era estadísticamente significativo (OR: 8,11 IC95%: 1,7-41,8) se mantuvo la relación 1 a 3 entre los grupos caso y control, es decir, por cada puérpera del grupo caso había tres en el grupo control Un nivel de confianza de 95% y un poder estadístico de 80%. García Crisanta²⁰ en el 2018

obtuvo como resultado que el ponderado fetal era estadísticamente significativo (OR: 8.941 IC95%: 2.014-39.698).

NÚMERO DE CASOS Y CONTROLES DIFERENTES	
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.02
ODSS RATIO PREVISTO	8.1
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ESTIMADA ENTRE LOS CASOS	0.14
NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	3
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
VALOR Z PARA BETA	0.84
VALOR P	0.08
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	57
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	171

Transversales **CASOS Y CONTROLES** Cohortes (+)

La muestra final obtenida fue de 57 casos y 171 controles.

3.3 Criterios de selección de la muestra: Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Grupo casos

- Puérpera cuyo parto fue atendido en el Hospital Sergio Bernales en el periodo de enero a julio del 2018 y presentó un desgarro perineal

Grupo control

- Puérpera cuyo parto fue atendido en el Hospital Sergio Bernales en el periodo de enero a julio del 2018 sin presentar desgarro perineal

Criterios de exclusión:

Puérperas con parto extra hospitalario

Puérperas por cesárea

Operacionalización de variables: Ver Anexo 01

3.4 Técnicas de recolección de datos e instrumentos

La técnica de recolección que se usó fue la documentación, pues se revisó el Libro de Partos de Centro Obstétrico. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos, en ella se consignó cada variable del presente estudio. La ficha fue diseñada para su recolección y fácil tabulación en la base de datos correspondiente. (Anexo 03)

Validación y confiabilidad del instrumento

No fue necesario evaluar la validez ni confiabilidad de la ficha de recolección debido a que esta midió variables objetivas, en otras palabras, datos exactos; y no midió variables subjetivas como percepciones, opiniones o conocimientos.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Se localizó el Libro de Partos y se digitaron los datos de interés en las fichas de recolección de datos, posteriormente fueron tabulados en una matriz de datos en el programa IBM SPSS Statistics 25. Seguidamente, se realizó el control de calidad de datos, ello consistió en la verificación de la digitación, se identificaron datos faltantes e inconsistentes, se depuraron los errores, se formó la base de datos y se recodificaron las variables teniendo en cuenta la operacionalización de variables.

El análisis univariado:

Las variables cualitativas se analizaron mediante el cálculo de las frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Mientras que las variables cuantitativas se analizaron mediante el cálculo de las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis bivariado:

Para determinar los factores asociados a desgarro perineal en puérperas, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado, Prueba exacta de Fisher, luego se identificaron los factores de riesgo mediante el cálculo del Odds Ratio con sus respectivos intervalos de confianza, se consideró un nivel de significancia de 0,05.

Análisis multivariado:

Para determinar la asociación de las variables independientes: edad materna, edad gestacional, paridad y ponderado fetal con la variable dependiente desgarro perineal, se utilizó el modelo de regresión logística, calculando OR ajustados.

Presentación de resultados:

Para la presentación de resultados se elaborarán tablas de frecuencias y tablas cruzadas con ayuda de la herramienta Microsoft Excel 2013 e IBM SPSS Statistics 25.

3.6 Aspectos éticos

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores maternos, obstétricos y neonatales que influyen en los desgarros perineales en el Hospital Sergio Bernales, para lo cual tuvo aprobación y permiso del comité de ética e investigación de la institución hospitalaria en mención. Su realización no afectó la integridad de los pacientes (puérperas y recién nacidos) por tratarse de un estudio retrospectivo y haberse aplicado técnicas observacionales, sin ninguna intervención o modificación de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales en investigación. Por último, en efecto de garantizar la confidencialidad de los pacientes no se divulgará la información personal de los mismos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

El análisis y presentación de resultados se hizo previa recolección de datos, procesamiento y realización de tablas y/o gráficos estadísticos, interpretándose según las bases teóricas presentadas en el marco teórico. Para este estudio se contó con 228 puérperas por parto vaginal atendidas en el hospital nacional Sergio E. Bernal en el periodo de enero a julio del 2018, distribuidos en 2 grupos, 57 de estas puérperas sufrieron desgarro perineal y 171 puérperas no tuvieron dicho desgarro perineal.

Resultados descriptivos:

Tabla 1: Tabla de frecuencia de factores en relación al desgarro perineal

FACTORES		Desgarro Perineal		
			Casos n (%)	Controles n (%)
FACTORES MATERNOS	Edad materna	<20 años	6 (17,1%)	29 (82,9%)
		>=20 años	51 (26,4%)	142 (73,6%)
FACTORES OBSTÉTRICOS	Edad gestacional	<37 semanas	1 (10,0%)	9 (90,0%)
		>=37 semanas	56 (25,6%)	162(74,4%)
	Paridad	primípara	9 (10,4%)	77 (89,6%)
		multípara	48 (33,8%)	94 (66,2%)
FACTORES NEONATALES	Ponderado fetal	<3300gr	16 (16,3%)	82 (83,7%)
		>=3300gr	41 (31,5%)	89 (68,5%)

Fuente: ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 1 se muestra la frecuencia de los factores considerados en el estudio respecto a los casos y controles. Sobre los factores maternos de las puérperas,

la edad materna <20 años resultó en un 17,1% (n=6) que tuvo desgarro perineal y de las puérperas con edad materna \geq 20 años el 26,4% (n=51) tuvo desgarro perineal. En cuanto a los factores obstétricos de las puérperas con menos de 37 semanas de gestación el 10% (n=1) tuvo desgarro perineal, con una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas el 25,6% (n=56) tuvo desgarro perineal; respecto a la paridad de las puérperas, las que son primíparas fueron 10,4%(n=9) presentando desgarro perineal, las que fueron multíparas 33.8% (n=48) presentaron desgarro perineal. Sobre los factores neonatales, el ponderado fetal menor a 3300gr fue de un 16,3% (n=16) que presentó desgarro perineal, el ponderado fetal mayor o igual a 3300gr fue de un 31,5%(n=41) que presentaron desgarro perineal.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de edad materna, edad gestacional y ponderado fetal

Estadísticos descriptivos	FACTORES		
	Edad materna	Edad gestacional	Ponderado fetal
Media	26,20	39,06	3361,2
Mediana	25,00	39,2	3395
Desv. Desviación	6,483	1,899	441.8342718

Fuente ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 2 se puede observar el resultado de la media de la edad materna de las puérperas por parto vaginal, dio como resultado un 26,20, una mediana de 25 y una desviación estándar de 6,4. Respecto a la edad gestacional se encontró una media de 39,06, una media de 39,2 y una desviación estándar de 1,89. En cuanto al ponderado fetal tuvo una media de 3361,2, una mediana de 3395 y una desviación estándar de 441,8.

Resultados analíticos:

Tabla 3. Edad materna asociada con el desarrollo de los desgarros perineales

Edad Materna	Desgarro perineal				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
mayor o igual a 20 años	51	89,4	142	83	1,361	0,243	1,7	0,6 – 4,42
Menor de 20 años	6	10,6	29	17				

Fuente ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 3 se puede apreciar la relación entre la edad materna y el riesgo de desgarro perineal. Del total de puérperas que se produjo desgarro perineal, las que están en el rango de edad mayor o igual a 20 años fue un 89,4%, entre las mujeres menores de 20 años, fue de un 10,6%. Mientras que las pacientes que no tuvieron desgarro perineal el 83% tuvieron una edad mayor o igual a 20 años y el 17% tuvo una edad menor de 20 años. Según los resultados obtenidos esta asociación no es estadísticamente significativa (OR: 1,7; IC95%= 0,6-4,42), (p=0,243).

Tabla 4. Edad gestacional asociada a desgarros perineales

Edad Gestacional	Desgarro perineal				Prueba exacta de Fisher	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
Mayor o igual a 37 semanas	56	98,2	162	94,7	0,458	0,263	3,11	0,38 – 25,10
Menor de 37 semanas	1	1,8	9	5,3				

Fuente ELABORACIÓN PROPIA

La tabla 4 evidencia que, del total de puérperas por parto vaginal, con desgarro perineal, las que tuvieron una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas fueron el 98,2% en cambio el 1,8% tenía menos de 37 semanas, mientras que, las puérperas que no tuvieron desgarro perineal, el 94,7% presento una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, en cambio el 5,3% tuvieron una edad gestacional menor de 37 semanas. Resultados obtenidos indican que la edad gestacional no tiene relación estadísticamente significativa al desgarro perineal (OR:3,11; IC95%=0.38-25,10; p= 0.263). En esta variable se utilizó la prueba exacta de Fisher dado que la muestra era pequeña.

Tabla 5. Paridad asociada a desgarros perineales

Paridad	Desgarro perineal				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
Múltipara	48	84,2	94	54,9	15,558	0,00	4,369	2,017 – 9,464
Primípara	9	15,8	77	45,1				

Fuente ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 5 se muestra que del total de puérperas, respecto a las que presentaron desgarro perineal, el 84,2% eran múltiparas y el 15,8% eran primíparas. Mientras que las pacientes que no presentaron desgarro perineal el 54,9% fueron múltiparas y el 45,1% fueron primíparas. La cantidad de desgarros perineales que posee el grupo de múltiparas es significativamente más grande en 4,369 veces más que la cantidad de desgarros perineales que se dan en primíparas. Se observó que la paridad está significativamente asociado y es factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal. ($p=0.000$; $OR=4,3$; $IC95\%=2,017-9,464$)

Tabla 6. Asociación del ponderado fetal con el desarrollo de desgarros perineales

Ponderado fetal	Desgarro perineal				Chi cuadrado	p valor	OR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
Mayor o igual a 3300gr	41	71,9	89	52	6,896	0,009	2,361	1,231 – 4,527
Menor a 3300gr	16	28,1	82	48				

Fuente ELABORACIÓN PROPIA

La tabla 6 evidencia que, el ponderado fetal de los productos de las puérperas por parto vaginal, con desgarro perineal, 71,9% con peso mayor o igual a 3300gr y el 28,1% menos de 3300gr. Mientras que en el grupo control el 52% tuvieron ponderados mayor o igual a 3300gr, el 48% se encontró con un peso menor a 3300gr. La cantidad de desgarros perineales que posee el grupo de puérperas con productos que poseen un peso mayor o igual a 3300gr es significativamente más grande en 2,3 veces más que los productos de las puérperas que pesaron menos de 3300gr. Resultados obtenidos indican que el ponderado fetal tiene relación estadísticamente significativa al desgarro perineal (OR: 2,3; IC95%=1,2-4,5; p= 0.009).

Tabla 7. Factores asociados a desgarro perineal

Factores		Desgarro Perineal		Chi cuadrado	OR	IC al 95%		P
		si	no			MIN	MAX	
Edad Materna	Mayor o igual a 20 años	51(89,4%)	142(83%)	1,36 1	1,7	0,6	4,4 2	0,24
	Menor a 20 años	6(10,6%)	29(17%)					
Edad Gestacional	Mayor o igual a 37 semanas	56(98,2%)	162(94,7%)	0,45 8	3,1 1	0,3 8	25, 1	0,26
	Menor a 37 semanas	1(1,8%)	9(5,3%)					
Paridad	Múltipara	48(84,2%)	94(54,9%)	15,5 58	4,3	2,0 1	9,4 6	0,00
	Primípara	9(15,8%)	77(45,1%)					
Ponderado fetal	Mayor o igual a 3300gr	41(71,9%)	89(52%)	6,89 6	2,3	1,2	4,5	0,00 9
	Menor a 3300gr	16(28,1%)	82(48%)					

Fuente ELABORACIÓN PROPIA

La Tabla 7 muestra un cuadro a modo de resumen de todos los factores asociados al desgarro perineal con su respectivo Chi cuadrado, Prueba exacta de Fisher, Odds Ratio, intervalos de confianza y el valor de p.

Tabla 8. Factores de riesgo asociados a desgarro perineal

Factores	OR	IC	
		Inferior	Superior
Paridad	6,027	2,262	16,058
Ponderado fetal	2,286	1,161	4,501

Fuente: ELABORACIÓN PROPIA

La Tabla 8 muestra el análisis multivariado de la edad materna, edad gestacional, paridad y ponderado fetal respecto al desgarro perineal, aquí podemos observar que las variables estadísticamente significativas son la paridad con un valor de OR de 6,027; ponderado fetal con un valor de OR de 2,286. Las otras variables como edad materna y edad gestacional no resultaron estadísticamente significativas.

4.2 Discusión de resultados

El presente estudio contó con una muestra de 228 puérperas por parto vaginal teniendo a 57 como casos y 171 como grupo control, fueron atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo de enero a julio del 2018.

El objetivo principal de la investigación ha sido determinar los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas de parto vaginal en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el período de enero a julio del 2018.

La edad materna promedio de las puérperas del estudio con desgarro perineal fue de 26,2 años, semejante a la observada en la población de estudio de RIOS, G.²¹ realizado en el Hospital Regional de Loreto en el 2015 donde observo que el 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años. MEDRANO, Y.²² realizó un estudio en el Hospital de Chancay, en el año 2014, presentando pacientes con desgarro perineal de grado I como grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7%. SANTOS, K.²⁴ en el Hospital Vitarte en el 2014, la edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). En cambio OVIEDO, G.²³ en el Hospital San José del Callao durante el año 2014 encontró los siguientes resultados, en el grupo que presento desgarro: el 70.86% son menores 15 años edad y el 29.2% mayor o igual a 15 años de edad; esta contrariedad respecto a las edades maternas se entiende ya que en dicho estudio su población solamente fueron adolescentes en cambio en la presente

investigación la población abarca no sólo adolescentes sino también jóvenes y adultas.

Los resultados encontrados evidenciaron que la edad materna mayor o igual a 20 años es un factor que no guarda relación estadísticamente significativa con el desgarro perineal (OR: 1,7; IC95%= 0,6-4,42), ($p=0,243$). Según la teoría se acepta que en edades muy tempranas o tardías las posibilidades de lesiones perineales puedan aumentar por la misma anatomía de las pacientes ya que en dichos extremos de edades el periné es poco elástico quizá secundario a la mayor rigidez de los tejidos, en el caso de pacientes añosas debido a la pérdida de colágeno, lo cual se confirma en el presente estudio ya que resultó que tener edades de 20 años en adelante son factores de riesgo para la presencia de desgarro perineal, sin embargo estadísticamente resultó no significativo por lo cual dichos resultados no se podrían extrapolar a otras muestras ni estudios similares.

En lo referido a la edad gestacional resultó tener un promedio de 39 semanas. La frecuencia de la edad gestacional en pacientes con desgarro perineal fue de un 98,2% mayor o igual a 37 semanas, así como el estudio de PATO-MOSQUERA¹⁹ m y col. en España en el 2017, la frecuencia fue de 39 semanas en pacientes con desgarro perineal.

La edad gestacional no demostró ser un factor de riesgo estadísticamente significativo al desgarro perineal (OR:3,11; IC95%=0.38-25,10; $p= 0.263$), si bien en teoría podría ser un factor de riesgo ya que a mayor edad gestacional puede aparentar muchas veces mayor ponderado fetal no necesariamente es así pues puede haber mayor líquido amniótico o el producto puede ser menor al ponderado estimado, esta variable no se puede extrapolar a otros estudios similares ya que no resultó estadísticamente significativo.

En cuanto a la paridad de las puérperas por parto vaginal los resultados demostraron que, la multiparidad es un factor de riesgo que, las multíparas obtuvieron un 84,2% y las primíparas un 15,8%. Lesley A Smith⁴ y colaboradores realizaron un estudio en la Universidad de Oxford de UK durante el año 2013 donde fue el 9,6% en primíparas, y 31.2% en multíparas resultados similares a los encontrados en la presente investigación. RIOS, G.²¹ en el Hospital Regional de Loreto en el 2015 de igual manera concordó con la presente investigación ya que en su estudio presentaron 73,8% de gestantes multíparas. Sin embargo OVIEDO, G.²³ en el Hospital San José del Callao durante el año 2014, obtuvo el 63,1% como primíparas y el 36,9% en gestantes multíparas, este resultado no fue concordante con los anteriores estudios pues la población estudiada fue solo en gestantes adolescentes.

La paridad tiene relación estadísticamente significativa con el desgarro perineal ($p=0.000$; $OR=4,3$; $IC95\%=2,017-9,464$). GARCÍA, C.²⁰ en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2017", encontró a la paridad estadísticamente significativa ($OR: 2.385$, $IC 95\% 1.451-3.919$). Teóricamente el desgarro perineal puede darse en una mayor cantidad en gestantes primíparas al igual que en múltiparas aunque sea un poco controversial ya que las primíparas tienen el periné menos laxo, pero por otro lado las pacientes múltiparas en muchas ocasiones son pacientes que antes pueden haber sufrido un desgarro perineal o la gran mayoría como en la población estudiada podrían tener otras comorbilidades como la anemia que no es una variable en el estudio pero teóricamente es un factor muy importante que condiciona muchas veces al desgarro perineal. Esta variable se entiende que es un factor de riesgo ya que aumenta en 4,369 veces más ser múltipara que ser primípara, mientras tengan más cantidad de partos la paciente desarrollará mayor cantidad de desgarros perineales. Esta variable se podría extrapolar a otros estudios con población similar.

Respecto al ponderado fetal los resultados de la presente investigación muestran que el promedio de los ponderados fetales de los productos de las pacientes con desgarro perineal fue 3361gr, un 71,9% obtuvo un peso mayor o igual a 3300gr, un 28,1% obtuvo un peso menor a 3300gr. RIOS, G.²¹ Hospital Regional de Loreto en el 2015, en relación al peso del recién nacido, el 95.9% de las gestantes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado (2500 gr a 3999 gr). MEDRANO, Y.²² en el Hospital de Chancay en el año 2014, encontrando los siguientes resultados se halló que el 81.3%(39) sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre 2500g a 4000g. OVIEDO, G.²³ en el Hospital San José del Callao en el año 2014 encontró los siguientes resultados, del total de casos de pacientes con desgarro el 61,5% presentó un recién nacido con un peso adecuado. SANTOS, K.²⁴ en el Hospital Vitarte en el año 2014 encontró que el peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%).

El ponderado fetal es un factor de riesgo estadísticamente significativo con el desarrollo del desgarro perineal ($OR: 2,3$; $IC95\%=1,2-4,5$; $p= 0.009$). Al igual que GARCÍA, C.²⁰ en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2017", halló estadísticamente significativo al ponderado fetal ($OR: 8.941$ $IC95\%: 2.014-39.698$), Esto demuestra que el tener un peso mayor o igual a 3300gr aumenta en 2,3 veces más que sean menores de 3300gr, dicha variable es un factor de riesgo que se puede extrapolar en estudios con poblaciones similares.

Ambas variables tanto la paridad ($p=0.000$; $OR=4,3$; $IC95\%=2,017-9,464$), como el ponderado fetal ($OR: 2,3$; $IC95\%=1,2-4,5$; $p= 0.009$). Son estadísticamente significativas en el presente estudio ya que en esta población de puérperas con desgarros perineales la mayoría de pacientes eran gestantes múltiparas y el riesgo aumenta en 4 veces más que ser primípara; el ponderado fetal también

es otro factor de riesgo porque en la misma población se pudo encontrar que la mayoría de productos tenían un peso mayor o igual a 3300gr y este riesgo aumentaba en 2 veces más que tener un peso menor a 3300gr.

Al realizar la regresión logística se pudo observar que variables eran estadísticamente significativas y cuales no lo fueron; la edad materna y la edad gestacional no son factores de riesgo estadísticamente significativos, mientras que la paridad y el ponderado fetal si lo fueron; al igual que en la mayoría de los antecedentes en la presente investigación se puede confirmar ello.

Al tener esta información con los resultados obtenidos y los resultados de otros estudios es necesaria la difusión de dicha información entre profesionales de salud y para que se haga extensiva a los pacientes y mejorar la calidad de salud.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los desgarros perineales intraparto es una complicación multifactorial y difícil de predecir. La mayor parte de los factores de riesgo son difícil de modificarse ya que se encuentran íntimamente relacionados entre sí.

- Se determinó que los factores de riesgo de desgarro perineal en puérperas por parto vaginal en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018 fueron: la paridad y el ponderado fetal.
- La edad materna no resultó factor de riesgo asociado estadísticamente significativo de desgarro perineal (OR: 1,7; IC95%= 0,6-4,42), (p=0,243) en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018.
- La edad gestacional no resultó factor de riesgo asociado estadísticamente significativo de desgarro perineal (OR:3,11; IC95%=0.38-25,10; p= 0.263) en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018.
- La paridad resulto ser un factor de riesgo, que aumenta 4 veces la posibilidad de desarrollar desgarro perineal si es multípara respecto a la primípara (p=0.000; OR=4,3; IC95%=2,017-9,464) en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018.
- El ponderado fetal resulto ser un factor de riesgo, que aumenta 2 veces la posibilidad de desarrollar desgarro perineal si es mayor o igual a 3300gr respecto a ser menor de este peso mencionado (OR: 2,3; IC95%=1,2-4,5; p= 0.009) en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018.

RECOMENDACIONES

- Según la presente investigación, se recomienda realizar una adecuada técnica de atención de parto, con la finalidad de evitar desgarros y complicaciones a corto y a largo plazo.
- La atención de parto debe ser vigilado y realizado por el profesional de la salud, para disminuir la cantidad de desgarros perineales durante el parto.
- Es necesario una mejor capacitación en la atención de partos protegiendo adecuadamente el periné, logrando así disminuir la frecuencia de desgarros perineales.
- El profesional de la salud es responsable de la atención prenatal, debe identificar características y morbilidades en las gestantes (adolescente, añosa, paridad) para tomar las medidas adecuados y evitar complicaciones futuras.
- Educar y concientizar a las gestantes acerca de la importancia del control prenatal y la psicoprofilaxis.
- Asimismo se recomienda a las pacientes sobre la educación sexual y planificación familiar que deben de tener para evitar estas consecuencias como el desgarro perineal que en un futuro lleva a complicaciones irreversibles en ellas.
- Se deber realizar nuevos estudios sobre la intervención de la psicoprofilaxis como preparación beneficiosa para las gestantes, con inclusión de algunos ejercicios como los de Kegel y el masaje perineal, los resultados pueden variar.
- No se incluyó en este estudio sobre la habilidad del profesional de la salud en la atención de parto, así que se debe considerar al personal que atiende el parto para determinar su influencia en la presentación de desgarros perineales, ya que en muchos casos, son atendidos por internos de obstetricia y medicina, que en su gran mayoría no tienen una preparación o capacitación eficiente previamente ocasionando desgarros perineales.
- Se recomienda que en estudios posteriores se debería considerar otros tipos de variables, para que los futuros estudios se enriquezcan de forma más íntegra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patricio Narváez B, Francisco Castro L, Jaime Corvalán A, Carolina Guzmán S. **Desgarros perineales**. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2018; Vol 13 (1): 25-30.
2. Marie-Andrée Harvey., Marianne Pierce., Abdul Sultan., Raneer Thakar. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair SOGC Clinical Practice Guideline. No. 330, December 2015.
3. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Services Research*. 2002; 2: 9. doi:10.1186/1472-6963-2-9.
4. Lesley A Smith, Natalia Price, Vanessa Simonite and Ethel E Burns. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. Department Social Work and Public Health, Faculty of Health and Life Sciences, Oxford Brookes University, Jack Straws Lane, Marston, Oxford OX30FL, UK.
5. Abdul Sultan., Raneer Thakar. Diagnosis and Repair of 3rd and 4th degree tears. IUGA. 2015.
6. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública– DGE – MINSA. 2015.
7. Kozak LJ, DeFrances CJ, Hall MJ. National hospital discharge survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 13 2006;(162):1-209
8. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005; 32:219-23.
9. Yvonne L. Hauck, Lucy Lewis, Elizabeth A. Nathan. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. *Women and Birth* 28(2015) 16-20.
10. Ávila Fabián A C. Los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el hospital santa rosa, durante los meses de Enero-Junio del 2003. [Tesis para optar el título profesional Licenciada en Obstetricia.]Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P, Lima _ Perú.2004[consultado 2014 Diciembre 21]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/358/1/Avila_fa.pdf
11. Solís Almonacid Nelson. Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé entre enero del 2000 y diciembre del 2004 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006.

26. Villanueva, E. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Rev CONAMED. Colombia. 2013
27. Congo, A. "Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la maternidad de corta estancia del distrito de Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013". Tesis para optar el título de magister en salud sexual y reproductiva, Universidad Central de Ecuador, 2015.
28. Guamán, G. Trauma Obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis para optar el título de obstetra, universidad de Guayaquil, Ecuador 2013
29. Chau, A. Factores de riesgo asociado a desgarros perinatales de III y IV grado, Hospital Belén de Trujillo, enero 2002 a diciembre 2010. Tesis para optar el título de Médico. Universidad Nacional de Trujillo 2013.
30. Espuña, P. Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas. Congreso nacional, S.E.G.O Sevilla. España. 2013.
31. Atunca D. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre. Revista Cybertesis. Perú. 2013
32. Dirección Nacional de Maternidad e infancia control Preconcepcional, Prenatal y puerperal. Edición Argentina. 2013
33. Elharmeel S. Reparación quirúrgica de desgarros perineales espontáneos que ocurren durante el parto versus ninguna intervención. Obstetricia Práctica. Argentina. 2014
34. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en el Instituto nacional materno perinatal 2011 (Tesis Doctoral). Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014
35. Guimarães J. Práctica de la episiotomía y factores maternos e neonatales relacionados. Rev. Eletr. Enf. Chile. 2014
36. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. Perú. 2010
37. Methods to prevent an episiotomy. What is The Prevention For Episiotomy. PageWise Inc. USA 2009
38. De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatrística Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades; experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
39. Argimon J, Jimenez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica 4th ed. España: Elsevier España; 2013.

ANEXOS

ANEXOS A

- **Operacionalización de variables**
- **Matriz de Consistencia**
- **Ficha de Recolección de Datos**

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de Variable Relación y Naturaleza	Categoría o Unidad
Desgarro perineal	solución de discontinuidad de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido durante el parto	Si la paciente tuvo desgarro perineal durante el trabajo de parto	Nominal / Dicotómica	Dependiente / Cualitativa	0.No 1.Sí
Edad materna	Tiempo de vida en años cumplidos al momento del parto.	Número de años indicado en la historia clínica materna	Nominal / Dicotómica	Independiente / Cuantitativa	0. Menor a 20 años 1. Mayor o igual a 20 años
Edad gestacional	Número de semanas de gestación hasta el momento del parto.	Semanas de gestación en la historia clínica materna	Nominal / Dicotómica	Independiente / Cuantitativa	0.menor a 37 sem 1. mayor o igual a 37 sem
Paridad	Número de partos previos.	Primípara: 1 producto viable Multipara: 2 a más productos viables	Nominal / Dicotómica	Independiente / Cualitativa	0: Primípara 1: Multipara
Ponderado fetal	Es el peso inmediato del recién nacido mediante una balanza pediátrica calibrada	Peso en gramos del feto al nacer.	Nominal / Dicotómica	Independiente / Cualitativa	0: menor a 3300gr 1. mayor o igual a 3300gr

ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>Problema Principal ¿Cuáles son los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el período Enero – Julio del 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante los meses de enero a julio de 2018</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ° Determinar la prevalencia del desgarro perineal en puérperas por parto vaginal ° Evidenciar si la edad materna se encuentra asociada a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal ° Identificar si la paridad es un factor asociado a desgarros perineales en puérperas por parto vaginal ° Determinar si el ponderado fetal se encuentra relacionado con el desarrollo de desgarros perineales en puérperas por parto vaginal 	<p>Hipótesis General: Existen factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarro perineales en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo enero-julio 2018.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ° La edad materna es un factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal. ° La edad gestacional es un factor de riesgo para el desarrollo del desgarro perineal. ° Existe asociación entre la paridad y el desarrollo de desgarro perineal ° El ponderado fetal es un factor neonatal de riesgo que influye en el desarrollo de desgarros perineales 	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad materna • Edad gestacional • Paridad • Ponderado fetal <p>Variable dependiente: Desgarro perineal</p>	<p>Tipo y diseño de investigación Observacional, analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles.</p> <p>Población Puérperas atendidas post parto vaginal en el Hospital Nacional Sergio Bernales de enero a julio del 2018</p> <p>Muestra 57 puérperas para el grupo caso(con desgarro perineal) y 171 para el grupo control (sin desgarro perineal)</p> <p>Técnica e Instrumentos de recolección de datos La técnica de estudio fue la documentación, el instrumento fue la ficha de recolección.</p> <p>Análisis de datos Se calculó el promedio y desviación estándar de las variables cuantitativas, y las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas. Se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado Y EL Odds Ratio para determinar los factores de riesgo de cáncer de mama, un valor $p < 0.05$ se consideró significativo.</p>

ANEXO 03: Ficha de recolección de datos

“FACTORES MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO ENERO-JULIO 2018”

Iniciales: _____ **Fecha:** __/__/__

Edad materna: _____ años

Edad gestacional: _____ semanas

G: _ **P:** _ _ _ _

Ponderado fetal: _____ **gr**

Desgarro perineal: si no